



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

---

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**A Dependência no Autocuidado nas Famílias Clássicas de uma  
Freguesia do Concelho de Coimbra: Um Contributo para a  
Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação**

Cátia Susana Rodrigues Cardoso

Coimbra, junho de 2022



# **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

---

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

### **A Dependência no Autocuidado nas Famílias Clássicas de uma Freguesia do Concelho de Coimbra: Um Contributo para a Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação**

Cátia Susana Rodrigues Cardoso

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

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

Coimbra, junho de 2022

*“A reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo – regresso do mesmo à normalidade – deixam de ser possíveis” (Hesbeen, 2003).*

A todos as famílias que participaram no estudo.

A todos os Enfermeiros de Reabilitação.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Manuel Augusto Duarte Mariz, orientador desta tese, pelo seu apoio, disponibilidade e partilha de conhecimentos.

Ao Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, pelo seu imprescindível contributo no tratamento estatístico dos dados.

À Professora Doutora Maria da Conceição Costa Bento, pelo convite a participar neste projeto.

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

Aos participantes no estudo, um profundo agradecimento, pela receptividade e pela disponibilidade.

Aos colegas de curso de mestrado Joana Caridade e João Pedro Mendes pelo trabalho de equipa desenvolvido, pelo espírito de interajuda e motivação.

Por último, gostaria de deixar um agradecimento especial à minha família: ao meu marido Pedro, aos meus filhos Mariana e Diogo e aos meus pais, pelo seu apoio incondicional, imprescindível para a consecução deste trabalho.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AAVD** - Atividades Avançadas de Vida Diária

**AC** – Autocuidado

**ACSS** - Administração Central do Sistema de Saúde

**AIVD** - Atividades Instrumentais de Vida Diária

**ArcGIS** - Geographic Information System

**AVD** - Atividades de Vida Diária

**BGRI** - Base Geográfica de Referenciação de Informação

**CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**Doi** - Digital Object Identifier

**EC CI** - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

**Ed** - Edição

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

**ER** - Enfermagem de Reabilitação

**ESEnfC** - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**ESEP** - Escola Superior de Enfermagem do Porto

**ESS** - Escola Superior da Saúde

**Et al.** - E outros

**ICN** - International Council of Nurses

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IPS** - Instituto Politécnico de Setúbal

**M2** - Metros quadrados

**MFPC** - Membro Familiar Prestador de Cuidados

**MIF** - Medida de Independência Funcional

**MMSE** - Mini Exame do Estado Mental

**N** - Número de elementos da amostra

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OPSS** - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**P.** - Página

**PC** - Prestador de Cuidados

**PCD** - Prestador de Cuidados/Dependente

**PMC** - Pessoa com Mobilidade Condicionada

**PP.** - Páginas

**PPD** - Parente Próximo Dependente

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

**SU** - Serviço de Urgência

**UFSMBRF** - União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades

**UICISA: E** - Unidade de Investigação em Ciências De Saúde: Enfermagem

## RESUMO

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na alteração significativa das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, vieram colocar às famílias e à sociedade, desafios a vários níveis. O envelhecimento da população e o aumento da prevalência das doenças crónicas e incapacidades, gera dependência no autocuidado. Investigar modelos assistenciais eficazes, que se traduzam em funcionalidade e manutenção da autonomia da pessoa, constitui um desafio. O processo de cuidados dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação tem como foco central o autocuidado, com o intuito principal de capacitar a pessoa para o seu desempenho de forma autónoma. A finalidade deste estudo é conhecer a dependência no autocuidado das pessoas dependentes integradas nas famílias clássicas da união das freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades. Esta investigação está inserida num estudo de natureza quantitativa, descritiva simples, de base populacional, do tipo transversal, com recurso a uma amostragem probabilística. Para a avaliação da dependência no autocuidado, utilizou-se o formulário intitulado “Famílias que integram dependentes no autocuidado”. Para a recolha de dados foi cumprido um esquema específico, programado para dois momentos, num contato porta a porta. Após o término da recolha dos dados procedeu-se a uma análise estatística descritiva. Numa amostra de 387 famílias clássicas identificou-se que 11,1% integram uma pessoa dependente no domicílio. Relativamente ao perfil dos 35 prestadores de cuidados, são maioritariamente mulheres, com uma média de idades de 66 anos, casados e reformados. As 37 pessoas dependentes avaliadas são, na sua maioria, mulheres, idosos, reformados, casados, com o primeiro ciclo do ensino básico. Os domínios do autocuidado inerentes à higiene pessoal, uso de cadeira de rodas e toma da medicação são aqueles que se encontram mais frequentemente comprometidos, enquanto que os domínios inerentes à mobilidade são os menos afetados. A maior parte das pessoas dependentes necessita de ajuda do prestador de cuidados, prevendo-se que esta realidade se vá intensificar com o envelhecimento populacional, com consequências a nível da exigência dos cuidados, tanto a nível familiar, como profissional.

**Palavras-chave:** Autocuidado; Dependência; Famílias; Domicílio; Enfermagem de Reabilitação.

## **ABSTRACT**

The demographic changes of the last century, which resulted in a significant change in the population age pyramid, reflecting the population ageing, have brought challenges to families and society at various levels. Population ageing and the increasing predominance of chronic diseases and disabilities have led to self-care dependency. It is a challenge to investigate effective care models that may promote functionality and maintain the person's autonomy. The process of nursing care by the Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing focuses on self-care, with the main purpose of empowering the patient to carry it out autonomously. The purpose of this study is to identify the self-care dependency of dependents in self-care, integrated in the conventional households of São Martinho do Bispo and Ribeira de Frades parishes. This investigation is part of a simple quantitative, descriptive, population-based and cross-sectional study, using a probability sampling. The form named "Families integrating dependent people in self-care" was used to assess the self-care dependency. For data collection, a specific framework was observed, scheduled for two moments, in a door-to-door contact. After the completion of data collection, a descriptive statistical analysis was carried out. In a sample of 387 families, it was identified that 11.1% have a dependent person at home. As for the profile of the 35 caregivers, most of them are women, with an average age of 66 years, married and retired. The 37 dependent people assessed are mostly women, elderly, retired, married, and with the first cycle of basic education. The self-care areas related to personal hygiene, wheelchair use, and medication intake are those most often compromised, while the areas related to the mobility are the least affected. Most dependent people need help from their care providers, and this reality is expected to increase with the ageing of the population, with consequences in terms of the demand for caring, both at the family and professional levels.

**Keywords:** Self-care; Dependency; Families; Household; Rehabilitation Nursing.

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Mapa do Distrito de Coimbra.....	41
<b>Figura 2</b> - Mapa do Concelho de Coimbra com representação das 18 freguesias.....	41
<b>Figura 3</b> - Mapa da união das freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades .....	42
<b>Figura 4</b> - Percentagem de pessoas dependentes em cada autocuidado, com necessidade de ajuda total e parcial.....	77

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Número de famílias da amostra por quarteirões .....	43
<b>Tabela 2</b> - Operacionalização das variáveis que caracterizam o alojamento e a família .....	45
<b>Tabela 3</b> - Operacionalização das variáveis que caracterizam o prestador de cuidados .....	46
<b>Tabela 4</b> - Operacionalização das variáveis que caracterizam a dependência .....	48
<b>Tabela 5</b> - Operacionalização de variáveis que caracterizam a utilização dos serviços de saúde.....	48
<b>Tabela 6</b> - Operacionalização das variáveis relativas ao tipo e ao nível de dependência no autocuidado .....	49
<b>Tabela 7</b> – Caracterização da amostra geral .....	57
<b>Tabela 8</b> – Caracterização da amostra com pessoas dependentes no autocuidado no domicílio .....	58
<b>Tabela 9</b> – Tipo de edifício de alojamento familiar .....	58
<b>Tabela 10</b> – Necessidade de reparações do alojamento .....	59
<b>Tabela 11</b> – Acessibilidade do edifício a PMC .....	59
<b>Tabela 12</b> – Características do alojamento.....	59
<b>Tabela 13</b> – Área útil do alojamento .....	60
<b>Tabela 14</b> – Número de divisões do alojamento .....	60
<b>Tabela 15</b> - Número de ocupantes do alojamento .....	60
<b>Tabela 16</b> – Tipos de família .....	61
<b>Tabela 17</b> – Rendimento do agregado/mês.....	61
<b>Tabela 18</b> – Número de membros da família.....	61
<b>Tabela 19</b> – Caracterização do prestador de cuidados.....	62
<b>Tabela 20</b> – Idade do prestador de cuidados.....	64
<b>Tabela 21</b> – Caracterização da pessoa dependente no autocuidado.....	64

<b>Tabela 22</b> – Idade da pessoa dependente no autocuidado.....	66
<b>Tabela 23</b> – Caracterização da dependência.....	66
<b>Tabela 24</b> – Tempo de dependência .....	66
<b>Tabela 25</b> – Recursos de saúde .....	67
<b>Tabela 26</b> – Variedade de fármacos .....	67
<b>Tabela 27</b> – Número de fármacos nas tomas/dia.....	68
<b>Tabela 28</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Tomar banho” .....	69
<b>Tabela 29</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Vestir-se e despir-se”.....	69
<b>Tabela 30</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Arranjar-se” .....	70
<b>Tabela 31</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Alimentar-se” .....	71
<b>Tabela 32</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Usar o sanitário” .....	72
<b>Tabela 33</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Elevar-se” .....	73
<b>Tabela 34</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Virar-se” .....	73
<b>Tabela 35</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Transferir-se” .....	74
<b>Tabela 36</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Usar a cadeira de rodas” .....	74
<b>Tabela 37</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Andar” .....	75
<b>Tabela 38</b> – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Tomar a medicação” .....	75
<b>Tabela 39</b> – Nível global de dependência nos autocuidados .....	76
<b>Tabela 40</b> – Nível global de dependência .....	77

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	25
1.1 - CONCEITO DE AUTOCUIDADO .....	28
1.2 - TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM .....	29
1.3 - TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS .....	32
1.4 - CONCEITOS DE CAPACIDADE FUNCIONAL, AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA .....	34
1.5 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO .....	36
1.6 - JUSTIFICAÇÃO E FINALIDADE DO ESTUDO .....	37
<b>2 - METODOLOGIA</b> .....	39
2.1 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	39
2.2 - TIPO DE ESTUDO .....	40
2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	40
<b>2.3.1 - Plano de amostragem</b> .....	42
<b>2.3.2 - Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	44
2.4 - VARIÁVEIS DO ESTUDO E OPERACIONALIZAÇÃO .....	44
<b>2.4.1 - Variáveis de atributo do alojamento e da família</b> .....	45
<b>2.4.2 - Variáveis de atributo do prestador de cuidados</b> .....	46
<b>2.4.3 - Variáveis de atributo da pessoa dependente</b> .....	47
<b>2.4.4 - Variáveis principais da investigação</b> .....	49
2.5 - PROCEDIMENTOS DE COLHEITA E TRATAMENTO DOS DADOS .....	52
<b>2.5.1 - Instrumento de colheita dos dados</b> .....	52
<b>2.5.2 - Procedimento da colheita dos dados</b> .....	54
<b>2.5.3 - Análise e tratamento dos dados</b> .....	55

2.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	55
<b>3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA GERAL .....	57
3.2 - CARACTERIZAÇÃO DO ALOJAMENTO .....	58
3.3 - CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA.....	60
3.4 - CARACTERIZAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS.....	62
3.5 - CARACTERIZAÇÃO DO TIPO E NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	68
<b>3.5.1 - Dependência no autocuidado “Tomar banho” .....</b>	<b>68</b>
<b>3.5.2 - Dependência no autocuidado “Vestir-se e despir-se” .....</b>	<b>69</b>
<b>3.5.3 - Dependência no autocuidado “Arranjar-se” .....</b>	<b>70</b>
<b>3.5.4 - Dependência no autocuidado “Alimentar-se” .....</b>	<b>71</b>
<b>3.5.5 - Dependência no autocuidado “Usar o sanitário” .....</b>	<b>72</b>
<b>3.5.6 - Dependência no autocuidado “Elevar-se” .....</b>	<b>73</b>
<b>3.5.7 - Dependência no autocuidado “Virar-se .....</b>	<b>73</b>
<b>3.5.8 - Dependência no autocuidado “Transferir-se” .....</b>	<b>73</b>
<b>3.5.9 - Dependência no autocuidado “Usar cadeira de rodas” .....</b>	<b>74</b>
<b>3.5.10 - Dependência no autocuidado “Andar” .....</b>	<b>74</b>
<b>3.5.11 - Dependência no autocuidado “Tomar a medicação” .....</b>	<b>75</b>
3.6 - NÍVEL GLOBAL DE DEPENDÊNCIA NOS AUTOCUIDADOS .....	76
3.7 - NÍVEL GLOBAL DE DEPENDÊNCIA .....	77
<b>4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>79</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>97</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1** - Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”

**ANEXO 2** - Procedimento de aplicação do formulário

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

**ANEXO 4** - Formulário de consentimento informado

**ANEXO 5** - Respostas ao inquérito preliminar

**ANEXO 6** - Respostas à caracterização do alojamento e família

**ANEXO 7** - Respostas à caracterização da pessoa dependente

## **APÊNDICES**

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

## INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade e a queda da fecundidade, conduz a um envelhecimento demográfico que impõe desafios, com implicações sociais, políticas e económicas (Organização Mundial de Saúde, 2015).

O aumento da esperança média de vida e os progressos inerentes ao desenvolvimento científico, levam a que a população idosa viva com doenças crónicas controladas, mas com necessidade de cuidados de saúde durante muito mais tempo. Este facto, associado ao aumento das patologias agudas e de indivíduos vítimas de acidentes, conduziram a um aumento do número de pessoas com incapacidades várias e, conseqüente, maior nível de dependência na satisfação das suas necessidades (Veríssimo, 2014).

A população continua a envelhecer e as famílias a reduzirem a sua dimensão, devido à diminuição da natalidade. O envelhecimento tornou-se um tema incontornável, que exige adaptação dos cuidados de saúde, criação de serviços de apoio aos grupos mais vulneráveis e suas famílias e reformulação dos modelos assistenciais (Rodrigues, 2018).

É desejável que as pessoas idosas vivam saudáveis e autónomas o mais tempo possível, o que implica uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares (Direção-Geral da Saúde, 2006).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume como missão a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, contribuindo para maximizar as capacidades funcionais e para a independência física, emocional e social, “(...) através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diária, ensino sobre a otimização ambiental (...)” e utilização de produtos de apoio (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, 2010, p.1).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015, p.5), definiu a área de investigação no âmbito dos “Processos adaptativos na dependência no autocuidado em contexto domiciliário” como muito prioritária.

Refletindo acerca das questões do envelhecimento demográfico e das doenças crónicas e, por sua vez o conseqüente aumento das dependências no autocuidado (AC), em

particular no contexto domiciliário e, tendo em conta que o AC é um conceito central para a enfermagem, reconhece-se a necessidade de desenvolver estudos de investigação que promovam o conhecimento efetivo dessas situações.

A temática do trabalho de investigação é “A Dependência no Autocuidado nas Famílias Clássicas de uma Freguesia do Concelho de Coimbra: Um Contributo para a Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação”. O mesmo, está enquadrado num projeto mais abrangente intitulado “Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra”, sob orientação comum de alguns docentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) e da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Conhecer a dependência no AC das pessoas dependentes integradas em famílias clássicas, residentes na união de freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades (UFSMBRF) é a finalidade da presente investigação.

A opção metodológica desta investigação orientou-se para uma abordagem quantitativa, de natureza descritiva simples, de base populacional, do tipo transversal, com uma amostragem probabilística.

Estruturalmente o relatório está organizado em quatro partes distintas, nomeadamente: enquadramento teórico, enquadramento metodológico, interpretação e análise dos resultados e discussão dos mesmos. A primeira parte consiste numa revisão da literatura acerca do estado da arte da problemática em estudo e a referência a conceitos e modelos teóricos relacionados com a mesma. A segunda parte consiste na definição e caracterização da metodologia que dá resposta à questão de investigação. Na terceira parte são apresentados e analisados os resultados de acordo os objetivos formulados e na quarta parte será realizada a sua discussão. Por fim, termina com uma conclusão acerca do trabalho desenvolvido, em que são ainda mencionadas as limitações do estudo, as implicações do mesmo para a Enfermagem de Reabilitação (ER), bem como, as sugestões para investigações futuras.

## 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O aumento significativo de pessoas em situação de dependência, inseridas nos contextos familiares, deve-se sobretudo à evolução social e científica verificada ao longo das últimas décadas, consequência do aumento da esperança média de vida e, simultaneamente, de uma maior prevalência de doenças crónicas. Esta facto acontece em Portugal, assim como em outros países ditos desenvolvidos (Ribeiro & Pinto, 2014).

O envelhecimento demográfico é transversal a todos os países do mundo e prevê-se que seja das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações generalizadas a todos os setores da sociedade (Nações Unidas, s.d.).

As projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), relativamente à população residente entre 2015 e 2080, preveem que Portugal perderá população, o número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões e o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. “Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080” (p.1).

No ano de 2019 o índice de envelhecimento em Portugal era de 161,3% e a esperança de vida em 2018 atingiu os 78 anos para homens e 83,5 anos para as mulheres (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

Os resultados provisórios dos Censos de 2021, comprovam um decréscimo de 2,1%, da população residente em Portugal, sendo que na região centro do país esse valor aumenta para 4,3% e, mais especificamente na UFSMBRF, é de 4,5%. Nesta estatística, é ainda possível destacar que o número de pessoas com idades compreendidas entre os 65 ou mais anos, obteve um aumento de 25,8% e, as crianças entre os 0 e os 14 anos, um decréscimo de 11,1% (INE, 2021).

O Relatório Primavera promovido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2021, p.80), destaca como principais desafios para os serviços de saúde: a transição demográfica, pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem; a alteração dos padrões de doença, com aumento das doenças crónicas e degenerativas (Portugal é o terceiro país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, com maior percentagem de idosos a viver com duas ou mais doenças crónicas, citando o Health at a Glance de 2019); os baixos níveis de bem-estar e qualidade de vida, essencialmente na população com mais de 65 anos,

associados muitas vezes a problemas de saúde mental; a fraca aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Segundo o Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de 2016-2019, existe consenso científico em afirmar que o envelhecimento não implica necessariamente situações de doença e dependência, mas a considerável prevalência de patologias crónicas nos idosos, induz a incapacidade. A circunstância que se assume como central no processo de envelhecimento é a funcionalidade, que se relaciona com fatores pessoais e contextuais, para os quais existem múltiplas recomendações dos organismos internacionais, nomeadamente as associadas ao envelhecimento ativo e saudável, com o intuito de diminuir o tempo com dependência ou incapacidade.

Já em 2015, a OPSS considerava que tendo em consideração a expectável correlação positiva entre a idade e o grau de dependência no AC, a conseqüente exigência em cuidados de saúde seria um desafio para o sistema de saúde e para os seus profissionais.

Às alterações demográficas, acrescenta-se as alterações da estrutura familiar. Segundo dados fornecidos pela Pordata, verifica-se um decréscimo da dimensão média das famílias (2,6 em 2011) e um aumento da percentagem dos agregados domésticos formados por uma pessoa com 65 ou mais anos de idade (10,6% em 2011 e 11,8% em 2021) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

Bento (2020) considera que o desenvolvimento dos modelos sociais e familiares, como a diminuição da dimensão da família, o aumento de pessoas idosas a viverem sozinhas, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, o aumento da idade da reforma e as alterações nas relações entre as várias gerações, contribuem para uma falta de disponibilidade dos PC informais, com conseqüente necessidade de aumento de cuidados formais.

As pessoas idosas em situação transitória ou instalada de dependência, requerem uma especial atenção da parte dos serviços de saúde e sociais, através de respostas integradas. A RNCCI surgiu devido a esta necessidade, promovendo a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida e a acessibilidade a cuidados de qualidade e de continuidade das pessoas dependentes, conjugando os diferentes tipos de respostas e níveis de prestação de cuidados de saúde e de apoio social às necessidades das mesmas (Decreto-Lei nº 101/2006).

Segundo os dados fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) relativos ao ano de 2019, existiam 14833 lugares na RNCCI (internamento, ambulatório

e apoio domiciliário), apresentando um crescimento de 2,8% nas diferentes tipologias de cuidados em relação a 2018. Quanto aos lugares nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), houve uma diminuição de 1,3% em termos gerais, devido a ajustamentos realizados em função dos recursos humanos, mas na região Centro, houve um aumento de 3,9%.

Em Portugal, os enfermeiros têm desenvolvido diversos estudos para compreender a dependência no AC em contexto domiciliário, nomeadamente nos concelhos de Lisboa (Costa, 2013), Porto (Gonçalves, 2013), Matosinhos (Campos, 2019), Maia (Rocha, 2015) e Paços de Ferreira (Regadas, 2021), tendo constatado que 9,7% das famílias integravam um dependente no AC, sendo que destes 43,4% eram totalmente dependentes (OPSS, 2015).

Petronilho (2013) conduziu uma investigação acerca do tempo útil para promover autonomia no AC de um doente, após um evento gerador de dependência e constatou que entre o momento da alta hospitalar e o primeiro mês a melhoria é significativa. Deste estudo concluiu que, a promoção da autonomia nas primeiras semanas é fulcral na reconstrução da mesma.

O Relatório da Primavera de 2015 (OPSS, 2015) também referencia um estudo na região do Alentejo (Fonseca, 2014), no qual foi utilizada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), tendo-se verificado que ao nível da dependência no AC, 9,9% de pessoas apresentavam um problema moderado e 5,5% um problema grave e completo.

O processo de cuidados dos EEER tem como foco central a dependência no AC, com o intuito de capacitar a pessoa para o desempenho dos vários componentes inerentes a cada domínio do mesmo. Face ao envelhecimento da população e conseqüente aumento da prevalência das doenças crónicas, é importante explorar e caracterizar a dependência no AC e, a partir daí, advir partir para a investigação de modelos assistenciais eficazes, que se traduzam em funcionalidade e manutenção da autonomia da pessoa (Petronilho & Machado, 2017).

Uma forma de sustentar os processos de tomada de decisão política e profissional, é através do conhecimento da realidade dos contextos em que se vive. A nível da enfermagem, é importante o desenvolvimento de modelos de prestação de cuidados baseados em evidências. Avaliar a dependência no AC é fundamental para a reabilitação da pessoa, porque permite o conhecimento das reais alterações e a avaliação dos progressos após a intervenção (Gonçalves, 2013).

Embora Bento (2020) tenha realizado uma investigação, que evidencia a realidade existente ao nível da dependência no AC das pessoas referenciadas para ECCI do agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego da região Centro, não existe no concelho de Coimbra um estudo de base populacional. Como tal, é pertinente que seja desenvolvida uma investigação semelhante à dos concelhos do Porto, Lisboa, Matosinhos, Maia e Paços de Ferreira, até para poderem ser realizadas comparações.

Por forma a clarificar a temática em estudo, serão abordados primariamente os conceitos de AC, transição, capacidade funcional, autonomia e dependência.

### 1.1 - CONCEITO DE AUTOUIDADO

O AC é um conceito relevante no âmbito dos cuidados de saúde, tendo em conta o progressivo envelhecimento da população e a prevalência de doenças crónicas (Teixeira, Carvalho, & Cruz, 2016).

Refletir sobre o AC inserido no âmbito dos cuidados de ER, remete-nos inicialmente para as questões acerca do que é o cuidado, quem cuida e porque cuidamos. O cuidado está inserido na humanidade desde sempre, acompanha a evolução dos tempos e convive com diferenças culturais, sociais, políticas. O termo cuidado provem do latim *cogitatu* (pensado, imaginado, meditado) e significa dedicação e zelo. Cuidar dos outros é condição da essência humana e tem sido apontado como o objeto epistemológico da enfermagem (Jesus, Oliveira, Silva, Polaro, Radünz, Santos & Santana, 2009).

O AC envolve um conjunto de ações dirigidas à pessoa ou ao ambiente, para atingir um funcionamento integrado, regulado e bem-estar (Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss & Santos, 2006).

Para Petronilho (2012), o conceito de AC é definido como “(...) um processo de manutenção da saúde e gestão da doença (...)” (p.18) e é foco de interesse e estudo de várias ciências.

A capacidade de AC desenvolve-se ao longo do processo de crescimento, exige um certo grau de autonomia e não se restringe às Atividades de Vida Diária (AVD) e às Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (Queirós, 2010).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2015, p.41) define AC como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

Söderhamn (2000) defende a existência de três fases para adquirir ou recuperar o AC: o AC estimativo, em que a pessoa tem que ter noção do que necessita para recuperar a autonomia; o AC transitivo, no qual perante as várias opções para adquirir ou recuperar o AC, seleciona uma; o AC produtivo, no qual a autonomia já foi atingida.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER (2018) indicam os modelos teóricos do AC e das transições como referenciais de excelência para a prática dos cuidados de ER. Os cuidados de ER promovem a capacidade para o AC da pessoa com necessidades especiais ou deficiência, ao longo do ciclo vital. Um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é o bem-estar e o AC, no sentido de maximizar o bem-estar dos clientes e suplementar ou complementar as AVD, para as quais existe dependência.

## 1.2 - TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

A conceptualização do AC na área da Enfermagem iniciou-se com a enfermeira Doroteia Orem (1956), que validou formalmente o seu trabalho no *Nursing Development Conference Group* (1967). Orem desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Déficit do AC constituída por três teorias relacionadas: a Teoria do AC (que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias), a Teoria do Déficit do AC (que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (que descreve e explica as relações que tem de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem) (Jesus et al., 2009).

Para Orem (2001) citado por Queirós, Vidinha & Filho (2014), o AC "(...) pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal" (p.59).

Em concordância com a teoria de enfermagem desta autora e conforme descrito por Petronilho & Machado (2017), o AC corresponde a uma função reguladora, deliberadamente realizada pelos indivíduos, para controlar o seu próprio funcionamento e desenvolvimento e dos seus dependentes. Esta função determina ações que garantem as condições necessárias para a vida, para crescer e manter a integridade humana.

Petronilho & Machado (2017) enumeram os conceitos centrais da teoria de Orem, nomeadamente, AC, agente de AC, agente dependente de cuidados, défice de AC,

sistemas de enfermagem, ação do AC ou ação deliberada, comportamentos de AC, fatores condicionantes básicos, necessidade terapêutica de AC e requisitos de AC (p.6).

### Teoria do Autocuidado

Para se autocuidarem, as pessoas possuem habilidades, conhecimentos e experiência (são agentes de AC). Denominam-se agente dependente de cuidados, apenas nas situações que as exigências do AC não são possíveis de serem concretizadas pelo próprio e, é necessário recorrer a outros para cuidar da pessoa dependente (família, profissionais de saúde) (Petronilho & Machado, 2017).

A Teoria do AC considera que a ação do AC (capacidade para se envolver no AC) é influenciada por fatores condicionantes básicos, que Orem (2001) definiu como “(...) fatores internos ou externos às pessoas que afetam a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário (...)” (p.245).

Estes fatores são: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores associados ao sistema de saúde (como o diagnóstico médico e o tratamento), fatores do sistema familiar, padrões de vida (incluindo o envolvimento em atividades do cotidiano), fatores ambientais e adequação e disponibilização dos recursos. Estes envolvem os domínios cognitivo, físico, psicossocial e comportamental. O conceito de necessidade terapêutica de AC significa que o enfermeiro intervém de forma terapêutica perante uma pessoa com uma incapacidade para o AC (Petronilho & Machado, 2017).

Orem (2001) também introduz os requisitos de AC que podem ser universais, de desenvolvimento ou de desvio de saúde.

Os requisitos universais descritos por Orem (2001, p.225) são: manutenção de uma quantidade suficiente de ar; manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos; provisão de cuidados associados com os processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre a actividade e o repouso e entre a solidão e a interação social; prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar; promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais.

Os requisitos de AC de desenvolvimento têm como objetivos: que se criem condições e se promovam comportamentos, que previnam a ocorrência de problemas a este nível e que se providenciem condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos do desenvolvimento (Orem, 2001, p.232).

Quanto aos requisitos de AC de desvio de saúde, são aqueles que surgem em condições de doença ou lesão, nomeadamente: procurar e garantir assistência médica adequada quando há uma exposição a agentes específicos, condições ambientais associadas a eventos patológicos ou devido a condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas; estar consciente e estar atento aos efeitos e resultados dos quadros patológicos; cumprir prescrições diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação sugeridas; estar consciente e atento aos efeitos nocivos resultantes de intervenções; modificar o autoconceito e autoimagem, aceitando um estado de saúde e cuidados inerentes; aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos (Orem, 2001, p.235).

#### Teoria do Défice de Autocuidado

A Teoria do Défice de AC identifica cinco métodos de ajuda às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; ensinar. O enfermeiro avalia o défice de AC e intervém de acordo com o mesmo. A autora propôs cinco áreas de atividades, nomeadamente: iniciar e manter um relacionamento com a pessoa, família ou grupo até que este não necessite de cuidados de enfermagem; determinar como é que os cuidados de enfermagem podem ajudar as pessoas; responder às necessidades da pessoa em relação ao contacto e à assistência do enfermeiro; prescrever a ajuda direta às pessoas (e pessoas significativas); coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente ou solicitar outro tipo de assistência (Orem, 2001).

#### Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem determina a resposta às necessidades de AC, tendo em conta as capacidades da pessoa. Orem (2001) classificou os Sistemas de Enfermagem em: Sistema Totalmente Compensatório (quando a pessoa não consegue envolver-se no seu AC; estando dependente de outros para a sua sobrevivência e bem-estar); Sistema Parcialmente Compensatório (quando o enfermeiro compensa as limitações da pessoa de acordo com a doença, habilidades exigidas e motivação para aprender); Sistema de Apoio/Educação (a pessoa é capaz de se autocuidar, necessitando apenas de orientação e apoio).

### 1.3. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

A pessoa no seu percurso de vida passa por processos de alterações no seu estado de saúde que podem ser considerados períodos de transição, pelas mudanças que desencadeiam no seu modo de ser e de estar. Sendo estas situações um foco de atenção dos profissionais de enfermagem, Meleis & Trangenstein (1994) definiram que a missão da enfermagem consiste em facilitar os processos de transição, através do cuidar, procurando atingir, como resultado, a saúde e o bem-estar subjetivo, prevenindo assim uma transição pouco saudável.

Para compreender como a transição saúde-doença se processa é fundamental perceber que o conhecimento que a ocasiona é percebido de forma diferente por cada pessoa e interfere na relação deste com o meio físico, social e familiar e com a percepção que tem de si próprio. Impõe a tomada de consciência individual do aparecimento de novas exigências e da necessidade de desenvolver novas competências e estratégias para se adaptar de forma eficaz à mudança operada pela transição. Sendo a transição um processo com duração variável ao longo do tempo, importa perceber como as pessoas se comportam ao longo da mesma (Eufrásio, 2015).

Deste modo, o modelo teórico de transição de Afaf Meleis oferece uma visão interpretativa sobre as vivências das transições, permitindo perceber como cada pessoa vivencia o processo de transição em que está envolvido (Meleis, 2010). Por isso, possibilita uma visão mais integradora da pessoa e uma antecipação do diagnóstico, sendo fundamental uma atenção mais sistemática aos processos de transição, fatores que direcionam as diferentes intervenções de enfermagem (Meleis, 2007). A estrutura teórica de Meleis é constituída por três dimensões distintas: a natureza da transição, as condições da transição, os padrões de resposta comuns das pessoas face à transição e a assistência de enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000).

#### Tipos e padrões de transição

Quanto aos tipos de transição estes podem ser de carácter desenvolvimental (relacionadas com mudanças ao longo do ciclo vital), saúde-doença (associadas a processos de saúde e de doença); situacional (relacionadas com situações que originam a mudança de papéis, as alterações na dinâmica familiar, as experiências de quase-morte, as mudanças de estado civil) e organizacional (representam mudanças a nível

do ambiente social, político, económico ou intra-organizacional, ao nível da estrutura e da dinâmica) (Schumacher & Meleis, 1994).

Em relação ao padrão podem ser únicas, se a pessoa experiencia uma só transição num determinado momento da sua vida, ou múltiplas, quando experiencia mais do que um tipo de transição. As múltiplas podem ser simultâneas ou sequenciais, se ocorrem ao mesmo tempo ou uma a seguir à outra, pelo que é primordial que a pessoa em transição e os profissionais de saúde estejam atentos às mudanças que se vão operando, e podem ainda ser relacionadas ou não relacionadas entre si (Schumacher & Meleis, 1994).

### Propriedades das transições

Quanto às propriedades, estas são a consciencialização (que é a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição por parte da pessoa que a vivencia), o envolvimento (passa pela preparação do processo de transição, através da procura de informação e alteração do comportamento), a mudança (envolve a adaptação a novos papéis e situações) e diferença (reporta-se às expectativas não concretizadas ou divergentes), o período de transição (intervalo de tempo desde o início dos primeiros sinais de antecipação, perceção, ou demonstração de mudança até ao ponto final identificável, com um novo início ou período de estabilidade) e os pontos críticos e eventos (são pontos de viragem crítica ou acontecimentos e estão associados com o aumento da consciência da mudança, diferença ou envolvimento mais ativo em lidar com a experiência de transição) (Meleis, 2010).

### Condições facilitadoras e inibidoras da transição

As transições são influenciadas também por condições que podem ser facilitadoras ou inibidoras do percurso e resultado das mesmas. As condições pessoais estão relacionadas com os significados, crenças culturais e atitudes, com o nível socioeconómico e a preparação e o conhecimento prévio. As condições ambientais são os recursos disponíveis ao nível da comunidade (que incluem o suporte e aconselhamento familiar, de amigos e profissionais de saúde, o recurso à informação, equipamentos e instituições existentes) e ao nível da sociedade (como por exemplo, significados estereotipados de desigualdade de género) (Meleis, 2010).

### Indicadores de processo e de resultado

Nos estudos efetuados por Meleis e suas colaboradoras emergiram determinados modelos de resposta à transição que abrangem indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo englobam: sentir-se ligado, a interação, o sentir-se localizado e situado, o desenvolvimento de confiança e de adaptação através de estratégias de coping. Os indicadores de resultado são a mestria (que é quando a pessoa consegue o domínio da situação) e a integração fluída da identidade (refere-se a uma mudança de foco ou perspectiva na vida da pessoa que vivencia a experiência de transição e que resulta na reformulação da identidade e a sua incorporação, pois esta é fluída e não estática, dinâmica e não estável).

### Terapêuticas de enfermagem

Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição, leva ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem congruentes com as experiências únicas das pessoas e suas famílias, promovendo as respostas saudáveis para a transição.

Assim, Meleis & Trangenstein (1994), começaram a redefinir as terapêuticas de enfermagem afirmando que a missão de enfermagem consiste em facilitar os processos de transição através do cuidar.

Os enfermeiros podem influenciar processos de transição, se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais. As intervenções de enfermagem a serem implementadas ao longo do processo de transição incluem a disponibilidade, o esforço multidisciplinar para uma compreensão abrangente da pessoa e a educação para uma preparação adequada, com tempo suficiente para a gradual assunção das novas responsabilidades e o desenvolvimento de novas habilidades da pessoa que o experiencia (Meleis et al., 2000).

### 1.4 - CONCEITOS DE CAPACIDADE FUNCIONAL, AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA

Na área dos cuidados de ER, o AC deve ser visto numa perspectiva de funcionalidade (Petronilho & Machado, 2017).

A funcionalidade pode definir-se como a capacidade que a pessoa tem para desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando diversas habilidades para a realização das tarefas do dia a dia. A capacidade funcional

consiste na capacidade que a pessoa tem em manter uma vida independente e autónoma (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007).

A autonomia é a capacidade entendida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida no dia a dia, de acordo com as próprias regras e preferências de cada um. A independência é a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com uma pequena ajuda de outro (OMS, 2002).

A OMS (2002) considera que podem ser definidas três subdimensões que são fundamentais para a independência e autonomia: as AVD, que avaliam as funções de sobrevivência como o alimentar-se, higienizar-se, vestir-se, transferir-se e o controlo de esfínteres; as Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD), englobam problemas mais complexos da vida quotidiana tais como gerir o dinheiro, realizar compras, utilizar telefone, por exemplo; e as AAVD, que incluem atividades ocupacionais, recreativas e voluntárias sociais.

A capacidade funcional diz respeito à potencialidade para desempenhar as AVD ou para concretizar determinado ato sem necessidade de ajuda, abrangendo dois tipos de atividades, a básica e a instrumental. Possuir ou não capacidade funcional influencia completamente a qualidade de vida das pessoas. Desta forma, o compromisso da capacidade funcional traz implicações importantes, tanto para a vida da própria pessoa, como para a família, para a comunidade e para o próprio sistema de saúde (Gusmão, Amaral, Rodrigues, Xavier, Chianca, Moreira & Silva, 2018).

No normativo que criou a RNCCI, dependência é definida como

A situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (Decreto-Lei n.º 101/2006, p. 3857).

Sequeira (2012), citado por Drago & Martins (2012), define o conceito de dependência como a incapacidade de a pessoa alcançar um nível de satisfação aceitável no que diz respeito às suas necessidades, uma vez que depende da ajuda de terceiros para adotar comportamentos ou realizar tarefas.

## 1.5 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

A avaliação funcional é de extrema importância na ER, uma vez que o desempenho nas AVD é um critério largamente aceito e reconhecido nesta área. A avaliação da capacidade funcional permite ter uma visão mais precisa da intervenção da ER, bem como de outras especialidades (Diogo, 2000).

A avaliação funcional tem como finalidade verificar o que a pessoa consegue realizar autonomamente, nomeadamente as AVD e a movimentação e, posteriormente avaliar o seu progresso, medindo e demonstrando a melhoria da função da pessoa, dando visibilidade à intervenção da ER. Desta forma, a avaliação funcional beneficia, tanto a pessoa como a população. Na primeira, oferece precisão diagnóstica, determinando o grau e extensão da incapacidade, identificando a possibilidade de declínio/melhoria funcional, identificando fatores desencadeantes para medidas de prevenção, estabelecendo parâmetros para acompanhamento e orientando as mudanças e adaptação no ambiente, reduzindo as desvantagens. Relativamente à população, identifica as populações de risco, favorecendo o investimento na saúde, na qualidade de vida e bem-estar das pessoas e contribui como instrumento de planeamento de ações e políticas de saúde (O'Young, Young & Stiens, 2000).

Apesar de não existir um consenso no uso de uma única escala em reabilitação, existe um grande número de instrumentos de avaliação funcional, em que a maior parte deles medem uma combinação de atividades que incluem a alimentação, o vestir, a higiene pessoal, a mobilidade e a eliminação, sendo estas ordenadas hierarquicamente na sua disposição, começando com as funções básicas como a alimentação, para funções de nível mais elevado como subir escadas. A escolha do instrumento deve ser criteriosa e de acordo com as dimensões que se procura avaliar, nomeadamente física, psicológica, funcional, social entre outras (Henriques, 2013).

Gusmão et al. (2018), referem que atualmente, a versão mais recente da CIF, define a incapacidade como um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação, e a funcionalidade como um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. A união destes dois termos, significa que, um indivíduo pode possuir limitação para executar alguma função, seja ela por deficiência física ou simplesmente por restrição na participação, causada por alterações ambientais. Refere ainda que os fatores ambientais são considerados essenciais, porque influenciam a funcionalidade e a incapacidade da pessoa, pois envolvem o ambiente/espço que a mesma necessita, para viver e se correlacionar.

Os mesmos autores referem, numa revisão integrativa da literatura, os instrumentos de avaliação que podem ser utilizados, nomeadamente: escala de Katz, Escala de Lawton & Brody, Medida de Independência Funcional (MIF), Escala de Equilíbrio de Berg e Mini Exame do Estado Mental (MMSE).

A utilização de escalas de avaliação, com maior nível de especificação dos componentes que integram cada tipo de AC e o nível de dependência de cada um, permite uma avaliação acerca da dependência da pessoa com maior interesse e valor para a intervenção dos enfermeiros (Petronilho, 2012).

## 1.6 - JUSTIFICAÇÃO E FINALIDADE DO ESTUDO

A finalidade de um estudo pretende captar de forma sucinta o conteúdo do mesmo e estabelecer o fio condutor da investigação a ser desenvolvida (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A finalidade deste estudo foi conhecer a dependência no AC das pessoas dependentes integradas nas famílias clássicas da UFSMBRF.

Este trabalho justificou-se por várias razões: ser uma área com necessidade de investigação científica a nível do concelho de Coimbra, ser relevante para as famílias e comunidade e ser particularmente sensível à intervenção dos enfermeiros. O facto de ser um estudo inovador neste concelho, também se tornou interessante e motivador.

O desenvolvimento de trabalhos de investigação nesta área, leva a um melhor conhecimento desta situação, o que traz vantagens para um adequado planeamento em saúde e organização de cuidados que, vão de encontro às necessidades das pessoas dependentes, dos MFPC e das famílias. No que diz respeito à comunidade, o estudo proporciona dados sobre o concelho, fornecendo às instituições informação útil.

Partindo do conhecimento da realidade desta freguesia, pode ser viável a criação de um programa de intervenção a nível da comunidade, em que o EEER terá um papel fundamental. Com isto, valoriza-se o papel do EEER e enfatizam-se os seus conhecimentos e as suas competências específicas.

Para a concretização do estudo, os recursos necessários foram assegurados pela ESEnfC e pela junta de freguesia de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades.

## 2 - METODOLOGIA

É nesta etapa da metodologia que o investigador dirige a sua atenção para o desenho da investigação, a identificação da população e amostra e os métodos utilizados para colher e medir as variáveis. A autora enfatiza também a importância dos mecanismos de controlo, para minimizar os riscos de erro (Fortin, 2009).

Neste capítulo serão abordados os principais elementos e opções metodológicas que concorrem para o estabelecimento de um desenho de investigação, nomeadamente os objetivos e questões de investigação, o tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis do estudo e sua operacionalização e os procedimentos de colheita e tratamento de dados.

### 2.1 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação define o tipo de estudo e a metodologia a ser utilizada. Como tal, uma vez que no concelho de Coimbra não se verificou a existência de dados acerca do nível de dependência nas famílias, definiu-se a seguinte questão de investigação: Qual o tipo e o nível de dependência no AC das pessoas dependentes, integradas nas famílias clássicas, residentes na UFSMBRF?

Os objetivos indicam a direção que o investigador deve dar à sua investigação. Para este estudo e, de acordo com a questão de investigação anteriormente referida, foi definido o seguinte objetivo geral: conhecer a dimensão da dependência no AC nas famílias clássicas, residentes na UFSMBRF.

Os objetivos específicos foram os seguintes:

- Identificar a prevalência de famílias clássicas, residentes na UFSMBRF, que integram familiares dependentes no AC;
- Caracterizar o tipo e o nível de dependência no AC das pessoas dependentes, integradas nas famílias clássicas, residentes na UFSMBRF.

## 2.2 - TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo varia em função do que se pretende. Tendo em vista a natureza desta investigação, este estudo insere-se no tipo quantitativo, porque “(...) coloca a tónica na explicação e na predição, assenta na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos” (Fortin, 2009, p.27). Um estudo dedutivo ou quantitativo implica algumas condições, nomeadamente: a escolha de uma amostra representativa da população, a aplicação dos instrumentos da colheita de dados aos participantes, o controlo de variáveis estranhas e o tratamento de dados através de valores numéricos (Fortin, 2009).

Segundo a mesma autora, o estudo é também descritivo simples, porque se pretende descrever as características da população em relação a um fenómeno (neste caso a dependência no AC nas famílias), num domínio pouco explorado no concelho de Coimbra.

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

Em relação à dimensão temporal, consiste num estudo transversal, uma vez que foi realizado num único momento. Ocorreu também num meio natural, as residências das famílias clássicas das freguesias anteriormente referenciadas, com as pessoas dependentes e respetivos cuidadores.

## 2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Entende-se por população alvo o conjunto de elementos que o investigador deseja estudar e sobre a qual se pretende fazer generalizações, enquanto a população acessível diz respeito aos casos da população alvo que estão ao alcance do investigador como participantes do estudo, integrando os critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Para a presente investigação, a população alvo correspondeu às famílias clássicas a residir na UFSMBRF, do concelho de Coimbra, que foram um total de 6185 (INE, 2014).

A família clássica segundo o INE (2012, p.547) 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.

O concelho de Coimbra é capital de distrito e da região centro de Portugal Continental, ocupando uma área total de 319,4 km<sup>2</sup>, com 143396 habitantes. Apresenta como distritos limítrofes os de Aveiro, Viseu, Guarda, Castelo Branco e Leiria. Confina a norte com o concelho da Mealhada, a leste com os concelhos de Penacova, Vila Nova de Poiares e Miranda do Corvo, a sul com o concelho de Condeixa-a-Nova, a oeste pelo concelho de Montemor-o-Velho e a noroeste pelo concelho de Cantanhede, conforme se visualiza na figura 1 (Conselho Local de Ação Social de Coimbra, 2018).



**Figura 1** – Mapa do Distrito de Coimbra

Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/453878468686909073/>

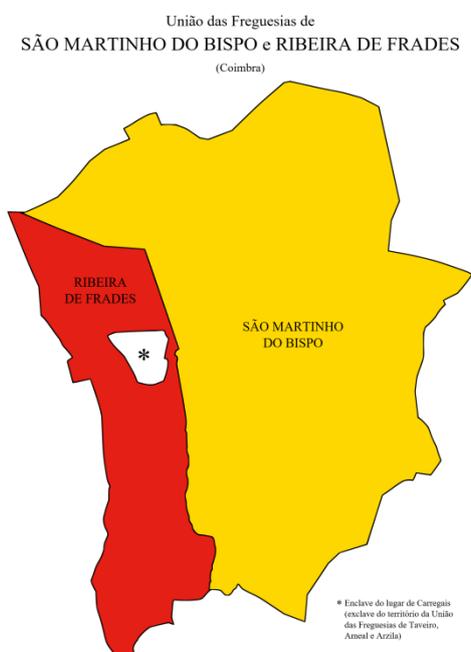
O concelho de Coimbra é composto por 18 unidades territoriais ou freguesias. (Figura 2)



**Figura 2** - Mapa do Concelho de Coimbra com representação das 18 freguesias.

Fonte: Website da Câmara Municipal de Coimbra.

O site da união de freguesias selecionada para o estudo (2019) disponibiliza a informação de que a freguesia de São Martinho do Bispo abrange uma área de 14,3 Km<sup>2</sup>, contem 5454 famílias clássicas e integra os lugares de Avial, Bencanta, Casais, Casal da Bemposta, Casal das Figueiras, Casal dos Cortiços, Casas Novas, Chafariz, Coalhadas, Corujeira, Cruzes, Escola Agrícola, Espadaneira, Espírito Santo das Touregas, Fala, Gorgulão, Louros da Corujeira, Montesão, Outeiro da Condessa, Outeiro da Corujeira, Parreiras do Monte, Póvoa, Ribeiro da Póvoa, São Martinho do Bispo, Saramago, Sujeira e os sítios dos Cortiços, Freixo e Geralda. A freguesia de Ribeira de Frades apresenta uma área de 6 Km<sup>2</sup>, contem 731 famílias clássicas e abarca os lugares de Moinho do Calhau, Santa Eufémia, Ribeira de Frades, Ribeira Alta, Orvieira e Santiago. (Figura 3)



**Figura 3** - Mapa da união das freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades

Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/União\\_das\\_Freguesias\\_de\\_São\\_Martinho\\_do\\_Bispo\\_e\\_Ribeira\\_de\\_Frades](https://pt.wikipedia.org/wiki/União_das_Freguesias_de_São_Martinho_do_Bispo_e_Ribeira_de_Frades)

### 2.3.1 - Plano de amostragem

Embora a população seja definida como a agregação total de elementos em que o investigador está interessado, é certo que a investigação pode ser realizada apenas com uma parte da mesma, a amostra, que deve ser representativa, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada. A amostra é, então um subconjunto dos elementos da população (Polit & Beck, 2019).

“A amostragem probabilística é o único método viável para a obtenção de amostras representativas” (Polit & Beck, 2019, p. 163). Neste estudo recorreu-se a uma amostra aleatória. Este tipo de amostra obtém-se quando qualquer elemento da população tem probabilidade de ser escolhido (Fortin, 2009).

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

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

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

**Tabela 1** - Número de famílias da amostra por quarteirões

União das freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades	Número de famílias
Moinho do Calhau/ Rua General Humberto Delgado/ Travessa General Humberto Delgado	18
Rua Tenente de Brito/ Rua Pedro Rodrigues dos Santos	30
Rua de Santa Eufémia/ Beco de Santa Eufémia	1
Estrada do Espírito Santo das Touregas/ Rua Escola Inês de Castro	1
Rua D. Pedro/ Rua do Arco	14

**Tabela 1** - Número de famílias da amostra por quarteirões (continuação)

União das freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades	Número de famílias
Rua da Fonte do Frade	15
Rua dos Casarões/ Estrada das Figuras	18
Rua Caraboio/ Travessa Caraboio	28
Rua do Progresso/ Rua da Liberdade/ Rua 5 de Outubro	54
Rua da Fontinha/ Rua 1º de Maio/ Rua Francisco Augusto dos Reis	56
Rua Projetada/ Rua da Condessa/ Ladeira de S. Martinho	58
Rua 1º de Maio/ Outeiro de Fala/ Rua da Bela Vista/ Travessa Águas Férreas	85
Rua General Humberto Delgado/ Rua do Poço/ Travessa da Cabine	9
<b>Total</b>	<b>387</b>

### 2.3.2 - Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão definem as características essenciais dos elementos da população, de forma a obter uma amostra o mais homogénea possível (Fortin, 2009, p.311).

Os critérios de inclusão definidos para este estudo foram:

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

Foram excluídos da amostra os indivíduos que não corresponderam a todos os critérios de inclusão, em situações em que o dependente se encontrava institucionalizado e a quem foi identificado que o motivo de dependência era decorrente do processo de desenvolvimento e crescimento.

## 2.4 - VARIÁVEIS DO ESTUDO E OPERACIONALIZAÇÃO

A operacionalização das variáveis é um processo que permite observar e medir as variáveis numa investigação (Fortin, 2009).

As variáveis podem ser classificadas como qualitativas (relacionadas com categorias não suscetíveis de medida, mas apenas de classificação) ou quantitativas (tomam

valores numéricos e são suscetíveis de medida). Estas últimas podem ser discretas (valores inteiros) ou contínuas (intervalo de números). Quanto ao tipo de escala as variáveis podem ser organizadas em: nominal (dados classificados por categorias não ordenadas), ordinal (dados classificados por categorias ordenadas), intervalar (dados expressos numa escala numérica com origem arbitrária) ou de razão (dados expressos numa escala numérica com origem fixa) (Ribeiro, 2008).

#### 2.4.1 - Variáveis de atributo do alojamento e da família

As variáveis de atributo do alojamento e da família abordaram: o tipo de habitação e características da mesma, tipo de família, rendimento mensal do agregado e número de membros da família. (Tabela 2)

**Tabela 2** - Operacionalização das variáveis que caracterizam o alojamento e a família

Variável	Valor/Unidade de medida	Tipo de Variável
<b>Edifício de alojamento familiar</b>	Clássico: moradia Clássico: apartamento Clássico: outro tipo Não clássico (barraca, móvel, improvisado)	Qualitativa Nominal
<b>Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)</b>	Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas	Qualitativa Ordinal
<b>Edifício com acessibilidade a PMC</b>	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotómica
<b>Área útil</b>	Metro quadrado (m2)	Quantitativa
<b>Número de divisões</b>	Número	Quantitativa
<b>Número ocupantes</b>	Número	Quantitativa
<b>Alojamento com: Retrete</b>	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotómica
<b>Alojamento com: Água Canalizada</b>	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotómica
<b>Alojamento com: Banho ou Duche</b>	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotómica
<b>Alojamento com: Aquecimento</b>	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotómica

**Tabela 2** - Operacionalização das variáveis que caracterizam o alojamento e a família (continuação)

Variável	Valor/Unidade de medida	Tipo de Variável
<b>Tipo de família</b>	Clássica sem núcleos Clássica com um núcleo Clássica com dois núcleos Clássica com três núcleos	Qualitativa Ordinal
<b>Rendimentos do agregado por mês</b>	Até 250 euros De 251 a 500 euros De 501 a 1000 euros De 1000 a 2000 euros De 2001 a 5000 euros	Quantitativa ordinal
<b>Número de membros da família</b>	Número	Quantitativa

#### 2.4.2 - Variáveis de atributo do prestador de cuidados

As variáveis de atributo do prestador de cuidados (PC) relacionam-se com características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade e profissão), grau de parentesco com a pessoa dependente e se coabita com a mesma. Estas encontram-se operacionalizadas na tabela 3.

**Tabela 3** - Operacionalização das variáveis que caracterizam o prestador de cuidados

Variável	Valor/Unidade de medida	Tipo de Variável
<b>Co-habitação com a pessoa dependente</b>	Sim Não	Qualitativa dicotómica nominal
<b>Sexo</b>	Masculino Feminino	Qualitativa dicotómica Nominal
<b>Idade</b>	Anos	Quantitativa
<b>Estado Civil</b>	Casado/ União de facto Solteiro Viúvo Divorciado	Qualitativa Nominal
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa Não portuguesa	Qualitativa dicotómica Nominal

**Tabela 3** - Operacionalização das variáveis que caracterizam o prestador de cuidados (continuação)

Variável	Valor/Unidade de medida	Tipo de Variável
<b>Nível de Escolaridade</b>	Nenhum Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos) Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos) Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior	Qualitativa Nominal
<b>Profissão</b>	Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais e científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas Operários, artifices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Reformado Estudante Outra	Qualitativa Nominal
<b>Parentesco</b>	Marido/Esposa Pai/Mãe Filho(a) Irmão (ã) Afinidade (nora, padrasto, cunhado) Sem parentesco Outra	Qualitativa nominal

#### 2.4.3 - Variáveis de atributo da pessoa dependente

As variáveis atributo selecionadas para a pessoa dependente incluíram: variáveis de carácter sociodemográfico, variáveis que caracterizam a dependência e variáveis acerca da utilização dos serviços de saúde.

As variáveis de caráter sociodemográfico são idênticas às do PC, anteriormente referidas.

Quanto às variáveis que caracterizam a dependência estabeleceram-se as seguintes: situação que originou a dependência, instalação da dependência e tempo de dependência. (Tabela 4)

**Tabela 4** - Operacionalização das variáveis que caracterizam a dependência

Variável	Valor/Unidade de medida	Tipo de Variável
Situação que originou a dependência: Envelhecimento	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Situação que originou a dependência: Doença Aguda	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Situação que originou a dependência: Doença Crônica	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Situação que originou a dependência: Acidente	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Situação que originou a dependência: Outra	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Instalação da dependência	Súbita Gradual	Qualitativa Nominal dicotômica
Tempo de dependência	Anos e Meses	Quantitativa

Relativamente às variáveis que caracterizam o recurso da pessoa dependente aos serviços de saúde definiram-se as de seguida apresentadas: consumo de medicamentos, variedade e número de fármacos nas tomas por dia, internamentos e episódios com necessidade de recurso ao serviço de urgência (SU), durante o último ano. (Tabela 5)

**Tabela 5** - Operacionalização de variáveis que caracterizam a utilização dos serviços de saúde

Variável	Valor/Unidade de medida	Tipo de Variável
Consumo de medicamentos	Sim Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Número de fármacos nas tomas/dia	Número	Quantitativa
Variedade de fármacos	Número	Quantitativa

**Tabela 5** - Operacionalização de variáveis que caracterizam a utilização dos serviços de saúde (continuação)

Variável	Valor/Unidade de medida	Tipo de Variável
<b>Internamentos no último ano</b>	Nenhum Um Dois Três Mais de três	Quantitativa
<b>Episódios de recursos ao SU, no último ano</b>	Nenhum Um Dois Três Mais de três	Quantitativa

#### 2.4.4 - Variáveis principais da investigação

A avaliação das variáveis principais da investigação, o tipo e o nível de dependência no AC da pessoa dependente, foi realizada nos diversos domínios (tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, uso do sanitário, elevar-se, virar-se, transferir-se, usar cadeira de rodas, andar e tomar medicação). Em cada um dos diferentes domínios do AC, a dependência foi avaliada através de um conjunto de itens específicos, associados à concretização do cuidado nessa dimensão. Para cada um desses itens, foi associada uma escala ordinal tipo Likert com 4 scores: dependente não participa – score 1; necessita de ajuda de pessoa – score 2; necessita de equipamento – score 3; completamente independente – score 4. (Tabela 6)

**Tabela 6** - Operacionalização das variáveis relativas ao tipo e ao nível de dependência no autocuidado

Dimensões	Componentes	Indicadores
<b>Tomar banho</b>	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	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente

**Tabela 6** - Operacionalização das variáveis relativas ao tipo e ao nível de dependência no autocuidado (continuação)

<b>Dimensões</b>	<b>Componentes</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Vestir-se e despir-se</b>	Escolhe as roupas Retira as roupas da gaveta e do armário Segura as roupas Veste as roupas na parte superior do corpo Veste as roupas na parte inferior do corpo Despe as roupas na parte superior do corpo Despe as roupas na parte inferior do corpo Abotoa as roupas Desabotoa as roupas Usa cordões para amarrar Usa fechos Calça as meias Descalça as meias Calça os sapatos Descalça os sapatos	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
<b>Arranjar-se</b>	penteia ou escova os cabelos Barbeia-se Aplica maquiagem Cuida das unhas Usa um espelho Aplica desodorizante Limpa a área do períneo Limpa as orelhas Mantém o nariz desobstruído e limpo Mantém a higiene oral	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
<b>Alimentar-se</b>	Prepara os alimentos para a ingestão Abre recipientes Utiliza utensílios Coloca o alimento nos utensílios Pega no copo ou chávena Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão Leva os alimentos à boca com recipiente Leva os alimentos à boca com utensílio Bebe por copo ou chávena Coloca os alimentos na boca Conclui uma refeição	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente

**Tabela 6** - Operacionalização das variáveis relativas ao tipo e ao nível de dependência no autocuidado (continuação)

<b>Usar o sanitário</b>	Ocupa e desocupa o sanitário Tira as roupas Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar Ergue-se da sanita Ajusta as roupas após a higiene íntima	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
<b>Elevar-se</b>	Levanta parte do corpo	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
<b>Virar-se</b>	Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
<b>Transferir-se</b>	Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
<b>Usar a cadeira de rodas</b>	Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
<b>Andar</b>	Suporta o próprio corpo na posição de pé Deambula com passadas eficazes a diferentes ritmos Sobe e desce degraus Deambula em aclives e declives Percorre distâncias curtas (<100m) Percorre distâncias moderadas (>100<500m) Percorre longas distâncias (>500m)	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
<b>Tomar a medicação</b>	Providencia medicamentos Prepara a medicação Toma a medicação	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente

Na fase de análise dos dados, foram elaboradas novas variáveis para permitir determinar o nível de dependência global em cada AC e a comparação dos diferentes

domínios. Para cada AC estudado, foram agregadas os respetivos componentes avaliados e determinaram-se onze novas variáveis ordinais: "Tomar banho", "Vestir-se", "Arranjar-se", "Alimentar-se", "Usar o sanitário", "Elevar-se", "Virar-se", "Transferir-se", "Usar a cadeira de rodas", "Andar" e "Tomar a medicação".

O nível de dependência global em cada AC, foi determinado pelo cálculo das médias dos valores de todos os componentes, enquadrados em cada domínio. No cálculo das médias considerou-se o seguinte: médias iguais a 4, a pessoa era "Completamente independente" e médias iguais a 1, a pessoa era "Dependente não participa". Relativamente aos casos em que, se em relação a um dado domínio do AC, pelo menos um dos componentes fosse avaliado como "Dependente não participa" ou "Necessita de ajuda de pessoa", a pessoa iria necessitar sempre de outro. Os restantes casos considerou-se "Necessitam de equipamento". Às novas variáveis atribuíram-se os seguintes scores: dependente não participa – score 1; necessita de ajuda de pessoa – score 2; necessita de equipamento – score 3; completamente independente – score 4.

Após a caracterização do nível de dependência global em cada AC, procedeu-se à organização de uma nova variável inerente à dependência global da pessoa dependente. Foi-lhe atribuído um valor numérico que resultou da média das onze variáveis referentes aos domínios de cada AC. Deste modo, esta nova variável assumiu qualquer valor entre 1 e 4.

## 2.5 - PROCEDIMENTOS DE COLHEITA E TRATAMENTO DOS DADOS

A seleção do instrumento de colheita de dados faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização, considerando os objetivos do estudo, o nível de conhecimentos do investigador e o fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Na investigação descritiva, o investigador tem como objetivo recolher a maior quantidade de informação possível (para poder identificar os mais variados aspetos do fenómeno) e interrogar um grande número de pessoas. Para este tipo de estudo, o questionário é um instrumento útil (Fortin, 2009).

### 2.5.1- Instrumento de colheita dos dados

Tendo em conta os aspetos acima referidos, o formulário é um inquérito eficaz para permitir uma vasta recolha de dados junto de todos os estratos da população, em matérias complexas e que exigem juízos clínicos, como se verifica nesta investigação

(Gonçalves, 2013). Para Marconi e Lakatos (1999), como citado por (Gonçalves, 2013), o formulário é um catálogo ou inventário de itens destinado à recolha de dados resultantes, quer da observação, quer da entrevista, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador.

Para a avaliação da dependência no AC foi utilizado o formulário intitulado “Famílias que integram dependentes no autocuidado” (Anexo 1). Este instrumento foi construído e desenvolvido por docentes da ESEP, tendo sido dada autorização para a sua aplicação. Este questionário pretende avaliar várias dimensões, nomeadamente, dependência no AC, condição de saúde da pessoa dependente, autoeficácia do cuidador familiar, equipamentos e recursos e perfil de cuidados prestados pelos cuidadores familiares. Para a avaliação da dependência no AC, os autores do formulário, adequaram um instrumento construído por Duque (2009), que, em contexto hospitalar, avalia o nível de dependência, as necessidades de AC e a condição de saúde da pessoa.

Este instrumento de colheita de dados foi utilizado em estudos semelhantes, nos concelhos das áreas metropolitanas do Porto, Maia e de Lisboa e encontra-se perfeitamente validado em termos de conteúdo e em termos conceptuais (Gonçalves, 2013).

Este questionário encontra-se organizado em três partes autónomas:

- Parte I - Inquérito preliminar/caracterização;
- Parte II - Formulário PCD (Prestador de Cuidados/Dependente);
- Parte III - Formulário PPD (Parente Próximo Dependente).

Gonçalves (2013) considera que a parte I do formulário pretende realizar um inquérito preliminar que procede à identificação das famílias com pessoas dependentes no AC no domicílio ou institucionalizados. Em caso de aceitação de participar no estudo decorrente da existência de um familiar dependente, permite a avaliação do alojamento, da família, do PC ou do parente do dependente institucionalizado. A parte II do formulário visa recolher informação relativamente à pessoa dependente no que diz respeito à sua situação de dependência, condição de saúde, cuidados garantidos pelo cuidador informal, equipamentos e recursos necessários e utilizados para cuidar da pessoa dependente e autoeficácia percebida pelo membro familiar prestador de cuidados (MFPC). A parte III trata das circunstâncias que ditaram a institucionalização do familiar dependente, a avaliação que os familiares realizaram desse processo, a

caracterização global da pessoa institucionalizada, os fatores que determinaram a institucionalização e a descrição e manutenção da mesma.

Quanto às questões, são utilizadas escalas tipo Likert com diferencial semântico e escalas de classificação.

O formulário foi elaborado e estruturado numa plataforma informática denominada TELEFORM©, permitindo o mínimo recurso à escrita e posterior leitura ótica (Gonçalves, 2013).

### **2.5.2 – Procedimento da colheita dos dados**

A junta da UFSMBRF foi previamente informada acerca do trabalho de investigação programado para a sua área, através de uma reunião com os respetivos Presidente e Conselho Social. Pretendia-se que a junta alertasse a população acerca do estudo que se iria desenvolver, para que se estabelecesse uma relação de confiança com a comunidade. Para além desta colaboração, também foram distribuídos panfletos à população desta união de freguesias, com informação pertinente acerca da pesquisa. (Apêndice 1)

Realizaram-se várias reuniões com os alunos e os docentes da ESEnfC envolvidos neste estudo, de forma a estabelecer e a uniformizar os critérios acerca do procedimento da colheita dos dados.

Os investigadores iniciaram a colheita de dados entre 26 de outubro de 2021 e terminaram a 4 de fevereiro de 2022, percorrendo as ruas definidas, ao longo dos dias úteis da semana.

A recolha de dados apresentou um esquema específico, programado para dois momentos, num contacto porta a porta, conforme se visualiza no anexo 2. Num primeiro momento, as famílias foram contactadas, para se proceder ao levantamento daquelas que tinham familiares dependentes no AC no domicílio ou institucionalizados e para, em caso afirmativo, obter autorização para a avaliação da situação. Num segundo momento, aplicou-se o restante formulário às famílias nas condições acima referidas. Com base em estudos anteriores, previa-se que o tempo da recolha de dados fosse de 45 a 60 minutos (Silva, 2012; Trigo, 2012). Durante esta pesquisa, confirmou-se que foi necessária cerca de uma hora, para as famílias que tinham pessoas dependentes no domicílio.

### 2.5.3 – Análise e tratamento dos dados

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

Após o término da recolha dos dados, estabeleceu-se um sistema de código numérico com cinco dígitos (os dois primeiros para distinguir a freguesia e os três seguintes para o número do questionário). Procedeu-se à leitura ótica dos formulários pelo TELEFORM® e exportaram-se os mesmos para o SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24, para se realizar uma análise estatística descritiva, através de diferentes procedimentos estatísticos, nomeadamente: distribuições de frequência, (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média aritmética, moda) e medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), de acordo com o tipo de mensuração da variável.

## 2.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

“A Enfermagem enquanto profissão autoregulada, tem definidos tanto no Código Deontológico do Enfermeiro, como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação” (Nunes, 2013, p.8).

O olhar da ética na investigação compreende todas as etapas do processo de investigação, nomeadamente: a pertinência do problema; a escolha da metodologia adequada; os instrumentos e processos de recolha de dados; a existência de resultados anteriores; a validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento; as regras de publicação e divulgação dos resultados (Nunes, 2020, p.5).

A avaliação ética de um projeto de investigação inclui “(...) a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (...)” (Nunes, 2020, p.5).

Segundo as diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, emanadas pelo *International Council of Nurses* (ICN) (1996, reeditado e atualizado em 2003) são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação (Nunes, 2020, pp.11-12): a beneficência, a avaliação da maleficência, a fidelidade, a veracidade, a confidencialidade e a justiça.

Quanto aos direitos dos participantes no estudo, Nunes (2020, pp.12-13) considera os seguintes: a não receber dano, informação completa sobre o estudo, autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade.

O presente estudo foi devidamente autorizado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências De Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da ESEnfC (Anexo 3).

O trabalho de investigação cumpriu todos os princípios e direitos referenciados anteriormente. Durante o processo de recolha de dados, os investigadores encontravam-se devidamente identificados, portadores de documento de identificação próprio, dando-se a conhecer às pessoas enquanto enfermeiros e alunos de mestrado. Aos participantes foi solicitado um consentimento escrito, sério, livre e esclarecido (Anexo 4), após serem informados dos objetivos e métodos do estudo e, posteriormente, pedida autorização para entrar no domicílio e aplicar o formulário. Foram esclarecidos quanto ao sigilo e proteção de dados e quanto à possibilidade de recusar continuar a sua participação em qualquer momento. Nos casos em que se verificou alguma limitação na capacidade de compreender e decidir de forma autónoma da pessoa dependente, a colheita de informação realizou-se de acordo com decisão do familiar ou PC. O cuidador foi inicialmente alertado para a possibilidade de intervenção profissional, caso alguma situação de saúde o justificasse.

### 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta etapa, consta a apresentação e análise dos dados e resultados obtidos, nomeadamente referentes à amostra geral, alojamento, família, pessoa dependente e tipo e nível de dependência no AC. Optou-se pela organização da informação através de tabelas, uma vez que permite a visualização e leitura dos dados de forma clara e objetiva.

#### 3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA GERAL

A equipa de investigadores estabeleceu contacto com 387 famílias clássicas, residentes na UFSMBRF, conforme estava definido no plano amostral.

Relativamente às questões do inquérito preliminar: “*Vive com alguém que precise de ajuda (não esperada para a idade) de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?*” e “*Vive com alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)*”, foram identificados 43 casos de famílias que confirmaram esta situação, em ambas as perguntas. (Anexo 5)

Então, conforme se pode visualizar na tabela 7, na amostra total de 387 famílias, foram identificadas 324 (83,7%), que não apresentavam pessoas dependentes no AC, 32 casos que integravam, pelo menos, um familiar dependente no AC, 3 que tinham simultaneamente pessoas dependentes no AC no domicílio e institucionalizadas e 8 recusaram avançar para o preenchimento da parte II do formulário.

Apurou-se que a prevalência de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no domicílio, na UFSMBRF é de 11,1%. (Anexo 5 e Tabela 7)

**Tabela 7**– Caracterização da amostra geral

Amostra geral	n	%
Famílias sem pessoas dependentes no AC	324	83,7%
Famílias com pessoas dependentes no AC no domicílio	32	8,3%
Famílias com pessoas dependentes no AC institucionalizadas	17	4,4%

**Tabela 7 – Caracterização da amostra geral (continuação)**

<b>Amostra geral</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Famílias com pessoas dependentes no AC no domicílio e institucionalizadas	3	0,8%
Famílias com pessoas dependentes no AC no domicílio, que recusaram	8	2,1%
Famílias com pessoas dependentes no AC institucionalizadas, que recusaram	3	0,8%
Total	387	100

No total, foram identificadas e avaliadas 37 pessoas dependentes no AC, uma vez que no caso de duas famílias, tinham duas pessoas com dependência no domicílio. (Tabela 8)

**Tabela 8 – Caracterização da amostra com pessoas dependentes no autocuidado no domicílio**

<b>Amostra com pessoas dependentes no autocuidado</b>	<b>n</b>
Famílias que integravam pessoas dependentes no AC no domicílio	35
Pessoas dependentes no AC	37
Famílias que recusaram	8

### 3.2 - CARACTERIZAÇÃO DO ALOJAMENTO

Através do preenchimento da parte I do formulário, referente à caracterização do alojamento das 35 famílias que participaram nesta pesquisa, foi possível recolher algumas informações acerca das características dos edifícios.

Conforme se pode confirmar na Tabela 9, a maioria das famílias clássicas do estudo vivem em moradias (80%, n=28 ) e as restantes habitam em apartamentos (20%, n=7).

**Tabela 9 – Tipo de edifício de alojamento familiar**

<b>Edifício de alojamento familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Clássico: moradia	28	80
Clássico: apartamento	7	20
Clássico: outro tipo	0	0
Não clássico (barraca, móvel, improvisado):	0	0
Total	35	100

Em relação à necessidade de reparações (Tabela 10), considerou-se que a maioria dos edifícios não precisa (40%) e os que necessitam são com mais frequência, respetivamente, restauros médios (31,4%) e pequenos (14,3%).

**Tabela 10 – Necessidade de reparações do alojamento**

<b>Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muito grandes	2	5,7
Grandes	3	8,6
Médias	11	31,4
Pequenas	5	14,3
Nenhumas	14	40
Total	35	100

Também foi possível constatar que a grande maioria (71,4%) dos alojamentos não possuem acessibilidade para pessoa com mobilidade comprometida (PMC). (Tabela 11)

**Tabela 11 – Acessibilidade do edifício a PMC**

<b>Edifício com acessibilidade a PMC</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	10	28,6
Não	25	71,4
Total	35	100

Quanto às características do alojamento, é de salientar que a maioria das habitações (82,9%, n=29) apresenta instalações sanitárias (banho/duche e retrete) e sistemas de aquecimento. (Tabela 12)

**Tabela 12 – Características do alojamento**

<b>Alojamento com:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Retrete, água canalizada e instalação de banho ou duche	6	17,1
Retrete, água canalizada, instalação de banho ou duche e aquecimento	29	82,9
Total	35	100,0

Ainda acerca dos edifícios familiares, a média da área útil foi de 171,7 m<sup>2</sup>, com um mínimo de 50 m<sup>2</sup> e um máximo de 500 m<sup>2</sup> e um desvio padrão de 116,8 m<sup>2</sup>. (Tabela 13)

**Tabela 13 – Área útil do alojamento**

Área útil (em metros quadrados)			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
50	500	171,7	116,8

Em média, cada alojamento, com pelo menos uma pessoa dependente, dispõe de 4,4 divisões, com um mínimo de 2 divisões e um máximo de 8 e um desvio padrão de 1,5. (Tabela 14 e Anexo 6).

**Tabela 14 – Número de divisões do alojamento**

Número de divisões			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
2	8	4,4	1,5

Também foi possível concluir que em cada habitação do estudo, vivem em média 2,9 pessoas, com um mínimo de 2 ocupantes e um máximo de 5 e um desvio padrão de 1,1. (Tabela 15 e Anexo 6)

**Tabela 15 - Número de ocupantes do alojamento**

Número de ocupantes			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
2	5	2,9	1,1

### 3.3 - CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Das famílias clássicas avaliadas na UFSMBRF, com um membro dependente no AC, 91,4% (n=32) não tinham núcleos ou eram constituídas apenas por um núcleo. (Tabela 16)

**Tabela 16 – Tipos de família**

Tipos de família	n	%
Clássica sem núcleos	7	20,0
Clássica com um núcleo	25	71,4
Clássica com dois núcleos	3	8,6
Total	35	100,0

Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar, constatou-se que 54,3% têm os seus rendimentos compreendidos entre 1001 e 2000 euros. Apenas 2,8% se encontram entre os valores 251 a 500 euros e nenhum inferior a 250 euros. (Tabela 17)

**Tabela 17 – Rendimento do agregado/mês**

Rendimento do agregado/mês	n	%
Até 250 euros	0	0
De 251 a 500 euros	1	2,8
De 501 a 1000 euros	8	22,9
De 1001 a 2000 euros	19	54,3
De 2001 a 5000 euros	7	20
Total	35	100

Relativamente ao número de membros da família, verifica-se que, no mínimo, estas são compostas por dois elementos e no máximo, por cinco elementos. O número médio de membros que compõem as famílias é de 2,9, com um desvio padrão de 1,1. (Anexo 6 e Tabela 18)

**Tabela 18 – Número de membros da família**

Número de membros da família			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
2	5	2,9	1,1

### 3.4 - CARACTERIZAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Foram caracterizados 35 PC, sendo que três eram simultaneamente PC e parentes de pessoa dependente institucionalizada.

Através da tabela 19, é possível clarificar o perfil sociodemográfico, confirmando-se que os PC são maioritariamente: mulheres (80%), casados (74,3%) e de nacionalidade portuguesa (todos). Quanto à escolaridade, verifica-se que 25,7% estudou até ao primeiro ciclo, igualando os que estudaram até ao ensino superior. A nível profissional, 62,9% são reformados, seguindo-se os especialistas das profissões intelectuais e científicas com 14,3%.

A maior parte dos PC coabita com a pessoa dependente (88,6%) e em termos de parentesco, 60% são filhos(as), 34,3% marido/esposa e os restantes (5,7%) são familiares por afinidade.

**Tabela 19 – Caracterização do prestador de cuidados**

Variável	n	%
<b>Tipo de prestador de cuidados</b>		
PC	32	91,4%
PC e Parente dependente institucionalizado	3	14,3%
<b>Co-habitação com a pessoa dependente</b>		
Sim	31	88,6
Não	4	11,4
<b>Sexo</b>		
Masculino	7	28
Feminino	28	80
<b>Estado Civil</b>		
Casado/ União de facto	26	74,3
Solteiro	1	2,9
Víuvo	3	8,6
Divorciado	5	14,3
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	35	100
Não portuguesa	0	0

**Tabela 19 – Caracterização do prestador de cuidados (continuação)**

Variável	n	%
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Nenhum	3	8,6
Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)	9	25,7
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	5	14,3
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	6	17,1
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	3	8,6
Ensino superior	9	25,7
<b>Profissão</b>		
Membros das forças armadas	0	0
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	2,9
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	5	14,3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	5,7
Pessoal administrativo e similares	1	2,9
Pessoal dos serviços e vendedores	0	0
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	0	0
Operários, artifices e trabalhadores similares	0	0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	0	0
Trabalhadores não qualificados	2	5,7
Doméstico	1	2,9
Desempregado	1	2,9
Reformado	22	62,9
Estudante	0	0
Outra	0	0
<b>Parentesco</b>		
Marido/Esposa	12	34,3
Pai/Mãe	0	0
Filho(a)	21	60,0
Irmão (ã)	0	0
Afinidade (nora, padraсто, cunhado)	2	5,7
Sem parentesco	0	0
Outra	0	0

O PC apresenta uma média de idades de 65,8, sendo que o mais novo tem 50 anos e o mais velho 89, com um desvio padrão de 10,1. (Tabela 20)

**Tabela 20 – Idade do prestador de cuidados**

Idade			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
50	89	65,8	10,1

### 3.5 - CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE NO AC

De seguida irão ser explanadas algumas características das 37 pessoas dependentes, que participaram nesta pesquisa, que se podem visualizar na tabela 21.

Pela análise descritiva dos dados da amostra, verifica-se que na sua maioria as pessoas dependentes são mulheres (54,1%), embora como uma percentagem de homens aproximada (45,9%).

Relativamente ao estado civil, estas pessoas são casadas ou com união de facto ou viúvas, com percentagens idênticas, respetivamente, 51,4% e 48,6%.

Quanto à nacionalidade, as 37 pessoas dependentes são portuguesas.

Em relação ao nível de escolaridade, constata-se que, na maioria dos casos apresentam o primeiro ciclo (54,1%), seguida de casos de analfabetismo (21,6%).

Em termos profissionais, são todos reformados.

**Tabela 21 – Caracterização da pessoa dependente no autocuidado**

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	17	45,9
Feminino	20	54,1
<b>Estado Civil</b>		
Casado/ União de facto	19	51,4
Solteiro	0	0
Viúvo	18	48,6
Divorciado	0	0

**Tabela 21 – Caracterização da pessoa dependente no autocuidado (continuação)**

Variável	n	%
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	37	100
Não portuguesa	0	0
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Nenhum	8	21,6
Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	20	54,1
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	2	5,4
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	3	8,1
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	3	8,1
Ensino superior	1	2,7
<b>Profissão</b>		
Membros das forças armadas	0	0
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	0	0
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	0	0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	0	0
Pessoal administrativo e similares	0	0
Pessoal dos serviços e vendedores	0	0
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	0	0
Operários, artificies e trabalhadores similares	0	0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	0	0
Trabalhadores não qualificados	0	0
Doméstico	0	0
Desempregado	0	0
Reformado	37	100
Estudante	0	0
Outra	0	0

Relativamente às idades das pessoas dependentes, apresentam uma média de 83,1 anos, sendo que o indivíduo mais novo tem 51 e o mais velho 99, com um desvio padrão de 9,9. (Tabela 22)

**Tabela 22 – Idade da pessoa dependente no autocuidado**

Idade			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
51	99	83,1	9,9

Quanto às causas que originaram a dependência no AC, a doença crónica (56,8%) e o envelhecimento (51,4%) são as que mais se destacam, seguidas da doença aguda (24,3%). Na maioria das situações a dependência instalou-se forma gradual (73%). (Tabela 23)

**Tabela 23 – Caracterização da dependência**

Variável	n	%
<b>Situação que originou a dependência</b>		
Envelhecimento	19	51,4
Acidente	3	8,1
Doença Aguda	9	24,3
Doença Crónica	21	56,8
Outra	1	2,7
<b>Instalação da dependência</b>		
Súbita	10	27,0
Gradual	27	73,0

Em média, as pessoas encontram-se dependentes há 4,2 anos, com um mínimo de 1 mês e um máximo de 22 anos, com um desvio padrão de 4,8. (Tabela 24 e Anexo 7)

**Tabela 24 – Tempo de dependência**

Tempo de dependência (anos)			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
0,1	22	4,2	4,8

Através da estatística descritiva da tabela 25, constata-se que as pessoas dependentes consomem medicamentos (97,3%). Também é possível verificar que no último ano, a maioria das pessoas não estiveram internadas (62,2%), seguido de casos em que, pelo menos uma vez, houve necessidade de internamento (21,6%). Quanto ao número de

episódios de recursos ao SU, a maioria das pessoas não se deslocou (40,5%) e as restantes recorreram uma (21,6%) ou duas vezes (16,2%), com mais frequência.

**Tabela 25 – Recursos de saúde**

Variável	n	%
<b>Consumo de medicamentos</b>		
Não	1	2,7
Sim	36	97,3
<b>Internamentos no último ano</b>		
Nenhum	23	62,2
Um	8	21,6
Dois	2	5,4
Três	2	5,4
Mais de três	2	5,4
<b>Episódios de recursos ao SU, no último ano</b>		
Nenhum	15	40,5
Um	8	21,6
Dois	6	16,2
Três	3	8,1
Mais de três	5	13,5

Ainda acerca da medicação, em média existe um consumo de 7,7 fármacos diferentes, sendo no mínimo um e no máximo 19, com um desvio padrão de 4,2. (Tabela 26 e Anexo 7)

**Tabela 26 – Variedade de fármacos**

<b>Variedade de fármacos</b>			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1	19	7,7	4,2

Quanto ao número de fármacos por tomas, a média é de 3,2, com um mínimo de um e um máximo de 7 medicamentos e um desvio padrão de 1,6. (Tabela 27 e Anexo 7)

**Tabela 27** – Número de fármacos nas tomas/dia

Número de fármacos nas tomas/dia			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1	7	3,2	1,6

### 3.5 – CARACTERIZAÇÃO DO TIPO E NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOUIDADO

De seguida, inicia-se a descrição dos resultados correspondentes às variáveis principais da investigação, com foco nas questões relativas ao tipo e ao nível de dependência nos diferentes domínios de AC estudados.

Procedeu-se à análise do conjunto dos itens específicos de cada AC, inerentes à sua concretização, avaliados por uma escala tipo Likert, anteriormente referenciada.

#### 3.5.1 – Dependência no autocuidado “Tomar banho”

A escala de avaliação da dependência para “Tomar banho” inclui 8 indicadores próprios. Em cada indicador específico, cada caso foi classificado em função do seu nível de dependência.

Os dados apresentados na tabela 28 referem-se ao AC “Tomar banho” das 37 pessoas dependentes do estudo.

Verifica-se que para tomar banho, 40,5% das pessoas dependentes não participam na obtenção dos objetos necessários e 37,8% também não participam na obtenção de água. Para secar o corpo, 70,3% das pessoas necessita de ajuda de outra, bem como para lavar o corpo (59,5%) e para tomar banho no chuveiro (48,6%). São completamente independentes nas seguintes intervenções: abrir a tomeira (45,9%), regular a temperatura da água (37,8%) e controlar o fluxo da mesma (37,8%). Também é de sublinhar que em apenas dois casos, as pessoas necessitam de equipamento para se lavar no chuveiro e lavar o corpo.

**Tabela 28** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Tomar banho”

Autocuidado Tomar banho	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obtém objetos para o banho	15	40,5	12	32,4	0	0	10	27,0
Consegue água	14	37,8	11	29,7	0	0	12	32,4
Abre a torneira	12	32,4	8	21,6	0	0	17	45,9
Regula a temperatura da água	11	29,7	12	32,4	0	0	14	37,8
Regula o fluxo da água	11	29,7	12	32,4	0	0	14	37,8
Lava-se no chuveiro	9	24,3	18	48,6	1	2,7	9	24,3
Lava o corpo	9	24,3	22	59,5	1	2,7	5	13,5
Seca o corpo	9	24,3	26	70,3	0	0	2	5,4

### 3.5.2 – Dependência no autocuidado “Vestir-se e despir-se”

Quanto ao “Vestir-se e despir-se”, 35,1% das pessoas dependentes não retiram as roupas da gaveta e do armário. Foram classificadas com maior percentagem no score 2, nos seguintes itens: calçar as meias (56,8%), descalçar as meias (54,1%), calçar os sapatos (51,4%), vestir as roupas na parte inferior do corpo (45,9%), despir as roupas na parte inferior do corpo (43,2%) e descalçar os sapatos (40,5%). São completamente independentes (score 4): 64,9% a segurar das roupas, 56,8% a usar fechos, 51,4% a desabotoar as roupas, 48,6% a abotoar as roupas, 45,9% a escolher a roupa, 43,2% a usar cordões para amarrar e 40,5% a vestir e despir as roupas na parte superior do corpo. Também se verifica que neste AC, o uso de equipamento atinge percentagens abaixo dos 9%, apenas para calçar e descalçar os sapatos, calçar as meias e usar cordões. (Tabela 29)

**Tabela 29** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Vestir-se e despir-se”

Autocuidado Vestir-se e despir-se	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolhe as roupas	12	32,4	8	21,6	0	0	17	45,9
Retira as roupas da gaveta e do armário	13	35,1	12	32,4	0	0	12	32,4
Segura as roupas	10	27,0	3	8,1	0	0	24	64,9

**Tabela 2** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Vestir-se e despir-se” (continuação)

Autocuidado Vestir-se e despir-se	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veste as roupas na parte superior do corpo	11	29,7	11	29,7	0	0	15	40,5
Veste as roupas na parte inferior do corpo	11	29,7	17	45,9	0	0	9	24,3
Despe as roupas na parte superior do corpo	10	27,0	12	32,4	0	0	15	40,5
Despe as roupas na parte inferior do corpo	11	29,7	16	43,2	0	0	10	27,0
Abotoa as roupas	11	29,7	8	21,6	0	0	18	48,6
Desabotoa as roupas	11	29,7	7	18,9	0	0	19	51,4
Usa cordões para amarrar	10	27,0	10	27,0	1	2,7	16	43,2
Usa fechos	10	27,0	6	16,2	0	0	21	56,8
Calça as meias	10	27,0	21	56,8	1	2,7	5	13,5
Descalça as meias	10	27,0	20	54,1	0	0	7	18,9
Calça os sapatos	10	27,0	19	51,4	3	8,1	5	13,5
Descalça os sapatos	10	27,0	15	40,5	2	5,4	10	27,0

### 3.5.3 – Dependência no autocuidado “Arranjar-se”

Relativamente ao “Arranjar-se”, 54,1% necessitam de ajuda de pessoa para cuidar das unhas. Nos restantes componentes deste AC, as pessoas são, na sua maioria, completamente independentes, numa percentagem que vai dos 40,5% (limpar a área do períneo) aos 67,6% (manter o nariz desobstruído e limpo e manter a higiene oral), conforme se pode certificar na tabela 30. O número de casos que só necessitam de ajuda de equipamentos para realizarem as diferentes atividades incluídas neste domínio do AC é nulo.

**Tabela 30** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Arranjar-se”

Autocuidado Arranjar-se	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Penteia ou escova os cabelos	10	27,0	6	16,2	0	0	21	56,8
Barbeia-se	11	29,7	8	21,6	0	0	18	48,6

**Tabela 30** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Arranjar-se” (continuação)

Autocuidado Arranjar-se	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aplica maquiagem	11	29,7	5	13,5	0	0	21	56,8
Cuida das unhas	12	32,4	20	54,1	0	0	5	13,5
Usa um espelho	11	29,7	3	8,1	0	0	23	62,2
Aplica desodorizante	12	32,4	4	10,8	0	0	21	56,8
Limpa a área do períneo	12	32,4	10	27,0	0	0	15	40,5
Limpa as orelhas	12	32,4	5	13,5	0	0	20	54,1
Mantém o nariz desobstruído e limpo	11	29,7	1	2,7	0	0	25	67,6
Mantém a higiene oral	10	27,0	2	5,4	0	0	25	67,6

### 3.5.4 – Dependência no autocuidado “Alimentar-se”

No que concerne ao AC “Alimentar-se”, 37,8% das pessoas são totalmente dependentes e igual percentagem são completamente independentes, na preparação dos alimentos para ingestão. Em relação às restantes atividades, visualiza-se na tabela 31 que as pessoas são completamente independentes na sua concretização, com percentagens que variam dos 78,4% (concluir a refeição) aos 89,2% (levar os alimentos à boca usando os dedos da mão). Neste AC há a referir que apenas em 5 casos, existe a necessidade de apenas equipamento: para abrir recipientes (n=1), colocar os alimentos nos utensílios (n=1) e beber por copo ou chávena (n=3).

**Tabela 31** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Alimentar-se”

Autocuidado Alimentar-se	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Prepara os alimentos para a ingestão	14	37,8	9	24,3	0	0	14	37,8
Abre recipientes	15	40,5	12	32,4	1	2,7	9	24,3
Utiliza utensílios	5	13,5	0	0	0	0	32	86,5
Coloca o alimento nos utensílios	5	13,5	0	0	1	2,7	31	83,8
Pega no copo ou chávena	4	10,8	1	2,7	0	0	32	86,5

**Tabela 31** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Alimentar-se” (continuação)

Autocuidado Alimentar-se	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	4	10,8	0	0	0	0	33	89,2
Leva os alimentos à boca com recipiente	4	10,8	1	2,7	0	0	32	86,5
Leva os alimentos à boca com utensílio	5	13,5	0	0	0	0	32	86,5
Bebe por copo ou chávena	4	10,8	0	0	3	8,1	30	81,1
Coloca os alimentos na boca	5	13,5	0	0	0	0	32	86,5
Conclui uma refeição	4	10,8	4	10,8	0	0	29	78,4

### 3.5.5 – Dependência no autocuidado “Usar o sanitário”

Verifica-se que no uso do sanitário, são completamente independentes 59,5% no tirar as roupas, 56,8% na ocupação e desocupação das instalações sanitárias e no posicionamento na sanita ou na arrastadeira, 51,4% no ajustar das roupas após a higiene íntima, 45,9% na realização da higiene íntima após urinar ou evacuar e 35,1% no erguer-se da sanita. Neste AC, a percentagem dos casos em que se usa o equipamento, atinge valores de entre os 8,1% (ocupar e desocupar o sanitário) e os 27% (erguer-se da sanita). (Tabela 32)

**Tabela 32** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Usar o sanitário”

Autocuidado Usar o sanitário	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ocupa e desocupa o sanitário	8	21,6	5	13,5	3	8,1	21	56,8
Tira as roupas	8	21,6	7	18,9	0	0	22	59,5
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	6	16,2	5	13,5	5	13,5	21	56,8
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	9	24,3	11	29,7	0	0	17	45,9
Ergue-se da sanita	7	18,9	7	18,9	10	27,0	13	35,1
Ajusta as roupas após a higiene íntima	8	21,6	10	27,0	0	0	19	51,4

### 3.5.6 – Dependência no autocuidado “Elevar-se”

No AC “Elevar-se”, constata-se que 35,1% são completamente independentes a levantar parte do corpo, seguida de uma percentagem de 18,9% que necessita de equipamento. (Tabela 33)

**Tabela 33** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Elevar-se”

Autocuidado Elevar-se	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Levantar parte do corpo	6	16,2	11	29,7	7	18,9	13	35,1

### 3.5.7 – Dependência no autocuidado “Virar-se

Para concretizar o AC “Virar-se”, 70,3%, no ato de mover o corpo, virando-o de um lado para o outro, é completamente independente. Nesta situação, apenas uma pessoa referiu o uso de equipamento. (Tabela 34)

**Tabela 34** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Virar-se”

Autocuidado Virar-se	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	8	21,6	2	5,4	1	2,7	26	70,3

### 3.5.8 – Dependência no autocuidado “Transferir-se”

Quanto ao AC “Transferir-se”, 54,1% das pessoas são completamente independentes a transferir-se da cama para a cadeira/cadeirão e vice-versa, existindo 8,1% que necessitam apenas de equipamento. (Tabela 35)

**Tabela 35 – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Transferir-se”**

Autocuidado Transferir-se	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	7	18,9	7	18,9	3	8,1	20	54,1
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	7	18,9	7	18,9	3	8,1	20	54,1

**3.5.9 – Dependência no autocuidado “Usar cadeira de rodas”**

Constata-se que apenas 8 pessoas dependentes (21,6%) das 37 usa cadeira de rodas e que a maioria destas (62,5%) é totalmente dependente no movimentar o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas, na transferência de e para a cadeira de rodas com segurança e no manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida. (Tabela 36)

**Tabela 36 – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Usar a cadeira de rodas”**

Autocuidado Usar a cadeira de rodas	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	5	62,5	2	25	0	0	1	12,5
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	5	62,5	2	25	0	0	1	12,5
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	5	62,5	2	25	0	0	1	12,5

**3.5.10 – Dependência no autocuidado “Andar”**

Relativamente ao AC “Andar”, constata-se através da tabela 37 que a pessoa é dependente e não participa nos seguintes itens: percorrer distâncias longas (67,6%), e moderadas (62,2%), deambular em aclives e declives (45,9%) e subir e descer degraus (35,1%). Para percorrer distâncias curtas (43,2%), suportar o próprio corpo na posição de pé (40,5%) e deambular com passadas eficazes, a diferentes ritmos (37,8%), necessitam de equipamento.

**Tabela 37** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Andar”

Autocuidado Andar	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suporta o próprio corpo na posição de pé	6	16,2	4	10,8	15	40,5	12	32,4
Deambula com passadas eficazes a diferentes ritmos	9	24,3	5	13,5	14	37,8	9	24,3
Sobe e desce degraus	13	35,1	7	18,9	9	24,3	8	21,6
Deambula em aclives e declives	17	45,9	7	18,9	8	21,6	5	13,5
Percorre distâncias curtas (<100m)	8	21,6	3	8,1	16	43,2	10	27,0
Percorre distâncias moderadas(>100<500m)	23	62,2	7	18,9	2	5,4	5	13,5
Percorre longas distâncias (>500m)	25	67,6	7	18,9	4	10,8	1	2,7

**3.5.11 – Dependência no autocuidado “Tomar a medicação”**

No AC “Tomar a medicação”, a pessoa não participa em providenciar os medicamentos (56,8%) e na preparação da medicação (51,4%), no entanto na toma da medicação 62,2% são completamente independentes. Neste domínio também não se verificou a necessidade de equipamento. (Tabela 38)

**Tabela 38** – Caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado “Tomar a medicação”

Autocuidado Tomar a medicação	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Providencia medicamentos	21	56,8	11	29,7	0	0	5	13,5
Prepara a medicação	19	51,4	12	32,4	0	0	6	16,2
Toma a medicação	11	29,7	3	8,1	0	0	23	62,2

### 3.6 – NÍVEL GLOBAL DE DEPENDÊNCIA NOS AUTOCUIDADOS

Tal como foi explicado na parte metodológica do presente documento, a partir da avaliação dos scores atribuídos aos vários componentes de cada AC, é possível evoluir para o nível global de dependência em cada domínio.

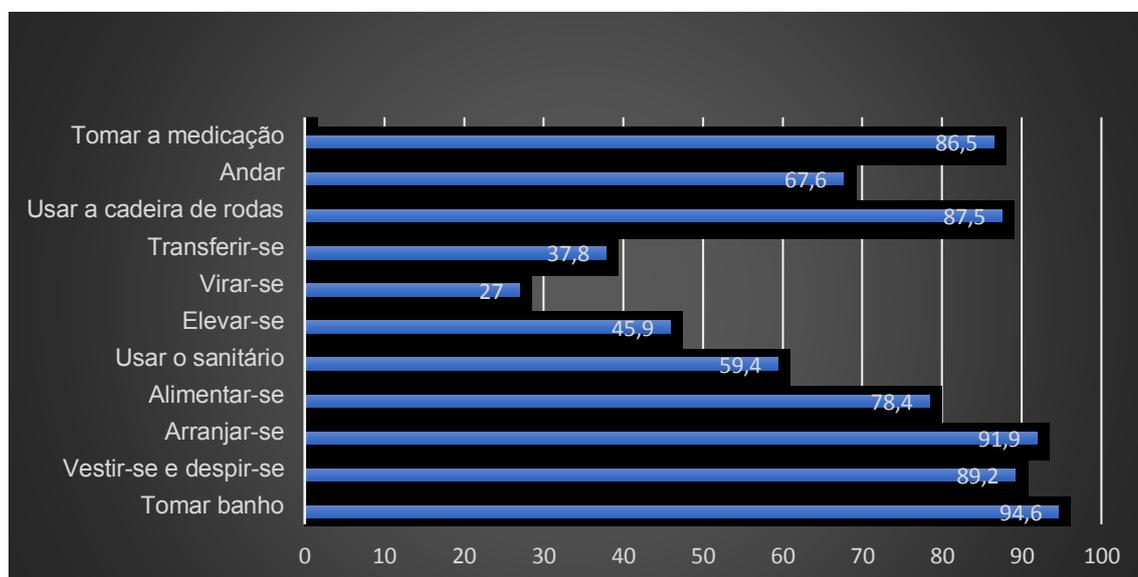
Na tabela 39 encontram-se evidenciados os níveis de dependência globais para cada AC. Pelos resultados obtidos, constata-se que para a maior parte dos AC (7), as pessoas necessitam de ajuda de outra pessoa (score 2), nomeadamente para: “Tomar banho” (70,3%), “Alimentar-se” (67,6%), “ Vestir-se e despir-se” (64,9%), “Arranjar-se” (64,9%), “Tomar a medicação” (56,8%), “Andar” (51,4%) e “Usar o sanitário” (43,2%). Verifica-se também que em três AC (Virar-se com 70,3%, Transferir-se com 54,1% e Elevar-se com 35,1%), as pessoas são completamente independentes (score 4). Por último, no AC “Andar de cadeira de rodas” 62,5% das pessoas são totalmente dependentes (score 1).

**Tabela 39 – Nível global de dependência nos autocuidados**

Autocuidados	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tomar banho	9	24,3	26	70,3	0	0	2	5,4
Vestir-se e despir-se	9	24,3	24	64,9	2	5,4	2	5,4
Arranjar-se	10	27,0	24	64,9	0	0	10	27,0
Alimentar-se	4	10,8	25	67,6	2	5,4	2	5,4
Usar o sanitário	6	16,2	16	43,2	6	16,2	9	24,3
Elevar-se	6	16,2	11	29,7	7	18,9	13	35,1
Virar-se	8	21,6	2	5,4	1	2,7	26	70,3
Transferir-se	7	18,9	7	18,9	3	8,1	20	54,1
Usar a cadeira de rodas	5	62,5	2	25	0	0	1	12,5
Andar	6	16,2	19	51,4	11	29,7	1	2,7
Tomar a medicação	11	29,7	21	56,8	0	0	5	13,5

Seguindo outro tipo de análise, na necessidade de ajuda total ou parcial (scores 1 e 2) para a concretização de cada domínio do AC conclui-se que o “Tomar banho” é aquele em que mais pessoas se encontram dependentes (94,6%). Seguem-se, os AC “Arranjar-se” (91,9%), “Vestir-se e despir-se” (89,2%), “Usar a cadeira de rodas” (87,5%) e “Tomar a medicação” (86,5%). Em valores intermédios encontram-se os AC “Alimentar-se”

(78,4%), “Andar” (67,6%) e “Usar o sanitário” (59,4%), perfazendo percentagens acima dos 50%. Os domínios do AC em que menos pessoas dependentes necessitam de ajuda são os do “Virar-se” (27%), “Transferir-se” (37,8%) e “Elevar-se” (45,9%). (Figura 4)



**Figura 4** - Percentagem de pessoas dependentes em cada autocuidado, com necessidade de ajuda total e parcial

### 3.7 – NÍVEL GLOBAL DE DEPENDÊNCIA

Relativamente ao nível global de dependência de cada pessoa, verifica-se que, em média existe sempre necessidade de ajuda de outro (2,3), com um mínimo de 1 (dependente, não participa), um máximo de 3,4 (não atingindo o completamente independente) e um desvio padrão de 0,7. (Tabela 40)

**Tabela 40** – Nível global de dependência

Nível global de dependência			
Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1	3,4	2,3	0.7

#### **4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A interpretação dos resultados consiste numa análise em que se tem em consideração o tipo de estudo, o quadro de referência utilizado, as variáveis, os instrumentos de medida e o tratamento estatístico (Fortin, 1999).

A etapa que se segue pretende destacar a pertinência dos resultados apresentados e comparar com resultados obtidos em estudos, que suportem a base teórica desta investigação.

A prevalência de famílias clássicas que integram familiares dependentes no AC no domicílio, residentes na UFSMBRF, é de 11,1%. Resultados semelhantes foram obtidos por diversos estudos que investigaram a dependência no AC em Portugal, tais como, o de Gonçalves (2013) no concelho do Porto com uma prevalência de 10,41% e o de Regadas (2021), no concelho de Paços de Ferreira, com 11,73%. Os trabalhos de investigação realizados nos concelhos de Lisboa por Costa (2013), da Maia por Rocha (2015) e de Matosinhos por Campos (2019), apresentaram prevalências com percentagens abaixo dos 10%, respetivamente, 7,95%, 8,38% e 9,5%.

Considerando o expectável aumento de pessoas dependentes a residirem no domicílio, integradas nas famílias clássicas, associado ao aumento da longevidade, prevê-se que a necessidade de cuidados de ER se intensifique, nos diferentes contextos da prática clínica, nomeadamente, nos internamentos, nos cuidados continuados e paliativos e na comunidade (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 2015).

Relativamente à caracterização dos alojamentos da amostra do estudo, verifica-se que prevalecem as moradias (80%), com instalações sanitárias e sistemas de aquecimento (82,9%) e sem necessidade de reparações (40%) ou com necessidade de apenas pequenos ou médios restauros (45,7%). Os dados do INE, relativos aos resultados provisórios dos Censos de 2021, corroboram com os dados colhidos, uma vez que na UFSMBRF, as moradias são o tipo de edifício que predomina e pela época de construção, a sua maioria tem entre cerca de 40 a 60 anos (INE, 2021).

Ainda acerca dos edifícios das famílias da pesquisa, uma vez que a maior parte vive em moradias, compreende-se que 71,4% não tenham acesso a PMC. Dos casos analisados, esta acessibilidade, acontece em alguns apartamentos (de construção recente, com elevador e rampas de acesso) ou em casas térreas em que houve a

necessidade de adaptação às condições de mobilidade dos seus familiares dependentes.

As barreiras arquitetónicas referem-se a obstáculos edificados no meio urbano ou nos edifícios, que impedem ou dificultam a livre circulação das pessoas, que adquiriram alguma incapacidade, transitória ou permanente. Os EEER são decisivos na reintegração das PMC, ao suprimirem barreiras arquitetónicas, promovendo assim ambientes acessíveis (Pereira, Martins, Gomes, Aguilera & Santos, 2018).

Ribeiro & Pinto (2014) defendem que o ambiente físico que rodeia a pessoa dependente pode influenciar o processo de dependência. A situação da falta de acessibilidade dos alojamentos a PMC, comprova a ideia de que as barreiras arquitetónicas constituem um dos principais limites para uma vida social completa.

Sendo da competência do EEER a promoção da mobilidade, acessibilidade e a participação social, é evidente o benefício da sua intervenção, na identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas no contexto domiciliário, assim como na gestão das circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos, nomeadamente as quedas (Regulamento das Competências Específicas do EEER, 2019).

Com uma média de superfície de área útil de 171,7 m<sup>2</sup> e um desvio padrão de 116,8 m<sup>2</sup>, constata-se a disparidade em relação a esta variável (havendo um alojamento com 500 m<sup>2</sup>). Quanto ao número de divisões, a maioria apresenta três quartos e uma sala (média 4,4), correspondentes à média de número de ocupantes por habitação (2,9). Acerca dos agregados domésticos existe alguma diferença em relação ao que se apurou neste estudo, uma vez que, segundo os resultados provisórios dos Censos de 2021, são constituídos na sua maioria por uma ou duas pessoas (com um aumento relativamente aos Censos de 2011 e diminuição do número de agregados com 3 a 5 pessoas) (INE, 2021).

O tipo de família que prevalece neste estudo é a clássica com um núcleo (71,4%). Este é um dado que está em linha com os resultados provisórios dos Censos 2021, referentes ao tipo de composição dos agregados domésticos privados, na zona centro do país (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

O número médio de membros que compõem as famílias da UFSMBRF, é de 2,9. Segundo os Censos de 2011, acerca da dimensão média das famílias clássicas no concelho de Coimbra, o valor era ligeiramente inferior (2,4) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021).

Resultados semelhantes, em relação a estas características dos agregados familiares (tipo de família e número de membros), foram obtidos por Gonçalves (2013), Costa (2013), Campos (2019) e Regadas (2021). Por sua vez, na pesquisa desenvolvida por Fernandes (2014), no concelho da Maia, prevaleceram as famílias clássicas com dois núcleos.

Petronilho (2013), no estudo que desenvolveu na região norte do país (mais especificamente nas sub-regiões do Cávado e Ave), em que também avaliou a evolução da dependência do AC, até três meses após a alta hospitalar, de 273 pessoas internadas, verificou que as famílias clássicas que participaram na sua pesquisa eram constituídas por um ou 2 núcleos.

Bento (2020) na investigação realizada com pessoas dependentes no AC, referenciadas e admitidas para cuidados no domicílio, prestados pelas ECCL, do agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego da região Centro, constatou que os agregados familiares eram na sua maioria formados por um núcleo.

Rodrigues (2020) realizou um estudo para descrever a dependência no AC e a prestação de cuidados ao familiar dependente, no contexto das famílias da freguesia de Granja do Ulmeiro (concelho de Soure, distrito de Coimbra). Também confirmou famílias com um núcleo, bem como 3 elementos do agregado familiar.

Estes resultados são consequentes do aumento do índice de envelhecimento da população portuguesa (de 127,8% em 2011 para 182,1% em 2021), que se traduz numa diminuição da natalidade e no aumento da esperança de vida ao nascer (79,8 anos em 2011 e 81,1 em 2019) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021). Com estas alterações populacionais em termos de número de indivíduos e faixas etárias, é inevitável que a tipologia da família sofra alterações.

Dessas alterações, emerge a necessidade de manter as pessoas com algum grau de dependência no meio familiar, no qual existem cada vez menos recursos humanos disponíveis. Para desempenharem de forma eficaz o seu papel, os MFPC necessitam de suporte por parte da sociedade e encaminhamento para apoios sociais e de saúde. É fundamental que os enfermeiros conheçam as funções e papéis de cada família, para criarem estratégias específicas para debelarem o mais possível as dependências no AC dos seus familiares (Martins, Martins & Martins, 2017).

O perfil sociodemográfico dos 35 PC indica que, na sua maioria, são do sexo feminino (80%), com uma média de idades de 65,8 anos (embora com um desvio padrão de 10,1, atingindo o valor máximo de 89 anos), casados (74,3%), com um nível de escolaridade que atinge na mesma proporção o primeiro ciclo e o ensino superior (25,7%), sem

ocupação profissional (68,7%, sendo que 31,5% encontram-se ocupados profissionalmente) e filhos (as) das pessoas dependentes (60%). 91,4% dos PC coabita com a pessoa dependente.

Os estudos realizados em alguns concelhos no país, anteriormente referenciados, atestam estes resultados acerca do perfil do MFPC. Contudo, Gonçalves (2013) obteve diferenças no nível de escolaridade, em que cerca de metade dos prestadores possuíam apenas o 1º ciclo do ensino básico, e na ocupação profissional, em que a maioria ainda trabalhava. Costa (2013), identificou características distintas da UFSMBRF, relativas às questões da escolaridade (ensino básico), profissão (com ocupação profissional) e no grau de parentesco que predomina (cônjuge). Por sua vez, Rocha (2015), apresentou na sua tese diferenças quanto à média de idades do PC, que é cerca de dez anos menor e o nível de instrução (o primeiro ciclo do ensino básico). Campos (2019), também obteve uma faixa etária e um nível de escolaridade menores e em termos de grau de parentesco, predominavam os cônjuges. Nos estudos realizados por Petronilho (2013) e por Regadas (2021), o MFPC também era mais novo (cerca de dez anos) e menos instruído (primeiro ciclo). Bento (2020) encontrou em maior proporção, MFPC cônjuges, com o primeiro ciclo. Rodrigues (2020) também confirmou o mesmo nível de instrução, mas os PC eram cônjuges e filhos.

O perfil do MFPC da UFSMBRF vai ao encontro da generalidade dos estudos centrados nestas pessoas: mulheres, acima dos 65 anos, pensionistas (decorrentes da idade), familiares. Também há a realçar o facto de 31,5% dos PC apresentarem uma atividade profissional, o que poderá indiciar uma menor disponibilidade para tomar conta da pessoa dependente, bem como o dado de 34,3% ser cônjuge, o que vai de encontro à média de idades ser alta.

Existe um número cada vez maior de pessoas mais velhas a assumir a responsabilidade de cuidar do seu familiar dependente, acentuando-se a importância do papel de PC, como foco de atenção dos cuidados de ER, claramente enfatizados no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015).

As intervenções do EEER face aos PC desenvolvem-se em vários níveis, nomeadamente: na capacitação dos mesmos para realização de cuidados à pessoa dependente, na prevenção do aparecimento de complicações, no estabelecimento de objetivos reais e atingíveis com o programa de reabilitação, no desenvolvimento de estratégias adaptativas e no conhecimento do material de apoio existente (Santos, 2019).

As 37 pessoas dependentes do estudo apresentam algumas características que comprovam alguns dados, já evidenciados em outros estudos acerca da dependência no AC. Em síntese, estas pessoas são na sua maioria mulheres (54,1%), com uma média de 83,1 anos, casadas/união de facto (51,4%), com o primeiro ciclo (54,1%) e todas reformadas.

Em relação aos estudos de investigação anteriormente referidos, encontram-se ligeiras diferenças no perfil da pessoa dependente, nomeadamente: estado civil viúvo por Gonçalves (2013) e Rodrigues (2020), média de idade de seis a dezasseis anos mais baixa por Petronilho (2013), Fernandes (2014), Campos (2019), Bento (2020) e Regadas (2021), sexo masculino por Bento (2020) e analfabetismo por Petronilho (2013).

A questão da prevalência de mais mulheres dependentes no AC, é um dado compatível com um maior número de mulheres na população portuguesa (52,4% mulheres e 47,6% homens, segundo os Censos 2021), com uma esperança média de vida superior à dos homens (em 2020, 83,4 anos para as mulheres e 77,7 anos para os homens, segundo dados da Pordata). Na união de freguesias em causa, a realidade da proporção da população de acordo com o sexo, é idêntica à do país. (8235 mulheres e 7086 homens). Em relação à idade, os dados do estudo mostram que a média de idades superior aos 80 anos é consistente com o aumento do número de pessoas no grupo etário acima dos 65 na UFSMBRF (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Estes dados, dão mais uma vez evidência ao facto de a dependência no AC afetar, em particular, as pessoas mais idosas e estar por isso, intimamente ligada ao envelhecimento da população.

À idade surge ligado o dado da profissão das pessoas dependentes (reformadas), o nível de escolaridade baixo (primeiro ciclo) e o facto de 48,6% das pessoas serem viúvas. Na UFSMBRF, o estado civil predominante é casado (compatível com os 51,4% referidos anteriormente), mas o número de pessoas por nível de escolaridade é maior no ensino superior e, inclusive o número de elementos com apenas o primeiro ciclo diminuiu em relação aos Censos de 2011. (Instituto Nacional de Estatística, 2021)

Indubitavelmente, o EEER, assume cada vez mais um papel importante nos cuidados geriátricos, através da implementação de planos de cuidados especializados que maximizem a capacidade funcional da pessoa idosa, habilitando-a para uma maior autonomia e independência no AC, fomentando desta forma a sua qualidade de vida (Pires, Martins, Gomes, Monteiro, & Ribeiro, 2019).

Relativamente às variáveis inerentes à dependência, verifica-se que para estas pessoas, este problema instalou-se de forma gradual (73%), consistente com as principais causas, a doença crónica (56,8%) e o envelhecimento (51,4%). A condição de dependência está instalada, em média há 4,2 anos, embora importa notar que o desvio padrão é de 4,8, o que indica a existência de diferenças entre os casos da amostra (uma das pessoas da amostra está dependente há 22 anos).

A mudança do estado de independência para dependência insere-se no conceito de transição saúde/doença e de desenvolvimento, relacionada com o processo de envelhecimento (Ribeiro & Pinto, 2014).

Quanto aos recursos de saúde, constata-se que as pessoas dependentes são polimedicadas (apenas uma pessoa não toma qualquer medicamento), consumindo em média de 7,7 fármacos diferentes (existindo uma pessoa que consome 19 medicamentos distintos), com uma toma média de 3,2 medicamentos por dia. Os episódios de internamento ou deslocação ao SU no último ano foram na sua maioria escassos (62,2% sem internamentos e 40,5% sem necessidade de ir ao SU), mas evidenciam-se os seguintes dados: 37,8% estiveram internados pelo menos uma vez (dos quais duas pessoas estiveram mais de três) e 59,4% deslocaram-se pelo menos uma vez ao SU (das quais cinco pessoas foram mais de três vezes).

Os estudos publicados acerca desta temática (Gonçalves, 2013; Silva, 2011; Costa, 2013; Fernandes, 2014; Rocha, 2015; Campos, 2019; Regadas, 2021), corroboram com a instalação gradual da dependência, devido ao envelhecimento e doenças crónicas, com duração de dependência variável (dos 4 aos 11 anos); confirmam regimes medicamentosos complexos, em termos de variedade de fármacos (5 a 6 fármacos) e tomas por dia (4 a 9 tomas); indicam que o recurso ao SU e necessidade de internamento é variável (ao SU de nenhuma a duas vezes por ano; a maioria sem internamentos).

Campos (2019), depreendeu a existência de problemas no âmbito da gestão do regime medicamentoso entre a população idosa, com baixo nível de escolaridade e com regimes medicamentosos complexos, provocando descompensação da doença crónica. Para além destes fatores alia-se o perfil dos cuidadores, também idosos e com baixo nível de literacia (Ribeiro & Pinto, 2014).

O AC para o qual, as pessoas mais evidenciam necessidade de ajuda total do MFPC é o referente a “Andar de cadeira de rodas” (62,5%), embora seja importante referir que apenas oito indivíduos utilizam este equipamento. Os AC cuja concretização, implica uma ajuda parcial do MFPC são os inerentes a “Tomar banho” (70,3%), “Alimentar-se”

(67,6%), “Vestir-se e despir-se” (64,9%), “Arranjar-se” (64,9%), “Tomar a medicação” (56,8%), “Andar” (51,4%) e “Usar o sanitário” (43,2%). Os AC, em que se verifica que, na sua maioria, as pessoas são completamente independentes são: “Virar-se” (70,3%), “Transferir-se” (54,1%) e “Elevar-se” (35,1%). É de salientar que nenhuma pessoa se encontra dependente de equipamento na globalidade dos autocuidados, apenas 29,7% necessita de auxiliar de marcha para andar.

O score 2 (necessita de ajuda de pessoa) é aquele que atinge valores mais significativos, compreendendo-se desde já, que os familiares se encontram “dependentes em grau moderado” nos AC referentes à higiene pessoal (tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se), à alimentação, à eliminação vesical e intestinal, à marcha e ao cumprimento do regime medicamentosos instituído.

O score 4 (completamente independente) é significativo nos AC relativos à mobilidade das pessoas (virar-se, transferir-se e elevar-se).

Em concordância com estes dados, torna-se evidente que os equipamentos não são tidos em consideração aquando da realização dos AC nos vários domínios (as percentagens variam entre 2,7% e 29,7%).

Quando se tenta compreender quais os AC que o MFPC necessita de intervir (seja com ajuda total ou ajuda parcial), percebe-se que os domínios da higiene pessoal continuam a atingir os valores mais elevados (“Tomar banho” com 94,6%, “Arranjar-se” com 91,9% e “Vestir-se e despir-se” com 89,2%), em conjunto com o uso da cadeira de rodas (87,5%) e a toma da medicação (86,5%). Com valores intermédios, encontram-se os AC “Alimentar-se” (78,4%), “Andar” (67,6%) e “Usar o sanitário” (59,4%). Os domínios do AC referentes à mobilidade são, como era de prever pela análise anterior, aqueles em que menos pessoas dependentes necessitam de ajuda (“Virar-se” com 27%, “Transferir-se” com 37,8% e “Elevar-se” com 45,9%).

Em relação a estes últimos domínios da mobilidade física, apesar de terem percentagens mais baixas (entre 27% e os 46%), também é importante refletir que estas pessoas necessitam de ajuda total ou parcial do PC, para alternarem posicionamentos no leito, levantarem-se da cama e transferirem-se da cama para a cadeira e vice-versa, ou seja, trata-se da sua capacidade de mudar de posição e sair da cama, o que prevê níveis de dependência altos para os restantes AC. Esta situação conhecida como “pessoa acamada” ou “grande dependente”, implica diversos riscos para a pessoa dependente a nível da sua condição de saúde, assim como exige cuidados mais complexos ao PC.

Ainda acerca das pessoas alectuadas, o OPSS (2015) considera que, tendo por base os estudos realizados nos vários concelhos do país, "(...) nos 3 869 188 agregados familiares existentes em Portugal (Censos 2011), haverá 1 10 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes «acamadas»" (p.87).

Indo ao encontro do exposto anteriormente, verifica-se que o nível global de dependência de cada pessoa apresenta uma média de 2,3 (necessidade de ajuda de outro), com um mínimo de 1 (dependente, não participa), um máximo de 3,4 (não atingindo o completamente independente).

Na maioria dos estudos analisados, que avaliam o nível de dependência, verifica-se, uma grande concordância com estes resultados.

No concelho do Porto, Gonçalves (2013), à semelhança da UFSMBRF, concluiu que os AC em que se verificou uma maior dependência foram: "Alimentar-se", "Arranjar-se", "Tomar banho", "Tomar a medicação" e "Vestir-se e despir-se". Os domínios menos afetados foram os do "Transferir-se", "Levantar-se" e "Posicionar-se". Silva (2011) acrescentou ainda que, em termos de dependência global, cerca de 80% das pessoas se encontravam no score 2 e que um terço das pessoas eram "acamadas".

No concelho de Lisboa, também Costa (2013), concluiu que, a maioria das pessoas dependentes no AC precisa de ajuda de pessoa e que uma pessoa em cada três é um "grande dependente". Os AC que revelaram maior dependência foram os relacionados com a higiene pessoal e os AC em que o nível de dependência é menor foram os inerentes à mobilidade (já anteriormente referenciados).

Fernandes (2014) e Rocha (2015), no concelho da Maia, comprovaram que a dependência global recai na ajuda parcial e que os AC, onde se verificou um maior número de dependentes foi no "Alimentar-se", "Tomar banho" e o "Vestir-se e despir-se". O único domínio do AC em que o grau de dependência era menor, referiu-se ao "Virar-se".

Em Matosinhos, Campos (2019) atestou que os AC relativos à higiene pessoal são aqueles em que havia mais pessoas dependentes, enquanto que os AC inerentes à mobilidade requeriam menor intervenção do MFPC. Esta autora também confirmou que, em termos de dependência global, a maioria das pessoas dependentes necessitava de ajuda do PC e que existiam 42% "grandes dependentes".

Regadas (2021), no concelho de Paços de Ferreira, concluiu que nos domínios do AC: tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se e tomar a medicação, a

maioria das PD necessitavam de ajuda de pessoa e nos domínios de AC elevar-se, virar-se e transferir-se, as pessoas eram maioritariamente independentes. Em semelhança aos estudos anteriores, também neste concelho as pessoas necessitavam, no mínimo, de ajuda de pessoa para realizar pelo menos uma atividade do AC e comprovou a existência de 30 a 40% de “pessoas acamadas”.

Petronilho (2013), comprovou que o score médio de dependência global no AC, ao terceiro mês após a alta hospitalar, era de 2. Quanto aos AC, os domínios “Usar cadeira de rodas”, “Tomar a medicação”, a área do asseio pessoal, “Tomar a medicação” e “Alimentar-se” foram os que obtiveram maior percentagem de níveis de dependência. Por outro lado, os domínios “Elevar-se” e “Virar-se” indicaram uma menor percentagem de pessoas dependentes.

Rodrigues (2020) concluiu que a dependência da pessoa cuidada foi elevada, especialmente nos AC “Alimentar-se”, higiene pessoal, “Uso do sanitário” e “Andar”. O AC “Virar-se” foi aquele que obteve menor percentagem de dependência. Globalmente, também a maioria das pessoas dependentes necessitava de ajuda de outra pessoa.

As situações de dependência afetam de forma heterogénea os diferentes domínios do AC e a necessidade de recorrer ao PC é um processo progressivo, que geralmente se inicia nas AVD's inerentes à higiene pessoal, alimentação e toma da medicação, para as quais o uso de equipamentos não é prática habitual. Por sua vez, com a utilização de um equipamento tão comum como é uma bengala, as pessoas dependentes podem continuar a assegurar os AC que requerem alguma mobilidade (Gonçalves, 2013).

Petronilho, Magalhães, Machado & Vieira (2010), num estudo acerca do AC, identificaram alguns fatores determinantes para a perda de autonomia, ao nível das alterações dos processos corporais: perda de força muscular global, perda de equilíbrio, perda de capacidade para realizar movimentos articulares finos e perda da capacidade na coordenação dos movimentos. Consideram também que os AC inerentes à mobilidade apresentam um forte impacto na autonomia das pessoas e as alterações corporais do sistema neurológico são as que provocam maior dependência na realização das AVD's.

As atividades com maior dependência são precisamente “(...) aquelas cuja execução exige maior amplitude e coordenação do movimento, maior capacidade motora fina e grosseira, bem como maior destreza manual, força muscular ou equilíbrio corporal (...)” (Ribeiro & Pinto, 2014, p.33)

A variação da dependência no AC encontra-se relacionada com o potencial de reconstrução de autonomia, força muscular global, risco de úlcera de pressão, compromisso nos processos corporais e idade do dependente (Petronilho, 2016).

O potencial de reconstrução de autonomia está interligado ao conceito de AC, sendo determinante na evolução da condição de saúde da pessoa. “Este é influenciado por processos corporais, processos mentais, presença de doenças crônicas, idade, consciencialização, atitude face à vida, significado atribuído e envolvimento na recuperação da autonomia” (Petronilho, Pereira, Magalhães, Carvalho, Oliveira & Castro, 2017, p.41). Os autores acrescentam ainda influência dos fatores externos, como os processos familiares, a comunidade, a sociedade e as terapêuticas de enfermagem.

Quanto aos AC, o “andar”, que neste estudo apresentou valores intermédios de compromisso, evidencia especial importância, porque pode significar independência e capacidade para realizar de forma autónoma as AVD. O diagnóstico de enfermagem de “Andar comprometido”, é frequente na população idosa, torna-a vulnerável e suscetível a vários riscos. Este AC é uma resposta humana com especial interesse para o EEER (Marques-Vieira & Caldas, 2017).

São vários os fatores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, autonomia, independência e qualidade de vida, nomeadamente: patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos (quedas), os internamentos institucionais, as alterações da estrutura familiar e as inaptações ao meio habitacional, exigindo uma avaliação e intervenção multidisciplinares, aos níveis local, regional e nacional (DGS, 2006).

Fonseca, Lista, Redol & Rocha (2018) publicaram uma revisão sistemática da literatura acerca dos indicadores sensíveis aos cuidados de ER, tendo concluído estes têm clara influência na saúde das pessoas dependentes no AC com patologias crónicas, sendo que a readaptação e reeducação funcional, bem-estar e autocuidado e qualidade de vida, são os domínios que mais se destacam. “A ER assume um papel fundamental na sociedade contemporânea (...) na resposta à instalação do paradigma da cronicidade e da dependência, pelo envelhecimento das populações e (...) comorbilidades associadas” (p.14).

Conforme o Regulamento n.º 392/2019 são competências específicas do EEER: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa. As competências reguladas do EEER colocam-no numa posição de elevada relevância, no sentido de ajudar a pessoa dependente a atingir o melhor nível possível de qualidade de vida e a maximizar a sua funcionalidade e independência física, emocional e social (Pestana, 2017).

## CONCLUSÃO

Tendo por base a apresentação e a discussão dos resultados obtidos ao longo deste estudo, é importante destacar os pontos essenciais do trabalho desenvolvido, apresentar as principais conclusões, limitações da investigação e algumas sugestões para investigações futuras.

Conhecer a dependência no AC das pessoas dependentes integradas nas famílias clássicas da UFSMBRF foi a linha condutora desta investigação. Identificou-se que a prevalência de famílias clássicas, que integram familiares dependentes no AC no domicílio é de 11,1%. Destas, é importante destacar que três famílias apresentam simultaneamente pessoas dependentes no AC no domicílio e institucionalizadas e que duas famílias integram dois membros nesta condição.

Os alojamentos das 35 famílias estudadas, tratam-se na sua maioria de moradias, com boas condições gerais (sem necessidade de reparações e com aquecimento), sem condições de acessibilidade para PMC, com médias de cerca de 172 m<sup>2</sup> de área útil, de 4 divisões e 3 de ocupantes.

A generalidade destas famílias não tem mais de um núcleo, sendo constituída, em média, por três pessoas. Os rendimentos mensais do agregado familiar situam-se entre os 1001 e 2000 euros.

Relativamente ao perfil dos 35 PC, são maioritariamente: mulheres, com média de idade de 66 anos, casados, com níveis escolaridade repartidos em igual percentagem entre o primeiro ciclo e o ensino superior, reformados, filhos das pessoas dependentes, com as quais coabitam.

As 37 pessoas dependentes são, na sua maioria, do sexo feminino, com uma média de idades de 83 anos, casados, reformados e não têm mais do que o primeiro ciclo do ensino básico.

As pessoas dependentes no AC encontram-se nesta condição há cerca de quatro anos, na sequência de um processo que se instalou de forma gradual, originado por doenças crónicas e pelo envelhecimento. Apresentam regimes medicamentosos complexos (em média oito fármacos diferentes e três medicamentos por toma diária), não tendo a maior parte das pessoas recorrido no último ano ao SU ou internamento.

No que se refere às necessidades de AC da pessoa dependente, constata-se que os diferentes domínios se encontram alterados de forma heterogénea. De facto, os domínios inerentes à higiene pessoal, uso de cadeira de rodas e toma da medicação são aqueles que se encontram mais frequentemente comprometidos, enquanto que os domínios inerentes à mobilidade são os menos afetados. Quanto a estes últimos, referentes ao “posicionar-se”, “levantar-se” e “transferir-se”, permite inferir que entre 27% e os 46% das pessoas se encontrem alectuadas. Para além disso, concluiu-se que a maior parte das pessoas dependentes necessita de ajuda do MFPC na realização dos AC.

Estes resultados indicam que a maioria das pessoas estudadas, é dependente nos AC referentes à higiene pessoal, mas que ainda se posicionam na cama, levantam e transferem, o que sugere que os MFPC valorizam a mobilidade do seu familiar, mas no que se refere aos cuidados pessoais preferem a substituição. As razões podem estar relacionadas com o desconhecimento da existência ou a impossibilidade da aquisição dos produtos de apoio, bem como a falta de conhecimentos acerca das estratégias adaptativas específicas para cada domínio do AC. Para além disso, o que parece ocorrer é que o MFPC substitui a pessoa dependente, em prejuízo da promoção da sua capacidade de AC. Existe ainda a crença que os mais idosos devem ser cuidados e não incentivados a autocuidar-se, associado à falta de disponibilidade ou de vontade em esperar que a pessoa dependente inicie e termine o AC, fornecendo-lhe apenas as indicações necessárias.

Relativamente à generalização dos resultados da amostra à população total da UFSMBRF, é possível considerar que, de acordo com o tipo de estudo e com o processo de amostragem, existam 11,1% famílias com pessoas dependentes, ou seja, cerca de 698 no total (tendo em conta que os agregados familiares segundo os Censos 2021 são 6289).

Os resultados obtidos correspondem às bases teóricas que guiaram a investigação e vão de encontro aos estudos populacionais já realizados em Portugal. Comprovam a existência de pessoas dependentes no AC integradas nas famílias, prevendo-se que esta realidade se vá intensificar com o envelhecimento populacional. Os resultados atestam também que a idade e as doenças crónicas provocam dependência e que os MFPC se encontram na faixa etária dos idosos, ou seja “idosos a cuidar de idosos”. Este é um problema que vai além das pessoas dependentes e dos seus familiares; é uma

questão da sociedade, para a qual é necessária intervenção política, que garanta a saúde e o bem estar das pessoas.

Considera-se que a ECCI é o contexto ideal de intervenção nesta população, uma vez que é uma equipa domiciliária, que se insere na RNCCI, que intervem no ambiente habitual de vida das pessoas dependentes e procura promover e/ou recuperar a saúde das mesmas. Nesta equipa, os cuidados de reabilitação promovidos pelo EEER, poderão constituir-se uma mais valia na autonomia das pessoas, na gestão do regime terapêutico, na capacitação do cuidador familiar para o exercício do papel e no próprio contexto familiar, através da avaliação das condições habitacionais e na orientação para as alterações necessárias na estrutura física.

No âmbito das equipas comunitárias, o EEER procura melhorar a função e promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, como tal, o seu papel na equipa de saúde, é fulcral para que as pessoas mantenham ou recuperem as capacidades funcionais, que lhe permitam ser independentes ou autónomos nas AVD's. No seio da ECCI, reconhecem-se as competências do EEER e a sua autonomia na tomada de decisão.

A identificação do tipo e do nível de dependência no AC, em contexto domiciliário, permite um melhor planeamento de assistência às pessoas dependentes e respetivos PC e uma intervenção mais realista, por parte das Administrações Regionais de Saúde e dos próprios municípios (câmaras municipais e juntas de freguesia), o que trará benefícios para as famílias e comunidade.

Ao EEER caberá a assistência às pessoas dependentes no AC que permanecem no seio da família e a capacitação do cuidador familiar para o exercício do papel, de forma a garantir o menor nível de dependência possível e o desenvolvimento de competências, através da aquisição de conhecimentos e da adoção das estratégias adaptativas específicas a cada situação.

Admite-se que este estudo apresente algumas limitações que podem ter condicionado os resultados e que merecem uma análise, nomeadamente: as pessoas que não atenderam as campanhas. Nesta situação, percebeu-se que haviam casas desabitadas, as pessoas não se encontravam no domicílio (a pesquisa também coincidiu com horários laborais) ou mesmo por decisão própria e legítima de não abrir a

porta a desconhecidos. Portanto, ficou por conhecer a realidade destas famílias, o que poderia alterar de alguma forma os resultados.

No entanto crê-se que este trabalho é um contributo científico para a área de intervenção do EEER e considera-se como um ponto de partida para futuras investigações.

Uma vez que não existiam conhecimentos acerca da dependência no AC na UFSMBRF, a investigação foi orientada para descrever esta problemática. É pertinente que se replique este estudo a todas as freguesias do concelho de Coimbra conforme está previsto, para que haja um conhecimento global das características desta população. Face aos resultados obtidos, considera-se também pertinente a realização de investigações que possam medir indicadores de qualidade de enfermagem, resultantes da intervenção do EEER. Neste contexto, após ser claro que a maioria das pessoas dependentes necessita de ajuda do cuidador para concretizar os autocuidados, sugere-se que a nível da comunidade, na ECCL desta união de freguesias, haja um planeamento de intervenções de ER e se estude a sua interferência na mudança do status dos diagnósticos de enfermagem. Esta intervenção à pessoa e familiar cuidador terá de ter em atenção, a baixa adesão ao uso de equipamentos, bem como, o facto do MFPD ainda procurar “substituir”, em vez de “incentivar”. Este estudo não teve como objetivo, descrever a intervenção do MFPD, mas houve muitas situações em que as pessoas tinham claramente capacidades para realizar determinadas atividades, mas referiram ter a ajuda do familiar.

Em síntese, o aumento da longevidade, a prevalência das doenças crónicas, a dependência e a incapacidade, são aspetos que colocam novos desafios à enfermagem. Na área de intervenção dos EEER estão presentes a qualidade de vida, a adaptação às limitações, viver em harmonia com o meio, tornar a pessoa autónoma e capaz, o que pode traduzir um contributo válido para esta realidade. O EEER é considerado um profissional estruturante para implementar e gerir programas de reabilitação, adequados ao processo global de recuperação funcional da pessoa, desenvolvendo um papel crucial junto da pessoa, família e da equipa de multidisciplinar. Os planos de reabilitação realizados em contexto de domicílio podem contribuir para uma melhor efetividade na capacitação da pessoa e cuidador, no processo de autogestão das doenças crónicas, com melhoria da capacidade funcional e com evidentes ganhos em saúde.

O trabalho desenvolvido permite afirmar do cumprimento dos objetivos definidos para o estudo. Espera-se que os resultados desta investigação, possam contribuir para o conhecimento do tipo e do nível da dependência no AC das pessoas dependentes, integradas no contexto familiar, e dessa forma, demonstrar a necessidade e a possível mais valia da intervenção dos EEER, tanto no processo de reconstrução de autonomia, como nos processos de transição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa, Portugal: ACSS, Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Recuperado de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio\\_-\\_Monitorizacao\\_RNCCI-2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_-_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf)
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). *Contributos para o Plano Nacional De Saúde 2011-2016*. Recuperado de <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Bento, M. (2020). *Contributos para a definição de um modelo organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário: Estudo realizado nas ECCI do ACES Baixo Mondego* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Bub, M.B., Medrano, C.M., Silva, C.D., Wink, S., Liss, P.E., & Santos, E. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 15:152-157. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/tce/a/LP6Z97VFMXBTRKkHqwyJQBj/?format=pdf&lang=pt>
- Câmara Municipal de Coimbra. (2019). *Câmara Municipal de Coimbra*. Acedido 23 de outubro de 2020. Recuperado de <https://www.cm-coimbra.pt>
- Campos, M. (2019). *Contributos para um modelo de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem nas equipas de cuidados continuados integrados* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Local de Ação Social de Coimbra. (2018). *Diagnóstico social do concelho de Coimbra*. Recuperado de <https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2018/06/Diagno%CC%81stico-Social-2018.pdf>

- Costa, A. C. J. S. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - Estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República nº 109/2006 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Diogo, M. J. D. E. (2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista latino-americana enfermagem*. v. 8, n. 1, p. 75-81. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12437>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Drago, S., & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Revista Millenium*, 43, 79-94.
- Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L., & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 41(2), 317–325. <https://doi.org/10.1590/s0080-6234200700020002>
- Eufrásio, M. (2015). *Transições de Saúde: Cinco anos de vida após transplantação cardíaca* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Fernandes, P. (2014). *Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia: Caracterização das necessidades da pessoa dependente* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Fonseca, C., Lista, A., Redol, F., & Rocha, J. (2018). Pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade, indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação: Revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 70–88.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F., Côte, J., Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência.

- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Dimensão média das famílias segundo os Censos*. Lisboa: PORDATA. Recuperado de <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. Lisboa: PORDATA. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-525>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*. Lisboa: PORDATA. Recuperado de <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *População residente segundo os Censos: total e por sexo*. Lisboa: PORDATA. Recuperado de <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Indicadores de envelhecimento*. Lisboa: PORDATA. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. Lisboa: PORDATA. Recuperado de <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos*. Lisboa: PORDATA. Recuperado de <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Gonçalves, P. J. P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Portugal.
- Gusmão, S. M., Amaral, A. K. F. J., Rodrigues, T. P., Xavier, M. L. A. G., Chianca, I. M. M., Moreira, M. A. S. P., & Silva, A. O. (2018). Funcionalidade Em Idosos: Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2), 942.

- Henriques, A. (2013). *Impacto da atividade física habitual na independência funcional da pessoa idosa em contexto de centros de dia* Alda Maria Santos Alves Henriques Coimbra (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Conceito de Família Clássica*. Recuperado de <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1123>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Censos 2011, informação estatística*. Recuperado de [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos\\_quadros](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros)
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente em Portugal*. Recuperado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt).
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021, resultados provisórios*. Recuperado de: [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)
- Jesus, I. S.; Oliveira, M.; Silva, S.; Polaro, S.; Radünz, V.; Santos, E., Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*, 43(3), 690-695. Recuperado de: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en\\_a28v43n3.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a28v43n3.pdf)
- Lwanga, S. & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva: World Health Organization.
- Marques-Vieira, C., & Caldas, A. (2017). A relevância do andar: Reabilitar a pessoa com andar comprometido. In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.547-557). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4
- Martins, M., Martins, A. C., & Martins, A. R. (2017). Reeducação familiar/social - Reconstrução da vida familiar e social no processo de reabilitação. In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.67-76). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 6(42), 255-259.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nurse Science*, 23(1), 12-28. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4ª ed.). Estados Unidos da América: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, Estados Unidos da América: Springer Publishing Company.
- Nações Unidas - Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental (s.d.). *Envelhecimento*. Recuperado de: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de enfermagem ESS/IPS Campus do IPS, Portugal. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/303686244\\_Consideracoes\\_eticas\\_a\\_atender\\_nos\\_trabalhos\\_de\\_investigacaoacademica\\_de\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/303686244_Consideracoes_eticas_a_atender_nos_trabalhos_de_investigacaoacademica_de_enfermagem)
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Setúbal: Edição Departamento de enfermagem ESS/IPS Campus do IPS, Portugal. ISBN: 978-989-54837-0-9 Recuperado de: [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*. Lisboa: OPSS. Recuperado de <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2015/>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2021). *20 anos de Relatórios de Primavera - Percurso de Aprendizagens*. Lisboa: OPSS. Recuperado de [https://mcusercontent.com/b826be5c93722e0818a99c861/files/e3f64342-073c-ae66-db69-f1dc451a730e/RP\\_2021.01.pdf](https://mcusercontent.com/b826be5c93722e0818a99c861/files/e3f64342-073c-ae66-db69-f1dc451a730e/RP_2021.01.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Autor. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Asembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Autor. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf)

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

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01)

O'Young, B., Young, M., & Stiens, S. (2000). *Segredos em medicina física e de reabilitação*. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN: 85-7307-542-2.

Pereira, R., Silva, S., Martins, M., Gomes, B., Aguilera, J., & Santos, J.de Jesus Silva, I., de Fátima Vieira Oliveira, M., Dias da Silva, S. É., Isse Polaro, S. H., Radünz, V., Atherino dos Santos, E. K., & de Santana, M. E. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: Uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 43(3), 690–695. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>

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

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: Estudo exploratório*

- sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Petronilho, F. (2016). *Ganhos em Saúde na RNCCI: O caso dos dependentes acompanhados pelos PC da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave*. Centro de Investigação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga.
- Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro, P., & Machado, M. (2010). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº14), 39–48
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.3-21). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4
- Pires, R., Martins, M. M., Gomes, B., Monteiro, C., & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – Programa TEIA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 90–101. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.11.4557>
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed
- Polit, D., & Beck, C. (2019) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9ªed.). Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-8271-489-8
- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 21, 5 – 7.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. IV, 157-164.
- Regadas, S. (2021). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

- Regulamento n.º 350/2015. *Diário da República N.º 119/2015 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. *Diário da República N.º 85/2019 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: Um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27–36. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-90252014000100005&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252014000100005&lng=en&tlng=en)
- Rocha, M. (2015). *Dependência no autocuidado em contexto familiar: Estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia* (Tese de doutoramento) Universidade do Porto, Portugal.
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. (Ensaio da Fundação; Vol. 85). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-8863-74-4
- Rodrigues, C. (2020). *Famílias com pessoas dependentes no autocuidado: Implicações para o enfermeiro de família* (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal.
- Santos, C. A. da S. (2019). *O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários: Revisão da literatura*. 67. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/5465>
- Schoenmakers, B. (2005). *Desenvolvimento de uma metodologia de amostragem para caracterização da ocupação do solo de Portugal continental*. Curso de Mestrado. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

- Silva, R. (2011). *Dependência no Autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno* (Tese de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Silva, A. (2012). *Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto* (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/11409>.
- Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4). doi: 10.1080/110381200300008724
- Teixeira, S.; Carvalho, A.; Cruz, S. (2016). Avaliação do autocuidado como indicador para supervisão clínica em enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(3), 356-362. doi: 10.15253/2175-6783.2016000300008
- Trigo, M. (2012). *Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado: Estudo descritivo de base populacional no concelho da Maia* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9299>.
- União das freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades. (2019). *Demografia*. Acedido a 23 de outubro de 2020. <http://saomartinhodobispoeribeiradefrades.pt/>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados. (2016). *Cuidados continuados saúde e apoio social: Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Recuperado de <https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e>
- Veríssimo, M. (2014). *Geriatría fundamental Saber e Praticar* (1ªed.). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

**Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”**

CODIFICAÇÃO:

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

#### INQUÉRITO PRELIMINAR

Aceita responder ao inquérito preliminar?  Sim  Não

Se não, porque:

 Não quer  Não reside  Não pode  Não tem tempo  Outro

Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

 Sim  Não

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

 Sim  Não

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

 Sim  NãoAceita 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 (baraca, móvel, improvisado)

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

- Muito grandes  Grandes  Médias  Pequenas  Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC?  Sim  NãoÁrea útil    m<sup>2</sup>N.º divisões  N.º ocupantes  

Alojamento com:

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim                   | Não                   | Sim                   | Não                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- Retrete  
Água canalizada  
Instalação de banho ou duche  
Aquecimento

#### FAMÍLIA

Tipo de família

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

Rendimentos do agregado / mês

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

Número de membros da família



23967

2 / 2

**PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO****Perfil 1** Prestador de cuidados  Parente dependente institucionalizado  Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado**Coabita com o dependente?**  Sim  Não**Sexo** M  F

--	--

**Idade****Estado civil**

- 
- Casado/ União de facto
- 
- 
- Solteiro
- 
- 
- Viúvo
- 
- 
- Divorciado

**Nacionalidade**

- 
- Portuguesa
- 
- 
- Não portuguesa (especificar)

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

**Nível de escolaridade**

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

**Parentesco**

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

**Profissão**

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

**Perfil 2** Prestador de cuidados  Parente dependente institucionalizado  Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado**Coabita com o dependente?**  Sim  Não**Sexo** M  F

--	--

**Idade****Estado civil**

- 
- Casado/ União de facto
- 
- 
- Solteiro
- 
- 
- Viúvo
- 
- 
- Divorciado

**Nacionalidade**

- 
- Portuguesa
- 
- 
- Não portuguesa (especificar)

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

**Nível de escolaridade**

- 
- Nenhum
- 
- 
- Ensino básico - 1.º ciclo
- 
- 
- Ensino básico - 2.º ciclo
- 
- 
- Ensino básico - 3.º ciclo
- 
- 
- Ensino secundário
- 
- 
- Ensino superior

**Parentesco**

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

**Profissão**

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



17099

1 / 18

CODIFICAÇÃO:

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

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE II - FORMULÁRIO PCD

#### PESSOA DEPENDENTE

**Sexo**

- M  
 F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (e especificar)

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

**Nível de escolaridade**

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

**Profissão**

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

**Situação que originou a dependência**

Sim Não

- Envelhecimento  
 Acidente  
 Doença aguda  
 Doença crónica  
 Outra

**Instalação da dependência**

- Súbita  
 Gradual

**Tempo de dependência**

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

**Consumo medicamentos**

- Não  
 Sim

**Variedades de fármacos (n.º)**

--	--

**Número de fármacos nas tomas/dia**

--	--

**Internamentos no último ano**

- Nenhum  
 Um  
 Dois  
 Três  
 Mais de três (especificar)

--	--

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

- Nenhuma  
 Uma  
 Duas  
 Três  
 Mais de três (especificar)

--	--

#### AUTOCUIDADO: Tomar banho

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

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

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

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

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama  
 No chuveiro/banheira  
 Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro

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

- Sempre  Às vezes  Nunca

**Assento suspenso para banheira**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Barras de apoio para banho**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Cadeira de banho (fixa/giratória)**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Cadeira higiénica**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Elevador de banheira**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Lava cabeças para acamados**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Antiderrapante**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S  N

Utilizado

- S  N

Desejado

- S  N

- Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro



17099

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

**AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se**

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

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

Dependente  Prestador de cuidados  Outro



17099

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

**Abotoador****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  De desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro
**Calça meias/tira meias****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  De desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro
**Calçadeira de cabo longo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  De desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro
**Cordões elásticos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  De desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro
**Extensões para fechos de correr****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N
 Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  De desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro
**Para:****Sente-se:**

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



17099

**AUTOCUIDADO: Arranjar-se**

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

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência penteia o cabelo ao seu familiar?   vezes / diaCom que frequência corta/apara a barba ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência lava os dentes ao seu familiar?   vezes / dia**Pente de cabo longo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Espelho inclinável****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro



17099

6 / 18

**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 os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantas refeições fornece ao seu familiar?   vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

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

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

- Na cama  
 Na sala de jantar/cozinha  
 Outro

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

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

**Abrridor de frascos**

Razão da não utilização

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Adaptador de talheres**

Razão da não utilização

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Babete**

Razão da não utilização

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Copo adaptado**

Razão da não utilização

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Garfo flexível**

Razão da não utilização

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N



17099

**Mesa de comer na cama****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Rebordo para prato****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Suporte de copos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Suporte de palhinha para copo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

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



17099

**AUTOCUIDADO: Uso do sanitário**

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

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

- Fralda  Arrastadeira  Sanita  Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

- Fralda  Arrastadeira  Sanita  Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

- Dependente  Prestador de cuidados  Outro

Lava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejeções?  Sempre  Às vezes  NuncaPosiciona o seu familiar no sanitário?  Sempre  Às vezes  NuncaIncentiva o seu familiar a utilizar o sanitário?  Sempre  Às vezes  Nunca**Alteador de sanita****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Arrastadeira****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Barra de apoio de sanitário****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Cadeira sanitária****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Cueca impermeável****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Colector urinário****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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



17099

9 / 18

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

**Razão da não utilização**

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

---

**Penso absorvente para incontinência** **Necessário (juízo do enfermeiro)**  S  N **Utilizado**  S  N **Desejado**  S  N

**Razão da não utilização**

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

---

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

**Razão da não utilização**

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

---

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

**Razão da não utilização**

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

---

**Saco de colostomia/ileostomia/urina** **Necessário (juízo do enfermeiro)**  S  N **Utilizado**  S  N **Desejado**  S  N

**Razão da não utilização**

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

---

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

**Razão da não utilização**

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

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



17099

10 / 18

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

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

Com que frequência senta o seu familiar?   vezes / dia

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

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

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

**Almofada elevatória****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

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

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**Apoio de pés****Razão da não utilização**

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

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

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

**AUTOUIDADO: Virar-se****Move o corpo, virando-o de um lado para o outro**

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

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

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

O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro

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

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



17099

11 / 18

**Grades de apoio / segurança****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Colchão anti-úlceras de pressão****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Cotoveleira****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Coxim****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Transfer de cama (dispositivo para posicionar)****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Imobilizador abdominal****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Luva de imobilização****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Posicionador de perna e pés****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Suporte para as costas****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Dispositivo de prevenção de pé equino****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro

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

### AUTOCAUIDADO: Transferir-se

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

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

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

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

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

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

O dependente    O prestador de cuidados    O enfermeiro    Outro

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

#### Barra de apoio

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

#### Razão da não utilização

S    N

S    N

S    N

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

#### Cabeceira e pés da cama amovíveis

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

#### Razão da não utilização

S    N

S    N

S    N

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

#### Cama articulada

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

#### Razão da não utilização

S    N

S    N

S    N

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

#### Elevador de transferência

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

#### Razão da não utilização

S    N

S    N

S    N

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



17099

**Transfer leito-cadeira****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Disco de rotação****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Para:****Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber 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  OutroIncentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas?  Sempre  Às vezes  Nunca**Rampa****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Rodas anti-queda****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Plataforma vertical para cadeiras de rodas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**AUTOUIDADO: Andar**

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

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

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

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro

**Andarilho**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

Razão da não utilização

S  N

S  N

S  N

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

**Bengala**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

Razão da não utilização

S  N

S  N

S  N

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

**Canadiana(s)**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

Razão da não utilização

S  N

S  N

S  N

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

**Prótese**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

Razão da não utilização

S  N

S  N

S  N

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

**Para:**

**Sente-se:**

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



17099

**AUTOCUIDADO: Tomar medicação**

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

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

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

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

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

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

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Aspirador de secreções****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Caixa de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Caneta de insulina****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Corta comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Máquina de pesquisas de glicemia capilar****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Nebulizador****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Oxigenoterapia****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Termómetro (para registo de temperatura)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

**Triturador de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

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

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

### CUIDADOS COMPLEMENTARES

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

Quem decide a dieta do seu familiar?

O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro

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

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

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

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

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

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

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

Costuma fazer a pesquisa de fecalomas?  Sempre  Às vezes  Nunca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sempre  Às vezes  Nunca



17099

**RECURSOS COMPLEMENTARES****Dispositivo de chamada****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Material de instrução e aprendizagem****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Prótese auditiva****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Telefone / telemóvel****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Pinça para alcançar objectos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Suporte para cartas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Enfia agulhas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Outro 1 (especificar)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado** S  N S  N S  N**Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Outro 2 (especificar)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado** S  N S  N S  N**Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro



17099

18 / 18

## OUTROS RECURSOS

	Sim	Não		Sim	Não
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nutricionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisioterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

## Recursos não profissionais

Familiar  Vizinho  Amigo  Empregada  Outro

## Serviços de:

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

## Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

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

## AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desidratação
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Olhos encovados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele seca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucosas secas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desnutrição
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magreza excessiva?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obesidade mórbida?
		IMC <input type="text"/> <input type="text"/>
		Que peso perdeu nos últimos três meses? <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da amplitude articular
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Dto (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Edo (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele comprometida
		Número de úlceras de pressão <input type="text"/> <input type="text"/>
		Localização úlceras
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Região sagrada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trocater
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maléolo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Calcaneos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Feridas não tratadas / não cuidadas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eritema da fralda
		N.º de dejeções <input type="text"/> <input type="text"/> vezes / semana

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

N.º de quedas no último mês  

## Estado mental

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



29522

CODIFICAÇÃO:

**FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO****PARTE III - FORMULÁRIO PPD****PARENTE INSTITUCIONALIZADO****Sexo**

- M  
 F

**Idade****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 pesca  
 Operários, artífices e trabalhadores similares  
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
 Trabalhadores não qualificados  
 Doméstico  
 Desempregado  
 Pensionista / Reformado  
 Estudante  
 Outra

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

**Nível de escolaridade**

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

**Há quanto tempo está institucionalizado?**

Anos

Meses

**Concelho em que está localizada a instituição**

- Lx / P  Outro (especificar)

**Em que tipo de instituição**

- Lar  Unidade de Cuidados Continuados  Família de acolhimento  Outro  Estado  Comparticipado (Estado privado)  Privado  Outro

**Quem suporta as despesas da institucionalização?**

- Antes de ser institucionalizado, o seu familiar coabitava consigo**  Sim  Não

**Se não, com quem morava**

- Sozinho  Com familiares  Outra

**Em que concelho morava**

- Lx / P  Outro (especificar)

- Actualmente, o seu familiar institucionalizado encontra-se dependente**  S  N

- Considera que a institucionalização do seu familiar esteve relacionada com alguma situação de dependência?**  S  N

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

**Motivos que determinaram a institucionalização**

- Sim Não  
  Fraco nível de apoio de redes formais (equipe de saúde; ss; vd)  
  Fraco nível de apoio de redes informais (familiares, vizinhos)  
  Condições económicas limitadas (não suporta os custos)  
  Outro

- Sim Não  
  Condições de habitação inadequadas (não adaptada ao estado de saúde)  
  Alterações da vida social (não fazer actividades que sempre efectuou)  
  Pouco tempo disponível (emprego, resolução de outros problemas)

**Situação que originou a dependência**

- Sim Não  
  Envelhecimento  
  Acidente  
  Doença aguda  
  Doença crónica  
  Outra

**Instalação da dependência**

- Súbita  
 Gradual

**Tempo de dependência** Anos  Meses**Actividades em que era mais notória a dependência**

- Sim Não Sim Não  
  Alimentar-se   Cuidar da higiene pessoal  
  Vestir-se   Tomar banho  
  Arranjar-se   Virar-se

- Sim Não  
  Usar o sanitário  
  Auto-elevar-se  
  Andar

- Sim Não  
  Transferir-se  
  Usar a cadeira de rodas  
  Auto administração da medicação



29522

**Depois da decisão de institucionalizar o seu familiar, quanto tempo decorreu até à sua concretização?**
 Anos  Meses
**Quem teve mais influência na decisão de institucionalizar o seu familiar?**

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

**Razões da escolha da instituição**

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

O dependente foi contrariado  S  N

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

- |  |  |
|--|--|
| <p>           Sim Não<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Visitar com o familiar a instituição antes da institucionalização<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Integração faseada (primeiro as refeições; posteriormente já passava lá o dia todo e finalmente já morava lá por completo)<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro         </p> | <p>           Sim Não<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Personalizar o espaço individual do seu familiar (na instituição)<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Visitar o familiar institucionalizado frequentemente<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Promover períodos no domicílio sempre que o familiar o solicitava         </p> |
|--|--|

**Globalmente, qual o seu grau de satisfação com:**

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

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

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

Deseja poder ter o seu familiar a viver consigo  S  N

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

- |   |   |
|---|---|
| <p>           Sim Não<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio financeiro<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio das equipas de saúde<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio dos serviços sociais<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro         </p> | <p>           Sim Não<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio dos familiares, amigos e vizinhos<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Horário flexível no emprego<br/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Alterações na estrutura da casa         </p> |
|---|---|

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

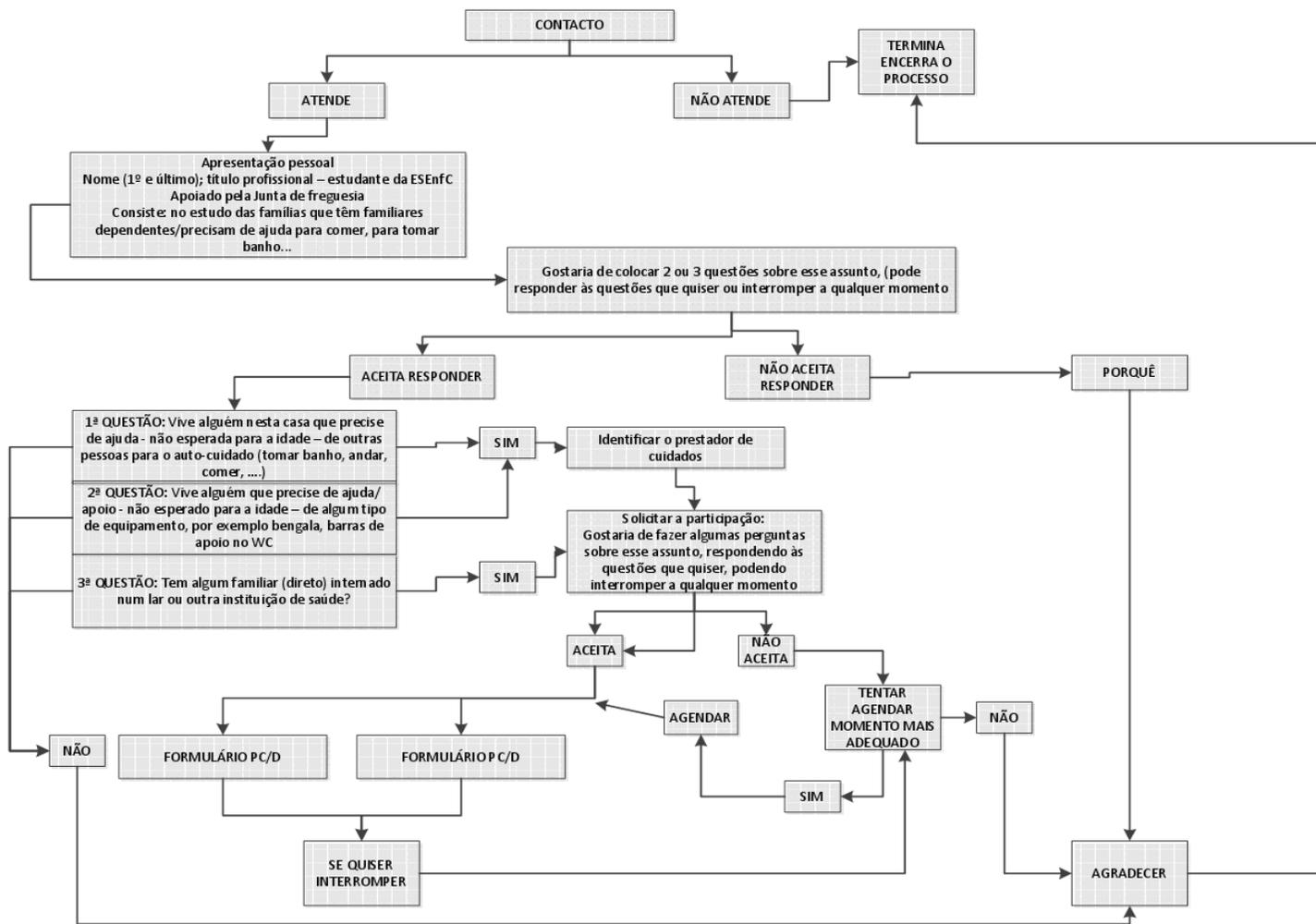
- Ser institucionalizado  
 Ficar com a minha família, mesmo que tenha de mudar de residência  
 Ficar na minha casa, desde que tenha condições  
 Ficar em minha casa em quaisquer condições

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

- Má  Fraca  Razoável  Boa  Muito boa

## **Anexo 2**

### **Procedimento de aplicação do formulário**



### **Anexo 3**

#### **Declaração da aprovação do projeto pela Comissão de Ética**

## COMISSÃO DE ÉTICA

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

### Parecer Nº 634/ 11-2019

**Título do Projeto:** Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra

#### Identificação das Proponentes

**Nome(s):** Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa 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:** 1Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/UICISA e 2 Escola Superior de Enfermagem do Porto

**Investigador Responsável/Orientador:** --

**Relator:** Sofia Raquel Teixeira Nunes

#### Parecer

Com base nas alterações demográficas da população e nas mudanças significativas na provisão de cuidados de saúde associadas ao aumento da esperança de vida, este estudo visa caracterizar o fenómeno da dependência no autocuidado de pessoas dependentes no contexto das famílias do Concelho de Coimbra, bem como conhecer a prestação de cuidados ao familiar dependente.

Este será um estudo quantitativo, transversal descritivo, correlacional.

Segundo os proponentes, a população-alvo de estudo no primeiro momento do estudo, serão as famílias clássicas residentes no concelho de Coimbra - 58101 famílias clássicas segundo o Censos 2011 - e a população acessível, no segundo momento, é constituída pelas famílias que integram membros dependentes no autocuidado.

Considerando a dimensão da população - 58101 famílias clássicas, os proponentes irão proceder à seleção de um subconjunto dos elementos na qual recairá a recolha de dados e por conseguinte, propõem como tamanho da amostra 2401 famílias clássicas.

A data prevista de colheita de dados encontra-se marcada para janeiro de 2020 e o término para janeiro de 2022.

Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos e constam do projeto de investigação.

A investigação decorrerá nos domicílios das Freguesias do Concelho de Coimbra.

Segundo os proponentes é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes, pois como referem no projeto, "Ao longo do estudo nunca serão registados nomes ou números de processo de pessoas que permitam a sua identificação. A cada formulário será atribuído um número de ordem que será usado exclusivamente durante o processo de tratamento dos dados."

Os proponentes não antecipam riscos para os participantes neste estudo e os benefícios estão relacionados com os objetivos.

Foi 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 Fátima de Barcelho

**Anexo 4**

**Formulário de consentimento informado**

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

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

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

O Presente estudo é da responsabilidade dos investigadores: Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento, com email [cbento@esenfc.pt](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@gmail.com](mailto:cardoso.anafilipa@gmail.com); todos enfermeiros, professores na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e investigadores da UICISA:E e Paulo José Parente Gonçalves, com email [paulo@esenf.pt](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, pediremos também autorização para realizar observação física da pessoa dependente, não resultando da mesma quaisquer danos ou inconvenientes. A entrevista terá a duração aproximada de 60 minutos. Os dados serão registados num formulário. Nunca registaremos dados que permitam a sua identificação.

Se aceitar participar no estudo garantimos o anonimato, a confidencialidade dos dados que nos confiar e que os mesmos apenas serão usados para os fins do estudo.

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

Muito Obrigada,



#### **Termo de Consentimento Informado**

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

- Reconheço que todos os procedimentos da investigação me foram explicados dando respostas a todas as minhas dúvidas;
- Fui informado (a) de que a minha participação neste estudo é voluntária podendo-me retirar a qualquer momento, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo;
- Asseguraram-me que não serei identificado(a) e que será mantido o 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 5**

### **Respostas ao inquérito preliminar**

<b>Aceita responder ao inquérito preliminar?</b>				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	387	100,0	100,0	100,0

<b>Vive com alguém que precise de ajuda (não esperada para a idade) de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?</b>				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	43	11,1	11,1	11,1
Não	344	88,9	88,9	100,0
Total	387	100	100,0	

<b>Vive com alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?</b>				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	43	11,1	11,1	11,1
Não	344	88,9	88,9	100,0
Total	387	100,0	100,0	

<b>Tem algum familiar direto internado num lar ou noutra instituição de saúde?</b>				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	23	5,9	5,9	5,9
Não	364	94,1	94,1	100,0
Total	387	100,0	100,0	

Aceita responder ao inquérito?				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	35	81,4	81,4	81,4
Não	8	18,6	18,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	

## **Anexo 6**

### **Respostas à caracterização do alojamento e da família**

Área útil (em m2)				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
60	1	2,9	2,9	5,7
70	1	2,9	2,9	8,6
50	1	2,9	2,9	2,9
75	1	2,9	2,9	11,4
80	4	11,4	11,4	22,9
85	1	2,9	2,9	25,7
90	1	2,9	2,9	28,6
100	5	14,3	14,3	42,9
120	4	11,4	11,4	54,3
130	1	2,9	2,9	57,1
140	1	2,9	2,9	60,0
160	2	5,7	5,7	65,7
200	3	8,6	8,6	74,3
250	3	8,6	8,6	82,9
300	1	2,9	2,9	85,7
340	1	2,9	2,9	88,6
400	3	8,6	8,6	97,1
500	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Número de divisões				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
2	1	2,9	2,9	2,9
3	8	22,9	22,9	25,7
4	14	40,0	40,0	65,7
5	7	20,0	20,0	85,7
6	1	2,9	2,9	88,6
7	1	2,9	2,9	91,4
8	3	8,6	8,6	100,0
Total	35	100,0	100,0	

<b>Número de ocupantes</b>				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
2	16	45,7	45,7	45,7
3	9	25,7	25,7	71,4
4	6	17,1	17,1	88,6
5	4	11,4	11,4	100,0
Total	35	100,0	100,0	

<b>Número de membros da família</b>				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
2	16	45,7	45,7	45,7
3	9	25,7	25,7	71,4
4	6	17,1	17,1	88,6
5	4	11,4	11,4	100,0
Total	35	100,0	100,0	

## **Anexo 7**

### **Respostas à caracterização da pessoa dependente**

<b>Tempo de dependência (anos)</b>				
Respostas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
01	8	21,6	21,6	29,7
02	10	27,0	27,0	56,8
03	3	8,1	8,1	64,9
04	3	8,1	8,1	73,0
05	4	10,8	10,8	83,8
08	1	2,7	2,7	86,5
10	2	5,4	5,4	91,9
15	1	2,7	2,7	94,6
16	1	2,7	2,7	97,3
00	3	8,1	8,1	8,1
22	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

<b>Tempo de dependência (meses)</b>				
Respostas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
6	1	2,7	2,7	2,7
00	28	75,7	75,7	78,4
01	1	2,7	2,7	81,1
02	1	2,7	2,7	83,8
06	3	8,1	8,1	91,9
08	3	8,1	8,1	100,0
Total	37	100,0	100,0	

Variedade de fármacos				
Respostas	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
01	1	2,7	2,7	2,7
02	3	8,1	8,1	10,8
03	3	8,1	8,1	18,9
04	2	5,4	5,4	24,3
05	4	10,8	10,8	35,1
06	3	8,1	8,1	43,2
07	2	5,4	5,4	48,6
08	4	10,8	10,8	59,5
09	1	2,7	2,7	62,2
10	6	16,2	16,2	78,4
11	3	8,1	8,1	86,5
12	1	2,7	2,7	89,2
14	1	2,7	2,7	91,9
15	1	2,7	2,7	94,6
16	1	2,7	2,7	97,3
19	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

Número de fármacos nas tomas /dia				
Respostas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
01	6	16,2	16,2	16,2
02	7	18,9	18,9	35,1
03	9	24,3	24,3	59,5
04	10	27,0	27,0	86,5
05	1	2,7	2,7	89,2
06	3	8,1	8,1	97,3
07	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1**

**Panfleto “Caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado”**



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

**Agradecemos a sua colaboração!**

#### O Presidente

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

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



Jorge Manuel Veloso



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

## **Caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado**

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

União das Freguesias



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

Tel: 239 445 155  
Email [juntabispo@sapo.pt](mailto:juntabispo@sapo.pt)



Tel: 239 984 004  
Email [freguesiaribeirafrades@sapo.pt](mailto:freguesiaribeirafrades@sapo.pt)

## A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

### Quem somos e o que vamos fazer?

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

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

### Porque estou a ser contactado?

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

### O que preciso de fazer para participar?

Abrir a porta quando for contactado.

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

### Como é feita a entrevista?

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

Para que tal possa ser feito, a sua rua foi seleccionada 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 seleccionado de forma aleatória através de um programa informático, para integrar uma amostra da população da União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades. Esta amostra pretende ser representativa da freguesia. Se todos as famílias pertencentes aos alojamentos que integram esta amostra colaborarem, é possível produzir conclusões fiáveis sobre as matérias em estudo.

### Se responder, alguém vai saber as minhas respostas?

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

### Este estudo já foi feito em algum lugar?

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

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

### Equipa de investigação:



**Professora** Maria da Conceição Bento

**Nº da Ordem dos Enfermeiros:**

24434

E-mail: [cbento@esenfc.pt](mailto:cbento@esenfc.pt)



**Enfermeira** Cátia Cardoso

**Nº da Ordem dos Enfermeiros:**

37633

E-mail: [a21910016@esenfc.pt](mailto:a21910016@esenfc.pt)



**Enfermeiro** João Pedro Mendes

**Nº da Ordem dos Enfermeiros:**

37631

mail: [a21910005@esenfc.pt](mailto:a21910005@esenfc.pt)



**Enfermeira** Joana Caridade

**Nº da Ordem dos Enfermeiros:**

45334

mail: [a21910023@esenfc.pt](mailto:a21910023@esenfc.pt)