



e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**Recursos utilizados para tomar conta da pessoa dependente  
no seio das famílias clássicas da União de Freguesias de  
Coimbra, a partir do juízo de enfermeiro de reabilitação**

Frederico Morais Domingues

**Coimbra, junho de 2022**





e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

### **Recursos utilizados para tomar conta da pessoa dependente no seio das famílias clássicas da União de Freguesias de Coimbra, a partir do juízo de enfermeiro de reabilitação**

Frederico Morais Domingues

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

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

**Coimbra, junho de 2022**



## **AGRADECIMENTOS**

O contributo e apoio de outras pessoas ao longo do caminho para a concretização desta dissertação de mestrado foi fundamental e às quais estou agradecido. Contudo não posso deixar de agradecer de uma forma mais particular às seguintes pessoas.

Ao meu orientador, o Professor Manuel Augusto Duarte Mariz, pela constante disponibilidade, apoio, suporte e desafio ao longo da consecução deste projeto desde o seu início.

À Professora Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento pelo seu envolvimento e dinamismo desde o início da investigação cujos contributos foram cruciais para a sua conclusão.

Ao Professor António Fernando Salgueiro Amaral cujo envolvimento e participação na investigação foram indispensáveis para a sua concretização.

Ao Dr. João Francisco Campos, Presidente da Junta de Freguesia da União de Freguesias de Coimbra, por acreditar neste projeto como uma mais-valia para os seus fregueses e apoiar na sua concretização.

Ao Enfermeiro Daniel Filipe Martins da Silva e Enfermeira Gabriela Felicia Augusto Rolim colegas da equipa de investigação, com os quais tive o privilégio de partilhar este caminho.

À Enfermeira Elisa da Conceição de Oliveira Teles Dias de Melo por todo apoio e encorajamento ao longo deste percurso.

À minha família pela força e apoio incondicional que foi essencial para perseverar neste caminho, desde o momento em que decidi avançar para o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.



## **LISTA DE SIGLAS**

**Ed.** - Edição

**Eds.** - Editores

**EEER** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**Et al.** - E outros

**MFPC** - Membro da família prestador de cuidados

**P.** - Página

**PA** - Produto de apoio

**PD** - Pessoa dependente

**Pp.** - Páginas

**S.p.** - Sem página

**TEDC** - Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado

**UFC** - União de Freguesias de Coimbra



## **RESUMO**

O índice de envelhecimento de Portugal tem aumentado com agravamento das situações de dependência das pessoas na realização do Autocuidado, esta evidência assume um papel central na ação profissional e investigação dos enfermeiros. Neste âmbito, os enfermeiros ao alimentarem a sua conceção com referenciais como a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado e a Teoria das Transições, são profissionais chave na produção de respostas mais adequadas às pessoas.

Os estudos realizados anteriormente em Portugal acerca da dependência no autocuidado no domicílio demonstraram que os recursos utilizados pelas famílias são abaixo do que seria necessário para cuidar da pessoa dependente, com maior enfoque na gestão de sinais e sintomas e menor na promoção da autonomia da pessoa cuidada.

Em Coimbra não se constataram a existência de dados neste domínio, o que justificou a realização de um projeto de investigação para estudar a dependência no autocuidado em contexto domiciliário, integrado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

A presente investigação integrou o projeto supracitado e analisou União de Freguesias de Coimbra, com o objetivo de descrever os recursos utilizados pelas famílias para tomar conta da pessoa dependente. Para tal, realizou-se um estudo descritivo simples, transversal, de natureza quantitativa, com uma amostra probabilística do tipo aleatória estratificada.

O estudo concluiu que na União de Freguesias de Coimbra 8% das famílias clássicas integram pessoas dependentes. A utilização dos produtos de apoio é abaixo do necessário (60%), com maior enfoque nos recursos associados a cuidados de substituição, sendo o défice de conhecimento a maior causa de não utilização.

Face ao desafio que dependência no autocuidado em contexto domiciliário coloca, salienta-se a necessidade de analisar os modelos assistenciais para obter uma resposta adequada, assim como a monitorização da saúde das populações deve integrar métricas que caracterizem dependência no autocuidado.

**Palavras-chave:** Autocuidado; Dependência; Recursos; Famílias Clássicas; Domicílio, Enfermagem de Reabilitação



## **ABSTRACT**

As Portugal's aging rate has increased and people's dependence on self-care has worsened, this evidence plays a central role in nurses' professional action and research. In this context, by feeding their conceptions with references such as the Self-Care Deficit Nursing Theory and the Theory of Transitions, nurses are key professionals in the production of more appropriate responses to people.

Previous studies conducted in Portugal on dependence in self-care at home have shown that the resources used by families are lower than what would be necessary to care for the dependent person, with greater focus on managing signs and symptoms and less on promoting the autonomy of the patient.

In Coimbra there were no data in this domain, which justified a research project to study dependence in self-care in the home context, integrated in Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

The present research integrated the abovementioned project and analyzed União de Freguesias de Coimbra, with the purpose of describing the resources used by families to take care of the dependent person. To this end, a simple descriptive, cross-sectional, quantitative study was conducted with a stratified random probability sample.

The study concluded that in União de Freguesias de Coimbra 8% of the classic families integrate dependent people. The use of support products is below what is needed (60%), with greater focus on the resources associated with substitution care, and lack of knowledge is the biggest cause of non-use.

Considering the challenge posed by dependence in self-care at the home environment, we emphasize the need to analyze care models to obtain an adequate response, and the monitoring of the population's health should include metrics that characterize dependence in self-care.

**Keywords:** Self-care; Dependency; Resources; Tradicional Families; Domicile, Rehabilitation Nursing



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Tipo de cuidados prestados no domicílio pelo cuidador informal .....	32
<b>Tabela 2-</b> Relação entre os domínios e principais variáveis da transição para o papel de cuidador.....	33
<b>Tabela 3-</b> Taxa de utilização dos recursos materiais necessários à pessoa dependente nos concelhos do Porto, Maia e Lisboa e Paços de Ferreira.....	36
<b>Tabela 4-</b> Redução da população residente na União de Freguesias de Coimbra .....	41
<b>Tabela 5-</b> N.º de respostas sociais para as pessoas idosas e em situação de dependência para o concelho de Coimbra e União de Freguesias de Coimbra em janeiro de 2022 ...	42
<b>Tabela 6 –</b> Operacionalização das variáveis de atributo em relação ao membro da família prestador de cuidados.....	46
<b>Tabela 7 -</b> Operacionalização das variáveis de atributo em relação à pessoa dependente .....	47
<b>Tabela 8-</b> Exemplo de avaliação da dependência no Autocuidado uso do sanitário .....	48
<b>Tabela 9-</b> Lista de produtos de apoio por autocuidado e recursos complementares.....	49
<b>Tabela 10-</b> Operacionalização da avaliação das dimensões em relação aos recursos necessários, utilizados e razões da não utilização. ....	50
<b>Tabela 11-</b> Operacionalização de outros recursos utilizados pelas famílias clássicas...	50
<b>Tabela 12-</b> Caracterização do Formulário "Famílias que integram dependentes no Autocuidado" .....	53
<b>Tabela 13-</b> Distribuição das razões para não aceitar a responder ao inquérito .....	60
<b>Tabela 14-</b> Caracterização da pessoa dependente: estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação que originou a dependência .....	61
<b>Tabela 15-</b> Distribuição do nível de dependência dos participantes por autocuidado ...	62
<b>Tabela 16-</b> Caracterização do membro da família prestador de cuidados: estado civil, parentesco com familiar dependente, nível de escolaridade, profissão .....	63
<b>Tabela 17-</b> Autocuidado tomar banho: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	64
<b>Tabela 18-</b> Autocuidado tomar banho: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários.....	64

<b>Tabela 19-</b> Autocuidado tomar banho: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	65
<b>Tabela 20-</b> Autocuidado vestir-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	65
<b>Tabela 21-</b> Autocuidado vestir-se: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários .....	66
<b>Tabela 22-</b> Autocuidado vestir-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	66
<b>Tabela 23-</b> Autocuidado arranjar-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	66
<b>Tabela 24-</b> Autocuidado arranjar-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	67
<b>Tabela 25-</b> Autocuidado alimentar-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	67
<b>Tabela 26-</b> Autocuidado alimentar-se: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários .....	68
<b>Tabela 27-</b> Autocuidado alimentar-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	68
<b>Tabela 28-</b> Autocuidado uso do sanitário: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	69
<b>Tabela 29-</b> Autocuidado uso do sanitário: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários .....	69
<b>Tabela 30-</b> Autocuidado uso sanitário: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	70
<b>Tabela 31-</b> Autocuidado elevar-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	70
<b>Tabela 32-</b> Autocuidado elevar-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	70
<b>Tabela 33-</b> Autocuidado virar-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	71
<b>Tabela 34-</b> Autocuidado virar-se: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários .....	71
<b>Tabela 35-</b> Autocuidado virar-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	72

<b>Tabela 36-</b> Autocuidado transferir-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	72
<b>Tabela 37-</b> Autocuidado transferir-se: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários.....	72
<b>Tabela 38-</b> Autocuidado transferir-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	73
<b>Tabela 39-</b> Autocuidado usar a cadeira de rodas: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados.....	73
<b>Tabela 40-</b> Autocuidado usar a cadeira de rodas: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários.....	73
<b>Tabela 41-</b> Autocuidado usar a cadeira de rodas: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	74
<b>Tabela 42-</b> Autocuidado andar: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados	74
<b>Tabela 43-</b> Autocuidado andar: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários.....	74
<b>Tabela 44-</b> Autocuidado andar: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	75
<b>Tabela 45-</b> Autocuidado tomar a medicação: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	75
<b>Tabela 46-</b> Autocuidado tomar a medicação: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários .....	76
<b>Tabela 47-</b> Autocuidado tomar a medicação por participante: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	76
<b>Tabela 48-</b> Recursos complementares: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados .....	77
<b>Tabela 49-</b> Recursos complementares: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários.....	77
<b>Tabela 50-</b> Recursos complementares: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	77
<b>Tabela 51-</b> Distribuição global das razões de não utilização dos produtos de apoio necessários.....	78
<b>Tabela 52-</b> Total de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante .....	78

<b>Tabela 53-</b> Recursos profissionais utilizados .....	79
<b>Tabela 54-</b> Recursos não profissionais utilizados .....	79
<b>Tabela 55-</b> Serviços de saúde e apoio utilizados .....	80
<b>Tabela 56-</b> Recursos financeiros das famílias com pessoas dependentes .....	80
<b>Tabela 57-</b> Prevalência das PD com necessidade de ajuda parcial ou total de outra pessoa por autocuidado na UFC, Porto, Maia, Lisboa e Paços de Ferreira.....	83
<b>Tabela 58-</b> Síntese dos resultados acerca da utilização dos produtos de apoio e compromisso no autocuidado na UFC .....	95

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1-</b> As 3 fases do treino dos doentes para o autocuidado .....	38
<b>Figura 2-</b> Razões para não utilizar os produtos de apoio necessários na UFC.....	93



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1- PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
2.1- TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO.....	23
2.2- TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	27
2.3- A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	31
<b>2.3.1- Cuidar do familiar dependente no autocuidado.....</b>	<b>31</b>
<b>2.3.2- Recursos para tomar conta da pessoa dependente.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3.3-Contributo da Enfermagem de Reabilitação.....</b>	<b>37</b>
<b>3- CARACTERIZAÇÃO DA UNIÃO DE FREGUESIAS DE COIMBRA .....</b>	<b>41</b>
<b>4- METODOLOGIA.....</b>	<b>43</b>
4.1- TIPO DE ESTUDO .....	43
4.2- O MEIO, A POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	43
4.3- VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	45
<b>4.3.1- Variáveis de Atributo.....</b>	<b>45</b>
<b>4.3.2 – Variáveis Centrais da Investigação.....</b>	<b>49</b>
4.4- METODOLOGIA DE RECOLHA DE DADOS .....	52
4.5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	55
<b>5- RESULTADOS .....</b>	<b>59</b>
5.1- CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE .....	60
5.2- CARACTERIZAÇÃO DO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS .....	62

5.3- RECURSOS UTILIZADOS PARA TOMAR CONTA DA PESSOA DEPENDENTE .....	63
<b>5.3.1- Produtos de apoio utilizados .....</b>	<b>63</b>
<b>5.3.2- Outros recursos utilizados.....</b>	<b>78</b>
<b>6- DISCUSSÃO .....</b>	<b>81</b>
6.1- PESSOA DEPENDENTE .....	81
6.2- MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS .....	84
6.3- RECURSOS PARA TOMAR CONTA DA PESSOA DEPENDENTE .....	85
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>105</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I-** Formulário «Famílias que integram dependentes no autocuidado»

**ANEXO II-** Autorização da Escola Superior de Enfermagem do Porto para utilização o  
formulário «Famílias que integram dependentes no autocuidado»

**ANEXO III-** Panfleto divulgação estudo

**ANEXO IV-** Formulário de consentimento informado

**ANEXO V-** Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da  
Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para a  
realização do projeto: Famílias que integram pessoas dependentes no  
autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de  
Coimbra

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é uma realidade emergente nos países desenvolvidos devido ao aumento da esperança de vida e declínio da fecundidade das populações, acarretando diversos desafios do ponto de vista social.

A sociedade tem discutido o que é necessário para manter as pessoas autónomas ao longo da sua vida, assim como as condições necessárias para o cuidador informal assumir de uma forma adequada o seu papel, mantendo a pessoa dependente no seio familiar.

A Enfermagem tem potencial para ser significativa para a pessoa dependente e para o cuidador informal através da sua intervenção. Pelo que, têm vindo a ser desenvolvidos estudos pelos enfermeiros para compreender o fenómeno da dependência em contexto domiciliário (Petronilho et al., 2021).

No concelho de Coimbra não existiam dados sobre esta condição da população, desta forma surgiu o interesse de desenvolver uma investigação para os revelar à semelhança do realizado anteriormente noutros concelhos de Portugal.

Assim, em 2019 a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a Escola Superior de Enfermagem do Porto iniciam o projeto «Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra», que visou estudar a dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas de Coimbra.

A presente investigação contribuiu para esse estudo ao analisar os recursos utilizados para tomar conta da pessoa dependente (PD) no seio das famílias clássicas da União de Freguesias de Coimbra (UFC) que integra a área geográfica referente ao centro histórico da cidade.

Para a Enfermagem de Reabilitação é uma área de investigação prioritária “no âmbito dos Processos Adaptativos na dependência no Autocuidado em contexto domiciliário” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 5).

Neste sentido, o objetivo geral da investigação é descrever os recursos utilizados no seio das famílias clássicas para tomar conta da PD na UFC.

Para tal, replicou-se a metodologia de investigação utilizada noutros estudos de base populacional realizados por enfermeiros em Portugal, nomeadamente no Porto (Gonçalves, 2013), Lisboa (Costa, 2013), Maia (Rocha, 2015) e Paços de Ferreira (Regadas, 2021).

O relatório encontra-se dividido em seis partes, inicialmente apresenta-se o problema de investigação. A seguir surge o enquadramento teórico que contextualiza o quadro concetual, a dependência no autocuidado em contexto domiciliário e a caracterização da UFC.

Depois, descreve-se a metodologia de investigação no que diz respeito à população, amostra, variáveis, método de recolha de dados e considerações éticas. Segue-se a apresentação dos resultados e discussão das evidências em face das investigações anteriores.

O relatório termina com as conclusões relativamente aos recursos utilizados pelas famílias clássicas da UFC para tomar conta da PD do ponto de vista do júzo clínico do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

## **1- PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO**

A população portuguesa sofreu alterações na sua composição demográfica com aumento do índice de envelhecimento, justificado pela diminuição do número de jovens em contraponto com o incremento do número de idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

O aumento da idade da população induz maior frequência das situações de dependência e o seu agravamento, o que determina maior necessidade de cuidados de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015).

O EEER intervém ao longo do ciclo vital das pessoas com o propósito de promover a qualidade de vida, melhorar a funcionalidade e autocuidado, em todos os contextos da sua prática (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

Tal como, o autocuidado é um conceito nuclear para a Enfermagem, que tem desenvolvido diversas investigações para compreender a dependência no autocuidado em contexto domiciliário (Petronilho et al., 2021). Os estudos conduzidos por Gonçalves (2013), Petronilho (2013), Costa (2013), Rocha (2015), Bento (2020) e Regadas (2021) constataram que a utilização pelas famílias dos recursos necessários para cuidar da PD é abaixo do esperado.

No concelho de Coimbra não se constatou a existência de dados sobre os recursos utilizados pelas famílias clássicas para tomar conta da PD em contexto domiciliário, portanto não existem dados referentes à UFC, uma das freguesias centrais do concelho.

A UFC segundo o Conselho Local de Ação Social de Coimbra (2018) é a freguesia com maior índice de envelhecimento do concelho e de acordo com Instituto Nacional de Estatística (2014) a população residente diminuiu em 20%.

Desta forma, emergiu a seguinte questão de investigação: Quais os recursos utilizados pelas famílias clássicas da UFC para tomar conta da pessoa dependente em contexto domiciliário?

Ao melhorar o conhecimento sobre o fenómeno espera-se contribuir para a definição de estratégias e políticas que promovam o acesso aos recursos necessários às famílias para tomar conta da PD no domicílio.

Neste âmbito, O EEER tem competências para identificar os recursos necessários para a PD, nomeadamente produtos de apoio (PA), assim como para preparar a pessoa ou o cuidador para a sua utilização, assumindo neste campo um papel significativo para as pessoas e comunidade (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

O objetivo geral do estudo é:

- Descrever os recursos utilizados no seio das famílias clássicas para tomar conta da PD na UFC.

Os objetivos específicos aos quais procura atender são os seguintes:

- Identificar os produtos de apoio utilizados pelas famílias clássicas para tomar conta da PD na UFC;
- Identificar as razões da não utilização dos produtos de apoio necessários, pelas famílias clássicas para tomar conta da PD na UFC;
- Identificar os recursos profissionais que as famílias clássicas utilizam para tomar conta da PD na UFC;
- Identificar os recursos não profissionais que as famílias clássicas utilizam para tomar conta da PD na UFC;
- Identificar os serviços de saúde e apoio que as famílias clássicas utilizam para tomar conta da PD na UFC;
- Identificar os recursos financeiros que as famílias clássicas utilizam para tomar conta da PD na UFC.

## **2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Ao longo deste capítulo espera-se entender o significado da problemática para a Enfermagem de Reabilitação e o seu quadro conceitual. No parecer de Fortin et al. (2009) deve organizar o conjunto de conceitos, modelos conceituais e dados empíricos relacionados com a problemática em estudo.

O enfoque no autocuidado e nos processos adaptativos dos seus clientes, justifica que a prática dos EEER seja orientada pelos “modelos de auto-cuidado e das transições” (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018, p. 6). Pelo que, estes se revelam necessários para o enquadramento conceptual do estudo e de seguida serão abordados.

### **2.1- TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICE DE AUTOUIDADO**

O autocuidado é universal a todo o ser humano, pois permite-lhe suprimir as suas necessidades ao longo do ciclo vital, de acordo com as exigências que lhe são efetuadas (Queirós, 2010).

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado (TEDC) de Doroteia Orem destaca-se neste domínio ao ser aceite internacionalmente, amplamente utilizada na investigação e formação dos enfermeiros, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem (Meleis, 2005; Wills & McEwen, 2016).

Do ponto de vista de Queirós et al. (2014) a TEDC oferece “sentido disciplinar à atividade profissional ... permite a construção de narrativas explicativas do que é feito pelos enfermeiros [quando] têm necessidade de encontrar respostas para os problemas de saúde, de doença e de bem-estar das pessoas e populações a que têm de assistir” (p.163).

Autocuidado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem apresenta o seguinte conceito: “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” (International Council of Nurses, 2022, s.p.).

Na visão de Orem (2001) o autocuidado é aprendido, assume uma função reguladora em resposta aos objetivos da pessoa, observável nas ações deliberadas do seu dia-a-dia dirigidas a si ou ao meio-ambiente, para regular o seu funcionamento e desenvolvimento de acordo com os seus interesses, estado de saúde e bem-estar.

Desta forma, verifica-se a existência de uma relação entre o conceito descrito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e os desenvolvimentos que Orem realizou sobre o mesmo.

Orem (2001) acrescenta que o alvo de ação pode ser o próprio ou outra pessoa, denominando-se então agente de autocuidado. As pessoas que cuidam de outras pessoas tais como crianças, ou incapazes de cuidar de si, designam-se agente de cuidado dependente.

A TEDC integra três teorias relacionadas entre si, sendo elas a Teoria do Autocuidado, A Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

A Teoria do Autocuidado explica como a pessoa cuida de si ou dos membros da família dependentes para assegurar a sua vida, saúde e bem-estar. Segundo Orem (2001) é necessário ter em conta os seguintes pressupostos:

- As pessoas têm o potencial e motivação para desenvolver o conhecimento e as habilidades necessárias para cuidar de si e dos seus dependentes;
- As ações de autocuidado dependem da disponibilidade, procura, preparação e uso dos recursos necessários para as providenciar;
- A cultura, grupo familiar e a sociedade influenciam o autocuidado;
- O cuidado de si e o dos membros dependentes é realizado de acordo com as suas aprendizagens e as circunstâncias envolventes;
- A experiência acumulada na provisão de cuidados permite à pessoa determinar quais, tipo, quando e como as ações de autocuidado serão realizadas;
- O conhecimento científico partilhado com a comunidade é integrado pelas pessoas no seu próprio conhecimento experiencial.

As ações desenvolvidas pretendem dar respostas aos requisitos de autocuidado, que são “os propósitos que os indivíduos devem ter quando realizam o autocuidado” (Orem, 2001, p. 49, tradução nossa), sejam eles universais, de desenvolvimento ou desvio de saúde.

Os requisitos universais de autocuidado são comuns a todos os seres humanos, sendo eles: ingestão suficiente de ar; ingestão suficiente de água; ingestão suficiente de comida; tomar conta dos processos de eliminação; obter o equilíbrio entre a atividade e descanso; obter o equilíbrio entre a solidão e interação social; proteger-se dos perigos para a sua vida, funções corporais e bem estar; promover o funcionamento e desenvolvimento humano normal integrado num grupo social, de acordo com o seu potencial e limitações (Orem, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento derivam dos universais, relacionam-se com os processos de desenvolvimento ou quando surge uma nova condição, como por exemplo a gravidez. Representam as necessidades existentes para manter as condições necessárias ao desenvolvimento e maturação saudável do ser humano, ou mitigar os efeitos de condições adversas (Orem, 2001).

Os requisitos de desvio de saúde decorrem de uma doença ou lesão, ou situações que envolvam deficiências e incapacidades, em que haja alteração da condição de saúde, bem como dos tratamentos necessários. De acordo com Orem (2001) são:

- Procurar e assegurar ajuda dos profissionais de saúde numa situação de doença;
- Reconhecer e tomar conta dos sinais e sintomas da doença, sem esquecer do seu impacto no desenvolvimento;
- Cumprir as medidas de diagnósticos, terapêuticas e de reabilitação necessárias, com o propósito de prevenir ou tratar a doença, manter o funcionamento corporal adequado, corrigir as deformidades ou compensar as incapacidades;
- Reconhecer e tomar conta dos efeitos dos tratamentos, não esquecendo o seu impacto no desenvolvimento;
- Modificar o seu autoconceito, aceitando a sua nova condição de saúde;
- Aprender a viver com os sinais e sintomas da doença e com os efeitos dos tratamentos, assumindo um estilo de vida promotor do seu desenvolvimento pessoal.

Orem (2001) sugere o conceito de necessidade de autocuidado terapêutico decorrente da soma das operações necessárias e a sua sequência, em resposta aos requisitos de autocuidado a concretizar por si ou por outro num determinado período de tempo.

As ações de autocuidado realizadas em resposta às necessidades de autocuidado, em que a pessoa as desenvolveu devido à sua compreensão ou aquisição de novas habilidades, são observáveis sob a forma de hábitos (Orem, 2001).

A Teoria do Déficit de Autocuidado explica as razões pelas quais as pessoas precisam de cuidados de enfermagem (Orem, 2001).

Os cuidados de enfermagem são necessários na presença de déficit de autocuidado, ou seja, quando as capacidades da pessoa são insuficientes para responder às necessidades de autocuidado, devido a limitações na capacidade da pessoa ou aumento da exigência dos cuidados (Orem, 2001).

Neste contexto sublinham-se os fatores condicionantes básicos, isto é, condições ou situações que afetam a capacidade da pessoa para se cuidar e para Orem (2001) são:

- Idade;
- Género;
- Estágio de desenvolvimento;
- Condição de saúde;
- Meio sociocultural;
- Relacionados com o sistema de saúde, tais como meios de diagnóstico e terapêutica;
- Meio familiar;
- Padrões de vida;
- Fatores ambientais;
- Disponibilidade e adequação dos recursos.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem segundo Orem (2001) estrutura e define a forma como os enfermeiros ajudam a pessoa, em resposta às suas necessidades de autocuidado terapêutico, utilizando os seguintes métodos:

- Agindo ou fazendo pelo outro;
- Orientando ou direcionando;
- Apoiando física ou psicologicamente;
- Providenciando ou mantendo um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal;
- Ensinando.

A atuação dos enfermeiros é enquadrada em três sistemas: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

O sistema totalmente compensatório caracteriza-se pela ação exclusiva do enfermeiro, suprimindo as necessidades de autocuidado terapêutico pela pessoa, compensando a sua incapacidade, apoiando-a e protegendo-a (Orem, 2001).

No sistema parcialmente compensatório quer o enfermeiro, quer a pessoa executam ações de autocuidado, habitualmente a ajuda é necessária em tarefas manipulativas. O enfermeiro assiste o doente conforme o necessário. A própria pessoa desempenha as medidas de autocuidado para as quais mantém capacidade, regula os cuidados, assim como aceita os cuidados realizados pelos enfermeiros (Orem, 2001).

O sistema de apoio educação é necessário quando o indivíduo tem capacidade para desempenhar as ações necessárias para se cuidar, contudo, necessita de as aprender. O enfermeiro tem o papel regulador do exercício e desenvolvimento da capacidade de autocuidado, a pessoa realiza o autocuidado e tem igualmente o papel regulador do exercício e desenvolvimento da capacidade de autocuidado (Orem, 2001).

A TEDC permite identificar como os enfermeiros ajudam as pessoas, compensando as suas incapacidades, na sua capacitação para lidar com as novas exigências, e na implementação de estratégias que reduzam a exigência dos cuidados de acordo com as suas capacidades.

## 2.2- TEORIA DAS TRANSIÇÕES

As transições têm assumido um papel central na enfermagem conforme referido por Queirós (2010). Wills e McEwen (2016) destacam que a Teoria das Transições tem demonstrado a sua utilidade para “direcionar a prática, a pesquisa e o ensino dos enfermeiros” (p.242).

Na visão de Meleis e Trangenstein (1994) o objetivo da enfermagem é facilitar os processos de transição das pessoas com o intuito de melhorar o seu bem-estar.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018) sublinha a importância da Teoria das Transições para o EEER no âmbito da sua tomada de decisão.

Petronilho et al. (2021) destaca a importância de “aprofundar todas as dimensões que lhe estão associadas na prática clínica” (p.69).

O conceito de transição segundo Chick e Meleis (1986) é a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, existindo mudança decorrente da fase da vida da pessoa ou da sua condição.

Estes momentos caracterizam-se por existir uma maior vulnerabilidade dos indivíduos, conforme refere Meleis et al. (2000) devido “a interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a danos potenciais, recuperações difíceis ou prolongadas ou aceitação demorada ou não saudável” (p.12, tradução nossa).

As transições que a Enfermagem toma por foco relacionam-se com a doença no que diz respeito ao seu diagnóstico, tratamento, reabilitação e recuperação. Assim como, as transições associadas ao desenvolvimento por exemplo a gravidez, parentalidade, envelhecimento. E ainda, as transições sociais e culturais, tais como a reforma e a assunção do cuidado ao familiar dependente (Meleis et al., 2000).

Meleis et al. (2000) sustenta que das pesquisas realizadas emerge um quadro teórico para as transições, articulam entre si:

- Tipos e padrões de transição;
- Propriedades das transições;
- Condições facilitadoras e inibidoras da transição;
- Indicadores de processo;
- Indicadores de resultado;
- Terapêuticas de enfermagem.

As transições quanto ao tipo dividem-se em desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais. As transições desenvolvimentais reportam aos processos de vida associados ao ciclo vital. As transições situacionais estão associadas aos processos de mudança na assunção de um novo papel. As transições saúde-doença decorrem de processos de adaptação a uma doença que gera uma nova condição. A transição organizacional surge de mudanças no seio das organizações com influência nos processos de vida dos indivíduos (Schumacher & Meleis, 1994).

As transições quanto ao padrão podem ser simples ou múltiplas. Nas múltiplas há ainda a considerar se são simultâneas, sequenciais ou relacionadas entre si (Meleis et al., 2000).

As propriedades das transições são as seguintes: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, tempo de transição, pontos e eventos críticos (Meleis et al., 2000).

Consciencialização para Meleis et al. (2000) é a “perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição” (p.18, tradução nossa). O seu grau define-se pela congruência entre as respostas do individuo e o esperado na sua situação. É essencial porque é necessário algum nível de consciencialização para iniciar o processo de transição.

O envolvimento reporta-se ao grau em que a pessoa se envolve nos processos inerentes à transição, porém, não existe envolvimento sem consciencialização (Meleis et al., 2000).

A mudança e diferença são propriedades essenciais para a transição, embora nem todas as mudanças resultem em diferença, a transição ocorre quando existe mudança e a situação fica diferente da anterior (Meleis et al., 2000).

O tempo de transição reporta ao fluxo e movimento ao longo tempo desde o início através dos primeiros sinais de consciencialização, seguido do período de instabilidade, terminando quando a pessoa volta a adquirir estabilidade (Meleis et al., 2000).

Os pontos e eventos críticos são momentos marcantes da transição, como por exemplo o nascimento, diagnóstico da doença ou outras situações significativas, aos quais se associa segundo Meleis et al. (2000) “aumento da consciencialização sobre a mudança, a diferença ou o envolvimento mais ativo em lidar com a experiência de transição” (p.21, tradução nossa).

As condições facilitadoras e inibidoras da transição podem promover ou restringir os processos de transição e os seus resultados. Meleis et al. (2000) dividem-nas em condições pessoais e condições comunitárias ou sociais.

As condições pessoais são os significados, as crenças e atitudes, o estatuto socioeconómico, a preparação e conhecimento. Os significados são o valor atribuído ao evento que despoleta a transição e ao seu processo. As crenças e atitudes representam a influência cultural na pessoa sobre o seu processo de transição (Meleis et al., 2000) .

O estatuto socioeconómico é importante porque pessoas com estatuto mais baixo experienciam maiores dificuldades no processo de transição. A preparação e conhecimento prévia é facilitadora do processo de transição, a sua ausência é dificultadora (Meleis et al., 2000).

As condições comunitárias são facilitadoras quando existem recursos comunitários de suporte até surgir estabilidade no processo de transição. As condições sociais assumem um papel significativo quando existem estigmas ou marginalização, que resultam em condições dificultadoras de uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de processo permitem determinar se a transição caminha ou não num sentido saudável, sendo eles: sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e coping (Meleis et al., 2000).

Sentir-se ligado revela-se na capacidade da pessoa manter os contactos antigos e adquirir novos. Interagir permite à pessoa descobrir e clarificar os significados e comportamentos associados ao processo de transição (Meleis et al., 2000).

Sentir-se situado verifica-se quando a pessoa reconhece a situação em que se encontrava e onde se situa agora. Desenvolver confiança e coping reflete como está a decorrer o processo de transição, os indivíduos envolvidos experimentam um maior nível de confiança (Meleis et al., 2000).

A teoria aponta para dois indicadores de resultado: a mestria e a identidade fluída integrativa. Meleis et al. (2000) refere que “podem refletir por aproximação a qualidade de vida para aqueles que estão a passar por transições” (p.26, tradução nossa).

A mestria é revelada pelo domínio dos comportamentos e habilidades necessárias para gerir a sua situação, indicando uma transição saudável. A identidade fluída integrativa acontece quando a pessoa reformula a sua identidade e integra de forma adequada a sua nova condição, em resultado de uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

As terapêuticas de enfermagem são compostas por diferentes intervenções durante o processo de transição, neste âmbito Schumacher e Meleis (1994) identificam a necessidade de avaliar e compreender a habilidade do cliente.

A preparação da transição é outro aspeto relevante para as autoras, realiza-se frequentemente através de educação terapêutica, ou através de um ambiente promotor da aquisição de habilidades e adoção das novas responsabilidades. A suplementação de papel é outra das terapêuticas apontadas, utiliza-se por exemplo com os familiares cuidadores.

Em síntese as terapêuticas têm um papel promotor da transição saudável, preventivo dos riscos associados à vulnerabilidade, assim como interventivo no processo de transição (Schumacher & Meleis, 1994).

### 2.3- A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

As projeções apontam que até 2080 haverá uma diminuição da população residente em Portugal, com uma diminuição drástica dos jovens em contraponto com o aumento do número de pessoas idosas, o que se traduz num aumento significativo do índice de envelhecimento da população (Instituto Nacional de Estatística, 2017) .

Do ponto de vista do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018) o desafio será cada vez maior para o sistema de saúde, porque a população idosa encontra-se vulnerável perante o aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes, decorrentes da sua ausência de recursos e manutenção de comportamentos de risco.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015) refere que há uma correlação positiva entre o aumento da idade e o grau de dependência no autocuidado. Esta necessidade de cuidados emergente constitui um desafio transversal à sociedade.

O Relatório da Primavera de 2015 destaca a existência de um número significativo de pessoas com dependência no autocuidado no domicílio, estima que 2,9% das famílias integram pelo menos uma PD e 43,4% destas famílias integram uma pessoa «acamada» (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015).

Em suma, os crescentes níveis de envelhecimento da população colocam um desafio às famílias quer pelo potencial incremento do número de pessoas dependentes, quer pelo seu próprio envelhecimento, paralelamente há uma redução do número de pessoas com disponibilidade e recursos para assumir o papel de cuidador.

#### **2.3.1- Cuidar do familiar dependente no autocuidado**

A pessoa em situação de dependência, de acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006 trata-se, de alguém que devido a “falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada...não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (p.3857).

A dependência no autocuidado em contexto domiciliário foi abordada por diversos estudos realizados por enfermeiros obtendo as seguintes prevalências de famílias com

peças dependentes no domicílio: Porto 10,41% (Gonçalves, 2013); Lisboa 8% (Costa, 2013); Maia 8,38% (Rocha, 2015); Paços de Ferreira 11,73% (Regadas, 2021).

Sequeira (2018) refere que os cuidados prestados à PD no domicílio são realizados habitualmente por familiares, amigos ou vizinhos assumindo o papel de cuidador informal, com maior frequência por pessoas do sexo feminino, e os cuidados informais “são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas parte dos mesmos” (p.168).

Moreira (2020) destaca que em Portugal os cuidados informais são habitualmente assumidos pelas mulheres, com maior prevalência na faixa etária compreendida entre os 55 e os 64 anos em atividades como: apoio nas tarefas diárias, realização de compras, transporte, apoio a tomar a medicação ou na execução de alguns tratamentos.

Segundo a mesma autora os homens têm menos expressão nos cuidados informais, a sua evidência aumenta com a idade, nomeadamente a partir dos 55-64 anos de idade.

No âmbito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem o cuidador é a pessoa “que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente” (International Council of Nurses, 2022, s.p.).

Em 2019 foi aprovado o estatuto do cuidador informal expresso na Lei n.º 100/2019 do Ministério Do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, no qual se define que o cuidador informal principal assegura de forma permanente em comunhão de habitação os cuidados à PD, sem auferir qualquer tipo de remuneração.

Imaginário (2004) refere que os cuidados assegurados pelos cuidadores informais são de natureza expressiva (afetivos e sociais) ou instrumental, conforme na tabela 1.

**Tabela 1-** Tipo de cuidados prestados no domicílio pelo cuidador informal

<b>Cuidados Expressivos</b>		<b>Cuidados Instrumentais</b>
<b>Afetivos</b>	<b>Sociais</b>	
Carinho	Distração	Cuidados Físicos
Companhia	Comunicação	Cuidados Técnicos
Satisfação da vontade do dependente		Cuidados de Vigilância
Conforto		Acompanhamento às consultas médicas
		Gestão dos medicamentos

Adaptado de Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente Em Contexto Familiar - uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Formasau.

Segundo Meleis et al. (2000) a pessoa da família que assume o papel de cuidador atravessa uma transição situacional ao mudar a sua função no seio familiar.

A assunção do papel de prestador de cuidados ocorre habitualmente por iniciativa própria, todavia também acontece por decisão familiar, por tratar-se da única pessoa disponível para cuidar ou a pedido do próprio dependente (Sequeira, 2018).

As razões para cuidar segundo Imaginário (2004), decorrem da relação com o dependente (afeto, obrigação ou dever, reciprocidade), por respeito da vontade do dependente ou por ausência de outra solução.

A prestação de cuidados é um processo complexo e exigente, acarreta sobrecarga para o cuidador, implica alterações ao nível familiar, contexto laboral, situação económica, tempo de lazer, na sua condição de saúde e emocionais (Imaginário, 2004; Lage, 2005; Sequeira, 2018).

A transição para o papel de cuidador assume uma complexidade própria. Sequeira (2018) refere 4 domínios de variáveis que a influenciam: o contexto do idoso dependente, o contexto do cuidador, o contexto da prestação de cuidados e o contexto dos resultados, que se sintetiza na tabela 2.

**Tabela 2-** Relação entre os domínios e principais variáveis da transição para o papel de cuidador

<b>Domínio</b>	<b>Principais Variáveis</b>
<b>Contexto do idoso dependente</b>	<b>Fatores pessoais-</b> idade, género, escolaridade, estado civil <b>Estado de saúde-</b> condição de saúde, tratamentos necessários; nível de dependência; <b>Meio-</b> profissão, situação social, condições económicas, habitação, apoio formal, recursos da comunidade
<b>Contexto do cuidador</b>	<b>Fatores pessoais-</b> idade, género, escolaridade, estado civil <b>Estado de saúde-</b> perceção da condição de saúde, morbilidades e queixas de saúde, cuidados de saúde necessários <b>Meio-</b> condição económica, situação profissional, coabitação, recursos da comunidade <b>Outras variáveis-</b> história de vida, autoconceito, autoestima, personalidade, contexto familiar
<b>Contexto da prestação de cuidados</b>	<b>Cuidar-</b> tipo, quantidade e duração dos cuidados que o dependente necessita, ajudas existentes, tipo de relação, comentários sobre os cuidados prestados <b>Perceção do cuidador sobre o suporte social-</b> suporte da família, amigos e instituições <b>Variáveis mediadoras-</b> Dificuldades e estratégias de coping
<b>Contexto dos resultados</b>	<b>Satisfação/bem-estar</b> <b>Sobrecarga/stress</b> <b>Perceção do cuidador sobre a condição de saúde-</b> vigilância, quantidade de fármacos utilizados, internamentos e perceção do agravar da condição de saúde durante os cuidados <b>Perceção das repercussões económicas</b> <b>Outras repercussões</b>

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

Sequeira (2018) e Petronilho (2007) apontam o trabalho de Shyu (2000) que identifica três fases distintas nas necessidades do cuidador informal até alcançar o equilíbrio a cuidar da PD. As três fases são:

- Fase de compromisso e ajuste;
- Fase de negociação;
- Fase de resolução.

A fase de compromisso e ajuste ocorre habitualmente durante a hospitalização, antes da alta quando o cuidador se prepara para cuidar e necessita: de informação no diz respeito à condição do dependente, gestão de sinais e sintomas da doença, cuidados necessários, suplementação no exercício do papel (Shyu, 2000).

A fase de negociação surge após a alta, sendo o processo no qual se alcança um padrão de interação nos cuidados. O cuidador necessita de apoio para: dominar os cuidados prestados, aceitação dos cuidados pela PD e a lidar com as suas emoções, recrutar serviços de apoio, suplementação no exercício do papel (Shyu, 2000).

A fase de resolução acontece quando se estabelece um padrão estável de interação entre o cuidador e a PD. As necessidades do cuidador são de suporte emocional e suplementação do exercício do papel (Shyu, 2000).

A transição para o papel de cuidador é complexa e não acontece isoladamente de outros processos de mudança, ocorrem simultaneamente alterações na condição da pessoa que fica dependente e transformações no seio familiar.

### **2.3.2- Recursos para tomar conta da pessoa dependente**

As diferentes abordagens à dependência e processos de adaptação tem vindo a demonstrar a importância dos recursos, ao facilitar a tarefa da pessoa ou como suporte ao cuidador, a sua utilização é uma condição facilitadora para a transição saudável.

A incerteza do cuidador em assegurar os cuidados no domicílio decorre do aumento da consciencialização acerca do agravamento da condição de saúde do familiar dependente, assim como do desconhecimento dos cuidados necessários e dos recursos que poderia mobilizar na comunidade para assegurar os cuidados (I. Pereira & Silva, 2012).

A situação de dependência no domicílio pode exigir a necessidade de apoios formais, apoios informais, recursos económicos e recursos materiais (Imaginário, 2004; Petronilho, 2007).

Os apoios formais reportam aos “cuidados prestados por profissionais e instituições que realizam essa tarefa sob a forma de prestação de serviço” (Imaginário, 2004, p. 191) nos estudos anteriores o médico é o recurso mais utilizado, seguido do enfermeiro e com uma frequência muito menor as outras classes profissionais (Costa, 2013; Maia, 2012; Petronilho, 2013; Regadas, 2021; Rocha, 2015).

Em relação aos serviços de saúde e apoio verifica-se que os mais utilizados são os Hospitais, Centros de Saúde e INEM (Brito, 2012; Costa, 2013; Maia, 2012; Petronilho, 2007, 2013; Regadas, 2021).

Os apoios informais resultam de redes em que “as pessoas desempenham funções complementares e interdependentes de ajuda”(Imaginário, 2004, p. 192), habitualmente constituídas por familiares, vizinhos e amigos. Os estudos anteriores demonstram que o recurso mais utilizado são os familiares e que os vizinhos ou amigos têm uma expressão reduzida (Costa, 2013; Maia, 2012; Petronilho, 2007, 2013).

Os recursos económicos são importantes para a satisfação das necessidades da PD e “muitos cuidadores têm de enfrentar as limitações associadas à perda económica e ao acréscimo de gastos devido à dependência.”(Imaginário, 2004, p. 189). A pensão/reforma é o recurso económico com maior referência nos estudos anteriores (Costa, 2013; Maia, 2012; Petronilho, 2013; Regadas, 2021; Rocha, 2015).

Os recursos materiais são equipamentos que podem ser utilizados para facilitar a manutenção do dependente no domicílio (Imaginário, 2004). De acordo com o Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de abril os PA são “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico...que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (p. 2276).

A identificação dos recursos materiais utilizados tem-se associado aos cuidados instrumentais e organizada por autocuidado em conformidade com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Neste âmbito, assumiram relevância os autocuidados: alimentar-se, andar, arranjar-se, tomar banho, usar a cadeira de rodas, elevar-se, uso do sanitário, tomar a medicação,

transferir-se, vestir-se, virar-se e os recursos que não se enquadram em nenhum dos autocuidados anteriores designam-se recursos complementares (Gonçalves, 2013) .

As razões que conduzem à sua não utilização são o desconhecimento do equipamento ou como obter acesso, limitações económicas e nalgumas situações limitações da residência ou desconhecer o funcionamento do recurso (Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Regadas, 2021; Rocha, 2015).

A utilização dos recursos materiais necessários à PD identificada nos estudos realizados anteriormente nos concelhos do Porto, Lisboa, Maia e Paços de Ferreira é sintetizada na tabela 3.

**Tabela 3-** Taxa de utilização dos recursos materiais necessários à pessoa dependente nos concelhos do Porto, Maia e Lisboa e Paços de Ferreira

Autocuidado	Porto <sup>a</sup>	Maia <sup>b</sup>	Lisboa <sup>c</sup>	Paços de Ferreira <sup>d</sup>
	%	%	%	%
Tomar banho	52,10	40,10	48,33	38,5
Vestir-se	8,83	7,67	25,94	25,3
Arranjar-se	0	6,66	7,14	58,1
Alimentar-se	45,27	59,94	48,37	54,2
Uso do sanitário	66,54	62,67	54,49	68,5
Elevar-se	28,27	33,26		53,3
Virar-se	54,17	41,34	25,0	47,5
Transferir-se	26,16	27,23	22,63	30,5
Usar a cadeira de rodas	25			66,2
Andar	82,71	67,93	77,61	80,7
Tomar a medicação	73,82	78,78	62,20	70,9
Recursos Complementares	78,27	62,90	70,80	48,0
<b>Taxa Global</b>	<b>59,6</b>	<b>45,31</b>	<b>55,91</b>	<b>53,5</b>

**Nota:** dados obtidos a partir das investigações de Maia<sup>a</sup> (2012); Rocha<sup>b</sup>(2015); Costa<sup>c</sup> (2013); Regadas<sup>d</sup>(2021)

A utilização dos equipamentos necessários verificou-se inferior ao desejável, com maior uso dos recursos complementares, para tomar a medicação e para andar. Nas tarefas manipulativas e de maior exigência tais como higiene, virar-se, elevar-se ou transferir-se, verificou-se baixas taxas de utilização o que contribui para a sobrecarga do cuidador e confinamento da PD ao leito.

### **2.3.3-Contributo da Enfermagem de Reabilitação**

O autocuidado tem demonstrado ser um conceito central para a Enfermagem no âmbito da sua ação (Paiva, 2012). Segundo Petronilho (2012) neste domínio é possível evidenciar um “resultado de saúde sensível às terapêuticas de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e no bem-estar das populações” (p. 92).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação descrevem que o EEER direciona a sua intervenção para a pessoa com necessidades especiais ou o cuidador, independentemente do contexto em que se encontra (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

A pessoa com necessidades especiais apresenta incapacidade de cuidar de si de forma independente ou sem ajuda, decorrente da sua condição de saúde ou deficiência de natureza permanente ou temporária (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

Desta forma, destaca-se a importância das intervenções do EEER na “preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018, p. 6).

No parecer de Proot et al. (1998) é um aspeto nuclear para a Enfermagem de Reabilitação a promoção dos processos que permitem a evolução das pessoas de uma situação de dependência até à independência.

Em que medida os EEER conseguirão atender as pessoas nos seus processos de reconstrução de autonomia, uma vez que, do ponto de vista de Petronilho et al. (2021) exige “um nível de competências científicas, técnicas e relacionais diferenciadas” (p.72).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018) refere que EEER tem potencial para contribuir nos processos de vida das pessoas, ao assegurar cuidados de reabilitação com técnicas e materiais adequados à sua condição, na identificação da necessidade de PA e na capacitação para a sua utilização, sem descuidar os processos de adaptação das pessoas na assunção do papel de cuidador.

Petronilho (2012) alude ao trabalho de Pryor (2009), que especifica as fases e as estratégias que os enfermeiros utilizam no treino dos doentes para o autocuidado para aquisição da máxima independência funcional.

Segundo Pryor (2009) o treino para o autocuidado integra três fases:

- Facilitar o envolvimento do doente no seu processo de reabilitação;
- Potenciar o esforço do doente;
- Proporcionar assistência gradual.

Para facilitar o envolvimento do doente no seu processo de reabilitação é necessário que o EEER: conheça a pessoa (em relação ao seu passado, planos, expectativas e papel esperado da família na sua vida); providencie informação sobre a reabilitação e o seu estado de saúde; envolva o doente na relação terapêutica; motive a pessoa a participar no seu processo de reabilitação; crie um ambiente favorecedor da reabilitação (Pryor, 2009).

O EEER para potenciar o esforço do doente e melhorar a sua capacidade para o autocuidado: treina o desenvolvimento de novas estratégias para o autocuidado; realiza sugestões e alertas; encoraja a pessoa a não desistir de tentar; reajusta na medida do necessário o meio envolvente; motiva a pessoa para a realização do seu autocuidado; transmite feedback; permite a ocorrência de erros (Pryor, 2009).

Promover a assistência gradual, conforme indica, refere-se à redução gradual do nível de apoio dos enfermeiros ao longo de tempo. Esta fase integra três estratégias: substituir a pessoa no autocuidado quando necessário; estar com o doente e permitir o tempo necessário na realização das suas próprias ações sem prestar ajuda física; não assistir assim que a pessoa é independente (Pryor, 2009).



**Figura 1-** As 3 fases do treino dos doentes para o autocuidado

Fonte: Pryor, J. (2009). Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 4(2), 79–88. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00148.x>

Proot et al. (1998) realça que além da independência funcional não deve ser descurado o conceito de autonomia, que integra a capacidade de agir de acordo com os seus padrões e ideais.

Com efeito, Gonçalves (2013) verifica que as PD não são as mais influentes na decisão de institucionalização, porque ocorre quando surge incapacidade de resposta da família. Portanto, a dependência no autocuidado é uma condição que limita frequentemente a autonomia do indivíduo.

Perante os potenciais constrangimentos à autonomia da pessoa, Blackburn et al. (2019) identifica a importância das seguintes ações:

- Apoiar;
- Promover;
- Respeitar;
- Advogar.

A ação «apoiar» situa-se na dimensão da relação e interação da equipa de saúde com o doente e a sua família, que deve ser facilitadora da sua autonomia (Blackburn et al., 2019).

Para «promover» é necessário ajustar as respostas e a comunicação de acordo com a condição da pessoa, o que inclui fornecer informação, fomentar a sua participação na reabilitação e na tomada de decisão (Blackburn et al., 2019).

Respeitar a autonomia, diz respeito à necessidade de utilizar as melhores evidências nas escolhas relativas à reabilitação, por forma a não limitar as opções da pessoa de acordo com as suas perspetivas culturais e sociais (Blackburn et al., 2019).

Advogar, implica o envolvimento dos profissionais de saúde nas decisões relativas a políticas de saúde e organizacionais, para que estas não restrinjam a autonomia das pessoas (Blackburn et al., 2019).

Como sustenta Hesbeen (2001) a reabilitação não se circunscreve à componente técnica, deve ser imbuída de um espírito que obriga a atuar sem reduzir o doente à sua condição, mas a intervir com a intenção da pessoa atingir a “melhor qualidade de vida possível, mesmo quando as capacidades que lhe restam são extremamente reduzidas ou quando o horizonte que se lhes mostra não é muito alegre” (p.35).



### 3- CARACTERIZAÇÃO DA UNIÃO DE FREGUESIAS DE COIMBRA

A UFC surge da reorganização administrativa do território das freguesias em 2013 conforme a Lei n.º 11-A/2013 da Assembleia da República, na qual agregou as seguintes freguesias: Almedina; Santa Cruz; São Bartolomeu; Sé nova.

A UFC segundo os censos de 2011 alberga uma população residente de 13971 pessoas, num universo de 6394 famílias clássicas (Instituto Nacional de Estatística, 2014). A sua área é 8 km<sup>2</sup>, com uma densidade populacional de 1677,2 pessoas por km<sup>2</sup>, em relação a Coimbra é a segunda mais alta e 3,7 vezes superior à densidade populacional do restante concelho (Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018).

A população de Coimbra diminuiu em 3,4% de acordo com os censos de 2001 e 2011 ao contrário do panorama nacional em que se verificou um aumento de 1,99% (Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018).

Na UFC a população residente reduziu 20% entre 2001 e 2011, este decréscimo é superior ao verificado no concelho, com maior evidência na zona geográfica de Almedina conforme os dados do Instituto Nacional de Estatística (2014), disponíveis na Tabela 4.

**Tabela 4-** Redução da população residente na União de Freguesias de Coimbra

Zona geográfica	População residente		População residente -Variação da População Residente entre 2001 e 2011
	Em 2001	Em 2011	
	n	n	%
Almedina	1521	904	-41
Santa Cruz	6866	5699	-17
São Bartolomeu	856	627	-27
Sé Nova	8295	6741	-19
<b>Total</b>	<b>17538</b>	<b>13971</b>	<b>-20</b>

Adaptado de Instituto Nacional de Estatística. (2014, setembro). *Instituto Nacional de Estatística*. [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos\\_quadros](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros)

A maior redução verifica-se nas pessoas cuja idade é inferior a 24 anos segundo o Instituto Nacional de Estatística (2014), com destaque para o grupo etário 15-24 anos com uma diminuição de 47%. A respeito disto o Conselho Local de Ação Social de Coimbra (2018) identifica uma tendência para o aumento da população idosa na UFC e no restante concelho.

A percentagem de população idosa residente na UFC é 26%, superior aos 20% relativos à totalidade do concelho, 15% dos alojamentos familiares da UFC integravam unicamente pessoas com 65 ou mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

A UFC é a freguesia com maior índice de envelhecimento do concelho, com 277 idosos por cada 100 jovens, superior ao nacional (127 idosos/100 jovens) e de Coimbra (161 idosos/100 jovens) (Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018).

A rede hospitalar pública é assegurada pelo Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e o Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil. Os cuidados de saúde primários são garantidos pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego (Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018).

A carta social apresenta as respostas sociais sob a tutela do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2022). As respostas sociais disponíveis em janeiro de 2022 são sintetizadas na tabela 5, quanto ao número e tipo de recursos existentes, para a pessoa em situação de dependência e para as pessoas idosas, no concelho de Coimbra e na UFC.

**Tabela 5-** N.º de respostas sociais para as pessoas idosas e em situação de dependência para o concelho de Coimbra e União de Freguesias de Coimbra em janeiro de 2022

Resposta Social	Coimbra	União de Freguesias de Coimbra
	n	n
Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)	45	13
Centro de Dia	33	8
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência)	26	6
Unidade de Longa Duração e Manutenção	5	1
Centro de Convívio	5	2
Equipa de Cuidados Continuados Integrados	4	2
Unidade de Média Duração e Reabilitação	4	2
Unidade de Convalescença	2	1
Total	109	29

A redução da população e envelhecimento da população da UFC resulta na exposição a uma situação de maior risco para a PD ou para o membro da família prestador de cuidados (MFPC), devido ao seu potencial isolamento e menor condição de saúde.

## **4- METODOLOGIA**

O investigador para responder às questões de investigação ou hipóteses define um desenho de investigação para assegurar a legitimidade das conclusões retiradas (Fortin et al., 2009). Com este capítulo pretende-se clarificar conforme refere Pocinho (2012) os métodos e as etapas da investigação conduzida para a obtenção dos resultados.

### **4.1- TIPO DE ESTUDO**

A identificação dos recursos utilizados pelas famílias clássicas da UFC para tomar conta da PD, segundo Fortin et al. (2009) orienta para um desenho cujo propósito é “obter uma visão geral de uma situação ou população” (p. 236), ou seja, um estudo descritivo simples, por forma a determinar as características da população em relação ao fenómeno.

O estudo realizado é de natureza quantitativa e não experimental, para indicar a prevalência e distribuição das variáveis na população, como decorreu num momento único é transversal (Pollit & Beck, 2019).

Com efeito, este tipo de investigação é útil para “avaliar as necessidades em saúde da população” (Bonita et al., 2010, p. 44).

### **4.2- O MEIO, A POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A caracterização dos recursos utilizados pelas famílias para cuidar da PD não é possível de concretizar em meio laboratorial, conforme nomeia Fortin et al. (2009) deve ser desenrolado em meio natural, ou seja, no contexto domiciliário das famílias.

A família clássica é um

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

independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento.

(Instituto Nacional de Estatística, 2012, p. 547)

A população alvo do estudo foram as famílias clássicas a residir na UFC, que albergava 6394 famílias clássicas das 58101 existentes em Coimbra, conforme os dados disponíveis nos Censos de 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

A dimensão da população impede que seja acessível na sua totalidade, portanto justificase a definição de uma amostra, isto é, um subconjunto da população representativo do universo em estudo (Fortin et al., 2009).

Como o estudo integra uma linha de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra que replica a metodologia utilizada por Gonçalves (2013) e Costa (2013), utilizou-se a fórmula  $n = \frac{z^2 \times p(1-p)}{d^2}$  recomendada pela Organização Mundial Saúde para estudos de natureza epidemiológica (Lwanga & Lemeshow, 1991).

O intervalo de confiança (z) é 95% como orienta Gil (2008). A prevalência do fenómeno (p) é desconhecida, logo deve assumir o valor de 50% (Gil, 2008; Lwanga & Lemeshow, 1991). À semelhança dos estudos anteriores considerou-se que o erro amostral (d) seria de 2%. Para o Concelho de Coimbra o tamanho da amostra é de 2401 famílias.

Para melhorar a representatividade da amostra, utilizou-se uma amostra probabilística do tipo aleatória estratificada, em que a população é “dividida em grupos distintos em função de certas características” (Fortin et al., 2009, p. 317). O critério que definiu a proporcionalidade na amostra foi a distribuição do número de famílias por freguesia à semelhança das investigações anteriores.

A UFC integra 11% das famílias de Coimbra, portanto a amostra mínima necessária é 264 famílias. A randomização foi assegurada com apoio do Professor Paulo Parente e da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que replicou o protocolo de amostragem utilizado nos estudos anteriores através da ferramenta informática ArcGYS®.

O protocolo de amostragem selecionou aleatoriamente um conjunto de áreas geográficas / número de famílias segundo a sua distribuição nos censos. Desta forma, a amostra integrava 17 áreas geográficas, nas quais deveriam ser contactadas no total 358 famílias.

A natureza do estudo determinou a necessidade de “critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin et al., 2009, p. 311). Com base

nos trabalhos de Gonçalves (2013) e (Maia, 2012) definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Aceitar participar no estudo;
- Integrar uma PD no autocuidado com idade superior a 18 anos;
- O respondente ao inquérito tem idade superior a 18 anos;
- Famílias clássicas a residir na UFC.

A escolha de uma idade superior a 18 anos da PD visa excluir situações de dependência associadas ao desenvolvimento humano e inerentes ciclo vital, como a infância.

Por outro lado, definiu-se que seria critério de exclusão as situações em que a PD no autocuidado está institucionalizada, porque se pretende estudar o contexto domiciliário.

#### 4.3- VARIÁVEIS DO ESTUDO

A caracterização das famílias clássicas da UFC em relação aos recursos utilizados para tomar da PD em contexto domiciliário, remete para um estudo quantitativo, que exigiu a definição prévia das “propriedades ou características de pessoas” (Fortin et al., 2009, p. 171) a estudar e medir, isto é, de variáveis.

O estudo não pretendeu verificar uma relação causa-efeito entre as variáveis, pelo que como orienta Fortin et al. (2009) subdividiram-se em 2 grupos, variáveis de atributo e as variáveis de investigação.

##### **4.3.1- Variáveis de Atributo**

As variáveis de atributo “são características pré-existentes dos participantes num estudo ...geralmente dados demográficos” (Fortin et al., 2009, p. 172) e neste âmbito reportam-se ao membro da família prestador de cuidados e à pessoa dependente.

Os seus níveis de medida devem ser definidos, segundo Fortin et al. (2009) existem variáveis de medida contínua com atribuição de valores numéricos com regras de medida, variáveis nominais com categorias para classificar os objetos (organizadas em várias categorias ou em apenas duas, neste caso dicotómicas), e variáveis com uma escala ordinal onde existe uma ordem de grandeza na ordenação das categorias.

As variáveis de atributo foram alavancadas pelos estudos realizados por Gonçalves (2013), Maia (2012) e Costa (2013).

Para a caracterização do MFPC consideraram-se as variáveis: idade; sexo; estado civil; parentesco com o familiar dependente; nível de escolaridade; profissão; coabitação com o dependente. A sua operacionalização é demonstrada na tabela 6.

**Tabela 6** – Operacionalização das variáveis de atributo em relação ao membro da família prestador de cuidados

Variável	Nível de medida	Unidade de medida/categorias
Idade	Medida contínua	– Anos completos
Sexo	Escala nominal, dicotómica	– Masculino – Feminino
Estado civil	Escala nominal	– Casado/União de Facto – Solteiro – Viúvo – Divorciado
Parentesco com o familiar dependente	Escala nominal	– Conjugue – Pai / Mãe – Filho(a) – Irmão (ã) – Afinidade (nora; padraсто; cunhado) – Outro parentesco – Sem parentesco
Nível de escolaridade	Escala ordinal	– Nenhum – Ensino Básico 1ºciclo (4anos) – Ensino Básico 2ºciclo (6anos) – Ensino Básico 3ºciclo (9anos) – Ensino secundário (11 ou 12 anos) – Ensino superior
Profissão	Escala nominal	– Membros das forças armadas – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa – Especialistas das profissões intelectuais e científicas – Técnicos e profissionais de nível intermédio – Pessoal administrativo e similares – Pessoal dos serviços e vendedores – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca – Operários, artífices e trabalhadores similares – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem – Trabalhadores não qualificados – Doméstico – Desempregado – Pensionista/ Reformado – Estudante – Outra
Coabitação com o dependente	Escala nominal, dicotómica	– Sim – Não

Em relação à PD definiram-se as seguintes variáveis de atributo: idade; sexo; estado civil; nível de escolaridade; profissão; modo de instalação da dependência; tempo de dependência; situação que originou a dependência; nível de dependência por autocuidado;

consumo de medicamentos; variedade de fármacos; fármacos nas tomas/dia. A tabela 7 apresenta a sua operacionalização.

**Tabela 7** - Operacionalização das variáveis de atributo em relação à pessoa dependente

Variável	Nível de medida	Unidade de medida/categorias
Idade	Medida contínua	– Anos completos
Sexo	Escala nominal, dicotómica	– Masculino – Feminino
Estado civil	Escala nominal	– Casado/União de Facto – Solteiro – Viúvo – Divorciado
Nível de escolaridade	Escala ordinal	– Nenhum – Ensino Básico 1ºciclo (4anos) – Ensino Básico 2ºciclo (6anos) – Ensino Básico 3ºciclo (9anos) – Ensino secundário (11 ou 12 anos) – Ensino superior
Profissão	Escala Nominal	– Membros das forças armadas – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa – Especialistas das profissões intelectuais e científicas – Técnicos e profissionais de nível intermédio – Pessoal administrativo e similares – Pessoal dos serviços e vendedores – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca – Operários, artífices e trabalhadores similares – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem – Trabalhadores não qualificados – Doméstico – Desempregado – Pensionista/ Reformado – Estudante – Outra
Modo instalação da dependência	Escala Nominal, dicotómica	– Súbita – Gradual
Tempo de dependência	Medida contínua	– Número de Anos
Situação que originou a dependência	Escala Nominal	– Envelhecimento – Acidente – Doença aguda – Doença crónica – Outra
Nível de dependência por Autocuidado <sup>a</sup>	Escala Ordinal	– Dependente não participa – Necessita de ajuda de pessoas – Necessita de equipamento – Completamente independente
Consumo de medicamentos	Escala Nominal, dicotómica	– Sim – Não
Variedade de fármacos	Medida contínua	– Número absoluto de fármacos diferentes
Fármacos nas tomas/dia	Medida contínua	– Número absoluto de fármacos diferentes

<sup>a</sup> Os autocuidados considerados são os seguintes: alimentar-se, andar, arranjar-se, tomar banho, usar a cadeira de rodas, uso do sanitário, tomar a medicação, transferir-se, vestir-se, elevar-se e virar-se. Definidos em concordância com os estudos realizados por Gonçalves (2013), Maia (2012) e Costa (2013).

Nas investigações realizadas por Gonçalves (2013), Maia (2012) e Costa (2013), assim como, por outros investigadores como Petronilho (2013) e Regadas (2021), integraram o Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado nos seus instrumentos de recolha de dados.

O formulário foi elaborado por docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto e permite avaliar e monitorizar a evolução da PD, é “inicialmente estudado por Duque em 2009, tendo concluído que apresenta validade clínica, facilidade de utilização e consistência interna” (S. C. de A. Pereira, 2014, p. 30).

Segundo Gonçalves (2013) o formulário integra um conjunto de indicadores para avaliar a capacidade da pessoa para se cuidar por autocuidado, com uma escala ordinal de 4 níveis (1- dependente não participa; 2- necessita de ajuda de pessoa; 3- necessita de equipamento; 4- completamente independente) conforme exemplo na tabela 8.

**Tabela 8-** Exemplo de avaliação da dependência no Autocuidado uso do sanitário

<b>Indicador</b>	<b>dependente não participa</b>	<b>necessita de ajuda de pessoa</b>	<b>necessita de equipamento</b>	<b>completamente independente</b>
Ocupa e desocupa o sanitário	1	2	3	4
Tira as roupas	1	2	3	4
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	1	2	3	4
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	1	2	3	4
Ajusta as roupas após a higiene íntima	1	2	3	4

Fonte: 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]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18580>

A aferição do nível de dependência por autocuidado realizou-se segundo os pressupostos referidos por Gonçalves (2013) e Costa (2013). Desta forma, resume-se na seguinte classificação:

- Dependente não participa, se avaliação igual a 1 em todos os indicadores;
- Completamente independente, se avaliação igual a 4 em todos os indicadores;
- Necessita de ajuda de pessoa, nos casos não incluídos nas categorias anteriores e nalguns indicadores da escala obtiveram avaliação inferior a 3;
- Necessita de equipamento, se nalgum indicador a avaliação é superior a 2 e não integra as categorias anteriores.

### 4.3.2 – Variáveis Centrais da Investigação

O estudo não pretendeu identificar relações de causa-efeito, contudo existem variáveis que assumiram centralidade na investigação, desta forma os recursos utilizados para tomar conta da PD são o aspeto nuclear desta investigação e foram estruturados de acordo com os trabalhos de Gonçalves (2013), Maia (2012) e Costa (2013).

Costa (2013) e Gonçalves (2013) apresentam um conjunto de PA selecionados a partir do catálogo de ajudas técnicas da Administração Central do Sistema de Saúde, dos catálogos existentes nos estabelecimentos comerciais e com maior probabilidade de utilização.

Os PA alocaram-se aos diferentes autocuidados segundo seu propósito e utilização, classificado como “recurso complementar” os que não guardam qualquer relação, como na tabela 9 e de acordo com as investigações de Gonçalves (2013) e Costa (2013)

**Tabela 9-** Lista de produtos de apoio por autocuidado e recursos complementares

<b>Autocuidado</b>	<b>Produtos de apoio</b>
Tomar banho	Assento suspenso para banheira; Barras de apoio para banho; Cadeira Higiénica; Elevador de banheira; Cadeira de banho (fixa/ giratória); Lava cabeças para acamados; Antiderrapante
Vestir-se	Abotoador; Calça meias / tira meias; Calçadeira de cabo longo; Cordões elásticos; Extensões para fechos de correr
Arranjar-se	Pente de cabo longo; Espelho inclinável
Alimentar-se	Abridor de frascos; Adaptador de talheres; Babete; Copo adaptado; Garfo flexível; Mesa de comer na cama; Rebordo para prato; Suporte de copos; Suporte de palhinha para copo
Uso do sanitário	Alteador de sanita; Arrastadeira; Barra de apoio de sanitário; Cadeira sanitária; Cueca impermeável; Colector urinário; Fralda; Penso absorvente para incontinência; Penso higiénico; Resguardo; Saco de colostomia/ileostomia/urina; Urinol
Elevar-se	Almofada elevatória; Apoio de cabeça anatómico; Apoio de pés; Barras paralelas e apoios da posição de pé
Virar-se	Grades de apoio / segurança; Colchão anti-úlceras de pressão; Cotoveleira; Coxim; Transfer de cama (dispositivo para posicionar); Imobilizador abdominal; Posicionador de perna e pés; Suporte para as costas; Dispositivo de prevenção de pé equino; Luva de imobilização
Transferir-se	Barra de apoio; Cabeceira e pés da cama amovíveis; Cama articulada; Elevador de transferência; Transfer leito-cadeira; Disco de rotação
Usar cadeira de rodas	Rampa; Rodas anti-queda; Plataforma vertical para cadeiras de rodas
Autocuidado: Andar	Andarilho; Bengala; Canadiana(s); Prótese
Tomar medicação	Aspirador de secreções; Caixa de comprimidos; Caneta de insulina; Corta comprimidos; Máquina de pesquisa de glicemia capilar; Nebulizador; Oxigenoterapia; Termómetro (para registo de temperatura); Triturador de comprimidos
Recursos Complementares	Dispositivo de chamada; Material de instrução e aprendizagem; Prótese auditiva; Telefone / telemóvel; Pinça para alcançar objetos; Suporte para cartas; Enfia agulhas; Outros

Os PA foram avaliados quanto à sua necessidade perante a condição da PD, quanto à sua utilização efetiva e às razões da sua não utilização, como operacionalizado na tabela 10.

**Tabela 10-** Operacionalização da avaliação das dimensões em relação aos recursos necessários, utilizados e razões da não utilização.

	Nível de medida	Unidade de medida/categorias	
Recursos necessários	Escala nominal, dicotômica	– Sim	– Não
Recursos utilizados	Escala nominal, dicotômica	– Sim	– Não
Razões da não utilização	Escala nominal	– Desconhece funcionamento – Desconhece acesso – Económica	– Limitações da residência, – Outra
Desejado	Escala nominal, dicotômica	– Sim	– Não

Na investigação foram considerados outros recursos além dos materiais, e conforme Gonçalves (2013), Maia (2012) e Costa (2013) agruparam-se em 4 domínios: recursos profissionais, recursos não profissionais, serviços de saúde e apoio, recursos financeiros, apresenta-se a sua operacionalização na tabela 11.

**Tabela 11-** Operacionalização de outros recursos utilizados pelas famílias clássicas

Domínio	Recursos	Nível de medida	Unidade de medida/categorias	
Recursos profissionais	Assistente Social; Enfermeiro; Fisioterapeuta; Médico; Nutricionista; Outro	Escala	–	Sim
		Nominal	–	Não
Recursos não profissionais	Familiar; Vizinho; Amigo; Empregada Outro	Escala	–	Sim
		Nominal	–	Não
Serviços de saúde e apoio	Acompanhamento do dependente em casa; Cuidados de higiene e conforto; Cabeleireiro, manicure e esteticista; Apoio no tratamento da roupa do dependente; Confeção de refeições e apoio durante as mesmas; Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados; Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente; Apoio na compra de medicamentos; Apoio na compra de artigos alimentares; Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais); Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas; Hospital; Teleassistência; 112-INEM; Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar; Linha Saúde 24	Escala	–	Sim
		Nominal	–	Não
Recursos financeiros	Rendimento do trabalho; Rendimentos da propriedade e da empresa; Subsídio de desemprego; Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional; Outros subsídios temporários; Rendimento social de inserção; Pensão / Reforma A cargo da família; Apoio social Programa conforto habitacional para idosos (PCHI); Rendimento solidário para idosos (RSI); Complemento de dependência; Esmolas / donativos; Outra situação	Escala Nominal	– –	Sim Não

**Nota:** Cada recurso constitui-se com uma variável com avaliação própria e avaliada quanto à sua utilização ou não

Para identificar o padrão de cada família relativamente aos recursos utilizados procedeu-se a um conjunto de operações a partir dos dados recolhidos. Conforme descrito por Gonçalves (2013) a partir das variáveis dicotómicas do tipo sim/não foi contabilizado o n.º de vezes que ocorriam por participante.

Desta forma, contabilizou-se o número de PA necessários por autocuidado e recursos complementares, por participante e para o total da amostra.

A operação descrita anteriormente realizou-se para os PA utilizados, obtendo-se o número de PA utilizados por autocuidado e recursos complementares, por participante e para o total da amostra. O mesmo se realizou para os PA desejados e surge então o número de PA desejados por autocuidado e recursos complementares, por participante e para o total da amostra.

Bonita et al (2010) refere que os valores absolutos são mais úteis se transformados em taxas, habitualmente expressas em percentagem. Assim, foi possível obter a taxa de utilização dos produtos de apoio e a taxa de produtos de apoio desejados.

As taxas referidas foram identificadas no que diz respeito aos autocuidados e recursos complementares, assim como se determinou a taxa global de utilização do PA por participante e taxa global de PA desejados por participante.

A taxa de utilização dos PA calculou-se através da fórmula

$$\frac{n.º \text{ de produtos de apoio utilizados}}{n.º \text{ de produtos de apoio necessários}} * 100.$$

Por sua vez, a taxa de PA desejados obteve-se com a fórmula

$$\frac{n.º \text{ de produtos de apoio desejados}}{n.º \text{ de produtos de apoio necessários}} * 100.$$

Por forma a identificar o número de participantes que necessitam de PA por autocuidado e recursos complementares, criou-se uma variável dicotómica, PD que necessita de PA. Ou seja, se para um autocuidado a pessoa necessita pelo menos um PA o valor é sim, se não necessita o valor é não e traduziu-se na criação das seguintes variáveis:

- PD que necessita de PA para o autocuidado tomar banho;
- PD que necessita de PA para o autocuidado vestir-se;
- PD que necessita de PA para o autocuidado arranjar-se;
- PD que necessita de PA para o autocuidado alimentar-se;
- PD que necessita de PA para o autocuidado uso do sanitário;

- PD que necessita de PA para o autocuidado elevar-se;
- PD que necessita de PA para o autocuidado virar-se;
- PD que necessita de PA para o autocuidado transferir-se;
- PD que necessita de PA para o autocuidado usar a cadeira de rodas;
- PD que necessita de PA para o autocuidado andar;
- PD que necessita de PA para o autocuidado tomar a medicação;
- PD que necessita de PA no âmbito dos recursos complementares.

No que concerne aos recursos profissionais, foi criada uma nova variável a partir dos dados colhidos, o número de recursos profissionais utilizados, ao contabilizar o número de respostas “sim” por participante neste âmbito.

O mesmo procedimento foi realizado em relação aos recursos não profissionais e obteve-se o número de recursos não profissionais utilizados. Com o mesmo método obteve-se o número de serviços de saúde e apoio utilizados por participante e o número de recursos financeiros.

Além destes procedimentos, com intuito de identificar a representatividade das razões para não utilizar os PA necessários, calculou-se a percentagem da sua ocorrência da seguinte forma:  $\frac{n.º \text{ ocorrências da razão para não utilizar determinado PA}}{\text{Total de ocorrências de razões para não utilizar determinado PA}} * 100$ , o que permitiu inferir as principais razões para não utilizar os PA necessários por dispositivo, autocuidado e no global.

#### 4.4- METODOLOGIA DE RECOLHA DE DADOS

O investigador para atingir a resposta à sua questão de investigação e objetivos deve definir os métodos de coleta de dados adequados ao “nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e instrumentos disponíveis” (Fortin et al., 2009, p. 368).

O estudo apresentado é alavancado pelas investigações citadas anteriormente, realizadas noutros concelhos de Portugal acerca da dependência no autocuidado em contexto domiciliário, pelo que foi necessário definir o instrumento e plano de recolha dos dados.

O instrumento utilizado na recolha de dados foi o formulário «Famílias que integram dependentes no autocuidado» (Anexo I) e segundo Gonçalves (2013) foi elaborado na Escola Superior de Enfermagem do Porto pela equipa de investigação que abordou este

fenómeno. Este foi cedido ao projeto «Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra» no qual o presente estudo se integra e obteve autorização para a sua utilização (Anexo II)

O instrumento de recolha de dados trata-se de um questionário, porque obriga a um conjunto de resposta escritas a várias questões preenchidas pelo investigador (Fortin et al., 2009).

De acordo com Gonçalves (2013) a colheita de dados exige autorrelato estruturado com recurso a perguntas fechadas, ou seja, como refere Pollit e Beck (2019) consiste na colocação de questões previamente definidas com as alternativas de resposta pré-especificadas, foi necessário ainda realizar uma observação estruturada, isto é, segundo Pollit e Beck (2019) os dados são documentados segundo a categorização e codificação realizada previamente.

O instrumento de recolha de dados encontra-se dividido em 3 partes autónomas com objetivos diferentes conforme a tabela 12.

**Tabela 12-** Caracterização do Formulário "Famílias que integram dependentes no Autocuidado"

<b>Parte do formulário</b>	<b>Descrição</b>
Parte I- Inquérito preliminar/caracterização	Inquérito preliminar que procede à identificação das famílias com pessoas dependentes no autocuidado no domicílio ou institucionalizados. Inicia-se com 5 questões que avaliam: aceitação do respondente em participar no estudo, existência de familiar dependente de pessoas ou equipamentos em coabitação, existência de familiar dependente institucionalizado, disponibilidade sujeitos em continuar a participar no estudo se cumprissem os critérios de inclusão. Em caso de aceitação de participar no estudo decorrente da existência de um familiar dependente, permite a avaliação do alojamento, da família, do cuidador familiar ou do parente do dependente institucionalizado.
Parte II- Prestador de Cuidados Dependente	O formulário visa recolher informação relativamente à PD no que diz respeito à sua situação de dependência e condição de saúde. Permite ainda colher dados no que diz respeito aos cuidados garantidos pelo cuidador informal, equipamentos e recursos necessários e utilizados para cuidar da PD, e ainda a autoeficácia percebida pelo MFPC.
Parte III-Formulário Parente Próximo Dependente	O formulário permite coletar informações no que concerne às circunstâncias que ditaram a institucionalização do familiar dependente, e a avaliação que os familiares realizaram desse processo. Ainda é possível realizar uma caracterização global da pessoa institucionalizada e das dimensões que determinaram a institucionalização, assim como caracterizar a institucionalização e a manutenção da mesma.

Adaptado de: 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]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18580>

No estudo realizado por Gonçalves (2013) foi avaliada conforme refere Pollit e al. (2004) a qualidade do instrumento, no diz respeito à validade “grau em que o instrumento mede

o que supostamente deve medir” (2004, p. 291) e garantiu confiabilidade ao medir o fenómeno com precisão.

O formulário foi utilizado em diversas investigações, nomeadamente nas conduzidas por Gonçalves (2013), Maia (2012), Costa (2013), Petronilho (2013), Rocha (2015) e Regadas (2021) para avaliar as dimensões do fenómeno em concelhos de estrutura e organização similar, pelo que se entendeu que não era necessário realizar um pré-teste para a utilização do mesmo.

Com o intuito de assegurar a fidelidade inter-juízes necessária neste tipo de recolha de dados conforme refere Fortin et al. (2009), realizou-se um conjunto de atividades com a equipa de investigação, nomeadamente:

- Análise do formulário Famílias que integram dependentes no autocuidado para identificar as potenciais dificuldades na sua aplicação;
- Discussão entre a equipa de investigação as questões do formulário para garantir igual interpretação e definição das estratégias necessárias para a recolha de dados;
- Uma reunião com o Professor Paulo Parente da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que conduziu a 1ª investigação deste tipo, por forma a conhecer as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas para as ultrapassar;
- A recolha de dados foi sempre assegurada por uma equipa de investigação com dois enfermeiros, em que pelo menos um enfermeiro é especialista em enfermagem de reabilitação.

Antes da recolha dos dados foi estabelecido contato com a junta de freguesia da UFC com o intuito de informar acerca da realização da investigação, qual o seu propósito e a sua duração. A junta de freguesia na figura do seu Presidente prontificou-se a colaborar.

No âmbito da parceria estabelecida com a junta de freguesia foi elaborado um panfleto (Anexo III), distribuído nas áreas geográficas apontadas no plano de amostragem, para promover a confiança da comunidade e melhorar a adesão ao estudo.

A recolha de dados realizou-se em dois momentos, primeiro através do contato porta a porta para identificar as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. O segundo momento ocorreu após concordância dos sujeitos em participar no estudo e conforme a sua disponibilidade para terminar de colher a informação necessária.

#### 4.5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação no seu desenvolvimento metodológico não deve negligenciar a dimensão ética, “sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade” (Martins, 2008, p. 62).

Nunes (2020) sublinha a importância da dimensão ética devido à posição da enfermagem enquanto ciência humana com foco no bem-estar dos sujeitos, no respeito pelos seus direitos e pela sua integridade.

A investigação para a enfermagem atende a seis princípios éticos: beneficência; avaliação da maleficência; fidelidade; justiça; veracidade; confidencialidade (Nunes, 2020)

A beneficência resulta da noção de “«fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade” (Nunes, 2020, p. 11). No que diz respeito à sociedade, o estudo permite inferir as necessidades de cuidados da população ao proporcionar dados sobre a UFC e desta forma facilitar às instituições informação que lhes permita adequar e ajuizar sobre os recursos necessários nos cuidados com a população dependente.

Para o participante não resultou de imediato um benefício direto, porque não implicou a realização de uma intervenção. Todavia, se surgissem situações que justificassem a orientação para outros serviços, tal como nos estudos realizados por Gonçalves (2013) e Maia (2012) agir-se-ia da seguinte forma:

- Casos de emergência: contato com o Instituto Nacional de Emergência Médica;
- Casos com evidência de maus-tratos ou negligência: contato com a Polícia de Segurança Pública ou Guarda Nacional Republicana;
- Casos não emergentes que beneficiem de intervenção de um profissional de saúde: contato com centro de saúde, de acordo com interesse e autorização da família.

A avaliação da maleficência decorre da obrigação de “«não causar dano», e, portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis” (Nunes, 2020, p. 12), como não existe intervenção não existe impacto nos participantes. Contudo, no momento mais sensível da recolha de dados, ou seja, a avaliação da PD apenas foi realizada com prévia autorização da observação e que da mesma não resultasse qualquer desconforto.

Ao que acresce, devido ao período pandémico em que a recolha de dados foi efetuada, associado ao risco de transmissão de Sars-CoV-2 e eventual evolução para doença numa

população fragilizada como a PD, procedeu-se conforme as recomendações da Direção Geral de Saúde (2020).

A fidelidade resulta da necessidade de “«estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação” (Nunes, 2020, p. 12).

Com o intuito de estabelecer uma relação de confiança com os participantes, explicou-se o objetivo do estudo, método de recolha dos dados e o tempo necessário. Do mesmo modo, respeitou-se a sua vontade em não responder a todas as questões e a qualquer momento desistir de participar, como preconiza o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (2018).

O princípio da justiça pressupõe “«proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro” (Nunes, 2020, p. 12). A seleção aleatória da amostra garantiu a igualdade de tratamento à população independentemente da sua área de residência, conforme orientação do Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (2018).

A veracidade reporta ao princípio de “«dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios” (Nunes, 2020, p. 12), assegurado pela obtenção do consentimento livre e informado acerca da finalidade do estudo, da sua metodologia e o que seria exigido da sua participação.

Nas situações em que a PD era incapaz de dar o consentimento livre e informado, como defende o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (2018) obteve-se junto do membro da família próximo e presente, em concordância com os valores e preferências prévias da PD.

O consentimento para a participação na fase 1 do estudo encontra-se no próprio formulário (Anexo I), para fase 2 pela análise de dados mais pessoais justifica-se a utilização de um formulário de consentimento informado apresentado no Anexo IV.

O princípio da confidencialidade consiste em “«salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo” (Nunes, 2020, p. 12). Ao longo da investigação a proteção dos dados pessoais foi assegurada, garantindo o anonimato das famílias inquiridas, sem mencionar dados nos formulários que permitam identificar os participantes atribuindo-lhes uma codificação, como sugere o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (2018).

Por forma, a validar a dimensão ética da investigação, o projeto no qual esta se integra «Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra» foi submetido para apreciação pela Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, obtendo parecer favorável à sua realização “sem restrições de natureza ética” (Anexo V).



## 5- RESULTADOS

A análise é um processo importante na pesquisa ao obter informação a partir dos dados em bruto, de acordo com as variáveis definidas e a sua operacionalização. O propósito do estudo é descrever o fenómeno, desta forma utilizou-se estatística descritiva para destacar a informação a retirada da amostra (Fortin et al., 2009).

Conforme sugere Fortin et al. (2009) os dados foram analisados quanto à sua distribuição, às medidas de tendência central e às medidas de dispersão. Para realizar a análise recorreu-se à aplicação informática IBM SPSS Statistics.

Em variáveis nominais ou ordinais analisou-se a sua distribuição relativamente à frequência absoluta e relativa. A frequência relativa é importante neste estudo, como destaca Callegari-Jacques (2003) estima a probabilidade da sua ocorrência, optou-se pela sua tradução em frequência percentual para facilitar a sua leitura.

As medidas de tendência central que permitem analisar a informação mais condensada foram utilizadas para as variáveis contínuas, neste âmbito recorreu-se à média porque segundo Callegari-Jacques (2003) representa o “valor «provável» de uma variável” (p.26) quando se analisa a população.

Como as medidas de tendência central não permitem representar os dados na sua plenitude, recorreu-se a medidas de dispersão para revelar a sua variabilidade, nomeadamente o desvio padrão que permite compreender assimetria dos dados em relação à média (Callegari-Jacques, 2003; Fortin et al., 2009).

Na recolha de dados realizada através do contato porta a porta até atingir a amostra definida, realizaram-se 959 tentativas, destas 363 famílias responderam. Aceitaram prosseguir para o inquérito preliminar 355 famílias, ou seja 98% dos contatos iniciais com sucesso.

A aplicação do inquérito preliminar identificou 29 famílias que integravam no seu domicílio PD de equipamentos ou de outras pessoas para o autocuidado. Desta forma, a prevalência na UFC de famílias clássicas que integram uma PD no autocuidado é 8,2%.

Das 29 famílias clássicas com PD, 14 aceitaram continuar a participar no estudo e responder às restantes questões o que revela uma adesão de 48%. O motivo mais frequente para não avançar no questionário foi “Não quer”, seguido de “Não tem tempo” e “Não pode”, conforme se apresenta na tabela 13.

**Tabela 13-** Distribuição das razões para não aceitar a responder ao inquérito

<b>Razões para não aceitar responder ao questionário</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não quer	10	67%
Não pode	2	13%
Não tem tempo	2	13%
Outro	1	7%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

### 5.1- CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

A caracterização das PD em contexto domiciliário que integram a famílias da UFC, recorre a um conjunto de variáveis sociodemográficas e à caracterização da sua dependência.

A idade das PD variou entre um máximo de 101 anos e mínimo de 52 anos, com uma idade média de 77,71 e um desvio padrão de 13,71.

No que diz respeito ao sexo 64,3% são do feminino e 35,7% do masculino. Em relação ao estado civil, 42,9% dos participantes são viúvos e 28,6% casados.

O nível de escolaridade mais frequente é o ensino básico - 1º Ciclo (4 anos) em 64,3% das situações não assumindo predominância de qualquer outro nível. A PD não relata atividade profissional ativa como descrito na tabela 14.

A instalação da dependência em 50% das situações foi gradual e nos restantes foi súbita. O tempo de dependência varia entre 1 ano e 49 anos, com um tempo médio de dependência 9,7 anos e desvio padrão de 13,64.

A situação que mais contribuiu para a instalação da dependência foi a doença crónica em 57,1 % dos casos, o envelhecimento e acidente foram causas relatadas em 28,6% dos casos.

Contudo, denota-se que é possível concorrer mais que uma situação para a origem da dependência, constata-se que o seu número variou entre 1 e 3 situações por participante, a média observada é 1,4. Em 65,3% dos casos foi identificada somente uma origem para a dependência.

**Tabela 14-** Caracterização da pessoa dependente: estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação que originou a dependência

Variável	Categorias	Frequência	
		n	%
Estado civil	Viúvo	6	42,9
	Casado/União de facto	4	28,6
	Solteiro	3	21,4
	Divorciado	1	7,1
Nível de escolaridade	Ensino básico - 1º Ciclo (4 anos)	9	64,3
	Ensino básico - 2º Ciclo (6 anos)	1	7,1
	Ensino básico - 3º Ciclo (9 anos)	1	7,1
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	1	7,1
	Ensino Superior	1	7,1
	Nenhum	1	7,1
Profissão	Pensionista/Reformado	12	85,7
	Sem resposta	1	7,1
	Desempregado	1	7,1
Situação que originou a dependência	Doença crónica	8	57,1
	Envelhecimento	4	28,6
	Acidente	4	28,6
	Doença Aguda	3	21,4
	Outra	1	7,1

O consumo de medicamentos verifica-se em 92,9% das PD, somente 1 caso não relata o seu consumo. Quanto à variedade de fármacos tomam em média 6,14 fármacos diferentes, num máximo de 13 e mínimo de 0, com um desvio padrão de 4,11.

No que concerne ao número de fármacos nas tomas/dia cada participante necessita em média de 6,57 fármacos nas tomas/dia, o máximo identificado foi 19 e o mínimo 0, o desvio padrão situou-se em 6,02.

Todos os participantes evidenciam dependência no autocuidado tomar banho, o segundo autocuidado em que é mais frequente a dependência é o andar (82,7% dos participantes), ainda é de referir que 71,4% dos casos são dependentes para vestir-se e tomar a medicação. A prevalência da dependência é menor no autocuidado virar-se, como apresentado na tabela 15.

O autocuidado usar a cadeira de rodas apenas justificou a sua avaliação em 4 casos de acordo com a condição da PD, os restantes não necessitavam de utilizar cadeira de rodas.

**Tabela 15-** Distribuição do nível de dependência dos participantes por autocuidado

Autocuidado	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tomar banho	2	14,3	11	78,6	1	7,1	0	0,0
Vestir-se	2	14,3	8	57,1	0	0,0	4	28,6
Arranjar-se	2	14,3	7	50,0	0	0,0	5	35,7
Alimentar-se	1	7,1	6	42,9	0	0,0	7	50,0
Uso sanitário	1	7,1	5	35,7	1	7,1	7	50,0
Elevar-se	1	7,1	3	21,4	0	0,0	10	71,4
Virar-se	1	7,1	1	7,1	0	0,0	12	85,7
Transferir-se	1	7,1	4	28,6	0	0,0	9	64,3
Usar a cadeira de rodas	1	7,1	2	14,3	0	0,0	1	7,1
Andar	1	7,1	8	57,1	3	21,4	1	7,1
Tomar a medicação	3	21,4	7	50,0	0	0,0	4	28,6

## 5.2- CARACTERIZAÇÃO DO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS

A caracterização do MFPC inclui um conjunto de variáveis sociodemográficas, das quais se elencam de seguida os resultados obtidos.

Na amostra verifica-se a existência de 12 MFPC com idades compreendidas entre os 33 e os 87 anos de idade, com uma idade média de 58 anos e um desvio padrão de 13,697.

O MFPC em 66,7% dos casos é do sexo feminino. Quanto ao estado civil, os mais frequentes são casados/união de fato e solteiro em 33,3% das situações cada.

O parentesco mais frequente com o familiar dependente é filho(a) (50% dos MFPC), seguido de conjuge e irmão (ã) em 16,7% dos casos cada, conforme a tabela 16.

Em relação ao nível de escolaridade verifica-se que 33,3% dos MFPC frequentaram o ensino superior e 25% completaram o ensino secundário.

A profissão mais frequente do MPFC é “reformado” em 41,7% dos casos, seguido de trabalhador não qualificado em 16,7%, como descrito na tabela 16.

A coabitação com o dependente verifica-se em 91,67% dos casos, ou seja, 11 dos 12 MFPC.

**Tabela 16-** Caracterização do membro da família prestador de cuidados: estado civil, parentesco com familiar dependente, nível de escolaridade, profissão

Variável	Categorias	Frequência	
		n	%
Estado civil	Casado/União de facto	4	33,3
	Solteiro	4	33,3
	Divorciado	3	25,0
	Viúvo	1	8,3
Parentesco com o familiar dependente	Filho(a)	6	50,0
	Conjuge	2	16,7
	Irmão (ã)	2	16,7
	Afinidade (nora; padrao; cunhado)	1	8,3
	Outro parentesco	1	8,3
Nível de escolaridade	Ensino Superior	4	33,3
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	3	25,0
	Nenhum	2	16,7
	Ensino básico - 1º Ciclo (4 anos)	2	16,7
	Ensino básico - 2º Ciclo (6 anos)	1	8,3
Profissão	Pensionista/Reformado	5	41,7
	Trabalhadores não qualificados	2	16,7
	Desempregado	1	8,3
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	8,3
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	1	8,3
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	8,3
	Pessoal dos serviços e vendedores	1	8,3

### 5.3- RECURSOS UTILIZADOS PARA TOMAR CONTA DA PESSOA DEPENDENTE

O foco do estudo era identificar os recursos utilizados para tomar conta da PD, neste âmbito foram considerados os PA, os recursos profissionais, recursos não profissionais, os serviços de saúde e apoio utilizados, e os recursos financeiros.

#### 5.3.1- Produtos de apoio utilizados

No que concerne aos PA, verificaram-se quais eram os necessários e utilizados e a respetiva taxa de utilização. A análise integrou os dados relativos às razões da não utilização do PA e identificou-se a sua distribuição. Em relação ao desejo de utilização dos PA explana-se o número e taxa de PA desejados.

Conforme definido na metodologia, primeiro apresenta-se os seus resultados por autocuidado e depois os resultados globais.

### **Autocuidado tomar banho**

Para o autocuidado tomar banho, constata-se que o tapete antiderrapante é o PA mais utilizado e em simultâneo o que apresenta maior taxa de utilização. A menor utilização verificou-se em relação ao lava-cabeças para acamados ao não ser utilizado quando necessário. A taxa de utilização do PA necessários total é 53,8%, como se verifica na tabela 17.

O antiderrapante e as barras de apoio para banho são os dispositivos mais desejados. O assento suspenso para banheira e a cadeira de banho são sempre desejados perante a sua necessidade, no total a taxa de PA desejados é 87,2%.

**Tabela 17-** Autocuidado tomar banho: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Antiderrapante	13	11	84,6	11	84,6
Assento suspenso para banheira	3	2	66,7	3	100,0
Cadeira de banho (fixa/ giratória)	4	2	50,0	4	100,0
Cadeira Higiénica	6	3	50,0	5	83,3
Barras de apoio para banho	12	3	25,0	11	91,7
Lava cabeças para acamados	1	0	0,0	0	0,0
Elevador de banheira	0	0		0	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>53,8</b>	<b>34</b>	<b>87,2</b>

As razões mais frequentes para não utilizar os PA necessários para o autocuidado tomar banho são a económica e o desconhecer como aceder ao recurso em 33,3% das situações, conforme a tabela 18.

**Tabela 18-** Autocuidado tomar banho: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

Produto de Apoio	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assento suspenso para banheira	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Barras de apoio para banho	2	22,2	2	22,2	1	11,1	0	0,0	4	44
Cadeira de banho (fixa/ giratória)	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0
Cadeira Higiénica	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0
Antiderrapante	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>33,3</b>	<b>6</b>	<b>33,3</b>	<b>2</b>	<b>11,1</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>4</b>	<b>22,2</b>

Neste âmbito, 100% dos participantes necessitavam de PA para tomar banho, o número médio de produtos necessários por participante é 2,79, a média de produtos utilizados é 1,5 e a taxa de utilização média por participante é 50,2%.

O número médio de PA desejados é 2,43 e a taxa média de PA desejados é 79,5%, como descrito na tabela 19.

**Tabela 19-** Autocuidado tomar banho: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
N.º de PA necessários	14	1	5	2,79	0,975
N.º de PA utilizados	14	0	3	1,50	1,019
Taxa de utilização do PA (%)	14	0,0	100,0	50,2	34,4
N.º de PA desejados	14	0	4	2,43	1,222
Taxa de PA desejados (%)	14	0,0	100,0	79,5	38,2

### *Autocuidado vestir-se*

O PA mais utilizado para o autocuidado vestir-se é a calçadeira de cabo longo com uma taxa de utilização de 40%, constatando-se que no global a utilização dos recursos necessários situa-se nos 18,8%, como descrito na tabela 20.

**Tabela 20-** Autocuidado vestir-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

<b>Produto de Apoio</b>	<b>Necessário</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Taxa de utilização</b>	<b>Desejado</b>	<b>Taxa de desejo</b>
	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Calçadeira de cabo longo	5	2	40,0	4	80,0
Extensões para fechos de correr	3	1	33,3	2	66,7
Abotoador	2	0	0,0	0	0,0
Calça meias / tira meias	3	0	0,0	0	0,0
Cordões elásticos	3	0	0,0	1	33,3
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>18,8</b>	<b>7</b>	<b>43,8</b>

A calçadeira de cabo longo é o PA mais desejado, assim como tem a maior taxa de desejo, ou seja 80%, no total verifica-se que a taxa de PA desejados é 43,8%.

A respeito das razões para não utilizar os PA para o autocuidado vestir-se como se apresenta na tabela 21, a mais frequente foi outra em 38,5% das situações, seguida de desconhecer o acesso em 30,8%.

**Tabela 21-** Autocuidado vestir-se: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abotoador	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Calça meias / tira meias	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Calçadeira de cabo longo	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7
Cordões elásticos	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Extensões para fechos de correr	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>15,4</b>	<b>4</b>	<b>30,8</b>	<b>2</b>	<b>15,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>38,5</b>

A análise revela que 42,9% dos participantes necessitam de PA para o autocuidado vestir-se. Em média são necessários 2,67 produtos, mas são utilizados 0,5. Conforme consta na tabela 22, verifica-se uma taxa utilização média dos PA de 25,0%.

Nos participantes em que se verificou a necessidade de PA o número médio de produtos desejados é 1,17 e a taxa média de PA desejados é 45%.

**Tabela 22-** Autocuidado vestir-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	6	1	5	2,67	1,366
N.º de PA utilizados	6	0	2	0,50	0,837
Taxa de utilização do PA (%)	6	0,0	100,0	25,0	41,8
N.º de PA desejados	6	0	3	1,17	1,169
Taxa de PA desejados (%)	6	0,0	100,0	45,0	46,4

### **Autocuidado arranjar-se**

O PA mais utilizado para o autocuidado arranjar-se é o espelho inclinável, do qual se verificou uma taxa de utilização de 100% e é desejado sempre que necessário. No total a taxa de utilização dos PA é 75% e de desejo dos PA de 75%, como descrito na tabela 23.

**Tabela 23-** Autocuidado arranjar-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Espelho inclinável	2	2	100,0	2	100,0
Pente de cabo longo	2	1	50,0	1	50,0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>75,0</b>	<b>3</b>	<b>75,0</b>

Neste âmbito, as razões de não utilização apontadas pelos participantes que se circunscrevem ao pente de cabo longo é outra em 100% dos casos.

Dos participantes do estudo conclui-se que 21,4% (3 casos) precisavam de PA para o autocuidado arranjar-se. Quanto ao número de equipamentos necessários, em média careciam de 1,33 e utilizam 1. O que resulta numa taxa de utilização média dos PA por participante de 66,7%, como evidente na tabela 24.

Perante a necessidade de PA para o autocuidado arranjar-se cada participante deseja em média 1 produto, e a taxa média de PA desejados é 66,67%.

**Tabela 24-** Autocuidado arranjar-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	3	1	2	1,33	0,577
N.º de PA utilizados	3	0	2	1,00	1,000
Taxa de utilização do PA (%)	3	0,0	100,0	66,7	57,7
N.º de PA desejados	3	0	2	1	1
Taxa de PA desejados (%)	3	0	100	66,7	57,7

### *Autocuidado alimentar-se*

O babete trata-se do recurso mais necessário e utilizado para o autocuidado alimentar-se, cuja taxa de utilização é 100%. Como se verifica na tabela 25, a taxa total de utilização dos PA é 46,2%.

O babete é igualmente o PA mais desejado com uma taxa de desejo de 100%. O adaptador de talheres e o rebordo de prato são recursos nos quais se constatou o seu desejo sempre que se identificou a sua necessidade.

**Tabela 25-** Autocuidado alimentar-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Babete	4	4	100,0	4	100,0
Mesa de comer na cama	2	1	50,0	1	50,0
Copo adaptado	3	1	33,3	1	33,3
Abridor de frascos	1	0	0,0	0	0,0
Adaptador de talheres	1	0	0,0	1	100,0
Rebordo de prato	2	0	0,0	2	100,0
Garfo flexível	0	0		0	
Suporte para copos	0	0		0	
Suporte para palhinha para copos	0	0		0	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>46,2</b>	<b>9</b>	<b>69,2</b>

No que concerne às razões para não utilizar PA necessários para o autocuidado alimentar-se, como expresso na tabela 26, não emerge uma razão específica, distribuindo-se entre outra, desconhece funcionamento e desconhece acesso em 28,6% das situações cada.

**Tabela 26-** Autocuidado alimentar-se: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abridor de frascos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Adaptador de talheres	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Copo Adaptado	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Mesa de comer na cama	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rebordo de prato	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>14,3</b>	<b>2</b>	<b>28,6</b>	<b>2</b>	<b>28,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>28,6</b>

Em 35,7% dos participantes (n=5) identificou-se a necessidade de PA para se alimentar, nestas situações a média de equipamentos necessários é 2,6 e utilizados 1,2. Assim como, a taxa média de utilização dos PA é 46,7%.

O número médio de PA desejados por participante é 1,80 e a taxa média de PA desejados é 70,0%, como se apresenta na tabela 27.

**Tabela 27-** Autocuidado alimentar-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	5	2	3	2,60	0,548
N.º de PA utilizados	5	0	2	1,20	0,837
Taxa de utilização do PA (%)	5	0,0	100,0	46,7	38,0
N.º de PA desejados	5	1	3	1,80	0,837
Taxa de PA desejados (%)	5	33,3	100,0	70,0	29,8

### *Autocuidado uso do sanitário*

Em relação ao autocuidado uso do sanitário, constatou-se que o resguardo é PA mais utilizado, com uma taxa de utilização de 100%, no total a utilização dos recursos necessários situa-se nos 64,7%, tal como descrito na tabela 28.

A cueca impermeável apresentou uma taxa de desejo superior à necessidade verificada (133,3%), constata-se que o resguardo é produto mais desejado (n=6) e no total a taxa de PA desejados é 94,1%.

**Tabela 28-** Autocuidado uso do sanitário: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Resguardo	6	6	100,0	6	100,0
Cueca impermeável	3	3	100,0	4	133,3
Urinol	2	2	100,0	2	100,0
Saco de colostomia/ileostomia/urina	1	1	100,0	1	100,0
Fralda	5	4	80,0	5	100,0
Penso absorvente para incontinência	3	2	66,7	3	100,0
Cadeira sanitária	2	1	50,0	2	100,0
Alteador de sanita	6	2	33,3	5	83,3
Barra de apoio de sanitário	6	1	16,7	3	50,0
Arrastadeira	0	0		1	
Colector urinário	0	0		0	
Penso higiénico	0	0		0	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>22</b>	<b>64,7</b>	<b>32</b>	<b>94,1</b>

Desconhecer o funcionamento e outra são os motivos mais frequentes para não utilizar os PA necessários para o autocuidado uso sanitário em 25,0% das situações cada, conforme os dados presentes na tabela 29.

**Tabela 29-** Autocuidado uso do sanitário: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alteador de sanita	0	0,0	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0
Barra de apoio de sanitário	1	20,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0
Cadeira sanitária	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fralda	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Penso absorvente para incontinência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>16,7</b>	<b>2</b>	<b>16,7</b>	<b>3</b>	<b>25,0</b>	<b>2</b>	<b>16,7</b>	<b>3</b>	<b>25,0</b>

Em relação aos dados por participante, identificou-se que 78,6% (n=11) precisam de PA para o autocuidado uso do sanitário. Como se descreve na tabela 30, cada caso necessita em média de 3,09 produtos e utiliza 2, a taxa média de utilização dos PA é 77,4%.

Em relação ao desejo de utilização dos PA, contata-se que o número médio de produtos desejados é 2,91 e a taxa média de PA desejados de 103,46%.

**Tabela 30-** Autocuidado uso sanitário: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	11	1	7	3,09	2,071
N.º de PA utilizados	11	0	5	2,00	1,483
Taxa de utilização do PA (%)	11	0,00	200,0	77,4	52,2
N.º de PA desejados	11	1	6	2,91	1,700
Taxa de PA desejados (%)	11	66,7	200,0	103,5	34,3

### *Autocuidado elevar-se*

A almofada elevatória é o PA com maior taxa de utilização para o autocuidado elevar-se com o valor de 100%, a taxa de utilização total dos PA é 40%.

A almofada elevatória, as barras paralelas e apoios da posição de pé são os recursos com maior taxa de desejo (100%), no total esta taxa é 60%, como descrito na tabela 31.

**Tabela 31-** Autocuidado elevar-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Almofada elevatória	1	1	100,0	1	100,0
Apoio de pés	2	1	50,0	1	50,0
Apoio de cabeça anatômico	1	0	0,0	0	0,0
Barras paralelas e apoios da posição de pé	1	0	0,0	1	100,0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>40,0</b>	<b>3</b>	<b>60,0</b>

No que concerne à razões de não utilização dos PA necessários supracitados, só foi apresentada uma e tratou-se do desconhecimento da forma de aceder ao recurso.

Neste âmbito 21,4% dos participantes (n=3) necessitavam de PA, como descrito na tabela 32, estes casos precisam em média de 1,67 PA e utilizam 0,67, a taxa média de utilização dos PA por participante é 50%. Em média é desejado 1 produto e a taxa média de PA desejados é 66,7%.

**Tabela 32-** Autocuidado elevar-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	3	1	2	1,67	0,577
N.º de PA utilizados	3	0	1	0,67	0,577
Taxa de utilização do PA (%)	3	0,0	100,0	50,0	50,0
N.º de PA desejados	3	0	2	1,00	1,000
Taxa de PA desejados (%)	3	0,0	100,0	66,7	57,7

### *Autocuidado virar-se*

O coxim tratou-se do recurso mais necessário e utilizado para o autocuidado virar-se, cuja taxa de utilização é 100%. A taxa total de utilização dos PA é 63,6%, como se apresenta na tabela 33.

O coxim e as grades de apoio/segurança são os PA mais desejados pelos participantes. As grades de apoio e segurança apresentam a menor taxa de desejo com um valor de 75%, no total a taxa de desejo dos PA é 90,9%.

**Tabela 33-** Autocuidado virar-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Coxim	3	3	100,0	3	100,0
Colchão anti-úlceras de pressão	2	2	100,0	2	100,0
Imobilizador abdominal	1	1	100,0	1	100,0
Luva de imobilização	1	1	100,0	1	100,0
Grades de apoio / segurança	4	0	0,0	3	75,0
Cotoveleira	0	0		0	
Transfer de cama (dispositivo para posicionar)	0	0		0	
Posicionador de perna e pés	0	0		0	
Suporte para as costas	0	0		0	
Dispositivo de prevenção de pé equino	0	0		0	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>63,6</b>	<b>10</b>	<b>90,9</b>

Quanto à não utilização dos PA necessários para o autocuidado virar-se, não se destacou nenhuma razão conforme se constata na tabela 34.

**Tabela 34-** Autocuidado virar-se: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grades de apoio / segurança	0	0,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>25,0</b>	<b>1</b>	<b>25,0</b>	<b>1</b>	<b>25,0</b>	<b>1</b>	<b>25,0</b>

Neste âmbito, 46,9% dos participantes (n=6) necessitam de PA. Ao analisar os dados da tabela 35, em média são necessários 1,83 produtos e utilizados 1,17. A taxa média de utilização dos PA é 41,7%.

No que diz respeito ao desejo de utilização dos equipamentos, verifica-se que em média são desejados 1,67 e a taxa média de PA desejados é 83,3%.

**Tabela 35-** Autocuidado virar-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	6	1	4	1,83	1,169
N.º de PA utilizados	6	0	4	1,17	1,602
Taxa de utilização do PA (%)	6	0,0	100,0	41,7	49,2
N.º de PA desejados	6	0	4	1,7	1,4
Taxa de PA desejados (%)	6	0,0	100,0	83,3	40,8

### *Autocuidado transferir-se*

No autocuidado transferir-se não se constatou a utilização de PA, como se verifica na tabela 36, os produtos mais necessários são as barras de apoio e a cama articulada.

Em relação ao desejo de utilização dos PA, constata-se que a taxa total de desejo é 40% e que o valor mínimo (0%) reporta ao elevador de transferência.

**Tabela 36-** Autocuidado transferir-se: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Barra de apoio	2	0	0,0	1	50,0
Cama articulada	2	0	0,0	1	50,0
Elevador de transferência	1	0	0,0	0	0,0
Cabeceira e pés da cama amovíveis	0	0		0	
Transfer leito-cadeira	0	0		0	
Disco de rotação	0	0		0	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>40,0</b>

As razões de não utilização dos PA necessários para o autocuidado transferir-se são apresentadas na tabela 37, a mais frequente é desconhecer a forma de aceder ao recurso em 60% dos casos.

**Tabela 37-** Autocuidado transferir-se: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Barra de apoio	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Cama articulada	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Elevador de transferência	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>	<b>3</b>	<b>60,0</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

A necessidade de PA para o autocuidado transferir-se foi identificada em 28,6% dos participantes (n=4), no máximo são necessários 2 dispositivos e em média 1,25. A média

de produtos desejados é 0,5 e a taxa média de PA desejados é 37,5%, como se apresenta na tabela 38.

**Tabela 38-** Autocuidado transferir-se: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	4	1	2	1,25	0,500
N.º de PA utilizados	4	0	0	0,00	0,000
Taxa de utilização do PA (%)	4	0,0	0,0	0,0	0,0
N.º de PA desejados	4	0	1	0,50	0,577
Taxa de PA desejados (%)	4	0,0	100,0	37,5	47,9

### ***Autocuidado usar a cadeira de rodas***

A respeito do autocuidado usar a cadeira de rodas, as rodas anti-queda são o dispositivo com a maior taxa de utilização (50%). Na tabela 39 verifica-se que a taxa total de utilização dos PA é 40%.

A rampa é o equipamento mais desejado e no qual se verifica a maior taxa de desejo (66,7%), no total são desejados 60% dos PA necessários.

**Tabela 39-** Autocuidado usar a cadeira de rodas: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Rodas anti-queda	2	1	50,0	1	50,0
Rampa	3	1	33,3	2	66,7
Plataforma vertical para cadeiras de rodas	0	0		0	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>40,0</b>	<b>3</b>	<b>60,0</b>

A razão de não utilização dos PA mais frequente no autocuidado usar a cadeira de rodas são as limitações da residência em 66,7% dos casos, como descrito na tabela 40.

**Tabela 40-** Autocuidado usar a cadeira de rodas: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rampa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Rodas anti-queda	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>33,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>66,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

A necessidade de PA para o autocuidado usar a cadeira de rodas foi identificada em 21,4% dos participantes (n=3), em média necessitam de 1,67 PA e utilizam 0,67. Como descrito na tabela 41 cada participante utiliza 50% dos PA necessários. Em média é desejado 1 produto e a taxa média de PA desejados é 66,7%.

**Tabela 41-** Autocuidado usar a cadeira de rodas: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	3	1	2	1,67	0,577
N.º de PA utilizados	3	0	1	0,67	0,577
Taxa de utilização do PA (%)	3	0,00	100,0	50,0	50,0
N.º de PA desejados	3	0	2	1,00	1,000
Taxa de PA desejados (%)	3	0,00	100,0	66,7	57,7

### **Autocuidado andar**

A canadiana é o PA mais necessário, utilizado e com a maior taxa de utilização (80%) no autocuidado andar, no total verifica-se uma taxa de utilização dos PA de 73,3%, como descrito na tabela 42.

O andarilho é o PA mais desejado pelos participantes e constatou-se que era sempre desejado quando necessário, a taxa total de PA desejados é 66,7%.

**Tabela 42-** Autocuidado andar: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Canadiana(s)	5	4	80,0	3	60,0
Andarilho	4	3	75,0	4	100,0
Bengala	6	4	66,7	3	50,0
Prótese	0	0		0	
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>73,3</b>	<b>10</b>	<b>66,7</b>

As razões para não utilizar os PA necessários para o autocuidado andar distribuíram-se entre outra e desconhecer o acesso em 50% dos casos cada, como descrito na tabela 43.

**Tabela 43-** Autocuidado andar: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Andarilho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Bengala	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Canadiana(s)	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>50,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>50,0</b>

A necessidade de equipamentos para o autocuidado andar identificou-se em 85,7% dos participantes (n=12), em média necessitam de 1,25 produtos e utilizam 0,92. A taxa média de utilização dos PA por participante é 70,83%. Em média, cada participante deseja 0,83 produtos e a taxa de PA desejados é 62,5%, como descrito na tabela 44.

**Tabela 44-** Autocuidado andar: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	12	1	2	1,25	0,452
N.º de PA utilizados	12	0	2	0,92	0,669
Taxa de utilização do PA (%)	12	0,0	100,0	70,8	45,0
N.º de PA desejados	12	0	2	0,83	0,718
Taxa de PA desejados (%)	12	0,0%	100,0	62,5	48,3

### Autocuidado tomar a medicação

No autocuidado tomar a medicação a taxa de utilização dos PA é 78,6%. A oxigenoterapia, máquina de pesquisa de glicemia capilar e triturador de comprimidos são os produtos com maior taxa de utilização (100%) como exposto na tabela 45.

O PA mais desejado é o termómetro, contudo os que apresentam maior taxa de desejo de utilização são a máquina de pesquisa de glicémia capilar, a oxigenoterapia, e o triturador de comprimidos com um valor de 100%.

**Tabela 45-** Autocuidado tomar a medicação: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Oxigenoterapia	3	3	100,0	3	100,0
Máquina de pesquisa de glicemia capilar	1	1	100,0	1	100,0
Triturador de comprimidos	1	1	100,0	1	100,0
Termómetro (para registo de temperatura)	14	12	85,7	12	85,7
Caixa de comprimidos	8	5	62,5	5	62,5
Nebulizador	1	0	0,0	0	0,0
Aspirador de secreções	0	0		0	
Caneta de insulina	0	0		0	
Corta comprimidos	0	0		0	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>78,6</b>	<b>22</b>	<b>78,6</b>

Desconhecer o acesso e outra foram as razões identificadas para não usar os PA necessários para o autocuidado tomar a medicação em 50% das situações cada, como descrito na tabela 46.

**Tabela 46-** Autocuidado tomar a medicação: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Caixa de comprimidos	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Nebulizador	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Termómetro (para registo de temperatura)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>50,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>50,0</b>

Todos os participantes necessitavam de PA para o autocuidado tomar a medicação, em média cada caso necessita de 1,93 produtos, utiliza 1,50 e a taxa média de utilização dos PA é 78,6 %. Na tabela 47 verifica-se que em média cada participante deseja 1,5 equipamentos e a taxa média de PA desejados é 78,6%.

**Tabela 47-** Autocuidado tomar a medicação por participante: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	14	1	3	1,93	0,829
N.º de PA utilizados	14	0	3	1,50	0,760
Taxa de utilização do PA (%)	14	0,0	100,0	78,6	30,3
N.º de PA desejados	14	0	3	1,50	0,760
Taxa de PA desejados (%)	14	0,0	100,0	78,6	30,3

### **Recursos Complementares**

Nos recursos complementares o dispositivo de chamada é sempre utilizado se necessário, assim como, o telefone/telemóvel é o mais necessário com uma taxa de utilização de 90,9%. A taxa de utilização total dos PA é 70,6%, como exposto na tabela 48.

O telefone/telemóvel é o PA mais desejado cuja taxa de desejo é 100%, o dispositivo de chamada, o material de instrução e aprendizagem e a prótese auditiva apresentam igualmente uma taxa de desejo de 100%. A taxa total de PA desejados neste âmbito é 85,3%.

**Tabela 48-** Recursos complementares: produtos de apoio necessários, utilizados e desejados

Produto de Apoio	Necessário	Utilizado	Taxa de utilização	Desejado	Taxa de desejo
	n	n	%	n	%
Dispositivo de chamada	5	5	100,0	5	100,0
Telefone / telemóvel	11	10	90,9	11	100,0
Material de instrução e aprendizagem	5	4	80,0	5	100,0
Outros	5	3	60,0	3	60,0
Pinça para alcançar objetos	5	1	20,0	2	40,0
Prótese auditiva	3	0	0,0	3	100,0
Suporte para cartas	0	0		0	
Enfia agulhas	0	0		0	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>24</b>	<b>67,6</b>	<b>29</b>	<b>85,3</b>

A razão mais frequente para não utilizar os recursos complementares é outra em 45,5% das situações seguida da económica em 36,4%, como descrito na tabela 49.

**Tabela 49-** Recursos complementares: razões da não utilização dos produtos de apoio necessários

	Económica		Desconhece acesso		Desconhece funcionamento		Limitações da residência		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Material de instrução e aprendizagem	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Prótese auditiva	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Telefone / telemóvel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Pinça para alcançar objetos	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0
Outros	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>36,4</b>	<b>2</b>	<b>18,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>45,5</b>

Todos os participantes precisam de PA neste âmbito, em média necessitam de 2,43 PA e utilizam 1,71, cuja taxa média de utilização é 70,0%. Em média são desejados 2 produtos complementares, a taxa média de PA desejados é 82,1%, conforme a tabela 50.

**Tabela 50-** Recursos complementares: n.º de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
N.º de PA necessários	14	1	5	2,43	1,158
N.º de PA utilizados	14	0	4	1,71	0,994
Taxa de utilização do PA (%)	14	0,0	100,0	70,0	29,3
N.º de PA desejados	14	1	5	2,00	1,301
Taxa de PA desejados (%)	14	33,3%	100,0	82,1%	25,7

### **Utilização Global dos Produtos de Apoio**

No total foram considerados necessários 209 PA e eram utilizados 122, o que se traduz numa taxa de utilização dos PA global de 58,4%.

A principal razão de não utilização dos PA necessários foi desconhecer o acesso (33,3%) e outra (28,7%), seguido do desconhecimento do acesso conforme a tabela 51, que relaciona a frequência das razões para não utilizar os 87 PA necessários e não utilizados.

**Tabela 51-** Distribuição global das razões de não utilização dos produtos de apoio necessários

<b>Razão da não utilização</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Desconhece acesso	29	33,3%
Outra	25	28,7%
Económica	17	19,5%
Desconhece funcionamento	11	12,6%
Limitações da residência	5	5,7%

Os participantes desejavam 163 dos 209 PA necessários, o que revela uma taxa global de PA desejados de 78,0%.

Cada participante necessita em média de 14,86 produtos e usa 8,71. A taxa média de utilização dos PA é 60,2%. São desejados em média 11,64 equipamentos e a taxa média de PA desejados por participante é 81,5%, como se apresenta na tabela 52.

**Tabela 52-** Total de produtos de apoio necessários, utilizados e desejados por participante

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
N.º de PA necessários	14	7,00	30,00	14,86	6,92
N.º de PA utilizados	14	4,00	18,00	8,71	4,43
Taxa de utilização do PA (%)	14	33,3	84,2	60,2	15,2
N.º de PA desejados	14	6,00	21,00	11,64	4,70
Taxa de PA desejados (%)	14	52,2	100,0	81,5	13,6

### **5.3.2- Outros recursos utilizados**

Os outros recursos avaliados quanto à sua utilização pelas famílias para tomar conta da PD reportam a recursos profissionais, recursos não profissionais, serviços de saúde e apoio, recursos financeiros. E foram analisados quanto ao número de participantes que os utilizam, assim como, em relação ao número recursos utilizados por participante

O recurso profissional a que todos os participantes recorrem é o médico, o enfermeiro é o segundo recurso mais utilizado em 71,43% dos casos, como evidente na tabela 53.

**Tabela 53-** Recursos profissionais utilizados

Recurso profissional	Frequência de utilização	
	n	%
Médico	14	100,0
Enfermeiro	10	71,4
Assistente Social	4	28,6
Fisioterapeuta	2	14,3
Nutricionista	1	7,1
Outro	1	7,1

Quanto ao número de recursos profissionais utilizados por participante constata-se que em média recorrem a 2,29 recursos, no mínimo a 1 e no máximo a 4, o desvio padrão verificado é 0,83.

O recurso não profissional mais comum é a família em 85,7 % das situações, com menos frequência os vizinhos (35,7%) e os amigos (28,6%) como se apresenta na tabela 54.

**Tabela 54-** Recursos não profissionais utilizados

Recurso não profissional	Frequência de utilização	
	n	%
Familiar	12	85,7
Vizinho	5	35,7
Amigo	4	28,6
Empregada	3	21,4
Outro	0	0,0

Em média cada participante tem apoio de 1,71 recursos não profissionais, constatou-se a existência de 2 casos sem ajuda de qualquer recurso não profissional, no máximo verificou-se o apoio de 3 recursos e o desvio padrão verificado é 0,99.

A respeito dos serviços de saúde e apoio todos os participantes utilizam serviços de cabeleireiro, manicure e estética e o 112, assim como, verificou-se a utilização do hospital e dos cuidados de saúde primários em 92,9% dos casos, como descrito na tabela 55.

Em média cada participante recorre a 6,93 serviços de saúde e apoio, variando entre o mínimo de 4 e o máximo de 15, com um desvio padrão de 3,41.

**Tabela 55-** Serviços de saúde e apoio utilizados

Serviços de saúde e apoio	Frequência de utilização	
	n	%
Cabeleireiro, manicure e estética	14	100,0
112	14	100,0
Hospital	13	92,9
Centro de saúde/Unidade de saúde familiar	13	92,9
Linha saúde 24	9	64,3
Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)	6	42,9
Cuidados de higiene e conforto	4	28,6
Confeção de refeições e apoio durante as mesmas	4	28,6
Apoio na compra de medicamentos	4	28,6
Acompanhamento em atividade lúdicas e recreativas	4	28,6
Apoio tratamento da roupa do dependente	3	21,4
Apoio na compra de artigos alimentares	3	21,4
Acompanhamento do dependente em casa	2	14,3
Tele-assistência	2	14,3
Aconselhamento e instalação de equipamentos adequados	1	7,1
Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do doente	1	7,1

A pensão/reforma é o principal recurso financeiro das famílias com PD e verifica-se em 100% dos casos, com menor frequência surgem a seguir o rendimento do trabalho e complemento de dependência em 21,4% dos casos, como se observa na tabela 56.

**Tabela 56-** Recursos financeiros das famílias com pessoas dependentes

Recursos financeiros	Frequência de utilização	
	n	%
Pensão / reforma	14	100,0
Rendimento trabalho	3	21,4
Complemento de dependência	3	21,4
A cargo da família	2	14,3
Rendimento de propriedades e da empresa	1	7,1
Outra situação	1	7,1
Subsídio de desemprego	0	0,0
Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	0	0,0
Outros subsídios temporários	0	0,0
Rendimento Social de Inserção	0	0,0
Apoio social	0	0,0
Programa de Conforto Habitacional para Idosos	0	0,0
Rendimento Solidário para Idosos	0	0,0
Esmolas/donativos	0	0,0

Neste âmbito quanto ao n.º de fontes dos rendimentos financeiros em média cada família com PD no domicílio dispunha de 1,71 fontes, no mínimo 1 e no máximo 3, com um desvio padrão de 0,83.

## **6- DISCUSSÃO**

A discussão acerca dos recursos utilizados pelas famílias clássicas para tomar conta da PD na UFC, obriga à incorporação e comparação com o conhecimento adquirido em investigações anteriores da mesma índole, realizadas nos concelhos do Porto (Gonçalves, 2013; Maia, 2012), Lisboa (Costa, 2013), Paços de Ferreira (Leonardo, 2011; Regadas, 2021), e Maia (Rocha, 2015). Assim como se consideraram os dados de Petronilho (2013) relativos ao período de 3 meses após a alta hospitalar da PD.

A prevalência de famílias clássicas que integram PD em contexto domiciliário identificada é 8,2%, ou seja, aproximadamente igual aos dados de Lisboa (8%) e Maia (8,38%) e inferior a Paços de Ferreira (11,73%) e Porto (10,41%).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015) analisou a prevalência da dependência no autocuidado em contexto domiciliário ao integrar a totalidade das residências contactadas (com e sem sucesso) pelas investigações anteriores e estimou uma prevalência de 2,9%.

Ao realizar o mesmo cálculo obtém-se uma prevalência de famílias que integram PD de 3%, próxima da estimativa do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015).

Em relação à participação no estudo, a adesão ao inquérito inicial foi elevada, todavia apenas 48% das famílias com PD aceitaram progredir para a segunda fase da recolha de dados.

O medo de infeção por SARS-Cov-2 terá influenciado a adesão, bem como, a saturação de inquéritos porta-a-porta. O sentimento de insegurança também influenciou a adesão, evidenciado por um participante, que manifestou o seu receio, porque foi assaltado no interior do seu domicílio na semana anterior ao contato com a equipa de investigação.

### **6.1- PESSOA DEPENDENTE**

A investigação determinou que a idade média da PD é 77,71, próximo dos resultados obtidos nos concelhos do Porto (78,44) e Lisboa (78,6), superior a Maia (72,2) e Paços

de Ferreira (72,2). Este dado é consistente com o envelhecimento da população da UFC descrito pelo Instituto Nacional de Estatística (2014).

Aliás, 50% das PD na UFC tem idade superior a 81 anos e superior a 65 anos 78,6%, em suma, a maioria são pessoas idosas como já demonstrado em estudos realizados neste âmbito, conforme refere Sequeira (2018).

Em linha com os resultados de Gonçalves (2013) Costa (2013), Regadas (2021), e Rocha (2015) a maioria das PD são do sexo feminino. Assim como se destaca a baixa escolaridade da PD, como nos estudos anteriores a maioria das PD tem o 1º ciclo ou nenhum nível de escolaridade.

A maioria das PD não apresentam relações de conjugalidade, 71,4 % dos participantes, o mesmo foi observado nas investigações realizados nos concelhos citados anteriormente.

As PD identificadas não descrevem qualquer atividade profissional, consistente com a sua faixa etária e evidência de dependência.

Quanto à instalação da dependência não se constata um valor mais prevalente, ao contrário dos resultados de Gonçalves (2013) Costa (2013), Regadas (2021) e Rocha (2015), em que a instalação gradual da dependência é a mais prevalente. Esta diferença poderá dever-se ao número de participantes, porque o estudo abordou uma freguesia e não a totalidade do concelho.

O tempo médio de dependência no autocuidado nas investigações anteriores variou entre 5,61 anos no Porto (Gonçalves, 2013) e 11,5 em Paços de Ferreira (Regadas, 2021). Neste estudo o tempo médio de dependência é de 9,7 anos, variou entre 1 e 49 anos, a heterogeneidade revela-se no desvio padrão superior à média (13,64).

A mediana em relação ao tempo de dependência identifica que 50% das PD são dependentes no autocuidado há 5 ou mais anos. Ao aprofundar a análise verifica-se que 78,6% das pessoas são dependentes há 3 ou mais anos, o que se traduz num aspeto permanente da vida destas pessoas e das suas famílias.

A cronicidade da dependência é consistente com as situações que a determinam, em 57% dos casos foi atribuída a doença crónica e em 28,6% ao envelhecimento, aliás 71,4% dos casos a dependência deve-se ao envelhecimento ou doença crónica.

Tal como no presente estudo, a doença crónica foi o principal motivo para a instalação da dependência na investigação realizada em Paços de Ferreira (Regadas, 2021). Ao

contrário do Porto em que a principal causa de dependência é o envelhecimento (Gonçalves, 2013).

No que diz respeito ao regime medicamentoso, constata-se que as pessoas tomam em média 6,14 fármacos diferentes e 6,57 nas tomas/dia, o que se traduz num elevado consumo de medicamentos, ou seja, um regime medicamentoso complexo conforme o International Council of Nurses (2022).

Este resultado, está em linha com as investigações realizadas no Porto, Lisboa, Paços de Ferreira e Maia, em que a polimedicação é habitual nas PD.

No que concerne à dependência no autocuidado, constatou-se que todas as PD manifestavam uma forma de dependência no autocuidado tomar banho e 92,9% necessitam de ajuda de outra pessoa em pelo menos um autocuidado.

Na tabela 57, organizaram-se os dados por forma a identificar a prevalência das PD com necessidade de ajuda de outra pessoa (por incapacidade parcial ou total para se cuidar) e compara-se com os diferentes estudos.

**Tabela 57-** Prevalência das PD com necessidade de ajuda parcial ou total de outra pessoa por autocuidado na UFC, Porto, Maia, Lisboa e Paços de Ferreira.

<b>Autocuidado</b>	<b>UFC</b>	<b>Porto<sup>a</sup></b>	<b>Lisboa<sup>b</sup></b>	<b>Maia<sup>c</sup></b>	<b>Paços de Ferreira<sup>d</sup></b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Tomar Banho</b>	92,9	72,0	69,4	93,9	82,2
<b>Vestir-se</b>	71,4	67,7	63,6	91,8	81,3
<b>Arranjar-se</b>	64,3	72,7	67,8	88,8	82,6
<b>Alimentar-se</b>	50,0	79,3	59,5	94,9	83,8
<b>Uso sanitário</b>	42,8	45,3	51,2	71,4	62,7
<b>Elevar-se</b>	28,5	35,1	28,9	56,1	37,8
<b>Virar-se</b>	14,2	23,6	20,7	40,8	29,9
<b>Transferir-se</b>	35,7	31,7	28,9	56,1	44,0
<b>Usar a Cadeira de Rodas</b>	21,4	13,0		29,6	19,9
<b>Andar</b>	64,2	54,4	58,7	89,8	59,8
<b>Tomar a medicação</b>	71,4	67,7	59,5	80,6	91,3

Nota: dados obtidos a partir das investigações de Gonçalves<sup>a</sup> (2013), Costa<sup>b</sup> (2013), Rocha<sup>c</sup> (2015), e Regadas<sup>d</sup> (2021)

As maiores taxas de prevalências de dependência de outras pessoas, na UFC, são no autocuidado tomar banho, vestir-se e tomar a medicação, semelhante às evidências dos resultados obtidos nos concelhos Porto, Maia, Lisboa e Paços de Ferreira.

A respeito dos autocuidados relacionados com atividade física, a dependência mais prevalente na UFC é no andar (64,2%) e verifica-se menor prevalência de dependência

nos autocuidados virar-se e transferir-se. O mesmo padrão foi verificado nas investigações conduzidas nos concelhos do Porto, Maia, Lisboa e Paços de Ferreira.

A menor dependência no âmbito da atividade física será provavelmente um fator facilitador da permanência da PD no seio familiar, porque reduz a sobrecarga do MFPC.

Como demonstrado por Gonçalves (2013) e Costa (2013) a maioria das situações de institucionalização ocorre devido ao aumento da dependência. O estudo mais alargado realizado na UFC, no qual a presente investigação está integrada, também constatou que a institucionalização ocorre com maior frequência por aumento da dependência, isto é, em 57,1% das famílias com PD institucionalizadas.

## 6.2- MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS

A média de idade do MFPC na UFC é 58 anos, em linha com os estudos de base populacional realizados no Porto (59 anos), Maia (55 anos), Lisboa (61 anos) e Paços de Ferreira (56 anos).

Neste estudo constatou-se que 50% dos cuidadores têm 58 ou mais anos, acima dos 65 anos 16,7% e superiores a 85 anos 8,3%, valores semelhantes aos identificados por Gonçalves (2013), e como refere Bento et al. (2021) evidencia a realidade de existirem idosos a cuidar de idosos.

Como todos os estudos realizados anteriormente neste âmbito, o género mais prevalente na assunção do papel de cuidador é o feminino, assim como o parentesco mais comum é filho(a) ou cônjuge.

O estado civil mais frequente do MFPC na amostra é casado/união de fato, contudo 67% dos MFPC não referem nenhum relacionamento conjugal, o que diverge dos resultados de Gonçalves (2013), Costa (2013), Rocha (2015), e Regadas (2021) em que 70% ou mais dos MFPC são casados ou estão em união de fato.

A constatação em que a maioria dos MFPC não apresentam relações de conjugalidade, sugere que a instalação da dependência no seio da família interfere com a interação social dos seus membros, contudo não deixa de evidenciar um maior isolamento destas pessoas.

Tal como, os dados do Eurostat mencionados por Moreira (2020) “10% da população com 65 e mais anos referia que não tinha ninguém com quem discutir os problemas

peçoais” (p.41). O que é congruente com a faixa etária de parte dos MFPC, conforme refere Sequeira (2018) é uma condição que influencia a transição, ao ser negativa irá interferir com o bem-estar do MFPC e da PD.

O nível de escolaridade do MFPC diverge dos outros estudos de base populacional citados em que o nível mais comum é o ensino básico (1º ciclo), na presente investigação 67% tem habilitações literárias iguais ou superiores ao ensino básico (2º ciclo).

No que concerne à ocupação profissional dos MFPC, verifica-se que 50% mantêm atividade profissional, resultado igual aos dados do concelho da Maia (50%), inferior ao Porto (65,22%) e Lisboa (75%) e superior ao verificado em Paços de Ferreira (36%).

Em linha com as investigações citadas anteriormente a coabitação com a PD é uma situação predominante no MFPC. No entanto, sublinha-se que 14,3 % das PD residiam sozinhas, o mesmo fenómeno foi observado por Gonçalves (2013) no Porto (20%), Regadas (2021) em Paços de Ferreira (10%) e Costa (2013) em Lisboa (7%).

### 6.3- RECURSOS PARA TOMAR CONTA DA PESSOA DEPENDENTE

A análise dos recursos utilizados para tomar conta da pessoa PD integra duas grandes áreas, uma relativa ao uso de PA e outra acerca da utilização dos recursos profissionais, recursos não profissionais, serviços de saúde e apoio, recursos financeiros.

#### ***Autocuidado tomar banho***

O maior compromisso na população verificou-se no autocuidado tomar banho, todos as PD necessitavam de PA neste âmbito. Em média são utilizados 50% dos PA necessários, apesar de desejarem 79,5%.

A taxa de utilização situa-se ligeiramente acima dos concelhos do Maia (40,19%), Lisboa (48,3%), Paços de Ferreira (38,5%), é semelhante aos resultados obtidos no Porto (52,1%) e por Petronilho (2013), que identificou 3 meses após a alta hospitalar uma taxa de utilização dos PA de 52,8%.

Os participantes não desejavam em média 20,5% dos PA necessários, o desconhecimento do acesso ou funcionamento dos equipamentos e razões económicas foram os principais motivos para sua não utilização. Regadas (2021) e Maia (2012) obtiveram resultados similares acerca das razões de não utilização dos PA.

O tapete antiderrapante era o PA mais utilizado pelos participantes, esta constatação também foi verificada nos concelhos de Paços de Ferreira por Regadas (2021) e no Porto por Maia (2012).

Regadas (2021) e Maia (2012) concluíram que a utilização de PA promotores da autonomia e segurança como as barras de apoio são reduzidos em face da sua necessidade, o mesmo fenómeno foi identificado na presente investigação.

No decurso da colheita de dados surgiram observações do MFPC, que por medo de uma queda ou porque é mais fácil, preferem substituir a pessoa e daí decorre a não utilização de equipamentos promotores da autonomia da PD.

Segundo Teixeira et al. (2019) não existe evidência de relação entre o medo de cair e a existência prévia de quedas, contudo verifica-se que condiciona a pessoa na realização do autocuidado, com impacto negativo na sua condição resultante da restrição da atividade.

Como observado nas investigações de Gonçalves (2013) e Costa (2013), na amostra a taxa de utilização dos PA necessários variou igualmente entre 0 e 100%.

### ***Autocuidado vestuário***

A taxa média de utilização dos PA no autocuidado vestuário é 25%, próximo dos resultados de Lisboa (25,94%) e Paços Ferreira (25,3%) e superior à Maia (7,67%) e Porto (8,93%), por sua vez Petronilho (2013) refere uma taxa de 13,7%.

As principais razões para não utilizar os PA neste domínio foram o desconhecimento do acesso ou do funcionamento e outra. O desconhecimento da forma de acesso ou funcionamento dos PA também foram as principais razões de não utilização nas investigações de Regadas (2021) e Maia (2012).

A calçadeira de cabo longo é o dispositivo com maior taxa de utilização, o mesmo foi observado por Maia (2012).

Como verificado nos estudos anteriormente referidos os PA promotores da autonomia como as extensões de fechos de correr, o abotoador e calça tira meias apresentam taxas de utilização reduzidas ou nulas. Estes dados sugerem que o MFPC substitui a PD em atividades para as quais teria maior potencial de autonomia.

A taxa de utilização do PA por participante variou entre 0% e 100%, da mesma forma que nas investigações de Gonçalves (2013) e Costa (2013).

### ***Autocuidado arranjar-se***

O estudo identificou que no autocuidado arranjar-se a taxa de utilização média dos PA na UFC é 66,7%, semelhante ao verificado em Paços de Ferreira (58,1%), superior ao verificado no Porto (0%), Maia (6,66%), Lisboa (7,14%), e da investigação de Petronilho (2013) com 4,3%.

Neste âmbito, constatou-se que os equipamentos utilizados eram sempre desejados. Se não utilizado a razão apresentada foi outra, ao contrário dos achados de Maia (2012) que refere a ausência de conhecimento e a económica. Desta forma, leva a inferir o não reconhecimento da sua utilidade para cuidar da PD.

Neste autocuidado continua a evidenciar-se que a taxa de utilização varia por participante entre 0% e 100%, como no estudo de Costa (2013).

### ***Autocuidado alimentar-se***

A taxa de utilização média dos PA no autocuidado alimentar-se verificada é 46,7%, este valor situa-se próximo dos resultados nos concelhos do Porto (45,27%), Lisboa (48,37%) e Petronilho (2013) que 3 meses após a alta identifica uma taxa de 46,1%. Contudo é inferior ao que se verificou em Paços de Ferreira (54,2%) e na Maia (59,94%),

À semelhança das investigações de Regadas (2021) e Maia (2012) o babete é o PA mais utilizado e com maior taxa de utilização, o mesmo não se verifica para os PA promotores a autonomia. O que sugere maior preocupação das famílias em manter a PD alimentada e limpa durante a refeição.

A taxa de desejo de PA média é 70%, superior à sua utilização, o mesmo verificou Regadas (2021) cuja taxa é 87,2%. Ou seja, em média 30% dos PA não são desejados o que poderá contribuir para a sua não utilização, Gonçalves (2013) aponta o não desejo como um motivo de não utilização dos PA.

Contudo, constata-se que este não é um fator único, na amostra, o desconhecimento é o principal motivo para a não utilização dos PA necessários no autocuidado alimentar-se, consistente com os resultados produzidos por Regadas (2021) e Maia (2012).

A taxa de utilização varia entre 0% e 100%, como nos estudos de Gonçalves (2013) e Costa (2013).

### ***Autocuidado uso do sanitário***

A taxa de utilização média de PA no autocuidado uso do sanitário é 77,4%, superior ao verificado nas investigações realizadas no Porto (66,54%), Paços de Ferreira (68,5%), Lisboa (54,49%), Maia (62,67%) e Petronilho (2013) no seu estudo constata 64,6%.

Os PA necessários para lidar com a incontinência, nomeadamente dispositivos absorventes, apresentam maior taxa de utilização na amostra, o que destaca a preocupação em manter a pessoa limpa e seca.

Ao analisar os dados de Regadas (2021) e Maia (2012) verifica-se o mesmo padrão. Por outro lado, constatou-se que os PA que seriam promotores da autonomia apresentam menores taxas de utilização, como verificado nas investigações anteriores.

De destacar, que um participante evidenciou a utilização de PA quando já não eram necessários, nomeadamente a cueca impermeável, provavelmente associado a significados negativos atribuídos a episódios anteriores de incontinência. Este caso influenciou a taxa média de desejo dos PA, com um valor de 103,5%.

O desconhecimento mantém-se como a principal razão de não utilização dos PA necessários, Regadas (2021) identificou como o principal motivo outra e Maia (2012) refere que neste autocuidado as razões da não utilização distribuíram-se entre desconhecimento, limitação da residência e económicas.

Assim como, nos estudos de Gonçalves (2013) e Costa (2013), surgiram participantes que necessitavam de PA, mas não os utilizam.

### ***Autocuidado elevar-se***

Para o autocuidado elevar-se a taxa média de utilização do PA é 50,0%, semelhante à de Paços de Ferreira (53,3%) e superior às verificadas no Porto (28,27%) e Maia (33,6%), Petronilho (2013) identificou uma taxa de 23,5%.

O apoio de pés era o PA mais necessário à semelhança dos estudos de Regadas (2021) e Maia (2012), a taxa de utilização apurada (50%) é semelhante à de Paços de Ferreira (53,7%) e superior à do Porto (28,4%).

Em média os participantes desejam 66,7% dos PA necessários, inferior ao verificado em Paços de Ferreira (90,2%). Sempre que se observou a não utilização dos PA necessários deveu-se a desconhecer a forma de aceder ao recurso, em linha com os achados de Maia

(2012), a mesma autora acresce as razões económicas, tal como Regadas (2021) destaca as razões económicas.

No autocuidado elevar-se a taxa de utilização dos PA por participante varia entre 0% e 100%, como nos estudos de Gonçalves (2013) e Costa (2013).

### ***Autocuidado virar-se***

A taxa média de utilização dos PA no autocuidado virar-se é 41,7%, próxima da taxa do concelho da Maia (41,34%), inferior à de Paços de Ferreira (47,5%) e Porto (54,17%), Petronilho (2013) observou uma taxa de utilização de 35,5% 3 meses após a alta da PD.

Os PA com 100% de taxa de utilização estão associados à prevenção de úlceras de pressão ou comportamentos lesivos associados à agitação.

As grades de apoio/segurança foi o recurso considerado necessário com maior frequência, tal como no estudo de Regadas (2021). Todavia, na amostra não se verificou a sua utilização, ao contrário do verificado em Paços de Ferreira (66,3%) e Porto (76,7%).

Em média os participantes desejam 83% dos PA necessários para o autocuidado virar-se, superior à taxa de utilização dos PA. Regadas (2021) verificou o mesmo em Paços de Ferreira.

O défice de conhecimento revelou ser a principal razão para não utilizar os PA necessários na amostra, Regadas (2021) além do motivo referido anteriormente, identificou as razões económicas.

Como nos estudos realizados em Lisboa e Porto a taxa de utilização de PA por participante varia entre 0% e 100%.

### ***Autocuidado transferir-se***

A necessidade de PA para o autocuidado transferir-se foi identificada em 28,6% dos participantes, contudo não se verificou o uso de qualquer dispositivo.

Como já demonstrado nos estudos anteriores a taxa de utilização de PA é reduzida neste autocuidado, Porto (26,16%), Maia (27,23%), Lisboa (22,63%), Paços de Ferreira (30,5%). Petronilho (2013) na sua investigação identificou uma taxa de utilização superior (46,8%).

O MFPC provavelmente atingiu o equilíbrio num padrão de cuidados em que substitui a pessoa, ao invés de promover a sua autonomia, expresso pela taxa média de PA desejados de 37,5%.

Além dos PA não serem desejados, porque o não desejo assume uma proporção de 72,5%, o desconhecimento do acesso ou funcionamento contribuiu em 80% das situações para não usar os PA e nas restantes económicas, em linha com as evidências dos estudos de Regadas (2021) e Maia (2012).

### ***Autocuidado usar a cadeira de rodas***

No âmbito do autocuidado usar a cadeira de rodas cuja necessidade de PA foi identificada em 21,4% dos participantes, constatou-se uma taxa média de utilização dos PA de 50%, inferior à de Paços de Ferreira (66,2%) e superior à do Porto (25%). Petronilho (2013) identificou uma taxa de utilização inferior 3 meses após a alta (28%).

A rampa é o PA mais necessário e verificou-se que as limitações da residência são a razão mais apontada para não utilizar os PA necessários, constataram-se os mesmos resultados nas investigações de Regadas (2021) e Maia (2012).

Aliás, no presente estudo 71,4% das residências das famílias que integram PD no domicílio não tem acesso a pessoas com mobilidade comprometida, o que justifica esta razão.

### ***Autocuidado andar***

A taxa média de utilização dos PA no autocuidado andar é 70,8%, próxima do resultado no concelho da Maia (67,93%) e inferior às taxas do Porto (82,7%), Lisboa (77,61%), Paços de Ferreira (80,7%) e ao observado por Petronilho (2013) com uma taxa de utilização de 77,2%.

Nas razões de não utilização destaca-se desconhecer o acesso e outra. O significado atribuído à utilização do dispositivo será condicionante, porque a taxa de desejo de PA é inferior à taxa de utilização. A razão de não utilização outra à semelhança dos estudos de Regadas (2021) e Maia (2012) assumiu neste autocuidado particular relevância.

Emergiu neste âmbito num participante o significado negativo atribuído à dependência de equipamentos para andar, ao evitar a sua utilização porque não queria ser visto pelos outros a “andar assim na rua”.

Como nos estudos de Gonçalves (2013) e Costa (2013), a taxa de utilização dos PA por participante variou entre 0% e 100%.

### ***Autocuidado tomar a medicação***

O autocuidado tomar a medicação é o que apresenta maior taxa média de utilização dos PA (78,6%). As investigações anteriores também concluíram que é dos domínios com maior utilização dos dispositivos necessários, Porto (73,82%), Maia (78,78%), Lisboa (62,20%) Paços de Ferreira (70,9%) e Petronilho (2013) identificou uma taxa de 73,6%.

A taxa de desejo é igual à taxa de utilização dos PA o que sugere uma relação entre o desejar ter e usar neste autocuidado. Por outro lado, os equipamentos que se constatou sempre a sua utilização eram indispensáveis ao controle e tratamento da doença (oxigenoterapia e máquina de pesquisa de glicémia). Regadas (2021) e Maia (2012) identificaram igualmente elevada utilização dos produtos para controlar a doença.

Desconhecer o acesso e outra foram os motivos mais apontados para não utilizar os dispositivos, à semelhança dos estudos de Regadas (2021) e Maia (2012).

Os participantes efetuaram observações em que se constata o não reconhecimento de utilidade nos dispositivos necessários, particularmente quando na sua perspetiva a não utilização não coloca a saúde em risco, por exemplo o termómetro ou a caixa de comprimidos.

A taxa de utilização dos PA variou entre 0% e 100%, tal como as evidências dos estudos efetuados no Porto e em Lisboa.

### ***Recursos complementares***

Em relação aos recursos complementares foi patente no discurso dos participantes duas preocupações, assegurar a comunicação da PD com outras pessoas (por exemplo: telemóvel para solicitar ajuda) e a existência de dispositivos que estimulem a PD.

O que se traduziu em elevadas taxas de utilização do dispositivo de chamada, telefone/telemóvel e material de instrução e aprendizagem.

Petronilho (2013), Regadas (2021) e Maia (2012) também evidenciaram nas suas investigações taxas elevadas de utilização dos dispositivos que promovem o contato com a PD, nomeadamente o telemóvel/telefone, com valores iguais ou superiores a 90%.

No campo oposto encontra-se a pinça de alcançar objetos com taxas de utilização inferiores a 20%, em que a sua utilização além de promover a independência de outros, tem potencial para reduzir os comportamentos de risco para ocorrência de quedas, como apanhar um objeto do chão. Nos estudos de Petronilho (2013), Regadas (2021) e Maia (2012) a pinça de alcançar objetos também apresenta taxas reduzidas de utilização.

### ***Utilização global dos produtos de apoio***

A análise global dos PA necessários revela uma taxa média de utilização por participante de 60,2%, próxima dos resultados verificados no Porto (59,6%) e superior a Lisboa (55,9%), Paços de Ferreira (53,5%) e Maia (45,3%).

A taxa de utilização dos PA varia entre 33,3% e 84,2%, mas perante esta amplitude o comportamento dos participantes é homogêneo ao verificar-se que o desvio padrão é 15,2%. A mediana obtida é 61,0%, ou seja, metade dos participantes utiliza menos de 61% dos PA necessários.

Nos dados disponíveis de Porto e Lisboa verificou-se igualmente um comportamento homogêneo da amostra, embora os seus valores variem entre 0% e 100%.

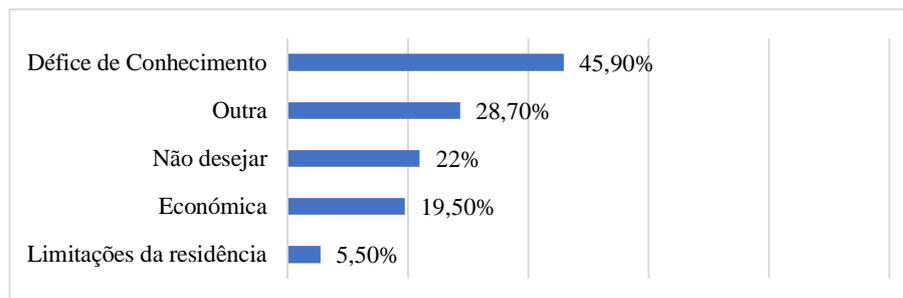
A taxa média de desejo de PA por participante é 81,5%, e varia entre 52,2% e 100%, com um desvio padrão de 13,6% a maioria dos participantes aproxima-se do valor médio.

Quanto às razões de não utilização Gonçalves (2013) e Costa (2013), consideraram o não desejar como motivo para não utilizar os PA necessários, assim no presente estudo constata-se que 22% dos PA necessários não eram desejados.

Porém, 42% dos PA necessários não são utilizados, isto é, são vários os motivos que concorrem para a não utilização, porque a taxa de não utilização é o dobro da taxa de não desejo.

Ao analisar as razões de não utilização relatadas, o défice de conhecimento traduziu-se na principal causa para não utilizar os PA, porque 33,3% das razões reportam-se a desconhecer o acesso e 12,6% como funciona os dispositivos, em suma representa 45,9% das razões.

Na figura 2 sintetiza-se as razões apresentadas pelos participantes para não utilizar os PA necessários, na qual se integrou o não desejar, como nos estudos de Gonçalves (2013), Costa (2013) e Rocha (2015).



**Figura 2-** Razões para não utilizar os produtos de apoio necessários na UFC

Os resultados das investigações de Gonçalves (2013), Costa (2013), Regadas (2021), Rocha (2015) demonstraram igualmente que o défice de conhecimento é uma razão relevante para as famílias não utilizarem os PA necessários para tomar conta da PD.

O défice de conhecimento é consistente com a análise de Bento (2020) no âmbito das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, ao verificar uma reduzida implementação em face do necessário das intervenções de enfermagem ensinar, instruir e treinar a usar os dispositivos.

Neste âmbito, os enfermeiros que participaram na investigação de Bento (2020), reconhecem dificuldades em implementar as intervenções que visam capacitar o MFPC e promover a autonomia da PD devido à escassez de recursos humanos, tempo necessário para a implementação das intervenções e indisponibilidade dos PA adequados.

No âmbito dos cuidados hospitalares não se verifica preparação do regresso a casa sistematizada que assegure o conhecimento necessário para tomar conta de si ou de outros (Brereton & Nolan, 2000; Dixe & Querido, 2020; Petronilho, 2007).

Desta forma, os autores referidos anteriormente verificaram que não existe uma capacitação adequada das pessoas para utilização dos PA durante a hospitalização ou nos cuidados domiciliários.

Neste estudo de base populacional que foi ao encontro das famílias no seu ambiente, o desenvolvimento de competências dos participantes provavelmente ocorreu por tentativa e erro mediante as dificuldades que vão surgindo, como já demonstrado por Brereton e Nolan (2000) e Brito (2012).

Do mesmo modo, Orem (2001) refere que as pessoas têm capacidade para adquirir o conhecimento e as habilidades necessárias para cuidar de si e dos seus dependentes.

Contudo, constata-se que decorre por iniciativa própria e não mediada pela intervenção de um profissional de saúde que seria facilitador de uma transição saudável.

A razão de não utilização “outra” verificou-se para 28,7% dos PA, de acordo com o relato dos participantes surge nalgumas situações associado as crenças e significados atribuídos aos PA, dificultadores do seu envolvimento na efetiva utilização em linha com os achados de Maia (2012).

Brito (2012) refere que nos processos de reconstrução de autonomia os significados atribuídos aos PA são determinantes para o sentido da transição, por exemplo a “atribuição de um significado negativo ao uso da cadeira faz com que a pessoa se isole e não saia de casa” (p.163) e que conduz ao seu isolamento social.

Portanto, a intervenção de enfermagem deve ir além do “ensinar” para melhorar o conhecimento da pessoa, é necessário que foque intencionalmente outras dimensões da transição, tais como os significados ou as crenças que podem revelar-se dificultadoras de uma transição saudável (Petronilho et al., 2021).

Ao comparar os dados das taxas de utilização e taxa de desejo globais conclui-se que as pessoas desejavam utilizar mais PA que os efetivamente utilizados, esta diferença sugere que as famílias realizam escolhas acerca dos dispositivos a integrar no cuidado.

Almeida (2009) relata na sua investigação, que por vezes o cuidado no domicílio atinge o seu equilíbrio com mais ações de substituição que o necessário, associado a superproteção do MFPC ou não envolvimento da PD porque tem sempre alguém disponível. Ou seja, perante o padrão de cuidar obtido não é sentida a necessidade recorrer a mais recursos.

Na opinião de Gonçalves (2013) e Petronilho (2007) as famílias focam maioritariamente a sua atenção nos cuidados que garantem a sobrevivência da PD como a gestão do regime medicamentoso, a sua alimentação e os cuidados com a higiene e não a promoção da autonomia.

O que nestes estudos de base populacional se traduz na maior utilização de PA que visam reduzir a exigência da tarefa de cuidar ao MFPC ou a prevenir complicações, não priorizando nas suas decisões o uso de dispositivos que seriam promotores de uma maior independência da PD.

Conforme se constata ao verificar que os PA com taxa de utilização de 100%, centram-se sobretudo na gestão da doença, na prevenção de complicações e manter a higiene da PD, sendo os seguintes: Imobilizador abdominal; Resguardo; Máquina de pesquisa de glicemia capilar; Almofada elevatória; Triturador de comprimidos; Babete; Luva de imobilização; Colchão anti-úlceras de pressão; Oxigenoterapia; Coxim; Saco de colostomia/ileostomia/urina; Dispositivo de chamada; Urinol; Espelho inclinável; Cueca impermeável.

No sentido inverso, os produtos com taxa de utilização de 0% integram na sua maioria dispositivos que facilitariam a autonomia da PD, e são os seguintes: Rebordo de prato; Prótese auditiva; Cordões elásticos; Abotoador; Nebulizador; Calça meias / tira meias; Barra de apoio; Barras paralelas e apoios da posição de pé; Lava cabeças para acamados; Elevador de transferência; Abridor de frascos; Adaptador de talheres; Grades de apoio / segurança; Cama articulada; Apoio de cabeça anatômico.

Na tabela 58, apresenta-se uma síntese dos resultados da investigação relativos à taxa de utilização e desejo dos PA, percentagem de participantes com necessidade de PA e prevalência de famílias participantes com PD por autocuidado.

**Tabela 58-** Síntese dos resultados acerca da utilização dos produtos de apoio e compromisso no autocuidado na UFC

Autocuidado	Taxa de utilização dos PA	Taxa de desejo dos PA	% de participantes com necessidade de PA	Prevalência de famílias com pessoas dependentes
	%	%	%	%
Tomar a medicação	78,6	78,6	100,0	71,4
Uso sanitário	77,4	103,5	78,6	50,0
Andar	70,8	62,5	85,7	85,7
Arranjar-se	66,7	66,7	21,4	64,3
Tomar Banho	50,2	79,5	100,0	100,0
Elevar-se	50,0	66,7	21,4	28,6
Usar a Cadeira de Rodas	50,0	66,7	21,4	21,4
Alimentar-se	46,7	70,0	35,7	50,0
Virar-se	41,7	83,3	46,9	14,3
Vestir-se	25,0	45,0	42,9	71,4
Transferir-se	0,0	37,5	28,6	35,7
Recursos Complementares	70,0	82,1	100,0	
<b>Global</b>	<b>60,2</b>	<b>81,5</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### **Recursos profissionais**

O recurso profissional mais utilizado pelas famílias que integram PD é o médico em 100% dos casos seguido do enfermeiro em 71,4%. Este resultado é consistente com o padrão

verificado nos concelhos do Porto (Gonçalves, 2013), Lisboa (Costa, 2013), Paços de Ferreira (Regadas, 2021) e Maia (Rocha, 2015).

De acordo com a interação estabelecida com os participantes, a utilização dos recursos profissionais é focalizada na gestão da doença crónica ou episódios de doença aguda e não no seu processo de reabilitação, por forma promover a autonomia da pessoa dependente ou na adaptação do familiar cuidador ao seu papel.

A centralidade do autocuidado para a enfermagem torna este domínio particularmente significativo na sua ação, contudo percebeu-se pelas observações dos participantes que não recorrem aos enfermeiros com este intuito, mas como referido por Petronilho (2007) para proceder a “substituição de sonda nasogástrica, algálias, execução de tratamentos a úlceras de pressão, administração de injetáveis prescritos” (p.151).

### ***Recursos não profissionais***

Os resultados demonstraram que o recurso não profissional mais utilizado é familiar, seguido do vizinho. Nas investigações realizadas por Gonçalves (2013), Costa (2013), e Petronilho (2007, 2013) surgem as famílias como maior recurso não profissional utilizado para cuidar da PD no domicílio.

Contudo, salienta-se que a rede de apoio informal não se afigurou muito extensa, porque 50% da amostra utiliza 2 recursos ou menos e 14% dos participantes revelam não ter qualquer apoio. O que é consonante com os dados demográficos da UFC no que diz respeito à redução e envelhecimento da população.

Conforme os diversos estudos desenvolvidos nesta área a existência de apoio informal é uma condição facilitadora da transição para o papel de cuidador, ou da reconstrução de autonomia pela PD (Almeida, 2009; Brito, 2012; Petronilho, 2013; Sequeira, 2018).

### ***Serviços de saúde e suporte***

O hospital e centro de saúde/unidade de saúde familiar têm uma elevada taxa de utilização pelas famílias abordadas, congruente com os resultados das investigações realizadas no Porto (Gonçalves, 2013), Lisboa (Costa, 2013), Paços de Ferreira (Regadas, 2021), e Maia (Rocha, 2015).

Os dados sugerem que as famílias priorizam a utilização dos recursos necessários para acompanhar a doença crónica ou assistir em episódios de doença aguda. Aliás, 4 dos 5

recursos mais utilizados reportam-se a esta tipologia de cuidado (112, hospital, centro de saúde/unidade familiar, Linha saúde 24).

O serviço de cabeleireiro, manicure e estética é utilizado em 100% dos casos, este resultado diverge das investigações anteriores, cujo valor mais alto foi nos concelhos do Porto e Maia com 15,6%.

Ao longo da recolha de dados foi possível perceber que as famílias ou dispunham da capacidade de deslocação até ao serviço de cabeleireiro, manicure e estética, ou perante a impossibilidade de deslocação, asseguravam acesso ao serviço no domicílio.

A justificar esta taxa de utilização, além da crescente preocupação social com a imagem corporal, o acesso à prestação destes serviços no domicílio decorrente dos constrangimentos colocados à circulação de pessoas durante a pandemia, facilitou a sua utilização para cuidar das pessoas com mobilidade comprometida.

Os serviços centrados nos cuidados com a PD em relação ao uso de equipamentos ou ajuste do domicílio perante a dependência tem uma utilização reduzida (7,1%), que de acordo com a população do estudo justificaria uma utilização maior. Este dado é consistente com os resultados das investigações realizadas nos concelhos do Porto, Lisboa, Maia e Paços de Ferreira.

Ainda se constatou a utilização de serviços para lidar com as dependências existentes como por exemplo acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais), cuidados de higiene e conforto, confeção de refeições e apoio durante as mesmas.

O intuito desta utilização não é promover a autonomia da PD, mas facilitar o seu cuidado, dado que 50% MFPC ainda mantêm atividade profissional. Como destaca Dixie e Querido (2020) os MFPC investem 15 horas diárias para cuidar da PD, ou seja, é uma forma de aliviar a sua sobrecarga e garantir o cuidado na sua ausência.

Por outro lado, os profissionais destes serviços não têm enfoque na promoção da autonomia da PD, nem formação profissional com esse propósito segundo Bento (2020).

De acordo com a mesma autora há um conjunto vasto de intervenções que apenas são realizadas por enfermeiros nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Nomeadamente ensinar, instruir e treinar com vista à reconstrução da autonomia das

peçoas, à prevenção de complicações decorrentes dos compromissos dos processos corporais e autocuidado.

Desta forma, não seria expectável que houvesse outros profissionais a realizá-lo a não ser enfermeiros. Conforme enfatiza Bento et al. (2021) é imperativo o suporte profissional dos enfermeiros perante a dependência no autocuidado em contexto domiciliário, especialmente quando se verifica maior fragilidade do MFPC.

### ***Recursos financeiros***

A reforma é o recurso mais utilizado (100%), tal como se verificou no Porto (94,4%), Lisboa (87,2%), Paços de Ferreira (82,2%), Maia (93,9%) e é consistente com a faixa etária das PD e dos MFPC.

As famílias referiram dispor em média 1,7 recursos financeiros, contudo 50% das famílias só dispõem de uma fonte de rendimentos. Segundo Meleis et al. (2000) pessoas com baixo estatuto socioeconómico apresentam maiores dificuldades na transição, pelo que melhorar as fontes de rendimento das famílias seria facilitador para integrar os produtos de apoio, recurso profissionais e serviços de saúde e suporte necessários.

Ao analisar os restantes recursos financeiros utilizados relacionados com apoio específico para a PD, apenas surge o complemento de dependência em 21,4% dos casos. Nas investigações anteriores a utilização do complemento de dependência é heterogénea, Porto (9,09%), Lisboa (12,2%), Paços de Ferreira (38,6%) e Maia (21,4%).

A contribuição da família também foi constatada como nas investigações anteriores, mas em frequência menor (14,3%), Lisboa apresentou o valor mais próximo (16,7%). Esta foi maior nos concelhos do Porto (45,5%), Paços de Ferreira (45,2%) e Maia (54,1%).

## CONCLUSÃO

O autocuidado tem assumido um papel central para a enfermagem ao oferecer um escopo de ação para a sua prática clínica e na sua investigação para alimentar o seu conhecimento disciplinar.

Desta forma, a investigação apresentada está em linha com uma dimensão relevante da Enfermagem ao desocultar os dados da população da UFC, no que concerne aos recursos utilizados para tomar conta das pessoas dependentes no autocuidado no seio das famílias clássicas, com base no julgamento clínico do EEER. E perante os objetivos definidos para o estudo apresentam-se as principais evidências, implicações para a prática clínica e as suas limitações.

A taxa de prevalência de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário na UFC é 8%. No que concerne à PD, o perfil mais prevalente é:

- Idade superior a 65 anos;
- Baixo nível de escolaridade;
- Sexo feminino;
- Sem atividade profissional;
- Sem relações de conjugalidade.

Outro aspeto relevante a ter em conta é a duração da dependência, na maioria das situações instalou-se há mais de 1 ano e com carácter definitivo.

As PD na UFC necessitam de ajuda com maior frequência nos autocuidados tomar banho, vestir-se, arranjar-se, andar, tomar a medicação. E menor frequência nos autocuidados virar-se, elevar-se e transferir-se.

A respeito do MFPC, na UFC o padrão sociodemográfico é consistente com as investigações realizadas neste âmbito ao verificar-se:

- Maior assunção do papel por mulheres;
- Idade média de 58 anos;
- Laços familiares como filha ou cônjuge;

- Em coabitação.

A maioria das PD e do MFPC não apresentam relações de conjugalidade, deste modo constata-se que a instalação da dependência no seio da família condiciona a interação social dos seus membros ao conduzir ao seu isolamento e redução do número de ligações afetivas. Por este facto, releva para a intervenção dos enfermeiros atenção à interação social destas famílias para identificar se a transição está a evoluir de forma saudável ou não.

Na UFC a taxa de utilização de PA é inferior ao necessário, quer se centre a análise na totalidade dos equipamentos necessários identificados (58,6%), quer na taxa média de utilização por participante (60,2%).

As taxas de utilização dos PA sugerem que a transição do MFPC e PD atingiu o seu equilíbrio com mais cuidados de substituição que o necessário, sem que daí resulte envolvimento em recorrer a mais recursos. Nomeadamente em relação aos produtos que permitiriam maior independência da PD, ao verificar que o grupo dos PA cuja taxa de utilização é 0% integra vários dispositivos facilitadores da autonomia da PD.

Assim como, constata-se que as famílias priorizam os recursos necessários para tomar conta da PD no âmbito da gestão do regime medicamentoso, alimentação e higiene pessoal, ao verificar que a maioria dos PA com taxa de utilização de 100% são focados nestes domínios.

Contudo, é de assinalar que todas as famílias clássicas com PD integraram a utilização de PA nos cuidados, ou seja, o processo de adaptação à dependência no autocuidado exigiu sempre o desenvolvimento de capacidades para o uso de equipamentos.

O uso de PA é desejado por todos os participantes e em número superior aos efetivamente utilizados, ou seja, apesar do reconhecimento da sua necessidade a utilização é condicionada pelo valor que lhe é atribuído ou pelas dificuldades percecionadas no acesso.

No entanto, identificou-se que a razão mais frequente para não utilizar os PA necessários é o défice de conhecimento, ao que não é possível deixar de associar as evidências que emergiram em investigações relativas aos cuidados hospitalares ou domiciliários, que demonstraram défice de capacitação das famílias para tomar conta da PD.

O estudo abordou as famílias no seu domicílio sem referência dos cuidados de saúde primários ou hospitalares, ou seja, o processo de adaptação do MFPC e das PD poderá ter ocorrido sem mediação de uma intervenção profissional sistemática.

Para esta observação concorre a evidência de uma taxa de utilização dos PA abaixo do necessário associada ao desconhecimento acerca do acesso ou funcionamento dos dispositivos. O que ainda torna mais visível a insuficiente preparação das famílias para tomar conta da PD por parte dos serviços de saúde e a limitação nas suas escolhas por défice de conhecimento.

Assim como, se verificou que os PA mais utilizados são produtos de fácil acesso e de utilização, ou são indispensáveis ao cuidar e insubstituíveis por uma ação humana. O que sugere que o desenvolvimento de competências surge da iniciativa dos membros da família, ou de uma intervenção profissional pontual associada a um evento de doença e não de um acompanhamento regular pelos serviços de saúde no âmbito da dependência no autocuidado.

Os recursos profissionais a quem mais recorrem as famílias na UFC são o médico e enfermeiro, habitualmente para obter cuidados de saúde com enfoque no autocuidado tomar a medicação, esta relação poderá justificar a maior taxa de utilização dos PA neste âmbito.

Do mesmo modo, verificou-se que os serviços de saúde a que as famílias mais recorrem estão associados ao acompanhamento no âmbito da doença crónica ou episódios de doença aguda, ao contrário dos serviços cuja natureza seria promotora da autonomia da PD cuja utilização é escassa.

Ainda se constatou a utilização de serviços de suporte para assistir na dependência no autocuidado, cujo uso não apresenta o intuito de promover a autonomia da PD, mas facilitar o seu cuidado por forma a aliviar a sobrecarga do MFPC ou a garantir o cuidado na sua ausência.

O recurso não profissional mais utilizado é a família, porém as tendências demográficas da UFC apontam para a diminuição da população residente e o seu envelhecimento, o que poderá implicar no futuro maior redução do suporte informal para estas famílias.

No que concerne aos recursos financeiros constatou-se que a reforma é o mais frequente e que a origem dos rendimentos das famílias habitualmente não ultrapassa as duas fontes,

o que será dificultador da transição porque a integração de PD no autocuidado acarreta aumento dos encargos financeiros.

Assim, se atendermos que habitualmente o cidadão acede aos cuidados de saúde por sua própria iniciativa, releva pensar formas de cuidar que encarem a dependência no autocuidado do mesmo modo que as doenças crónicas, dado que é uma condição que perdura ao longo do tempo.

Em suma, emerge o dever de assegurar apoio às famílias com PD em contexto domiciliário para acompanhar a sua transição, por forma a dar resposta ao longo do tempo às suas necessidades de informação e de suporte.

Assim como, face à longa duração da dependência no autocuidado em contexto domiciliário associada ao maior envelhecimento das PD e dos seus MFPC, é necessário refletir sobre a possibilidade de se desenvolverem cuidados domiciliários de longa duração para reabilitação e manutenção.

Ao considerar que a dependência no autocuidado além da dimensão da saúde assume uma dimensão social, a necessidade de uma melhor articulação entre vários serviços é emergente, por exemplo através do estabelecimento de parcerias entre autarquias, serviços de saúde e sector social para contribuir para um melhor bem-estar da população neste âmbito.

Da mesma forma, que perante as necessidades de recursos evidenciadas pelas famílias para tomar conta dos seus membros dependentes no autocuidado, seria pertinente desenvolver estratégias facilitadoras para:

- Melhorar o acesso aos cuidados de reabilitação no domicílio ou na comunidade;
- Melhorar a disponibilidade de PA para os profissionais os integrarem no treino para o autocuidado, permitindo às famílias decidir sobre o seu uso no futuro sem a necessidade de os adquirir previamente;
- Melhorar o acesso das famílias aos PA consoante as necessidades identificadas (por exemplo: através da criação de bancos comunitários de PA);
- Melhorar a articulação entre diferentes serviços por forma a assegurar a existência dos diferentes recursos materiais, humanos ou financeiros que permitam permanecer à PD no domicílio, se assim o desejar;

- Melhorar a referenciação e sinalização das famílias com PD para os serviços de saúde.

Os EEER face às competências que lhes são reconhecidas para atender às necessidades de cuidados das pessoas dependentes no autocuidado e do membro da família prestador de cuidados, poderão assumir um papel relevante na definição, dinamização e implementação de estratégias para garantir o acesso aos cuidados e recursos necessários às famílias para tomar conta das pessoas dependentes no autocuidado.

A investigação realizada para determinar os recursos utilizados para tomar conta da PD no seio das famílias clássicas na UFC recorreu à mesma metodologia e instrumentos usados nos estudos de base populacional que analisaram a dependência no autocuidado em contexto domiciliário nos concelhos do Porto, Lisboa, Paços de Ferreira e Maia.

Do mesmo modo, constatou-se que o padrão dos resultados foi semelhante, o que permite inferir que os resultados observados na amostra são passíveis de generalizar para toda a população da UFC.

Contudo, reconhece-se como ameaça à generalização dos resultados a participação obtida pelas famílias que integram PD, porque 52% não aceitaram participar na recolha de dados que permite a avaliação dos recursos utilizados.

De futuro, para a investigação emerge a necessidade de realização de estudos que analisem e perspetivem os moldes assistenciais às famílias e às pessoas dependentes em contexto domiciliário, por forma a que se caminhe para respostas mais adequadas.

Por outro lado, é importante a continuidade de estudos de base populacional para avaliar a condição de saúde das populações e a sua evolução no que diz respeito à dependência no autocuidado, face ao crescente envelhecimento da população e a sua maior fragilidade, no qual a Enfermagem ao longo das investigações que tem desenvolvido comprovou o seu contributo.



## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. M. G. de. (2009). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência: estudo exploratório no contexto domiciliar* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10507>
- Bento, M. da C. S. da C., Amaral, A. S., & Silva, A. P. e. (2021). Idosos a cuidar de idosos: um desafio à organização dos cuidados domiciliários. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79093>
- 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 do Baixo Mondego* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36381>
- Blackburn, E., Durocher, E., Feldman, D., Hudon, A., Laliberté, M., Mazer, B., & Hunt, M. (2019). Supporting, Promoting, Respecting and Advocating: A Scoping Study of Rehabilitation Professionals' Responses to Patient Autonomy. *Canadian Journal of Bioethics*, 1(3), 22–34. <https://doi.org/10.7202/1058249ar>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia básica* (2ªed.). Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda.
- Brereton, L., & Nolan, M. (2000). 'You do know he's had a stroke, don't you?'Preparation for family care-giving--the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 498–506. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00396.x>
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>

- Callegari-Jacques, S. M. (2003). *Bioestatística: Princípios e aplicações*. Artmed.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. 237–257. <https://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). *Padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)
- Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas. (2018). *Diretrizes éticas internacionais para pesquisas relacionadas a saúde envolvendo seres humanos* (4ªed). Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas, Organização Mundial da Saúde. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/11/CIOMS-final-Diretrizes-Eticas-Internacionais-Out18.pdf>
- Conselho Local de Ação Social de Coimbra. (2018). *Diagnóstico Social do Concelho de Coimbra*. <https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2018/06/Diagnóstico-Social-2018.pdf>
- Costa, A. C. J. S. da. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - 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%20CD.pdf)
- Decreto-Lei n.º 93/2009 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). Diário da República: 1.ª série, N.º 74. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/93-2009-603884>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I Série, n.º 109. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Direção Geral de Saúde. (2020). *Norma nº 007/2020 de 29/03/2020-Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

- Dixe, M., & Querido, A. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20013. <https://doi.org/10.12707/RV20013>
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2022, janeiro). *Carta Social*. <https://www.cartasocial.pt/inicio>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). Atlas.
- 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]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18580>
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação criar novos caminhos*. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente Em Contexto Familiar - uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos - Portugal*. INE, PT.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014, setembro). [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos\\_quadros](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros)
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de População Residente em Portugal*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=426127543&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y)
- International Council of Nurses. (2022, maio). *ICNP BROWSER*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a idosos. In C. Paul & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 201–229). Climepsi.

- Lei n.º 11-A/2013 da Assembleia da República, Diário da República: I série, n.º 19 (2013). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/11-a-2013-373798>
- Lei n.º 100/2019 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Diário da República: I série, n.º 171 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-124500714>
- Leonardo, V. (2011). *Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62245>
- Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies: a practical manual*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>
- Maia, H. M. R. de A. (2012). *Tomar conta das pessoas dependentes no domicílio: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16302>
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62–66. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: development & progress* (3ª ed.). Lippincott.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses - envelhecimento, saúde e idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos Cuidados de Saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. <https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). Meio Caminho Andado - Relatório Primavera 2018. In *Relatório Primavera 2018*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. <https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Assembleia Do Colégio Da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Mosby, inc.
- Paiva, A. (2012). Prefácio. In F. Petronilho (Ed.), *Autocuidado: conceito central da enfermagem* (pp. 9–10). Formasau.
- Pereira, I., & Silva, A. P. (2012). Ser cuidador familiar: A perceção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*, 1(18), 42–54. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23932>
- Pereira, S. C. de A. (2014). *Formulário de avaliação da dependência no autocuidado-versão reduzida* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. ESEP - Dissertações de Mestrado. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9737>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Formasau.

- Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. REIT - Teses de Doutoramento. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10572>
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (pp. 67–75). Lidel - Edições técnicas limitadas.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lidel.
- Pollit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9ª ed.). Artmed.
- Proot, I. M., Crebolder, H. F. J. M., Abu-Saad, H. H., & ter Meulen, R. H. J. (1998). Autonomy in the Rehabilitation of Stroke Patients in Nursing Homes. A Concept Analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12(3), 139–145. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1998.tb00489.x>
- Pryor, J. (2009). Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 4(2), 79–88. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00148.x>
- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 21, 5–7. [https://www.researchgate.net/publication/267328377\\_Autocuidado\\_transicoes\\_e\\_bem-estar](https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar)
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regadas, S. (2021). *Famílias que integram dependentes no autocuidado - Estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório

Institucional da Universidade Católica Portuguesa.  
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36380>

Rocha, M. do C. A. (2015). *Dependência no Autocuidado em contexto familiar- estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.  
<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82488>

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

Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.  
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

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(3), 619–625. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01519.x>

Teixeira, L., Araújo, L., Duarte, N., & Ribeiro, O. (2019). Falls and fear of falling in a sample of centenarians: the role of multimorbidity, pain and anxiety. *Psychogeriatrics*, 19(5), 457–464. <https://doi.org/10.1111/psyg.12423>

Wills, E. M., & McEwen, M. (2016). Bases Teóricas da Enfermagem. In *Bases Teóricas da Enfermagem* (4ª ed.). Artmed.







**ANEXO I- FORMULÁRIO «FAMÍLIAS QUE INTEGRAM  
DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO**





62729

1 / 2

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**
- |  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|



**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

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

**Profissão**  
 Membros das forças armadas  
 Quadros superiores da Administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
 Especialistas das profissões intelectuais e 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

**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

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

**Profissão**  
 Membros das forças armadas  
 Quadros superiores da Administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
 Especialistas das profissões intelectuais e 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



44272

Codificação

Grid for coding

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO
PARTE II - FORMULÁRIO PCD

PESSOA DEPENDENTE

Sexo

- M F

Idade

Age grid

Estado civil

- Casado/União de facto
Solteiro
Viúvo
Divorciado

Nacionalidade

- Portuguesa
Não portuguesa (especificar)

Grid for nationality specification

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

- Envelhecimento
Acidente
Doença aguda
Doença crónica
Outra

Instalação da dependência

- Súbita
Gradual

Tempo de dependência

Grid for years and months

Consumo de medicamentos

- Sim
Não

Variedade de fármacos (nº)

Grid for number of medicines

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

Grid for number of medicines per day

AUTOCUIDADO: Tomar banho

Table with 4 columns: Dependente não participa, Necessita de ajuda de pessoa, Necessita de equipamento, Completamente independente. Rows include: Obtém objetos para o banho, Consegue água, Abre a torneira, Regula a temperatura da água, Regula o fluxo da água, Lava-se no chuveiro, Lava o corpo, Seca o corpo.

44272

Com que frequência dá banho ao seu familiar?   vezes/semanaCom que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar?   vezes/diaCom 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

**Barra 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/giratória)**

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

44272

3 / 20

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"/>

#### AUTOUIDADO: 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	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="radio"/> Económica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento			
<input type="radio"/> Limitações de residência			
<input type="radio"/> Outro			

**Calça meias/Tira meias**

Razão da não utilização	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="radio"/> Económica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento			
<input type="radio"/> Limitações de residência			
<input type="radio"/> Outro			

**Calçadeira de cabo longo**

Razão da não utilização	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="radio"/> Económica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento			
<input type="radio"/> Limitações de residência			
<input type="radio"/> Outro			

**Cordões elásticos**

Razão da não utilização	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="radio"/> Económica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento			
<input type="radio"/> Limitações de residência			
<input type="radio"/> Outro			

**Extensões para fechos de correr**

Razão da não utilização	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="radio"/> Económica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento			
<input type="radio"/> Limitações de residência			
<input type="radio"/> Outro			

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"/>



**AUTOCUIDADO: Arranjar-se**

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

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



44272

6 / 20

**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	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="radio"/> Económica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento			
<input type="radio"/> Limitações de residência			
<input type="radio"/> Outro			

**Adaptador de talheres**

Razão da não utilização	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="radio"/> Económica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento			
<input type="radio"/> Limitações de residência			
<input type="radio"/> Outro			

**Babete**

Razão da não utilização	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="radio"/> Económica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento			
<input type="radio"/> Limitações de residência			
<input type="radio"/> Outro			

**Copo adaptado**

Razão da não utilização	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="radio"/> Económica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento			
<input type="radio"/> Limitações de residência			
<input type="radio"/> Outro			



44272

**Garfo 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

**AUTO-CUIDADO: 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/dejeções?  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

**Urinol**

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**

- Econômica
- 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**

- Econômica
- 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**

- Econômica
- 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**

- Econômica
- 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**

- Econômica
- 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**

- Econômica
- 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

**Urinoj**

**Razão da não utilização**

- Econômica
- 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

11 / 20

**AUTO-CUIDADO: 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    NuncaNas mudanças de posição, adopta os decúbitos laterais?  Sempre    Às vezes    Nunca**Gradas de apoio/segurança**

- | Razão da não utilização   | Necessário (juízo do enfermeiro)                    | Utilizado   | Desejado  |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Económica                                     | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso |   |   |   |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento     |   |   |   |
| <input type="radio"/> Limitações de residência                      |   |   |   |
| <input type="radio"/> Outro   |   |   |   |

**Colchão anti-úlcer de pressão**

- | Razão da não utilização   | Necessário (juízo do enfermeiro)                    | Utilizado   | Desejado  |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Económica                                     | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso |   |   |   |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento     |   |   |   |
| <input type="radio"/> Limitações de residência                      |   |   |   |
| <input type="radio"/> Outro   |   |   |   |

**Cetoveleira**

- | Razão da não utilização   | Necessário (juízo do enfermeiro)                    | Utilizado   | Desejado  |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Económica                                     | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso |   |   |   |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento     |   |   |   |
| <input type="radio"/> Limitações de residência                      |   |   |   |
| <input type="radio"/> Outro   |   |   |   |

**Coxim**

- | Razão da não utilização   | Necessário (juízo do enfermeiro)                    | Utilizado   | Desejado  |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Económica                                     | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso |   |   |   |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento     |   |   |   |
| <input type="radio"/> Limitações de residência                      |   |   |   |
| <input type="radio"/> Outro   |   |   |   |

**Transfer de cama (dispositivo para posicionar)**

- | Razão da não utilização   | Necessário (juízo do enfermeiro)                    | Utilizado   | Desejado  |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Económica                                     | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso |   |   |   |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento     |   |   |   |
| <input type="radio"/> Limitações de residência                      |   |   |   |
| <input type="radio"/> Outro   |   |   |   |

**Imobilizador abdominal**

- | Razão da não utilização   | Necessário (juízo do enfermeiro)                    | Utilizado   | Desejado  |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Económica                                     | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso |   |   |   |
| <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento     |   |   |   |
| <input type="radio"/> Limitações de residência                      |   |   |   |
| <input type="radio"/> Outro   |   |   |   |



44272

12 / 20

**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:**

	<b>Sente-se:</b>	<b>Incompetente</b>	<b>Pouco competente</b>	<b>Medianamente competente</b>	<b>Muito competente</b>
Detetar sinais precoces de úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Definir os posicionamentos adequados/inadequados	<input type="radio"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentar o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	<input type="radio"/>	<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/ida

**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 de 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 de 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 de 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 de 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 de 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 de residência  
 Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- Sim    Não

**Utilizado**

- Sim    Não

**Desejado**

- Sim    Não



44272

14 / 20

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

**AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas**

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

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

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 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

16 / 20

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouca 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	<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 andar	<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 andar	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local de deambulação	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>

**AUTO-CUIDADO: 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



44272

**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"/>



44272

18 / 20

**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  NuncaCostuma proceder a alteração na dieta, em função da condição nutricional do seu familiar?  Sempre  Às vezes  NuncaCom que frequência dá água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar?   vezes/diaIncentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições?  Sempre  Às vezes  NuncaCostuma incluir na dieta do seu familiar frutas e legumes?  Sempre  Às vezes  NuncaCostuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir?  Sempre  Às vezes  NuncaLeva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar?  Sempre  Às vezes  NuncaCostuma fazer a pesquisa de fealomas?  Sempre  Às vezes  NuncaCom que frequência inspeciona a pele e o perineo do seu familiar?   vezes/diaCom que frequência inspeciona as zonas de proeminência ósseas do seu familiar?   vezes/diaCom que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar?   vezes/diaCom que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar?   vezes/diaCom que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar?   vezes/diaCom que frequência desenvolve atividades estimulantes da memória com o seu familiar?   vezes/semanaCostuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes, ...)?  Sempre  Às vezes  NuncaIncentiva o seu familiar a tossir, quando se apercebe que ele tem secreções?  Sempre  Às vezes  NuncaCostuma aspirar as secreções, quando o seu familiar não as consegue eliminar?  Sempre  Às vezes  NuncaCostuma 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







35418

Codificação

1 / 2

Grid for coding

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE III - FORMULÁRIO PPD

PARENTE INSTITUCIONALIZADO

Sexo

- M
F

Idade

Age input boxes

Estado civil

- Casado/União de facto
Solteiro
Viúvo
Divorciado

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

Nacionalidade

- Portuguesa
Não portuguesa (especificar)

Grid for nationality specification

Há quanto tempo está institucionalizado?

Years and months input boxes

Concelho em que está localizada a instituição?

Grid for municipality specification

Em que tipo de instituição?

- Lar
Unidade de Cuidados Continuados
Família de acolhimento
Outro

Quem suporta as despesas da institucionalização?

- Estado
Comparticipado (Estado privado)
Privado
Outro

Antes de ser institucionalizado, o seu familiar coabitava consigo?

- Sim
Não

Se não, com quem morava?

- Sozinho
Com familiares
Outra

Em que concelho morava?

Grid for residence municipality specification

Atualmente, o seu familiar institucionalizado encontra-se dependente? Sim Não

Considera que a institucionalização do seu familiar esteve relacionada com alguma situação de dependência? Sim Não

Se sim, concretizou-se quando a dependência ... Surgiu Aumentou

Motivos que determinaram a institucionalização (pode assinalar vários)

- Fraco nível de apoio das redes formais (equipa de saúde, SS, vd)
Fraco nível de apoio das redes informais (familiares, vizinhos)
Condições económicas limitadas (não suporta os custos)
Condições de habitação inadequadas (não adaptadas ao estado de saúde)
Alterações da vida social (não fazer atividades que sempre etetuou)
Pouco tempo disponível (emprego, resolução de outros problemas)
Outro

Atividades em que era mais notória a dependência

- Alimentar-se
Vestir-se
Arranjar-se
Cuidar da higiene pessoal
Tomar banho
Virar-se
Usar o sanitário
Auto elevar-se
Andar
Transferir-se
Usar a cadeira de rodas
Auto administração de medicação

Situação que originou a dependência (pode assinalar várias)

- Envelhecimento
Acidente
Doença aguda
Doença crónica
Outra

Instalação da dependência

- Súbita
Gradual

Tempo de dependência

Years and months input boxes



35418

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

Anos   Meses

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

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

Razões da escolha da instituição (pode assinalar várias)

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

O dependente foi contrariado?  Sim  Não

A que estratégias recorreu para facilitar a integração do seu familiar na instituição onde ele se encontra? (pode assinalar várias)

- Visitar, com o familiar, a instituição antes da institucionalização
- Integração faseada (primeiro as refeições, posteriormente já passava lá o dia todo e finalmente já morava lá por completo)
- Personalizar o espaço individual do seu familiar (na instituição)
- Visitar o familiar institucionalizado frequentemente
- Promover períodos no domicílio, sempre que o familiar solicitava
- Outro

Globalmente, qual o seu grau de satisfação com:

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

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

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

Deseja poder ter o seu familiar a viver consigo?  Sim  Não

Que tipo de apoio ou alterações considera fundamentais para que tal possa ser possível? (pode assinalar várias)

- Apoio financeiro
- Apoio das equipas de saúde
- Apoio dos serviços sociais
- Apoio dos familiares, amigos e vizinhos
- Horário flexível no emprego
- Alterações na estrutura da casa
- Outro

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

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

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

- Má
- Fraca
- Razoável
- Boa
- Muito boa

**ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DA ESCOLA SUPERIOR DE  
ENFERMAGEM DO PORTO PARA  
UTILIZAÇÃO O FORMULÁRIO «FAMÍLIAS  
QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO  
AUTOCUIDADO»**



21/06/22, 23:00

Correio – Frederico Domingues – Outlook

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

**Estimado Professor**  
**Doutor António Amaral**

Em referência ao pedido solicitado, cumpro-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](mailto:secretariado@esenf.pt)  
Telef +351 22 507 35 00

Descrição:  
Descrição:

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

*Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas*

**De:** Amaral <[amaral@esenfc.pt](mailto:amaral@esenfc.pt)>  
**Enviada:** 10 de outubro de 2019 22:46  
**Para:** [esep@esenf.pt](mailto:esep@esenf.pt)  
**Cc:** [paulo@esenf.pt](mailto:paulo@esenf.pt)  
**Assunto:** solicitação

Exmo Sr Presidente da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Professor Doutor António Luís Carvalho

Exmo Sr. Sou Professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e alguns estudantes que vou orientar no desenvolvimento das suas teses de mestrado gostariam de utilizar o instrumento de colheita de dados que foi desenvolvido pelo Professor Doutor Paulo Parente no seu trabalho de doutoramento.

Estou a trabalhar com a Sra Professora Conceição Bento no desenvolvimento de um projeto mais amplo de aplicação desse instrumento, para o qual já existe autorização, mas como estas estudantes gostavam de realizar a mesma pesquisa ainda que num âmbito mais restrito, porque lhes é útil nos respetivos locais de trabalho, e não fazem parte desse projeto, venho solicitar, em nome delas, autorização para a utilização do referido instrumento. Esperando resposta, agradeço antecipadamente.

António Fernando Salgueiro Amaral



**ANEXO III- PANFLETO DIVULGAÇÃO ESTUDO**



## A ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

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

### Quem somos e o que vamos fazer?

O estudo é da responsabilidade dos docentes Maria Conceição Bento, Manuel Mariz e António Amaral, com vista a caracterizar as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, na União 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?

Abriu 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 contatos abaixo.

### EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:



Professora  
**Maria da Conceição Bento**  
N.º da Ordem dos Enfermeiros:  
**24434**  
mail: [cbento@esenfc.pt](mailto:cbento@esenfc.pt)



Enfermeiro  
**Daniel Martins da Silva**  
N.º da Ordem dos Enfermeiros:  
**45500**  
mail: [a21810024@esenfc.pt](mailto:a21810024@esenfc.pt)



Enfermeiro  
**Frederico Morais Domingues**  
N.º da Ordem dos Enfermeiros:  
**40960**  
mail: [a21810011@esenfc.pt](mailto:a21810011@esenfc.pt)



Enfermeira  
**Gabriela Rolim**  
N.º da Ordem dos Enfermeiros:  
**94964**  
mail: [gabriela.rolim12@gmail.com](mailto:gabriela.rolim12@gmail.com)

## Carta / apoio 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 proli 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 U.F.C.

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.

**ANEXO IV- FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO  
INFORMADO**



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

(Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975; Veneza 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](mailto:cbento@esenfc.pt), António Fernando Salgueiro Amaral, com email [amaral@esenfc.pt](mailto:amaral@esenfc.pt), Manuel Augusto Mariz, com email [mariz@esenfc.p](mailto:mariz@esenfc.p); Filipa Cardoso, [cardoso.anafilipa@gamil.com](mailto:cardoso.anafilipa@gamil.com); todos enfermeiros, professores na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e investigadores da UICISA:E e Paulo José Parente Gonçalves, com email [paulo@esenf.pt](mailto: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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO V- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA  
UNIDADE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS  
DA SAÚDE: ENFERMAGEM DA ESCOLA  
SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE  
COIMBRA PARA A REALIZAÇÃO DO  
PROJETO: FAMÍLIAS QUE INTEGRAM  
PESSOAS DEPENDENTES NO  
AUTOCUIDADO: ESTUDO  
EXPLORATÓRIO DE BASE  
POPULACIONAL NO CONCELHO DE  
COIMBRA**



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

**Parecer N° 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 Bento<sup>1</sup>, António Fernando Salgueiro Amaral<sup>1</sup>, Manuel Augusto Mariz<sup>1</sup>, Ana Filipa Cardoso<sup>1</sup>, Paulo José Parente Gonçalves<sup>2</sup>

**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 pensada 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 Filomena Botelho