



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

A utilização de recursos de suporte nas famílias que integram pessoas dependentes no
autocuidado

Sara Mendes de Azevedo

Coimbra, julho de 2023



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

A utilização de recursos de suporte nas famílias que integram pessoas dependentes no
autocuidado

Sara Mendes de Azevedo

Orientador: Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Professora Doutora Maria do Carmo Martins Fernandes, Escola Superior
de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem: Área de Especialização em Gestão de Unidades de
Cuidados

Coimbra, julho de 2023

AGRADECIMENTOS

No decorrer deste percurso que, tal como todos os caminhos, teve os seus altos e baixos, foram várias as pessoas que me apoiaram e contribuíram para a realização do mesmo. A todos estou deveras grata por todo o apoio prestado. No entanto, faço questão de frisar as pessoas que mais contribuíram e ajudaram na concretização desta dissertação de mestrado, as que mais perto de mim estiveram não podendo deixar de demonstrar a minha sincera gratidão.

Primeiramente ao meu orientador, o Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, pela disponibilidade e apoio e pela transmissão de conhecimentos no decorrer da execução e consecução deste projeto.

À minha família nuclear e aos meus amigos por, nos momentos de maior stress, me terem ajudado a descontraír um pouco e reduzir a minha ansiedade.

Ao meu pai que me apoiou desde o início e levou horas no processo de formatação e organização de todo o trabalho, tendo-me ajudado a rentabilizar tempo.

À Joana Henrique, uma das minhas melhores amigas, por sempre me ter acompanhado na vida académica, para além da minha vida em geral, e por ser a minha companheira na área da investigação.

Ao José Veloso, pelo seu amor, carinho e apoio incondicional para persistir neste percurso de altos e baixos.

À Professora Graça Lapa que, nos momentos mais obscuros, foi a luz que me guiou e me motivou a continuar.

E, por fim, um especial agradecimento à minha mãe, que foi sempre um exemplo de resiliência e da possibilidade de conciliação da vida académica com a vida profissional em simultâneo, dando-me forças para terminar este projeto.

RESUMO

Problemática: O aumento do envelhecimento e da esperança média de vida irá acentuar-se no futuro, sendo expectável que o número de pessoas dependentes no autocuidado a necessitar de cuidados de saúde aumente (Petronilho, 2014; Rodrigues, 2017; Rodrigues, 2018). Na maioria dos casos estes cuidados de que falamos são efetuados por cuidadores informais pertencentes ao seio familiar, permanecendo este cuidado e os recursos utilizados desconhecido em muitas das suas vertentes (Gonçalves, 2013) e sem estatísticas oficiais existentes. Têm-se realizado estudos de investigação focados no estudo da dependência no autocuidado, do processo de tomar conta por um familiar e dos recursos a que estes recorrem. O projeto que nos propomos a realizar é a replicação desses estudos na freguesia de São Martinho do Bispo.

Objetivo: Caracterizar e descrever os recursos de suporte utilizados pelas famílias clássicas para tomar conta do familiar dependente no autocuidado.

Material e métodos: Estudo quantitativo, transversal e descritivo. O método de recolha de dados e os instrumentos a serem utilizados passarão pela aplicação de dois questionários e posterior análise das respostas obtidas.

Resultados: De uma amostra de 387, apenas 42 corresponderam aos critérios do estudo, aceitaram participar e tinham familiares dependentes. Os recursos mais utilizados correspondem aos autocuidados “tomar a medicação” (80,5%), “andar” (78,1%) e “uso do sanitário” (62,8%). Os recursos menos utilizados correspondem aos autocuidados “elevar-se” (15,8%), “virar-se” (27,5%) e “transferir-se” (32%), obtendo-se uma taxa global de recursos não utilizados de 44%. O maior motivo da razão de não utilização prende-se em 34,9% com o desconhecimento da forma como os recursos funcionam.

Conclusão: Estamos perante uma população de idosos a cuidar de idosos, pouco mais de metade dos recursos necessários são utilizados, obtendo-se um valor significativo de recursos não utilizados, sendo que quase metade das famílias em estudo não utiliza os recursos de suporte por desconhecimento.

Palavras-Chave: Pessoas Dependentes no Autocuidado; Gestão; Políticas de Saúde; Cuidadores Informais; Recursos de Suporte

ABSTRACT

Background: The increase in aging and in average life expectancy will increase in the future, and it is expected that the number of people dependent on self-care in need of health care will increase (Petronilho, 2014; Rodrigues, 2017; Rodrigues, 2018). In most cases, the care we are talking about is carried out by informal caregivers belonging to the family, and this care and the resources used remain unknown in many of its aspects (Gonçalves, 2013) and without existing official statistics. Research studies have been carried out focused on the study of dependence in self-care, the process of taking care of a family member and the resources they use. The project we propose to carry out is the replication of these studies in the parish of São Martinho do Bispo.

Objective: Characterize and describe the support resources used by classic families to take care of the dependent family member in self-care.

Material and methods: Quantitative, cross-sectional, and descriptive study. The method of data collection and the instruments to be used will involve the application of two questionnaires and analysis of the answers obtained.

Results: Out of a sample of 387, only 42 met the study criteria, agreed to participate, and had dependent family members. The most used resources correspond to self-care “taking medication” (80.5%), “walking” (78.1%) and “using the toilet” (62.8%). The least used resources correspond to self-care “rise up” (15.8%), “turn around” (27.5%) and “transfer oneself” (32%), obtaining an overall rate of resources not used of 44%. The biggest reason for non-use is related to the lack of knowledge in 34.9% of how the resources work.

Conclusion: We are facing a population of elderly people caring for the elderly, just over half of the necessary resources are used, obtaining a significant number of unused resources, and almost half of the families studied do not use the support resources due to lack of knowledge.

Keywords: Care-dependent People; Management; Health policies; Informal Caregivers; Support Resources

ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Autocuidado

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CI – Cuidador Informal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CCS – Conselhos Clínicos e de Saúde

CS – Centro(s) de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESEP – Escola Superior de Enfermagem de Porto

INE – Instituto Nacional de Estatística

LME – Lesões Músculo-esqueléticas

MFPC – Membro Familiar Prestador de Cuidados

PD – Pessoa Dependente

PMC – Pessoas com Mobilidade Condicionada

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

TRD – Taxa de Recursos Desejados

TRN – Taxa de Recursos Necessários

TRNU – Taxa de Recursos Não Utilizados

TRU – Taxa de Recursos Utilizados

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade)

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidades de Saúde Familiar

USP – Unidades de Saúde Pública

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – N.º de famílias clássicas que aceitaram responder ao inquérito preliminar	33
Tabela 2 – Número de famílias clássicas que aceitaram responder ao questionário preliminar e ao inquérito “Parte I”	34
Tabela 3 – Caracterização das famílias clássicas que aceitaram participar no inquérito "Parte I"	35
Tabela 4 – Número de MFPC após a realização do inquérito "Parte I"	36
Tabela 5 – Número de MFPC que coabitam com a PD no AC.....	36
Tabela 6 – Caracterização do perfil sociodemográfico do MFPC	37
Tabela 7 – Caracterização do perfil sociodemográfico da PD no AC	40
Tabela 8 – Caracterização da PD no AC quanto ao status de dependência	41
Tabela 9 – Número de fármacos que a PD ingere e que o MFPC gere.....	41
Tabela 10 – Recursos de suporte no autocuidado: tomar banho	44
Tabela 11 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: tomar banho	44
Tabela 12 – Recursos de suporte no autocuidado: vestir-se e despir-se	45
Tabela 13 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: vestir-se e despir-se.....	45
Tabela 14 – Recursos de suporte no autocuidado: arranjar-se	46
Tabela 15 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: arranjar-se	46
Tabela 16 – Recursos de suporte no autocuidado: alimentar-se	47
Tabela 17 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: alimentar-se	47
Tabela 18 – Recursos de suporte no autocuidado: uso do sanitário.....	48
Tabela 19 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: uso do sanitário	48
Tabela 20 – Recursos de suporte no autocuidado: elevar-se.....	49
Tabela 21 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: elevar-se.....	49
Tabela 22 – Recursos de suporte no autocuidado: virar-se.....	50
Tabela 23 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: virar-se	50
Tabela 24 – Recursos de suporte no autocuidado: transferir-se.....	51
Tabela 25 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: transferir-se.....	51
Tabela 26 – Recursos de suporte no autocuidado: usar cadeira de rodas	52
Tabela 27 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: usar cadeira de rodas.....	52

Tabela 28 – Recursos de suporte no autocuidado: andar.....	53
Tabela 29 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: andar.....	53
Tabela 30 – Recursos de suporte no autocuidado: tomar a medicação	54
Tabela 31 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: tomar a medicação.....	54
Tabela 32 - Lista dos recursos mais necessários, utilizados e desejados.....	55
Tabela 33 - Contabilização dos recursos não utilizados	56
Tabela 34 – Razões da não utilização dos recursos de suporte	57

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	9
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
3.1.A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	13
3.2.O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	15
3.3.O PAPEL DA GESTÃO EM ENFERMAGEM E DO ENFERMEIRO GESTOR.....	17
3.4.O PAPEL DA GESTÃO E DA GOVERNAÇÃO EM SAÚDE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	18
3.5.A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM	20
3.6.A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS.....	22
4. MATERIAL E MÉTODOS	25
4.1.TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2.MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS	26
4.3.POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA	27
4.4.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
4.5.MEDIDA E TRATAMENTO DAS VARIÁVEIS	28
4.6.GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE.....	31
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	33
5.1.CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS.....	35
5.2.CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO.....	38
5.3.CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RECURSOS DE SUPORTE	42
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
6.1.UNIÃO DE FREGUESIAS DE SÃO MARTINHO DO BISPO E RIBEIRA DE FRADES E FAMÍLIAS CLÁSSICAS	59
6.2.MEMBRO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS	61
6.3.PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO.....	63
6.4.RECURSOS DE SUPORTE	65
6.5.RAZÃO DA NÃO UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DE SUPORTE	67
7. CONCLUSÃO	71
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	73

1. INTRODUÇÃO

O aumento do envelhecimento e da esperança média de vida irá acentuar-se no futuro, sendo expectável que o número de pessoas dependentes no autocuidado a necessitar de cuidados de saúde aumente (Petronilho, 2013; Rodrigues, 2020). Na maioria dos casos estes cuidados são efetuados por cuidadores informais pertencentes ao seio familiar, permanecendo este cuidado e os recursos utilizados desconhecidos em muitas das suas vertentes (Gonçalves, 2013) e sem estatísticas oficiais existentes.

No sentido de valorizar esta dimensão, têm-se realizado estudos de investigação nos concelhos do Porto e de Lisboa focados no estudo da dependência no autocuidado, do processo de tomar conta por parte do membro da família e dos recursos a que estes recorrem. No concelho do Porto desenvolveu-se o estudo: *“Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no Concelho do Porto”* e integrou mais cinco estudos associados. No concelho de Lisboa, o projeto de investigação decorreu de forma análoga à do Porto. A coordenação do projeto foi da responsabilidade da Professora Doutora Andreia Silva da Costa, que desenvolveu um estudo similar: *“Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa”* que, para além do conhecimento da situação, viabilizou, também a comparação das realidades existentes nos concelhos de Lisboa e Porto.

Devido à inexistência de dados sobre esta temática no concelho de Coimbra, desenvolveu-se na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), com início em 2019/2020, uma investigação para os estudar, tal como foi realizado anteriormente nos concelhos de Lisboa e do Porto; cujo projeto se denomina, *“Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra”* e se apresenta ainda em desenvolvimento, que tem como objetivo estudar, no concelho de Coimbra, a dependência no autocuidado nas Famílias Clássicas.

A definição de *“Família Clássica”*, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), é o *“conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de*

parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento.” (Instituto Nacional de Estatística, 2012, p. 547)

A atual dissertação integrou este projeto através da análise dos recursos utilizados para tomar conta da pessoa dependente (PD) no autocuidado (AC) nas famílias clássicas pertencentes à União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades onde, de acordo com o Censos de 2021, 26,34% da população é idosa.

Assim, através do interesse por esta temática, dos estudos já efetuados e lidos neste âmbito e da inexistência de dados nesta freguesia de Coimbra, surgiu a questão de investigação orientadora desta dissertação, que é: “Quais os recursos de suporte utilizados pelas famílias clássicas da Freguesia de São Martinho do Bispo para tomar conta da PD no AC em contexto domiciliário?”. Como objetivos gerais pretende-se: identificar a prevalência de famílias clássicas que integram familiares dependentes no autocuidado; caracterizar as famílias quanto ao tipo de família, alojamento e às condições socioeconómicas, caracterizar o perfil sociodemográfico do membro familiar prestador de cuidados (MFPC) e da pessoa dependente (PD) no autocuidado (AC) e caracterizar e descrever os recursos utilizados pelas famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado.

Assim, espero que o conhecimento desta realidade constitua um incitamento e um suporte à tomada de decisão política nesta matéria e, futuramente, seja objetivado um crescente envolvimento dos municípios na resposta às necessidades das pessoas dependentes nos autocuidados e dos seus familiares, cuidadores informais.

Sendo um estudo que replica um conjunto de estudos já realizados em Portugal, procurar-se-á seguir a metodologia utilizada nesses mesmos estudos, de modo a poder comparar os dados e contribuir para alargar o retrato da situação em Portugal relativamente à caracterização das famílias clássicas com familiares dependentes no autocuidado. Este estudo é, então, um estudo quantitativo, transversal e descritivo. O método de recolha de dados e os instrumentos a serem utilizados passarão pela aplicação de dois questionários e, posteriormente, análise das respostas obtidas.

Relativamente à estrutura da dissertação, após a presente e breve introdução onde é apresentada, de forma resumida, a temática, os objetivos e a questão de pesquisa, irei debruçar-me sobre o enquadramento teórico que sustenta esta investigação. Em seguida, procederei à delimitação e explanação dos objetivos gerais e específicos e apresentarei a

metodologia pelo qual este trabalho se rege. Posteriormente, serão apresentados os resultados obtidos, de acordo com os inquéritos realizados, de forma a realizar a discussão final interligando a vertente teórica com os resultados descritos. Por fim, terminarei com uma conclusão das informações obtidas com esta investigação e as limitações surgidas e como foram ultrapassadas.

2. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A utilização de recursos de suporte aos cuidados, nas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, é uma temática bastante desvalorizada, mas de extrema importância, uma vez que se trata de recursos utilizados, para a prestação de cuidados a utentes dependentes, para manter a sua saúde física e mental o melhor quanto possível e a facilitar a vida dos cuidadores.

É fundamental que as famílias que possuem pessoas dependentes em contexto de domicílio, tenham acesso a recursos e informações para fornecer o melhor suporte possível aos seus familiares dependentes. Ao compreender e utilizar adequadamente os recursos disponíveis, as famílias irão proporcionar um ambiente mais seguro e saudável para a PD.

Deste modo, o acesso e a utilização de recursos de suporte é essencial para garantir uma qualidade de vida satisfatória para as pessoas dependentes e para os seus familiares, cuidadores informais.

“Os estudos conduzidos por Gonçalves (2013), Petronilho (2013), Costa (2013), Rocha (2015), Bento (2020) e Regadas (2021) constataram que a utilização pelas famílias dos recursos necessários para cuidar da PD está abaixo do esperado” (Gonçalves, Petronilho, Costa, Rocha, Bento & Regadas como referido por Domingues, 2022, p. 21). E, como já foi referido anteriormente, estes cuidados e os recursos utilizados permanecem desconhecidos em muitas das suas vertentes (Gonçalves, 2013).

Para além disto, no concelho de Coimbra, mais especificamente na União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades que é o alvo territorial do estudo, constatou-se a inexistência de dados sobre os recursos utilizados pelas famílias clássicas para tomar conta da pessoa dependente em contexto domiciliário.

Assim, a escolha desta temática prende-se com a necessidade de identificação e descrição dos recursos de suporte que são utilizados pelos familiares cuidadores e, ainda, a identificação dos recursos que, sendo necessários, não são utilizados e a compreensão do motivo de não os utilizarem, prendendo-se com a seguinte questão de investigação:

“Quais os recursos de suporte utilizados pelas famílias clássicas da Freguesia de São Martinho do Bispo para tomar conta da PD no AC em contexto domiciliário?”.

Este estudo detém como **objetivos gerais**:

- Identificar a prevalência de famílias clássicas que integram familiares dependentes no autocuidado na Freguesia de São Martinho do Bispo.;
- Caracterizar as famílias clássicas quanto ao tipo de família, alojamento e às condições socioeconómicas na Freguesia de São Martinho do Bispo;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico do MFPC e da PD no AC na Freguesia de São Martinho do Bispo;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico da PD no AC na Freguesia de São Martinho do Bispo;
- Caracterizar e descrever os recursos de suporte utilizados pelas famílias clássicas que integram PD no AC na Freguesia de São Martinho do Bispo.

Como **objetivos específicos** definimos os seguintes:

- Identificar os recursos de suporte necessários para a prestação de cuidados a familiares dependentes em contexto domiciliário;
- Identificar os recursos de suporte utilizados para a prestação de cuidados a familiares dependentes em contexto domiciliário;
- Identificar os recursos de suporte não utilizados para a prestação de cuidados a familiares dependentes em contexto domiciliário;
- Identificar as razões para a não utilização dos recursos de suporte necessários para a prestação de cuidados a familiares dependentes em contexto domiciliário.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O aumento significativo do envelhecimento em resultado do aumento da esperança média de vida e da diminuição do número de jovens reflete-se numa trilogia designada por triplo envelhecimento (Rodrigues & Henriques, 2017). Corroborando a afirmação anterior, de acordo com os Censos de 2021 do INE publicados em novembro de 2022, Portugal obteve um decréscimo populacional de 2,1%, tendo-se agravado o fenómeno de envelhecimento da população através do aumento da população idosa e da diminuição da população jovem.

É factual que o aumento da esperança média de vida e do envelhecimento se irá acentuar cada vez mais no futuro, sendo expectável que o número de pessoas dependentes no autocuidado, a necessitar de cuidados de saúde, aumente (Petronilho, 2013). De acordo com Bento, Amaral e Silva (2021) “em resposta a esta situação, as políticas de saúde e sociais têm-se orientado numa lógica familiarista, responsabilizando os cidadãos e as suas famílias pelos cuidados a si próprios e aos seus. Por outro lado, as alterações na família e no estilo de vida tendem a reduzir as possibilidades da família, por si só, assegurar a prestação de cuidados numa lógica informal.” (p. 2) Porém, esta prestação de cuidados de que falamos é efetuada de facto por cuidadores informais pertencentes ao seio familiar, permanecendo estes cuidados e os recursos utilizados desconhecidos em muitas das suas vertentes (Gonçalves, 2013). A inexistência de estatísticas oficiais sobre este fenómeno, revelando que a sociedade e os sistemas de saúde não atribuem a devida importância a esta temática (Gonçalves, 2013).

Para um melhor enquadramento da temática, começamos por abordar alguns conceitos importantes, iniciando com o conceito de cuidador informal (CI). De acordo com a Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro – Lei que aprova o estatuto do CI – Capítulo I do anexo do Artigo 2.º “Estatuto do Cuidador Informal”, que nos refere que:

“2 — Considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

3 — Considera-se cuidador informal não principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (p. 9)

Ainda de acordo com Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, artigo 5.º, o CI tem direito a:

“b) Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada; e) Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais; (...) k) Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais” (p. 10).

Relativamente ao conceito de autocuidado, este “Diz respeito a ações básicas nas atividades da vida diária, como alimentação, banho, cuidados com a higiene pessoal, capacidade de posicionar-se, deambular, transferir-se ou mesmo o uso do sanitário” (International Council of Nursing como referido por Dixe et al., 2019, p. 727). Nesta perspetiva, “Uma pessoa dependente é alguém com capacidade limitada ou incapacidade de iniciar e realizar um conjunto de atividades necessárias à manutenção da vida, saúde e bem-estar, sem a ajuda de outra pessoa” (Dombestein, Norheim, & Husebo como referido por Dixe et al., 2019, p. 727).

Em síntese, cuidar de um membro da família dependente é uma tarefa desafiante e complexa, exigindo tempo, esforço e recursos significativos por parte dos membros familiares e cuidadores. Um dos aspetos importantes deste Cuidar, que recebe relativamente pouca atenção, é o uso de recursos de suporte em famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado; recursos esses que estão interligados e podem ser financeiros, materiais como equipamentos médicos, serviços existentes na comunidade, mas também podem ser emocionais e psicológicos como o suporte emocional e a orientação/os ensinamentos sobre o autocuidado e as atividades de vida diária (AVD's) dos utentes. Neste estudo, iremos focalizar e dar uma maior importância aos recursos de suporte ou materiais. No entanto, é importante identificar que recursos são utilizados pelos familiares cuidadores e compreender como os utilizam para apoiar os seus familiares dependentes e quais os recursos que, sendo necessários, não são utilizados e o motivo de não os utilizarem (motivos financeiros, falta de conhecimento, falta de vontade, entre outros).

3.1. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Os cuidados de saúde em Portugal até à década de 70 apresentavam-se fragmentados, existindo alguns hospitais do Estado e uma rede de hospitais das Misericórdias que ocupavam um grande lugar na saúde, gerindo uma grande parte das instituições hospitalares (Domingues, 2018).

Em 1976, com a aprovação da nova Constituição da República Portuguesa, devido à revolução de 25 de abril de 1974, estabeleceram-se condições político-sociais para a criação de um modelo de coordenação da saúde, reconhecendo o direito à saúde e culminando no projeto do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Foi assim, que em 1979 foi aprovada a Lei do Serviço Nacional de Saúde, Lei nº56/79 de 15 de setembro, que destaca a universalidade e gratuidade do acesso aos cuidados de saúde (Domingues, 2018). Neste seguimento, em 1982 foram criadas as administrações regionais de saúde. Em 1990, dá-se início à aplicação de taxas moderadoras e foi nesse mesmo ano publicada a Lei de Bases de Saúde, cuja Base XIII refere que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a base do sistema.

Abordando então os CSP, “sabe-se que mais de 90% dos problemas de saúde das populações pode ser estudada e solucionada ao nível dos CSP” (Grande como referido por Pereira, 2011).

Existiram, de acordo com o estudo realizado por Pereira (2011), três gerações distintas de CSP que, resumidamente, foram:

1. Uma primeira geração cujo acesso era claramente desigual, em que o plano de intervenção passava pela prevenção de doenças infecciosas, implementação de programas de vacinação, vigilância da saúde da grávida e da criança e, por fim, intervenção em saúde escolar e actividades de autoridade sanitária.
2. Uma segunda geração, em 1979, em que se criam a Direção-Geral dos CSP e a carreira médica de Clínica Geral. Nesta nova tipologia, apesar de se racionalizar e otimizar melhor os recursos, não existiram alterações significativas nos cuidados prestados.

3. Por fim, uma terceira geração, origina-se a partir da criação das Unidades de Saúde Familiares (USF), uma temática que será especificada em seguida.

Os CSP em 2005 sofreram uma volta de 180º graus com a criação das USF que, de acordo com Biscaia e Heleno (2017), são equipas multidisciplinares constituídas por médicos, enfermeiros e administrativos, de carácter voluntário e auto-organizadas, que exercem funções em Centros de Saúde (CS) geridos pelo Estado e que detêm a autonomia e capacidade para dar resposta às necessidades de saúde de um conjunto de pessoas.

Para além disto, surgiu ainda a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) que são: “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, descentralizados das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS) mas sob o seu poder de direção, sendo constituídos por várias unidades funcionais, com a missão de garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica.” (Missão para os Cuidados de Saúde Primários como referido por Biscaia & Heleno, 2017, p. 704). As unidades funcionais referidas anteriormente abrangem as USF, as UCSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados), as USP (Unidades de Saúde Pública), as URAP (Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados) e as UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade).

É de salientar que um dos fatores fulcrais para a criação desta reforma e o seu avanço foi a contratualização, que surgiu em 2011. “A introdução da contratualização permitiu a mudança de paradigma da distribuição dos recursos – até aqui, distribuídos em função das necessidades apresentadas pelos serviços – para passarem a ser distribuídos através de contratos rigorosos, que traduzam o pagamento adequado à efetiva prestação de serviços e previamente definido em função das necessidades da comunidade” (Escoval como referido por Pereira, 2011, p. 20).

A contratualização “apresenta-se como um recurso estratégico para garantir um maior enfoque na obtenção de resultados mensuráveis, alocar de forma mais eficiente os recursos, aumentar autonomia de gestão, descentralizar a tomada de decisões, potenciar a concorrência e aumentar a eficácia e a eficiência dos serviços” (Escoval como referido por Pereira, 2011, p. 21).

O processo de contratualização apresenta dois momentos: uma contratualização interna entre os ACeS e as unidades que o constituem, através da assinatura de uma Carta

Compromisso; e uma contratualização externa entre a ARS e os ACeS resultando um Contrato-Programa. “Os contratos permitem a alocação dos recursos com base em indicadores e medidas de desempenho, típicos de uma relação de mercado” (Araújo como referido por Pereira, 2011, p. 20).

Em suma, como se verificou, o setor da área da saúde sofreu diversas mudanças ao longo do tempo e a organização dos cuidados de saúde em Portugal foi variando até à atualidade. Também concluímos que os CSP são e devem ser o pilar central do SNS e que estes são capazes de solucionar mais de 90% dos problemas de saúde da população. No entanto, é possível notar que o investimento positivo promotor de evolução e melhoria nos CSP surgiu de forma tardia como são exemplo a reforma dos CSP em 2005 e o processo de contratualização em 2011. Sendo os CSP considerados a base essencial do setor da saúde e a primeira linha de resposta do SNS, mas apresentando um historial evolutivo tardio, isto vem demonstrar que uma maior consideração e investimento deveria ser realizado neste setor. No entanto, de acordo com dados gráficos obtidos na Conta Satélite da Saúde 2000-2020Pe – Base 2016 – do INE (2021), o Setor da Saúde em Portugal custa aproximadamente 20,5 mil milhões de euros por ano, cujos principais agentes financiadores são o SNS e as Famílias. Este gasto é injetado maioritariamente nos Setores Hospitalares (42%), Setores Prestadores de Ambulatório (26%) e na Indústria Farmacêutica (15%). Esta informação vem corroborar a anterior afirmação, demonstrando que há um maior foco e investimento no setor hospitalar ao invés do setor comunitário, necessitando aqui de existir uma mudança de paradigma. O foco do investimento apresenta-se como hospitalocêntrico e medicocêntrico, dedicando o investimento no tratamento da doença aguda, ao invés de se dedicar à prevenção da doença e promoção/manutenção da saúde nos pacientes crónicos.

3.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Como referido na publicação da Portaria nº 281/2016 de 26 de Outubro, artigo 16º, “Através do Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto, foram estabelecidos os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.” (p. 3829)

O Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto define, no artigo 2º, o Enfermeiro de Família como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade.” (p. 4070) Ainda refere, no artigo 3º, como uma das funções do Enfermeiro de Família, que “contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.” (p. 4070)

Para além disso, ainda de acordo com o artigo 6º do Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto, “A identificação das áreas de partilha de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde em articulação com outros profissionais de saúde, nomeadamente com os médicos, é elaborada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em colaboração com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.), no respeito pelas competências e organização da equipa multiprofissional e da carteira de serviços de USF e UCSP.” (pp. 4070-4071).

Em síntese, o Enfermeiro de Família, em concordância com a equipa multidisciplinar, tem como funções prestar cuidados de Enfermagem nas áreas educacionais que promovam a saúde e previnam a doença, mas também intervir nas áreas referentes a patologias crónicas e cuidados domiciliários. A população-alvo do Enfermeiro é a família no seu todo, cada membro da família na sua individualidade e a comunidade em que esta está inserida, realizando um acompanhamento durante todas as fases do ciclo vital. Interligando estas funções e áreas de intervenção com a temática em estudo, podemos concluir afirmando que, como Enfermeiro generalista ou especialista, profissional do Cuidar, ao intervir na pessoa individual, na família como um todo e na comunidade, é possível explorar, através de atividades domiciliárias, o uso de recursos em famílias que incluem pessoas dependentes no autocuidado, realizando-se uma avaliação inicial detalhada e obtendo-se uma melhor e maior compreensão dos desafios que os cuidadores enfrentam diariamente, o que irá ajudar no planeamento e formulação dos diagnósticos e intervenções adequados às necessidades encontradas.

3.3. O PAPEL DA GESTÃO EM ENFERMAGEM E DO ENFERMEIRO GESTOR

Abordando uma vertente mais teórica e no sentido de compreender a ligação entre a área de Enfermagem e a área da Gestão, iremos abordar um pouco este conceito de Gestão em Enfermagem e de Enfermeiro Gestor, para compreender o seu papel e a sua importância nesta temática e como podem contribuir para melhores cuidados e, conseqüentemente, ganhos em saúde junto dos utentes, as suas famílias e a comunidade.

De acordo com o Diário da República, 2ª série, nº21 de 30 de janeiro de 2018, que abrange o Regulamento nº 76/2018 sobre a Competência Acrescida Avançada em Gestão em Enfermagem, existem três níveis de gestão: nível estratégico/institucional, nível tático/intermédio e nível operacional. Para além disso, os domínios desta competência englobam: o domínio da Gestão e o domínio da Assessoria e Consultadoria.

Dentro do domínio da gestão, compete ao Enfermeiro Gestor:

- (B) “desenvolver um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações”, (B1) “orientando a prática dos cuidados para os resultados a atingir, tendo como foco as pessoas/comunidade” através da (B1.1) “identificação das necessidades das pessoas/comunidade”; (B1.2) “traduz as necessidades identificadas em requisitos quantificados, a avaliar, através de indicadores”; (B1.14) “avalia regularmente o grau de satisfação das pessoas/clientes” e (B1.21) “articula-se com todos os níveis de gestão para a otimização de esforços”.

- (C) “desenvolve os processos de mudança (...) assumindo-se como agente de mudança e responsável pelo desenvolvimento profissional dos membros da sua equipa e conseqüentemente, pelo desenvolvimento organizacional” e (C1) “reconhece a importância da gestão da mudança”, pois (C1.1) “compreende a dinâmica organizacional, face aos seus desafios internos e aos do ambiente externo”, (C1.4) “assume-se como agente da mudança, avaliando as opções e os recursos necessários para a sua implementação”, (C1.10) “integra diferentes recursos e atividades, agregando esforços” e (C1.16) “conhece o meio ambiente externo e a forma como a organização se relaciona com ele”.

Dentro do domínio da assessoria e consultadoria, o Enfermeiro Gestor:

- (F) “identifica e desenvolve a assessoria, a nível de um organismo local/Organização, regional ou nacional, no âmbito de apoio técnico para o desenvolvimento de políticas de saúde”, (F1.1) “colabora na definição de políticas e estratégias de saúde”, (F1.2) “participa na implementação de políticas de saúde”, (F1.10) “efetua avaliação de políticas de saúde”, (F1.12) “elabora planos de intervenção e projetos setoriais” e (F1.14) “garante a cooperação intersectorial para a consecução de projetos/programas de intervenção”.

Deste modo reconhecemos que o Enfermeiro Gestor detém diversas competências que poderão dar uma resposta mais efetiva às necessidades dos utentes e das suas famílias, contribuindo para uma maior e melhor gestão e disponibilização de recursos que atualmente ainda se apresenta como escassa ou, em alguns casos, inexistente.

Como Enfermeiro Gestor, com os resultados obtidos da intervenção e avaliação efetuada pelos Enfermeiros Generalistas/Especialistas em campo, ou seja, em visitação domiciliária, é possível efetuar uma interligação entre a Organização e a Comunidade para fornecer um maior apoio às famílias cuidadoras e aos seus utentes dependentes, valorizando esta vertente da Enfermagem Comunitária que ainda necessita de investimento e, principalmente, de mudança. Todo esse processo e conhecimento pode ajudar no desenvolvimento de políticas e programas mais eficazes destinados a apoiar os familiares cuidadores, além de ajudar os profissionais de saúde a entender melhor as necessidades dos seus utentes e das suas famílias.

3.4. O PAPEL DA GESTÃO E DA GOVERNAÇÃO EM SAÚDE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A Governação em Saúde é uma das diversas áreas abrangidas pela Governação Clínica, sendo que esta última apresenta inúmeros conceitos diferentes, nomeadamente de acordo com a área em que é abordada. Porém, dentro da minha área de estudo que é “a Saúde”, e de acordo com a Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento aos Cuidados de Saúde Primários da ARS (2017) como referido por Rodrigues e Felício (2017), a Governação Clínica é “um sistema de conhecimentos, de atitudes e de práticas de pilotagem individual, de equipas e de serviços para obter resultados em termos de efetividade com equidade (ganhos em saúde) para as pessoas, famílias e comunidades, com o

envolvimento de **todos**, através da melhoria da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção em saúde”.

Rodrigues e Felício (2017) também abordam a associação entre a Governança Clínica e a Governança Institucional que se denomina por Governança Integrada; uma governança descentralizada e horizontal com enfoque nos utentes e na qualidade dos cuidados, na transparência dos resultados obtidos e dos ganhos em saúde e onde os Enfermeiros Gestores, os restantes profissionais de saúde e os utentes devem ser envolvidos e participar nas decisões estratégicas e operativas.

A Governança em Saúde, também de acordo com Rodrigues e Felício (2017) “implica, a partir da identificação de necessidades de saúde da população e da definição dos respetivos objetivos de saúde, **obter resultados de melhoria da saúde a nível da população e/ou grupos da população** (*outcomes* e impacto), no que diz especificamente respeito à **intervenção dos** (...) serviços prestadores de Cuidados de Saúde Primários (CSP) – os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)”.

Através destas três definições, podemos concluir que a governança clínica, a governança integrada e a governança em saúde estão interligadas e podemos, resumidamente, afirmar que ambas se focam na população, nas suas necessidades, nos cuidados que lhes são prestados e na participação ativa dos profissionais nas políticas de saúde, para a obtenção de resultados efetivos e promotores de ganhos em saúde.

Podemos, ainda, interligar a governança clínica e a governança em saúde com a área da gestão, pois a Gestão, segundo Raposo (2022), “abrange o processo de planear (estabelecer objectivos, formular estratégias e determinar os recursos e planos de acção necessários para os atingir), organizar (dividir o trabalho em tarefas e coordená-las para atingir um ou mais objectivos), dirigir (implementar as decisões) e controlar (verificar a evolução das tarefas e proceder a correcções caso se verifiquem desvios) uma determinada actividade” e, ainda de acordo com o mesmo autor, é a “capacidade de mobilizar recursos para atingir resultados”. Desta forma, esta afirmação vem corroborar as afirmações anteriores em que se refere que é importante envolver os Enfermeiros Gestores nas decisões estratégicas e operativas, pois estes têm na sua competência estas funções e deviam ser mais incluídos no processo ao invés de apenas se incluir os Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS) dos ACeS.

Todavia, Rodrigues e Felício (2017) afirmam que “apesar da literatura crescente sobre noções conceituais de governação de saúde, existe uma lacuna sobre o modo como esta se operacionaliza e respetivos instrumentos, designadamente, a nível dos CSP”, sendo que um dos passos que os autores propõem para a melhoria da governação de saúde nos CSP é “envolver todos/as (gestores, profissionais e utentes dos CSP), pois todos/as são chamados a envolver-se e a participar (e não apenas os Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS) dos ACeS)”.

Em suma, esta área é bastante relevante neste estudo, pois abrange os CSP que, tal como referido anteriormente, são a base principal do SNS e demonstrando que há necessidade de um maior investimento e foco no setor comunitário e uma reformulação das políticas de saúde para se conseguir dar uma resposta mais efetiva à população, atender às suas reais necessidades e aos recursos que estas necessitam e, conseqüentemente, obter ganhos em saúde.

3.5. A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem foi desenvolvida entre 1959 e 1985. Esta teoria defende que os indivíduos têm uma tendência natural para cuidar de si próprios, no entanto, quando vivenciam um défice / incapacidade / doença, podem necessitar de ajuda para o autocuidado.

Existem diversas definições para o conceito Autocuidado, sendo este um termo complexo que sofreu algumas mudanças ao longo do tempo e pode ser abrangido em diversas áreas. No entanto, é importante defini-lo sob duas perspetivas, a de Dorothea Orem e a da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

De acordo com a CIPE, “autocuidado” define-se como a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (International Council of Nurses, 2022, s.p.). Na perspetiva de Orem este conceito “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” (Orem como referido por Queirós, Vidinha & Filho, 2014, p. 159).

Esta teoria é constituída por três teorias interligadas entre elas:

- 1) Teoria do Autocuidado, que descreve e explica o autocuidado e de que forma a pessoa o executa para manter a sua vida, saúde e bem-estar;
- 2) Teoria do Défice de Autocuidado, que aborda a dependência no autocuidado e define quando e em que medida existe necessidade de intervenção do cuidador ou da Enfermagem;
- 3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que identifica três tipos de intervenções de Enfermagem, que são: Sistema Totalmente Compensatório (quando o Enfermeiro substitui o indivíduo no autocuidado), Sistema Parcialmente Compensatório (quando o indivíduo apenas necessita do Enfermeiro para o assistir naquilo em que ele não é capaz de realizar de forma autónoma) e Apoio-educativo (quando o indivíduo é capaz de se autocuidar, porém necessita do Enfermeiro para o ensinar, avaliar e supervisionar na concretização das ações).

A TDAE engloba sete conceitos centrais que se devem ter em conta. Seis destes conceitos estão orientados para o utente, sendo eles: ação do autocuidado, requisito do autocuidado, fatores condicionantes básicos, capacidade de autocuidado, necessidade de autocuidado e défice de autocuidado. E o sétimo e último conceito é “a intervenção de Enfermagem”, que está orientado para o Enfermeiro.

“Os cuidados de enfermagem são necessários na presença de défice de autocuidado, ou seja, quando as capacidades da pessoa são insuficientes para responder às necessidades de autocuidado, devido a limitações na capacidade da pessoa ou aumento da exigência dos cuidados (...) Neste contexto sublinham-se os fatores condicionantes básicos, isto é, condições ou situações que afetam a capacidade da pessoa para se cuidar e para Orem (2001) são: idade, género, desenvolvimento, condição de saúde, meio sociocultural, relacionados com o sistema de saúde, tais como meios de diagnóstico e terapêutica, meio familiar, padrões de vida, fatores ambientais, disponibilidade e adequação dos recursos” (Orem como referido por Domingues, 2022, p. 26).

De entre os fatores condicionantes enumerados por Domingues (2022), todos são importantes e todos interferem com a PD para se autocuidar, necessitando de um MFPC; porém alguns destes fatores são os que mais interferem, como por exemplo, a idade, o estágio de desenvolvimento, a condição de saúde, o meio familiar e a disponibilidade e a adequação de recursos, que é aqui o foco do nosso trabalho.

Concluindo, a teoria de Orem enfatiza a importância do papel do Enfermeiro no que se refere à intervenção nas necessidades dos utentes e no processo de autocuidado dos mesmos. Os enfermeiros são responsáveis por avaliar os déficits de autocuidado dos utentes e fornecer a devida assistência para os ajudar.

3.6. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

A Teoria das Transições teve o seu início na década de 1960 e foi desenvolvido pela enfermeira e cientista Afaf Meleis. Para a sua elaboração, Afaf Meleis investigou o planeamento familiar e os processos nele envolvidos, bem como, as intervenções que poderiam facilitar o processo de transição e as pessoas que não conseguiam realizar transições saudáveis. De acordo com Guimarães e Silva (2016), “Para Meleis, a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*.” Tal como é representado em seguida na Figura 1, a Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadoras e inibidoras da transição que poderão ser pessoais, comunidade e sociedade; padrões de resposta, compostos pelos indicadores de processos e indicadores de resultados; e, finalmente, as intervenções terapêuticas de enfermagem. (Guimarães e Silva, 2016).

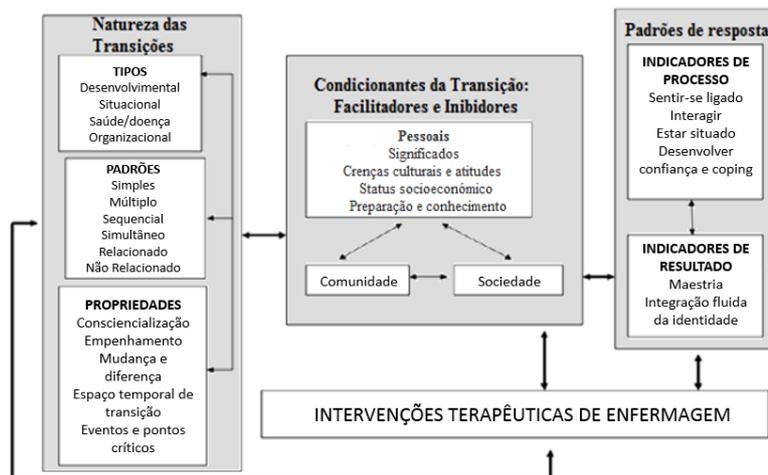


Figura 1 – Esquema da Teoria das Transições de Afaf Meleis

Fonte: (Guimarães e Silva, 2016)

Segundo o autor supracitado, todas as transições desencadeiam mudanças e compreender os seus efeitos e significados urge como diferencial no processo de análise da pessoa e família. Esta mudança, que também se encontra caracterizada pelo espaço temporal, pode ser relacionada com eventos críticos ou desequilíbrios, que por sua vez levam a alterações nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas. Estes envolvem *per si* a consciência da mudança, que se apresenta como um dos maiores desafios do profissional de saúde, na medida em que envolve um processo interno e externo. Cada ponto crítico exige ao enfermeiro atenção, conhecimento e experiência (Guimarães e Silva, 2016), procurando compreender a experiência vivida, sendo necessário conhecer os condicionantes pessoais (significados, crenças e atitudes culturais, status socioeconômico, preparação e conhecimento prévio que urge como estratégia diferencial), da comunidade e da sociedade, que por sua vez, podem facilitar ou dificultar o processo para que a pessoa atinja uma transição saudável. Um ponto que esta teoria refere como diferencial é o conhecimento das condições da comunidade e da sociedade, incluindo aqui a existência de apoio familiar e social, recursos instrumentais, representações sociais e estereótipos, e podendo dificultar ou facilitar a transição. Uma transição saudável consiste em padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que se podem dar através dos indicadores de processo e os indicadores de resultados. Relativamente aos primeiros, temos o sentir-se ligado, através das redes de apoio social, o interagir com os elementos, o estar situado no tempo e no espaço e o desenvolvimento de estratégias de coping. Já os indicadores de resultado dizem respeito ao domínio de novas competências e à integração fluida de identidade (Guimarães e Silva, 2016).

Em suma, a Teoria das Transições interliga-se nesta temática na medida em que nos deparamos com a vivência de dois processos transicionais: o da PD e o MFPC. A PD está a vivenciar uma transição desenvolvimental e ou de saúde/doença e o MFPC está a vivenciar uma transição situacional, que é a assunção de um novo papel, o papel de CI. Como referido anteriormente, estas transições são influenciadas por fatores facilitadores ou inibidores, os quais podem ser pessoais, de comunidade e/ou sociedade. De entre os fatores pessoais, podemos focar-nos no estatuto socioeconómico que nos afirma que famílias possuidoras de um estatuto social e financeiro mais baixo, têm mais dificuldade nos processos transicionais. Os fatores comunitários são bastante importantes, principalmente neste projeto, focando-se nos recursos de suporte existentes e a serem ou não utilizados pela PD e o MFPC, pois “são facilitadores quando existem recursos comunitários de suporte até surgir estabilidade no processo de transição” (Meleis et al. como referido por Domingues, 2022, p. 30). Deste modo, podemos abordar a importância desta Teoria para compreender qual o processo de transição que a PD e/ou o MFPC estão a vivenciar, que fatores facilitadores ou inibidores estão a interferir nesse processo e de que forma o Enfermeiro consegue ajudar, e com que recursos, para intervir da melhor maneira e completar processos transicionais saudáveis.

Assim, o papel do enfermeiro urge como diferencial enquanto agente facilitador no processo de transição, caracterizando-se, então, como um elemento-chave na análise multifatorial do cliente, analisando e processando as diversas transições de que este é alvo e permitindo o alcance de mudanças e transições adequadas e positivas (Magalhães, 2011). Guimarães e Silva (2016) destacam, ainda, que as intervenções terapêuticas de enfermagem devem ser entendidas como uma “ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição” (p. 3).

4. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia é uma secção essencial de um trabalho académico ou científico, pois descreve o conjunto de métodos, técnicas, procedimentos e ferramentas que foram utilizados para realizar a colheita de dados e analisá-los, dando suporte à pesquisa.

4.1. TIPO DE ESTUDO

Tratando-se de um estudo que replica um conjunto de estudos já realizados em Portugal nos concelhos de Lisboa (Costa, 2013), Porto (Gonçalves, 2013), Maia (Rocha, 2015) e Paços de Ferreira (Regadas, 2021), procurar-se-á seguir a metodologia utilizada nos referidos estudos, de modo a poder comparar os dados e contribuir para alargar o retrato da situação em Portugal relativamente à caracterização das Famílias Clássicas com familiares dependentes no autocuidado e centralizar a questão na utilização ou não de recursos de suporte.

Deste modo, o estudo que aqui se replica apresenta-se como um estudo exploratório, observacional, não experimental, descritivo, transversal e quantitativo, pois tem o intuito de conhecer e descrever o fenómeno em estudo, ou seja, descrever aspetos da realidade que são ainda pouco conhecidos ou mesmo desconhecidos, com base em questões de investigação.

No caso do estudo que me proponho a desenvolver, dado que só uma parte da população será observada, irá ser efetuada uma operação estatística do tipo inquérito amostral. Dado que o que se pretende é o conhecimento descritivo da realidade, este estudo centra-se na observação do fenómeno num único instante de tempo, permitindo, por esta via, um conhecimento alargado da realidade e das variáveis que a influenciam num curto intervalo de tempo.

4.2. MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS

O método de recolha de dados foi efetuado em contexto do domicílio das famílias que aceitaram participar no projeto, tendo sempre em atenção os princípios éticos e deontológicos, o direito à privacidade e o dever de sigilo. Para a realização da colheita de dados realizada na Freguesia de São Martinho do Bispo, foi feita, previamente, a divulgação da realização do estudo junto da respetiva Junta de Freguesia, consciencializando a população sobre os objetivos do estudo através de um folheto informativo (Anexo I), de forma a obter o máximo de adesão possível.

Posteriormente foram selecionadas as famílias clássicas através de um plano de amostragem randomizado pelo aplicativo arcGIS® (georreferenciação).

O processo de recolha foi efetuado em dois momentos sucessivos, que são:

- Num primeiro momento, contactaram-se as famílias com o intuito de proceder ao levantamento daquelas que têm familiares dependentes no autocuidado e obteve-se a autorização para avaliação da situação de dependência no autocuidado. Nesta etapa, os dados foram recolhidos através de um instrumento de recolha de informação, um inquérito preliminar denominado por Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte I (Anexo II), construído pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) já validado e utilizado em diferentes estudos, entre eles o estudo: *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no Concelho do Porto*, de Gonçalves (2013), que se replica no Concelho de Coimbra. A autorização para a utilização do instrumento foi solicitada e obtida à ESEP.
- Num segundo momento, dirigido apenas às famílias com membros dependentes no autocuidado que aceitaram participar no estudo, recorreu-se à utilização do instrumento Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte II e Parte III - utilizados por Gonçalves (2013). Deste instrumento, o foco deste projeto baseia-se na Parte II – parente dependente no autocuidado em contexto domiciliário (Anexo III), tendo-se excluído a Parte III por ser referente a familiares dependentes nos autocuidados, institucionalizados (Anexo IV).

Após o processo de colheita de dados estar concluído, procedeu-se à verificação individual da inexistência de anomalias utilizando-se a tecnologia de leitura óptica *TELEFORM®* Reader. Por fim, exportaram-se os dados para o programa *IBM SPSS Statistics for Windows*, de forma a ser realizada a respetiva análise estatística.

4.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA

A população de um estudo é, de acordo com o INE, um “conjunto de todos os elementos (pessoas, entidades, objetos ou acontecimentos) com uma dada característica comum” (Instituto Nacional de Estatística, 2005, p. 60).

A população do estudo são as famílias clássicas com membros dependentes no autocuidado residentes na União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades. O conceito de “família clássica” é referido como um “conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento.” (INE, 2005, p. 60).

A Freguesia de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades é uma das 18 freguesias do Concelho de Coimbra e, de acordo com dados recolhidos no INE, é constituída por 15.321 pessoas. (INE, 2022)

Com base nos dados obtidos e expostos anteriormente, apresentamos este estudo com uma amostra probabilística, aleatória e estratificada, permitindo a representatividade da amostra através da criação de conglomerados homogéneos, dentro dos quais são selecionados, aleatoriamente, os elementos. Isto permitiu compreender a percentagem de famílias clássicas existentes na freguesia em estudo com pessoas dependentes no autocuidado no domicílio e identificar e conhecer os recursos mais utilizados e os recursos menos utilizados e a razão da não utilização dos mesmos para tomar conta dos familiares dependentes. Esta amostra foi calculada com base na densidade populacional de cada zona referente à freguesia. Nesta etapa, foi utilizado o método tecnológico de Georreferenciação, através do aplicativo *arcGIS®*, que constituiu uma amostra areolar (método probabilístico) em função dos dados demográficos fornecidos pelo INE.

Recorreu-se à fórmula de Lwanga e Lemeshow, apresentada em seguida, tendo em conta 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%. Propõe-se como tamanho da amostra para este estudo o número de 387 famílias clássicas.

$$n = Z_{\alpha}^2 \times \frac{p \times q}{d^2}$$

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No primeiro momento (aplicação do formulário preliminar), a todas as famílias clássicas selecionadas a residirem na Freguesia de São Martinho do Bispo. Para este momento foi estabelecido um único critério para a exclusão da família clássica contactada: o respondente ter idade inferior a 18 anos, não aceitar participar ou não responder à campanha.

No segundo momento (aplicação dos restantes formulários), os critérios suplementares para a inclusão ou a exclusão das famílias que integram membros dependentes no autocuidado são os seguintes:

1. Critérios de inclusão das famílias clássicas:

- A família clássica integrar um ou mais membros da família dependentes no autocuidado.

2. Critério de exclusão das famílias clássicas:

- O membro da família dependente no autocuidado ser uma criança e a dependência estar associada ao respetivo processo de desenvolvimento e crescimento.

4.5. MEDIDA E TRATAMENTO DAS VARIÁVEIS

De acordo com Bhattacharjee (2012), testar teorias ou proposições teóricas consiste em estabelecer relações entre constructos, sendo a sua medição importante para a efetividade e fiabilidade dessas relações. Ainda de acordo com o mesmo autor, apesar de alguns

constructos como a idade e o peso serem mais fáceis de medir, outros tornam-se mais difíceis por serem de nível mais abstrato. Bhattacharjee (2012) afirma, ainda, que uma variável é a combinação de indicadores que representam um determinado constructo. As variáveis podem ser independentes ou dependentes e/ou mediadoras ou moderadoras. Para além disso, o mesmo autor refere que cada indicador pode ter vários atributos e cada atributo representa um valor, isto é, a variável “sexo” pode ter dois atributos – “feminino” e “masculino”. Os valores dos atributos podem ser quantitativos ou qualitativos.

Neste estudo, sendo o mesmo de carácter descritivo, sem o estabelecimento de relações causa-efeito, falamos apenas de variáveis de atributo e de variáveis de investigação.

As variáveis de atributo foram utilizadas para obter a caracterização da família clássica e as caracterizações sociodemográficas do membro familiar prestador de cuidados (MFPD) e da pessoa dependente (PD) no autocuidado (AC). Estas variáveis de atributo são:

1. Caracterização das Famílias Clássicas
 - 1.1. Tipo de família;
 - 1.2. Tipo de alojamento;
 - 1.3. Rendimentos mensais.
2. Caracterização Sociodemográfica do MFPC
 - 2.1. Sexo
 - 2.2. Idade
 - 2.3. Parentesco
 - 2.4. Estado civil
 - 2.5. Nível de escolaridade
 - 2.6. Profissão
3. Caracterização Sociodemográfica da PD no AC
 - 3.1. Sexo

3.2. Idade

3.3. Estado civil

3.4. Nível de escolaridade

3.5. Profissão

3.6. Causas da dependência

3.7. Modo de instalação da dependência

3.8. Tempo da dependência

3.9. Consumo de fármacos

Quanto às variáveis de investigação, estas correspondem ao grande foco deste estudo e foram enquadradas nos diversos autocuidados, que são: 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. Estas variáveis são:

1. Recursos de suporte necessários;
2. Recursos de suporte utilizados;
3. Recursos de suporte desejados;
4. Razões da não utilização.

Podemos ainda afirmar que são do tipo “escala nominal” e “dicotómicas”, com exceção da variável “razões da não utilização” que é apenas “escala nominal”. As variáveis de investigação “recursos de suporte necessários”, “recursos de suporte utilizados” e “recursos de suporte desejados” apresentam valores de “sim” e “não” e, por fim, a variável de investigação “razões da não utilização” apresenta os valores “económica”, “desconhecimento da forma de aceder ao recurso”, “desconhecimento da forma de funcionamento”, “limitações da residência” e “outro”.

4.6. GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE

No decorrer deste projeto nunca existiu registo de nomes ou qualquer outro elemento que pudesse identificar os respondentes. Foi atribuído a cada formulário um número de ordem utilizado exclusivamente durante o processo de tratamento dos dados.

É importante realçar que, ao longo deste estudo, relativamente aos participantes no mesmo, propusemo-nos a garantir os seus direitos ao anonimato, à privacidade, ao sigilo, à autonomia, à confidencialidade, bem como, os direitos ao prejuízo e proteção contra o desconforto e ao tratamento equitativo e justo.

Por fim, de reforçar a participação dos sujeitos inquiridos de forma livre, voluntária e esclarecida, obtendo formalmente um consentimento informado para cada um.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos após a colheita de dados e análises dos mesmos são, então, apresentados no presente capítulo. Começarei, primeiramente, por caracterizar a família clássica quanto ao tipo de família, tipo de alojamento, rendimentos, entre outros; seguido do familiar prestador de cuidados a nível sociodemográfico; posteriormente, procederei à caracterização da pessoa dependente no autocuidado e, por fim, irei caracterizar e descrever os recursos necessários para a prestação de cuidados à pessoa dependente, os recursos desejados, os recursos que estão a ser utilizados pelas famílias clássicas e os recursos que não estão a ser utilizados e razão da sua não utilização.

Como foi referido na Metodologia, este processo de colheita de dados foi composto por dois momentos e dois inquéritos: um primeiro momento e um inquérito preliminar, em que foram contactadas as famílias com o intuito de proceder ao levantamento daquelas que têm familiares dependentes no autocuidado e que consentiam em participar no projeto; e um segundo momento, dirigido apenas às famílias com membros dependentes no autocuidado no domicílio que aceitaram participar no estudo. Para a recolha destes dados, tal como já foi descrito anteriormente, recorreu-se à utilização dos instrumentos “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte I e Parte II” utilizados por Gonçalves (2013) (Anexo II e Anexo III).

Na tabela 1 são apresentados os dados estatísticos relativamente aos resultados obtidos no inquérito preliminar – “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte I”, ou seja, 63 famílias aceitaram participar no inquérito preliminar. Podemos concluir que a amostra é de 387, mas, somente 63 famílias corresponderam aos critérios do estudo e aceitaram participar no mesmo.

Tabela 1 – N.º de famílias clássicas que aceitaram responder ao inquérito preliminar

Aceita responder ao inquérito preliminar?		
	Frequência	Percentagem
Sim	63	100,0

Primeiramente, antes da análise da tabela 2, é importante referir que, destas 63 famílias clássicas, existem 3 famílias que integram, em simultâneo, pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário e pessoas dependentes nos autocuidados, institucionalizados.

Através da observação da tabela 2, podemos ressaltar que, das 63 famílias inicialmente inquiridas, 42 (66,7% da amostra) referiram viver com alguém que precisa de ajuda para o autocuidado (AC) ou de apoio de equipamento. Ainda podemos afirmar que 52 famílias aceitaram responder ao inquérito “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte I” e 11 (17,5%) recusaram participar, sendo que 6 “não quiseram”, 1 “não podia”, 3 “não tinham tempo” e 1 não deu qualquer justificação.

Tabela 2 – Número de famílias clássicas que aceitaram responder ao questionário preliminar e ao inquérito “Parte I”

	Vive com alguém que precise de ajuda para o AC (autocuidado) ou de apoio de equipamento?		Tem algum familiar direto internado num lar ou instituição de saúde?		Aceita responder ao inquérito “Parte I”?	
	n	%	n	%	n	%
Omisso	1	1,6	–	–	–	–
Sim	42	66,7	24	38,1	52	82,5
Não	20	33,3	39	61,9	11	17,5
Total	63	100,0	63	100,0	63	100,0

Das 52 famílias que aceitaram responder ao inquérito “Parte I”, realizou-se a caracterização das mesmas quanto ao tipo de família, tipo de alojamento e rendimentos, tal como é apresentado na tabela 3.

Através da observação e análise da tabela 3, podemos observar que as famílias inquiridas são, na sua maioria (61,9%, mais de metade), famílias clássicas com um núcleo. Ainda, podemos afirmar que 65,1% vivem numa moradia e que 60,3%, mais de metade, não têm casas preparadas para pessoas com mobilidade condicionada (PMC). Por fim, podemos constatar que, destas famílias, $\frac{1}{4}$ vive de rendimentos entre os 501 e os 1000 euros por mês.

Tabela 3 – Caracterização das famílias clássicas que aceitaram participar no inquérito "Parte I"

Tipos de Família			
		Frequência	Percentagem
	Omisso	11	17,5
	Clássica sem núcleos	10	15,9
	Clássica com um núcleo	39	61,9
	Clássica com dois núcleos	3	4,8
	Total	63	100,0
Edifício de Alojamento Familiar			
		Frequência	Percentagem
	Omisso	11	17,5
	Clássico: moradia	41	65,1
	Clássico: apartamento	11	17,5
	Total	63	100,0
Edifício com Acessibilidade a Pessoas com Mobilidade Condicionada (PMC)?			
		Frequência	Percentagem
	Omisso	11	17,5
	Sim	14	22,2
	Não	38	60,3
	Total	63	100,0
Rendimento do Agregado/Mês			
		Frequência	Percentagem
	Omisso	11	17,5
	De 251 a 500 euros	2	3,2
	De 501 a 1000 euros	16	25,4
	De 1000 a 2000 euros	24	38,1
	De 2001 a 5000 euros	10	15,9
	Total	63	100,0

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS

Relativamente ao membro familiar prestador de cuidados (MFPC), com base nos resultados obtidos através do questionário realizado às famílias clássicas que aceitaram participar no inquérito “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte I”, podemos concluir, tal como se observa na tabela 4, que existem na totalidade 35 MFPC.

Tabela 4 – Número de MFPC após a realização do inquérito "Parte I"

MFPC			
		<i>n</i>	<i>%</i>
	Omisso	11	17,5
	Prestador de cuidados	32	50,8
	Parente dependente institucionalizado	17	27,0
	Prestador de Cuidados e Parente dependente institucionalizado	3	4,8
	Total	63	100,0

Destes 35 MFPC, podemos denotar na tabela 5 que 31, quase metade, coabitam com o familiar dependente, no entanto quase ¼ não quis responder.

Tabela 5 – Número de MFPC que coabitam com a PD no AC

Coabita com o dependente?			
		Frequência	Porcentagem
	Omisso	15	23,8
	Sim	31	49,2
	Não	17	27,0
	Total	63	100,0

Sendo importante caracterizá-los a nível sociodemográfico quanto ao sexo, idade, grau de parentesco com o familiar dependente no autocuidado, estado civil, nível de escolaridade e profissão, a tabela 6 demonstra os resultados obtidos relativamente ao perfil sociodemográfico do familiar prestador de cuidados, obtido através do inquérito “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte I” (Anexo II).

Através da análise da tabela 6, podemos concluir, quanto ao perfil sociodemográfico do familiar prestador de cuidados, que 80% são do sexo feminino. Relativo à idade, permitenos afirmar que se instala num intervalo entre 50 anos e 89 anos, com uma média de idade de 65,7 anos e um desvio padrão de 10,1. Quanto ao grau de parentesco, o familiar prestador de cuidados é, em 60% das famílias, um filho ou uma filha; seguido de um marido ou uma esposa em 34,3% das famílias e, por fim, um outro familiar por afinidade como uma nora, padrasto ou cunhado (5,7% das famílias). Relativamente ao estado civil, percebemos que o MFPC se apresenta, na sua maioria, casado ou em união de facto (71,4%). No entanto, também em 14,3% das famílias, o familiar prestador de cuidados é divorciado e em apenas 8,6% das famílias é viúvo/a e 2,7% solteiro/a. No que se refere

ao nível de escolaridade do familiar prestador de cuidados, deparamo-nos na tabela com um valor igualitário no topo, sem existir maioria absoluta, porque 25,7% das famílias têm familiares prestadores de cuidados com o 1º ciclo (ensino básico) e, por outro lado, também 25,7% das famílias têm familiares prestadores de cuidados com o ensino superior. Contudo, em 8,6% das famílias o familiar prestador de cuidados não apresenta qualquer nível de escolaridade e em 57,1% das famílias, ou seja, em mais de metade, o familiar apresenta um nível de escolaridade que não atinge o ensino secundário (obrigatório). Quanto à profissão, a grande maioria, correspondente a 62,9% das famílias, têm familiares prestadores de cuidados que se encontram reformados. No entanto, existe uma larga percentagem de familiares que conciliam a prestação de cuidados ao familiar dependente com a sua atividade profissional (aproximadamente 34%).

Tabela 6 – Caracterização do perfil sociodemográfico do MFPC

Sexo				
		<i>n</i>	<i>%</i>	
	Masculino	7	20,0	
	Feminino	28	80,0	
	Total	35	100,0	
Idade - Estatísticas Descritivas				
N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
35	50	89	65,7	10,1
Parentesco				
		<i>n</i>	<i>%</i>	
	Marido/Esposa	12	34,3	
	Filho/Filha	21	60,0	
	Afinidade (nora; padrastrô; cunhado)	2	5,7	
	Total	35	100,0	
Estado Civil				
		<i>n</i>	<i>%</i>	
	Casado/União de facto	26	71,4	
	Solteiro	1	2,7	
	Viúvo	3	8,6	
	Divorciado	5	14,3	
	Total	35	100,0	

Nível de Escolaridade		
	<i>n</i>	%
Nenhum	3	8,6
Ensino básico - 1º Ciclo (4 anos)	9	25,7
Ensino básico - 2º Ciclo (6 anos)	5	14,3
Ensino básico - 3º Ciclo (9 anos)	6	17,1
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	3	8,6
Ensino Superior	9	25,7
Total	35	100,0

Profissão		
	<i>n</i>	%
Trabalhadores não qualificados	2	5,7
Doméstico	1	2,9
Desempregado	1	2,9
Pensionista/Reformado	22	62,9
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
Total	35	100,0

Em suma, observando as tabelas anteriores na sua globalidade, se nos focarmos nos valores maioritários, podemos desenhar um perfil sociodemográfico em que caracterizamos o familiar prestador de cuidados como uma pessoa do sexo feminino, casada, filha do parente dependente no autocuidado, entre os 50 e os 89 anos, com o ensino básico (1º ciclo) ou o ensino superior e reformada.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Relativamente à pessoa dependente (PD) no autocuidado (AC), é importante caracterizá-lo também a nível sociodemográfico quanto ao sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e profissão. Ainda é relevante caracterizar o familiar dependente no autocuidado relativamente às causas desta dependência, ao modo de instalação e ao tempo

cronológico do *status* desta dependência, bem como, relativamente ao consumo de fármacos que a PD no AC ingere diariamente e que o MFPC tem de gerir.

A tabela 7 demonstra os resultados obtidos relativamente às características socio-demográficas da PD, obtido através do inquérito “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte II” (Anexo III). É importante referir que, de entre os 35 MFPC em análise, dois integram 2 familiares com dependência no autocuidado em contexto domiciliário, pelo que dá um total de 37 familiares dependentes no autocuidado, sendo esta a amostra que vamos ter em conta na análise das tabelas.

Através da análise da tabela 7, podemos concluir, quanto ao perfil sociodemográfico do familiar dependente no autocuidado, que mais de metade, ou seja, 54,1% corresponde ao sexo feminino. Relativamente à idade, podemos afirmar que se instala num intervalo entre os 51 anos e os 99 anos, com uma média de idade de, aproximadamente, 83 anos e um desvio padrão de 9,91. Relativamente ao estado civil, o parente dependente no autocuidado apresenta-se, na sua maioria, casado ou em união de facto (51,4%) ou viúvo, correspondente a 48,6% dos familiares dependentes. No que se refere ao nível de escolaridade do familiar dependente no AC, a tabela revela-nos que mais de metade, ou seja, 59,4% completou o 1º ciclo (ensino básico). Contudo, em 16,2% não apresenta qualquer nível de escolaridade e apenas 1 idoso (2,7%) tem o ensino superior. Quanto à profissão, é claro que 100% das pessoas dependentes nos autocuidados são pensionistas/reformados.

Tabela 7 – Caracterização do perfil sociodemográfico da PD no AC

Sexo				
		<i>n</i>	<i>%</i>	
	M	17	45,9	
	F	20	54,1	
	Total	37	100,0	
Idade - Estatísticas Descritivas				
<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
37	51	99	83,05	9,91
Estado Civil				
		<i>n</i>	<i>%</i>	
	Casado/União de facto	19	51,4	
	Viúvo	18	48,6	
	Total	37	100,0	
Nível de Escolaridade				
		<i>n</i>	<i>%</i>	
	Nenhum	6	16,2	
	Ensino básico - 1º Ciclo (4 anos)	22	59,4	
	Ensino básico - 2º Ciclo (6 anos)	2	5,4	
	Ensino básico - 3º Ciclo (9 anos)	3	8,1	
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	3	8,1	
	Ensino Superior	1	2,7	
	Total	37	100,0	
Profissão				
		<i>n</i>	<i>%</i>	
	Pensionista/Reformado	37	100,0	
	Total	37	100,0	

Relativamente ao modo de instalação da dependência e às causas da dependência, respetivamente, podemos afirmar, observando a tabela 8, que em 73% das pessoas dependentes a situação instalou-se de forma gradual e que em mais de metade (56,7%) foi causada por doença crónica. No entanto, também podemos reparar que 51,3% (mais de metade) foi causado pelo fator envelhecimento e 24,3% foi causado por doença aguda. É importante assinalar que 16 pessoas dependentes apresentam mais do que uma causa para o seu *status* de dependência. Ainda na tabela 8, podemos denotar que o tempo mínimo de dependência é de 0 meses e o tempo máximo de dependência é de 22 meses, com uma média de meses de 4,05 e um desvio padrão de 4,8.

Tabela 8 – Caracterização da PD no AC quanto ao status de dependência

Causas da Dependência						
	<i>n</i>					%
Envelhecimento	19					51,3
Acidente	3					8,1
Doença Aguda	9					24,3
Doença Crônica	21					56,7
Outra	1					2,7
Total	53					100,0
Modo de Instalação da Dependência						
	Frequência		Porcentagem			
Súbita	10		27,0			
Gradual	27		73,0			
Total	37		100,0			
Estatísticas Descritivas						
	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	
Tempo de dependência (em meses)	37	0	22	4,05	4,8	

Quanto ao consumo de fármacos, podemos afirmar que, dos 37 familiares dependentes, 36 ingerem diariamente medicação, sendo que 1 não respondeu, ou seja, praticamente todos os familiares dependentes ingerem pelo menos 1 medicamento diariamente. Podemos, ainda, observar que o número de fármacos ingeridos diariamente pela PD são no mínimo 1 fármaco e no máximo 19 fármacos, sendo a média 7 por dia, aproximadamente, como se mostra na tabela 9.

Tabela 9 – Número de fármacos que a PD ingere e que o MFPC gere

Consumo de medicamentos						
	<i>n</i>					%
	Omisso	1				2,7
	Sim	36				97,3
	Total	37				100,0
Estatísticas Descritivas						
	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	
Variedade de fármacos (n°)	37	1	19	7,73	4,247	

Em suma, observando as tabelas anteriores na sua globalidade, se nos focarmos nos valores majoritários, podemos desenhar um perfil sociodemográfico em que caracterizamos a pessoa dependente nos autocuidados em contexto domiciliário como uma pessoa do sexo feminino, casada, entre os 51 e os 99 anos, com o ensino básico (1º ciclo), reformada/pensionista cuja dependência se instalou de forma gradual, com uma duração entre 1 e 22 meses, cujas causas são por doença crónica e envelhecimento e que ingerem, no máximo, 19 fármacos por dia.

5.3. CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RECURSOS DE SUPORTE

Submergindo-nos sobre o foco deste projeto e sendo a questão de investigação “Quais os recursos de suporte utilizados pelas famílias clássicas da Freguesia de São Martinho do Bispo para tomar conta da PD em contexto domiciliário?”, é fulcral apresentar os resultados obtidos relativamente aos recursos de suporte utilizados pelas famílias clássicas na prestação de cuidados à PD, obtido através do inquérito “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte II” (Anexo III).

Tal como já foi referido anteriormente na parte metodológica, foram abordados os autocuidados “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”. Para cada autocuidado foram analisados os recursos de suporte necessários, em função do juízo clínico do enfermeiro-investigador que conduziu o inquérito. Foram também analisados os recursos utilizados pelo prestador de cuidados para tomar conta da pessoa dependente e os recursos não utilizados, bem como, a razão da sua não utilização. E, ainda, dentro dos recursos necessários, não estando a família a utilizá-los, questionou-se a mesma sobre o desejo de os ter, ou seja, foram analisados, também, os recursos desejados.

Para que a análise destes resultados seja efetuada numa perspetiva mais simples e prática, recorreram-se à utilização de três fórmulas produzidas por Mendes (2022), que são:

- Taxa de Recursos Necessários (TRN)

$$TRN = \frac{\text{Número de recursos necessários}}{\text{Total de pessoas dependentes}} \times 100$$

- Taxa de Recursos Utilizados (TRU)

$$TRU = \frac{\text{Número de recursos utilizados}}{\text{Número de recursos necessários}} \times 100$$

- Taxa de Recursos Desejados (TRD)

$$TRD = \frac{\text{Número de recursos desejados}}{\text{Número de recursos necessários não utilizados}} \times 100$$

Relativamente às razões da não utilização dos recursos necessários, podemos referir que estas são por a pessoa não o desejar, não ter capacidades financeiras, desconhecer a forma de aceder ao recurso, desconhecer a forma de funcionamento do recurso e, ainda, devido a limitações da residência ou outras razões não especificadas. É de alertar que, como seria de prever, pode haver mais do que uma razão para a não aquisição de um equipamento.

Começando por analisar o autocuidado tomar banho, através da tabela 10 podemos concluir que o recurso mais necessário, considerado pelo enfermeiro, para a prestação deste autocuidado é o “tapete antiderrapante” para 26 dos inquiridos (70,2%), no entanto, apenas 19 famílias utilizavam e somente 5 o desejavam. Outros recursos também considerados bastante necessários foram as “barras de apoio para banho” (67,6%) e a “cadeira higiénica” (59,5%). Num somatório total, são necessários 82 recursos, utilizados 46, não utilizados 36 e destes, desejados 25, obtendo uma TRU (56,1%) e uma TRD (69,4%) de mais de metade, podendo afirmar que estão entre as taxas mais altas do estudo.

Tabela 10 – Recursos de suporte no autocuidado: tomar banho

Autocuidado: Tomar Banho	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Assento suspenso para a banheira	2	5,4	1	50,0	1	100,0
Barras de apoio para banho	25	67,6	10	40,0	8	53,3
Cadeira de banho (fixa/giratória)	1	2,7	0	0,0	1	100,0
Cadeira higiênica	22	59,5	15	68,2	5	71,4
Elevador de banheira	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lava cabeças para acamados	6	16,2	1	16,7	5	100
Antiderrapante	26	70,2	19	73,1	5	71,4
Total	82	31,7	46	56,1	25	69,4

Relativamente às razões da não utilização dos recursos neste autocuidado apresentado na tabela 11 – razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: tomar banho, a maioria não os deseja ou apresenta limitações na sua residência que não o permitem. No entanto, 20,4% desconhecem a forma como funcionam os recursos e 6,9% desconhecem a forma com os aceder e obter.

Tabela 11 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: tomar banho

Autocuidado: Tomar Banho	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	11	25,0
Sem Capacidade Financeira	9	20,4
Desconhece a forma de aceder ao recurso	3	6,9
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	9	20,4
Limitações da Residência	11	25,0
Outras Razões	1	2,3
Total	44	100,0

Analisando a tabela 12, podemos afirmar que o recurso mais necessário para a prestação do autocuidado vestir-se/despir-se é a “calçadeira de cabo longo” (TRN de 54%) com uma TRU de metade (50%), sendo o mais utilizado e o segundo mais desejado (TRD de 40%). Outros recursos também considerados necessários foram os “calça meias / tira meias” (32,4%) e os “cordões elásticos” (24,3%); porém, apesar de os “calça meias / tira meias” serem mais necessários, os “cordões elásticos” eram mais utilizados (TRU de 44,4%) e totalmente desejados (TRD de 100%).

Tabela 12 – Recursos de suporte no autocuidado: vestir-se e despir-se

Autocuidado: Vestir-se e Despir-se	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Abotoador	2	5,4	0	0,0	0	0,0
Calça meias / Tira meias	12	32,4	3	25,0	3	33,3
Calçadeira de Cabo Longo	20	54,0	10	50,0	4	40,0
Cordões Elásticos	9	24,3	4	44,4	5	100,0
Extensões para fechos de correr	1	2,7	0	0,0	0	0,0
Total	44	23,2	17	38,6	18	66,7

Observando a tabela 13, é de notar que mais de metade, correspondente a 66,7%, desconhece a forma como funcionam os recursos, motivo pelo qual não utilizam os recursos neste autocuidado.

Tabela 13 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: vestir-se e despir-se

Autocuidado: Vestir-se e Despir-se	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	9	25,0
Sem Capacidade Financeira	0	0,0
Desconhece a forma de aceder ao recurso	0	0,0
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	24	66,7
Limitações da Residência	0	0,0
Outras Razões	3	8,3
Total	36	100,0

A tabela 14 permite-nos concluir que os únicos recursos para a prestação do autocuidado arranjar-se são ambos necessários – o “pente de cabo longo” e o “espelho inclinável” – no entanto apresentaram uma TRN baixa de 5,4%. Porém, o “espelho inclinável”, apesar de uma TRN baixa, apresenta uma TRU de 100% sendo o único dos dois recursos de suporte a ser utilizado, pelo que se obtém, deste modo, uma TRU Total de 50%.

Tabela 14 – Recursos de suporte no autocuidado: arranjar-se

Autocuidado: Arranjar-se	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Pente de Cabo Longo	2	5,4	0	0	0	0,0
Espelho Inclinável	2	5,4	2	100,0	0	0,0
Total	4	5,4	2	50,0	0	0,0

De forma sucinta, analisando a tabela 15, conclui-se que a razão da não utilização destes recursos está apenas no não desejo de adquirir o equipamento. De acordo com notas recolhidas em campo, isto deve-se ao facto de os familiares prestadores de cuidados substituírem a pessoa dependente neste autocuidado e não sentirem necessidade de um recurso adaptativo, visto que a pessoa dependente não tem qualquer capacidade para interpelar neste autocuidado.

Tabela 15 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: arranjar-se

Autocuidado: Arranjar-se	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	2	2
Sem Capacidade Financeira	0	0
Desconhece a forma de aceder ao recurso	0	0
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	0	0
Limitações da Residência	0	0
Outras Razões	0	0
Total	2	100

Quanto à tabela 16, podemos afirmar que o recurso mais necessário considerado pelo enfermeiro, para a prestação do autocuidado alimentar-se, é o “babete” em 10 dos inquiridos (TRN de 27%), em que 8 utilizavam (TRU de 80%) e dos 2 que não utilizavam, ambos o desejavam (TRD 100%). Podemos também concluir que existem 2 recursos cuja TRD é de 100%, que são o “babete”, como referimos anteriormente, e o “copo adaptado”. Tanto o “adaptador de talheres” como o “garfo flexível” foram recursos considerados necessários, mas que as famílias não utilizavam e não desejavam obter.

Tabela 16 – Recursos de suporte no autocuidado: alimentar-se

Autocuidado: Alimentar-se	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Abridor de Frascos	6	16,2	2	33,3	1	25,0
Adaptador de Talheres	1	2,7	0	0,0	0	0,0
Babete	10	27	8	80,0	2	100,0
Copo Adaptado	3	8,1	2	66,7	1	100,0
Garfo Flexível	1	2,7	0	0,0	0	0,0
Mesa de Comer na Cama	4	10,8	1	25,0	1	33,3
Rebordo para Prato	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Suporte de Copos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Suporte de Palhinha para Copos	5	13,5	3	60,0	1	50,0
Total	30	9,0	16	53,3	6	42,9

No que se refere às razões da não utilização dos recursos neste autocuidado, a tabela 17 revela-nos que 40,9% desconhecem a forma como funcionam os recursos, 18,1% desconhecem a forma com os aceder e obter, 36,5% não os desejam e 4,5% não têm capacidade financeira.

Tabela 17 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: alimentar-se

Autocuidado: Alimentar-se	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	8	36,5
Sem Capacidade Financeira	1	4,5
Desconhece a forma de aceder ao recurso	4	18,1
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	9	40,9
Limitações da Residência	0	0,0
Outras Razões	0	0,0
Total	22	100

Através da análise da tabela 18, podemos concluir que o recurso mais necessário considerado pelo enfermeiro, para a prestação do autocuidado uso do sanitário, é a “barra de apoio sanitário” (TRN de 67,6%). Outros recursos considerados necessários foram o “alçador de sanita” (TRN de 29,7%), o “resguardo” (TRN de 29,7%) e o “urinol” (TRN de 29,1%). Podemos ainda observar que, neste autocuidado, 5 recursos de suporte apresentam 100% de taxa de utilização, pelo que a TRU Total se apresenta como uma das mais altas do estudo (62,8%).

Tabela 18 – Recursos de suporte no autocuidado: uso do sanitário

Autocuidado: Uso do Sanitário	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Alteador de Sanita	11	29,7	2	18,2	7	77,8
Arrastadeira	1	2,7	0	0,0	1	100,0
Barra de Apoio de Sanitário	25	67,6	9	36,0	10	62,5
Cadeira Sanitária	6	16,2	4	66,7	2	100,0
Cueca Impermeável	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Coletor Urinário	1	2,7	0	0,0	0	0,0
Fralda	12	32,4	12	100,0	0	0,0
Penso Absorvente para Incontinência	4	10,8	4	100,0	0	0,0
Penso Higiénico	1	2,7	1	100,0	0	0,0
Resguardo	11	29,7	11	100,0	0	0,0
Saco de Colostomia/Ileostomia/Urina	3	8,1	3	100,0	0	0,0
Urinol	11	29,1	8	72,7	3	100,0
Total	86	16,2	54	62,8	24	75,0

De acordo com a tabela 19, o motivo pela não utilização dos recursos neste autocuidado, deve-se, na sua maioria, com 28,2%, ao desconhecimento quanto à forma como funcionam os recursos. Para além disso, 18% desconhecem a forma com os aceder e obter.

Tabela 19 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: uso do sanitário

Autocuidado: Uso do Sanitário	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	8	20,5
Sem capacidade Financeira	7	18
Desconhece a forma de aceder ao recurso	7	18
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	11	28,2
Limitações da Residência	4	10,2
Outras Razões	2	5,1
Total	39	100

Analisando a tabela 20, podemos afirmar que o recurso mais necessário para a prestação do autocuidado elevar-se é a “almofada elevatória” (TRN de 45,9%), sendo o mais utilizado de entre todos os recursos existentes neste autocuidado, mas tem uma TRU baixa (11,8%). Porém, apesar de poucos o utilizarem, mais de metade das famílias o desejam, sendo o recurso mais desejado (TRD de 53,3%). Outros recursos também considerados

necessários foram o “apoio de cabeça anatômico” e o “apoio de pés”. Contudo, o primeiro não estava a ser utilizado, mas era desejado e o segundo estava a ser utilizado, mas não era desejado.

Tabela 20 – Recursos de suporte no autocuidado: elevar-se

Autocuidado: Elevar-se	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Almofada Elevatória	17	45,9	2	11,8	8	53,3
Apoio de Cabeça Anatômico	1	2,7	0	0,0	1	100,0
Apoio de Pés	1	2,7	1	100,0	0	0,0
Barras Paralelas e Apoios de Posição de Pé	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	19	12,8	3	15,8	9	56,3

Observando a tabela 21, é de notar que, mais uma vez, a maioria, correspondente a 39,1%, desconhece a forma como funcionam os recursos, maior motivo pelo qual não utilizam os recursos neste autocuidado. Todavia, 21,7% desconhece a forma como aceder ao recurso.

Tabela 21 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: elevar-se

Autocuidado: Elevar-se	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	7	30,4
Sem Capacidade Financeira	1	4,3
Desconhece a forma de aceder ao recurso	5	21,7
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	9	39,1
Limitações da Residência	1	4,3
Outras Razões	0	0,0
Total	23	100

A tabela 22 permite-nos concluir que o recurso mais necessário para a prestação do autocuidado virar-se são as “grades de apoio / segurança” (TRN de 37,8%), seguido do “colchão anti úlcera de pressão” (TRN de 24,3%). Porém, os dois recursos com uma TRU de 100% são o “coxim” e o “imobilizador abdominal” e os dois recursos com TRD de 100% são a “luxa de imobilização” e o “suporte para as costas”. Num somatório total, são necessários 40 recursos, utilizados 11 (27,5%), não utilizados 29 e destes, desejados 15 (51,7%), ou seja, um pouco mais de metade.

Tabela 22 – Recursos de suporte no autocuidado: virar-se

Autocuidado: Virar-se	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Grades de Apoio / Segurança	14	37,8	5	35,7	5	55,6
Colchão Anti Úlcera de Pressão	9	24,3	2	22,2	5	71,4
Cotoveleira	1	2,7	0	0	0	0
Coxim	2	5,4	2	100	0	0
Transfer de Cama	4	10,8	1	25	0	25
Imobilizador Abdominal	1	2,7	1	100	0	0
Luva de Imobilização	1	2,7	0	0	1	100
Posicionador de Perna e Pés	2	5,4	0	0	1	50
Suporte para as Costas	2	5,4	0	0	2	100
Dispositivo de Prevenção de Pé Equino	4	10,8	0	0	1	25
Total	40	10,8	11	27,5	15	51,7

No que se refere às razões da não utilização dos recursos neste autocuidado, através da análise da tabela 23, concluímos que 35% não desejam adquirir os recursos, 30% desconhecem a forma como funcionam os recursos, 15% não têm capacidade financeira e 5% desconhecem a forma com os aceder e obter.

Tabela 23 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: virar-se

Autocuidado: Virar-se	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	14	35
Sem capacidade Financeira	6	15
Desconhece a forma de aceder ao recurso	2	5
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	12	30
Limitações da Residência	2	5
Outras Razões	4	10
Total	40	100

No que se refere à tabela 24 apresentado em seguida, podemos afirmar que o recurso mais necessário para a prestação do autocuidado transferir-se é a “cama articulada” (TRN de 35,1%), sendo o mais utilizado (TRU de 46,1%) e, também, o mais desejado (TRD de 71,4%). Desta forma podemos concluir que mais de metade (53,9%) não utiliza “cama articulada” apesar de necessitar. Para além disso, é também de notar que o “elevador de

transferência” é o único recurso necessário que não está a ser nem utilizado nem é desejado.

Tabela 24 – Recursos de suporte no autocuidado: transferir-se

Autocuidado: Transferir-se	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Barras de Apoio	2	5,4	1	50,0	1	100,0
Cabeceira e Pés de Cama Amovíveis	1	2,7	1	100,0	0	0,0
Cama Articulada	13	35,1	6	46,1	5	71,4
Elevador de Transferência	1	2,7	0	0,0	0	0,0
Transfer Leito-Cadeira	2	5,4	0	0,0	1	50,0
Disco de Rotação	6	16,2	0	0,0	5	83,3
Total	25	11,3	8	32,0	12	70,6

De acordo com a tabela 25, o motivo pela não utilização dos recursos neste autocuidado, deve-se, na sua maioria (27,8%), por incapacidade financeira, não desejo de obter os recursos e desconhecimento quanto à forma como funcionam os recursos. Posteriormente, 11,1% desconhecem a forma com os aceder e obter.

Tabela 25 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: transferir-se

Autocuidado: Transferir-se	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	5	27,8
Sem Capacidade Financeira	5	27,8
Desconhece a forma de aceder ao recurso	2	11,1
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	5	27,8
Limitações da Residência	1	5,5
Outras Razões	0	0,0
Total	18	100

Observando a analisando a tabela 26, podemos reparar que apenas a “rampa” foi considerado um recurso necessário ($n = 5$), sendo esta TRN Total a mais baixa do estudo. No entanto, este recurso é utilizado por 3 (TRU de 60%), não utilizado por 2 e desejado por 2 (TRD de 100%), ou seja, todas as famílias que não possuíam este recurso, desejavam-no.

Tabela 26 – Recursos de suporte no autocuidado: usar cadeira de rodas

Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Rampa	5	13,5	3	60,0	2	100,0
Rodas Anti Queda	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Plataforma Vertical para Cadeira de Rodas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	5	4,5	3	60,0	2	100,0

Tal como observámos anteriormente na tabela 26, todas as famílias que não possuíam os recursos, desejavam-nos. Porém, podemos denotar na tabela 27 que uma não tinha capacidades financeira e outra não conseguia obter o recurso por limitações na residência.

Tabela 27 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: usar cadeira de rodas

Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	0	0,0
Sem Capacidade Financeira	1	50,0
Desconhece a forma de aceder ao recurso	0	0,0
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	0	0,0
Limitações da Residência	1	50,0
Outras Razões	0	0,0
Total	2	100,0

Após a observação e análise da tabela 28, podemos afirmar que todos os equipamentos necessários, estão, em grande parte, a ser utilizados, sendo a “bengala” e o “andarilho” os recursos mais necessários e, também, os mais utilizados com TRU de 71,4% e 78,6%, respetivamente. Para além disso, também são os únicos desejados e apresentam uma elevada taxa de desejo de aquisição. Por fim, é importante concluir que o autocuidado andar apresenta uma TRU Total de 78,1%, considerada a segunda mais elevada do estudo.

Tabela 28 – Recursos de suporte no autocuidado: andar

Autocuidado: Andar	Necessário		Utilizado		Desejado	
	<i>n</i>	TRN%	<i>n</i>	TRU%	<i>n</i>	TRD%
Andarilho	14	37,8	11	78,6	2	66,7
Bengala	14	37,8	10	71,4	3	75
Canadiana(s)	4	10,8	4	100	0	0
Prótese	0	0	0	0	0	0
Total	32	21,6	25	78,1	5	71,4

A tabela 29 revela-nos que as razões da não utilização dos recursos neste autocuidado prendem-se maioritariamente com “outras razões” que, de acordo com as notas de campo, são: espaço reduzido para utilizar os recursos e possibilidade de a pessoa dependente andar apoiado na mobília do domicílio ou com apoio unilateral por parte do cuidador. Para além disso, as restantes razões de não utilização são: 30% de desconhecimento da forma de funcionamento do recurso, 20% não desejado e 10% sem capacidades financeiras.

Tabela 29 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: andar

Autocuidado: Andar	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	2	20,0
Sem Capacidade Financeira	1	10,0
Desconhece a forma de aceder ao recurso	0	0,0
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	3	30,0
Limitações da Residência	0	0,0
Outras Razões	4	40,0
Total	10	100,0

Analisando a tabela 30, podemos afirmar que o autocuidado tomar a medicação apresenta a TRU Total mais elevada do estudo (80,5%).

O “termómetro” (TRN de 78,4%), a “caixa de comprimidos” (TRN de 70,3%) e a “máquina de pesquisa de glicémia capilar” (TRN de 32,4%) são os recursos mais necessários em que existe uma TRU de quase 100% (ou mesmo 100%), o que é bastante positivo, pois o “termómetro” e a “máquina de pesquisa de glicémia capilar” são recursos

fulcrais para identificar a necessidade de tomar a medicação e a “caixa de comprimidos” é importante para uma melhor gestão, armazenamento e transporte da medicação. Ainda, relativamente à “máquina de pesquisa de glicemia capilar” a única família que não utiliza este recurso, deseja obtê-la. Para além destes, tanto a “caneta de insulina” como a “oxigenoterapia” apresentam TRU de 100%, pois são recursos essenciais sem os quais os utentes não poderão estar.

Tabela 30 – Recursos de suporte no autocuidado: tomar a medicação

Autocuidado: Andar	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	2	20,0
Sem Capacidade Financeira	1	10,0
Desconhece a forma de aceder ao recurso	0	0,0
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	3	30,0
Limitações da Residência	0	0,0
Outras Razões	4	40,0
Total	10	100,0

De acordo a tabela 31, o motivo pela não utilização dos recursos neste autocuidado, deve-se, na sua maioria, mais uma vez, com 36,4%, por desconhecimento quanto à forma como funcionam os recursos. Posteriormente, 31,9% não desejam obter os recursos e 9% desconhecem a forma com os aceder e obter e/ou não têm capacidades financeiras.

Tabela 31 – Razões da não utilização dos recursos de suporte no autocuidado: tomar a medicação

Autocuidado: Tomar a Medicação	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	7	31,9
Sem Capacidade Financeira	2	9,0
Desconhece a forma de aceder ao recurso	2	9,0
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	8	36,4
Limitações da Residência	0	0,0
Outras Razões	3	13,7
Total	22	100

Assim, dos resultados obtidos e através das fórmulas de TRN, TRU e TRD, conseguimos sumarizar os recursos de suporte mais necessários, mais utilizados e mais desejados. Para simplificar esta análise optei por demonstrá-la através da tabela 32, que nos mostra, dentro dos autocuidados, os 3 recursos mais necessários, os 3 recursos mais utilizados e os 3 recursos mais desejados neste estudo.

Assim, podemos observar que o autocuidado com TRN mais elevado foi o “autocuidado tomar banho”, seguido dos autocuidados “tomar a medicação” e “vestir-se/despir-se”. O recurso considerado mais necessário foi o “tapete antiderrapante”, seguido do “termómetro” e da “calçadeira de cabo longo”.

Quanto à TRU, os recursos mais utilizados foram a caneta de insulina, a oxigenoterapia e o termómetro dentro do “autocuidado tomar a medicação”. Podemos, então, concluir, positivamente, que o autocuidado com os recursos mais necessários foi também o autocuidado onde mais recursos foram utilizados, sendo que o “termómetro” surge como dos recursos mais necessários e, também, mais utilizados, sendo um recurso fulcral para avaliar a necessidade de tomar a medicação. Posteriormente, o segundo recurso mais utilizado foram as canadianas, dentro do “autocuidado andar” e em terceiro lugar foram a fralda, o penso para incontinência, o penso higiénico, o resguardo e o saco de urina/colostomia/ileostomia dentro do “autocuidado uso do sanitário”.

Por fim, relativamente à TRD, o recurso mais desejado foi a “rampa” no “autocuidado uso da cadeira de rodas” e podemos afirmar que foi o único recurso desejado dentro deste autocuidado. Posteriormente, o autocuidado com segunda maior TRD é o “autocuidado uso do sanitário”, em que os recursos mais desejados são a arrastadeira, a cadeira sanitária e o urinol. E, por fim, no “autocuidado andar” a bengala foi avaliada como o terceiro recurso mais desejado pelas famílias.

Tabela 32 - Lista dos recursos mais necessários, utilizados e desejados

TRN	TRU	TRD
1º tomar banho: tapete antiderrapante	1º tomar a medicação (80,5%): caneta de insulina, oxigenoterapia, termómetro	1º uso de cadeira de rodas: rampa (100%)
2º tomar a medicação: termómetro	2º andar (78,1%): canadianas	2º uso do sanitário: arrastadeira, cadeira sanitária, urinol
3º vestir-se/despir-se: calçadeira de cabo longo	3º uso do sanitário (62,8%): fralda, penso para incontinência, penso higiénico, resguardo, saco de urina/colostomia/ileostomia	3º andar: bengala

Analisando, por sua vez, os recursos menos utilizados, no estudo atual, deparamo-nos com os autocuidados “elevar-se” (TRU 15,8%), “virar-se” (TRU 27,5%) e “transferir-se” (TRU 32%) como os que apresentam taxas de utilização mais baixas, pelo que, através da observação e análise da tabela 33 é natural concluir que estes se apresentam como os autocuidados que possuem uma taxa de não utilização de recursos mais elevada. No entanto, conseguimos também realçar uma taxa global de recursos não utilizados pouco menos de metade (44%).

Tabela 33 - Contabilização dos recursos não utilizados

Autocuidado	Número de recursos necessários	Número de recursos utilizados	TRNU
Tomar Banho	82	46	44%
Vestir-se/Despir-se	44	17	61%
Arranjar-se	4	2	50%
Alimentar-se	30	16	47%
Uso do Sanitário	86	54	37%
Elevar-se	19	3	84%
Virar-se	40	11	73%
Transferir-se	25	8	68%
Uso de Cadeira de Rodas	5	3	40%
Andar	32	25	22%
Tomar a Medicação	82	66	20%
TOTAL			44%

Para obter estes resultados foi necessário construir e utilizar uma fórmula que abordasse os recursos não utilizados, apresentada a seguir:

Taxa de Recursos Não Utilizados (TRNU)

$$TRNU = \frac{\text{Número de recursos não utilizados}}{\text{Número de recursos necessários}} \times 100$$

Sendo, o “número de recursos não utilizados” a diferença entre o “número de recursos necessários” e o “número de recursos utilizados”. Esta fórmula baseou-se nas fórmulas anteriores já apresentadas.

Ainda, como a nossa temática também se foca não só nos recursos utilizados e não utilizados, mas também no motivo da não utilização dos mesmos, consideramos pertinente efetuar uma análise global quanto às “razões da não utilização” dos recursos nos autocuidados.

Através da análise da tabela 34, podemos concluir que o maior motivo se prende com o desconhecimento da forma como os recursos funcionam, com 34,9%. Seguidamente, 28,3% não desejam obter os recursos, 12,8% não tem capacidades financeiras, 9,7% desconhece a forma de aceder e obter os recursos e, por fim, 7,8% e 6,6% prendem-se com o facto de existirem limitações na residência e/ou outras razões, respetivamente.

Tabela 34 – Razões da não utilização dos recursos de suporte

Razões da não utilização dos recursos	Razões da Não Utilização	
	<i>n</i>	%
Não desejado	73	28,3
Sem Capacidade Financeira	33	12,8
Desconhece a forma de aceder ao recurso	25	9,7
Desconhece a forma de funcionamento do recurso	90	34,9
Limitações da Residência	20	7,8
Outras Razões	17	6,6
Total	258	100,0

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para dar início a este estudo, foi necessário definir objetivos gerais, tais como: identificar a prevalência de famílias clássicas que integram familiares dependentes no autocuidado, caracterizar essas famílias clássicas e descrevê-las quanto ao tipo de família, alojamento e às condições socioeconómicas bem como caracterizar o perfil do MFPC e da PD no AC e, por fim, caracterizar e descrever os recursos utilizados pelas famílias clássicas para cuidar do familiar dependente. A partir deste último objetivo geral e através da questão de investigação formulada, o objetivo principal deste tudo era compreender quais os recursos de suporte utilizados pelos MFPC para cuidar da PD no AC em contexto domiciliário. Para alcançar a resposta a esse objetivo principal, foi necessário definir objetivos específicos para identificar os recursos de suporte necessários, os utilizados e os desejados, bem como, dentro dos não utilizados, a razão da sua não utilização.

Como já anteriormente referido, tratando-se de um estudo que replica um conjunto de estudos já realizados em Portugal, procurar-se-á comparar os resultados obtidos neste estudo com os estudos anteriores realizados para contribuir para alargar o retrato da situação em Portugal relativamente à caracterização das famílias clássicas com familiares dependentes no autocuidado e centralizar a questão na utilização ou não de recursos de suporte.

6.1. UNIÃO DE FREGUESIAS DE SÃO MARTINHO DO BISPO E RIBEIRA DE FRADES E FAMÍLIAS CLÁSSICAS

Na Freguesia de São Martinho do Bispo, a localidade em estudo, a amostra foi de 387, mas, somente 63 famílias corresponderam aos critérios do estudo e aceitaram participar no inquérito preliminar. Dessas, apenas 52 aceitaram participar no inquérito “Parte I” em que se caracteriza a família clássica quanto ao tipo de família, alojamento e rendimentos e em que se traça o perfil sociodemográfico do MFPC. No entanto, apenas 42 referiram viver com alguém que precisa de ajuda para o autocuidado (AC) ou de apoio de equipamento, o que significa que, aproximadamente 11% (1 em cada 10 famílias) têm

familiares dependentes no autocuidado no domicílio. Podemos afirmar, comparativamente aos estudos anteriores realizados, que este é o segundo valor mais alto até então, sendo ligeiramente inferior ao valor obtido em Paços de Ferreira (11,7%) (Regadas, 2021) e superior ao valor de Lisboa (7,95%) (Costa, 2013); Maia (8,38%) (Rocha, 2015) e Porto (10,41%) (Gonçalves, 2013).

Quanto ao tipo de família, tipo de alojamento e rendimentos podemos concluir que as famílias inquiridas são, na sua maioria, famílias clássicas com um núcleo, vivem numa moradia e que mais de metade não têm casas preparadas para pessoas dependentes com mobilidade condicionada. Por fim, podemos constatar que, destas famílias, $\frac{1}{4}$ vive de rendimentos entre os 501 e os 1000 euros por mês.

Comparativamente com os estudos anteriores realizados, o estudo de Regadas (2021) no concelho de Paços de Ferreira está em consonância com o estudo atual no que se refere ao tipo de alojamento e à mobilidade condicionada, referindo que “83,8% eram moradias (...) 72,8% não possuíam qualquer tipo de acessibilidade para PMC” (p. 121) e relativamente ao tipo de família, afirmando que “o concelho de Paços de Ferreira integra à semelhança de Lisboa e Porto maioritariamente o tipo de família com um núcleo” (p. 123).

Rocha (2015) no seu estudo no concelho da Maia, analogamente ao estudo atual, afirma que “A maioria dos agregados familiares (81,6%) habita em moradia.” (p. 72), quanto à mobilidade condicionada “53,7% dos edifícios constituem-se como barreira ambiental à promoção da acessibilidade, situação sobreponível ao que se passa no resto do país, pois pelos Censos (INE, 2011) foi identificado que a maioria dos edifícios não é acessível.” (p. 72) e quanto ao rendimento, este “de 501 a 1000 €/mês é auferido pelo maior número de famílias (38,8%)” (p. 71). Quanto ao tipo de família, Rocha (2015), ao contrário do estudo atual, refere ainda que “A família clássica com dois núcleos é o tipo de família mais representativa com 45,4%” (p. 71).

Debruçando-nos sobre o estudo de Gonçalves (2013), no concelho do Porto, à semelhança do estudo atual, “95,03% não tinham núcleos ou eram constituídas, apenas, por um núcleo” (p. 130) e, quanto aos rendimentos, “O rendimento médio *per capita*/mês dos agregados familiares que integram a amostra ronda os € 421” (p. 131). Diferentemente ao estudo atual, “65,4% das famílias que têm um familiar institucionalizado vivem em

apartamentos” (p. 169) e não em moradias como no estudo atual e nos estudos de Regadas (2021) e Rocha (2015).

Já no concelho de Lisboa, no estudo elaborado por Costa (2013), à semelhança do estudo atual, podemos concluir que “A família caracteriza-se por na sua maioria clássica, sem núcleos ou com um núcleo (87%), (...) com rendimento familiar per capitado, por mês, inferior a 500€/mês (410 euros).” (p. 154).

Em suma, comparando os diversos estudos com o estudo atual, podemos concluir que existe aqui uma corroboração entre os mesmos, podendo afirmar que nos concelhos de Lisboa, Porto e Paços de Ferreira a maioria das famílias clássicas possuem um núcleo, exceto no concelho da Maia que possuem dois núcleos. Quanto aos rendimentos familiares *per capita* a maioria está em consonância, rondando os 500€ e os 1000€, em média. E, por fim, relativamente à acessibilidade, concluímos que a maioria não apresenta condições para PMC, estando este fator em consonância com os dados inferidos pelo INE, e que as famílias clássicas, na sua maioria, habita em moradia nos concelhos com maior área rural, como por exemplo Paços de Ferreira e Maia.

6.2. MEMBRO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS

De entre as 42 famílias com familiares dependentes no autocuidado no domicílio, podemos constatar que existem 35 MFPC cujo perfil sociodemográfico revelou serem, maioritariamente, do sexo feminino, filhas ou cônjuges do parente dependente no autocuidado, casadas, com uma média de idade de 65,7 anos - entre os 50 e os 89 anos, reformadas e com o ensino básico (1º ciclo) ou o ensino superior. Porém, é importante revelar que mais de metade não apresenta o nível de escolaridade obrigatório.

Comparativamente com os estudos anteriores realizados, estes vêm corroborar os dados obtidos neste estudo relativamente ao perfil do MFPC.

Bento et al., (2021) afirmam no seu estudo que “os cuidadores são idosos com média de idade superior a 65 anos, sendo que 15% destes têm mais de oitenta anos, são mulheres e cônjuges” (p. 6).

Nardi e Oliveira (2008) como referido por Costa (2013) no estudo realizado em Lisboa, “identificaram-se as filhas como os principais cuidadores, refletindo (...) os sentimentos de obrigação e dever” (p. 65).

Gonçalves (2013), no seu estudo realizado no Porto, refere que:

Os cuidadores familiares são, na sua grande maioria (83,21%), do sexo feminino. (...) 40,88% dos cuidadores familiares são filho(a)s e 24,09% são cônjuges da pessoa dependente no autocuidado (...) a maioria dos cuidadores familiares (57,14%) não tem como habilitações literárias mais do que o primeiro ciclo do ensino básico (n=133). Acresce que 9,02% dos prestadores de cuidados não têm mesmo qualquer escolaridade. (pp. 134 e 135)

Rocha (2015), no seu estudo no concelho da Maia, vem corroborar estas afirmações relatando que os cuidadores da pessoa dependente “são expressivamente do sexo feminino (...) atribuindo-se à mulher o papel de cuidadora dos membros da família”. Ainda no mesmo estudo, Rocha (2015) refere que o MFPC “habita com o familiar dependente e o grau de parentesco mais representativo é filho(a) (42,1%) e marido/esposa (29,5%). (...) 38,1% é pensionista/reformado (...) 73,9% é casado ou em união de facto e 50% possui o 1º ciclo do ensino básico” (p. 76).

E, por fim, Regadas (2021), no seu estudo efetuado em Paços de Ferreira, afirma que os MFPC são “do género feminino (...) cerca de três quartos (75,9%) dos MFPC eram casados ou viviam em união de facto (...) verificou-se uma predominância do 1º ciclo (...) 63,9% (n=154) não apresentavam uma atividade profissional (...) eram maioritariamente (42,7%) filhos/filhas” (pp. 155-157).

Comparando os diversos estudos, podemos concluir que existe aqui uma corroboração entre os mesmos e afirmar que as mulheres, filhas e cônjuges, continuam a ter a função de cuidadoras dos membros familiares ao longo do ciclo vital e como verificaram Nardi e Oliveira (2008) como referido por Costa (2013) este papel de cuidadora está muito interligado com sentimentos de obrigação e dever a quais estas sempre foram sujeitas. Relativamente à idade podemos concluir que, dado a contínua elevação do índice de envelhecimento, temos e teremos cada vez mais idosos a cuidar de idosos e estes estudos vêm comprovar este facto, pois a média de idades do MFPC é superior aos 60 anos, faixa etária já considerada como idoso pela OMS. Por fim, também podemos concluir que os MFPC são familiares com um baixo nível de escolaridade e, muitos deles,

reformados/pensionistas ou mesmo desempregados, ou seja, num nível socioeconómico também desfavorável.

6.3. PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Relativamente à PD, concluímos anteriormente que existem 37 familiares dependentes no autocuidado cujo perfil sociodemográfico revelou serem, maioritariamente, uma pessoa do sexo feminino, casada, com uma média de idade de 83 anos, com o ensino básico (1º ciclo), reformada/pensionista cuja dependência se instalou de forma gradual, com uma duração em média de 4 meses, cujas causas são por doença crónica e envelhecimento e que ingerem uma média de 7 fármacos diários atingindo um máximo de 19 fármacos.

Comparativamente com os estudos anteriores realizados, estes vêm corroborar os dados obtidos neste estudo relativamente ao perfil da PD no AC.

Regadas (2021) corrobora estes dados, pois no seu estudo o sexo feminino atingiu os valores mais elevados relativamente à PD e quanto ao estado civil, “a maioria (41,7%) das PD (n=100) eram casadas ou viviam em união de facto...” (p. 124). Relativamente à idade, e segundo o mesmo autor, “os dependentes idosos (com mais de 65 anos) surgem com uma maior percentagem (67,2%), sendo que 39,8% tinham mais de 80 anos (n=96). Estes dados comprovam a estreita relação observável entre a idade mais avançada e a situação de dependência” (p. 124).

No estudo do concelho da Maia efetuado por Rocha (2015) também a maioria das PD são do sexo feminino e casadas, com o 1º ciclo do ensino básico e pensionistas/reformadas. No entanto, com uma média de idades ligeiramente inferior ao estudo atual. Ainda, segundo Rocha (2015), “a forma como se instalou a dependência foi gradual em 64,6% do total das pessoas (...) 98,9% dos dependentes toma medicação, tomando, em média, 7,38 fármacos diariamente...” (p. 73 e 74).

Por fim, Gonçalves (2013) vem corroborar os dados anteriores afirmando, também, que a maioria das PD são do sexo feminino, que “54,94% das pessoas dependentes no autocuidado têm mais de 80 anos de idade...” (p. 132) e cujo nível de escolaridade não ultrapassa também o 1º ciclo de ensino básico, sendo que pouco menos de metade não

apresenta a escolaridade obrigatória. Gonçalves (2013) ainda refere que “para a maioria das pessoas (70,78%), a instalação da dependência no autocuidado ocorreu de forma gradual (n=154), o que é consistente com um quadro associado aos processos de envelhecimento” (p. 134) e que ingerem uma média de 7,06 medicamentos diários. A única diferença no estudo de Gonçalves (2013) para o estudo atual é relativamente ao estado civil, em que mais de metade das pessoas dependentes são viúvas.

Comparando os diversos estudos, podemos concluir que existe aqui uma corroboração entre os mesmos e afirmar que a PD é maioritariamente do sexo feminino, sendo que este dado poderá estar relacionado com a esperança média de vida, pois segundo o INE (2022) “em 2019-2021, foi estimada em 80,72 anos, sendo de 77,67 anos para os homens e de 83,37 anos para as mulheres” (p. 1). Deste modo, é expectável que existindo uma esperança média de vida superior nas mulheres, existam mais PD do sexo feminino. Relativamente à idade e à dependência podemos concluir que, dada a contínua elevação do índice de envelhecimento e a um aumento das doenças crónicas a este associado, temos e teremos cada vez mais idosos dependentes no autocuidado e sujeitos a polimedicação. Corroborando esta afirmação, de acordo com o “Retrato da Saúde 2018” como referido por Bastos, Santos, Martins, Fernandes e Lima (2021), “atualmente em Portugal vive-se mais anos, mas com um menor número de anos de vida saudável depois dos 65 anos de idade (...) Os idosos em Portugal apresentam mais comorbidades, destacando-se a diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade e doenças oncológicas” (p. 2). Bastos et al. (2021) ainda referem no seu estudo que “Face à existência de comorbidades com necessidade de polimedicação, a gestão da doença nesta faixa etária torna-se ainda mais complexa...” (p. 2). Podemos, ainda, concluir que a maioria das pessoas dependentes são reformadas/pensionistas e com um baixo nível de escolaridade ou nenhum nível de escolaridade, estando estes fatores interligados com um nível socioeconómico mais desfavorável, ou seja, de acordo com Lourenço (2012) “a população mais pobre não possui ou possui baixos níveis de educação...” (p. 42) e segundo Mateus, Fonseca e Pina (2009) como referido por Lourenço (2012), “os idosos estão mais expostos às problemáticas referidas devido aos baixos rendimentos que advêm das reformas...” (p. 42).

6.4. RECURSOS DE SUPORTE

Relativamente aos recursos de suporte, dos resultados obtidos através das fórmulas de TRN, TRU e TRD, conseguimos sumarizar os 3 recursos de suporte mais necessários, os 3 recursos de suporte mais utilizados e os 3 recursos de suporte mais desejados neste estudo, tal como foi demonstrado na tabela 32.

Submergindo-nos sobre o foco deste projeto, os recursos de suporte utilizados pelas famílias clássicas, relembro que estes foram abordados e avaliados consoante os autocuidados inerentes à pessoa dependente.

Assim, podemos observar que o autocuidado com TRU mais elevado foram a caneta de insulina, a oxigenoterapia e o termómetro dentro do “autocuidado tomar a medicação”. Podemos, então, concluir, positivamente, que o autocuidado com os recursos mais necessários foi também o autocuidado onde mais recursos foram utilizados, sendo que o “termómetro” surge como desses recursos mais necessários e, também, mais utilizados, sendo um recurso fulcral para avaliar a necessidade de tomar a medicação. Posteriormente, o segundo recurso mais utilizado foram as canadianas, dentro do “autocuidado andar” e em terceiro lugar foram a fralda, o penso para incontinência, o penso higiénico, o resguardo e o saco de urina/colostomia/ileostomia dentro do “autocuidado uso do sanitário”.

Comparativamente com os estudos anteriores realizados, Gonçalves (2013) afirma que, tanto em Lisboa como no Porto, as TRU mais elevadas verificam-se nos autocuidados “andar” (77,61 em Lisboa e 82,71 no Porto), “equipamentos complementares” e o autocuidado “tomar a medicação” (62,20 em Lisboa e 73,82 no Porto).

Rocha (2015) no seu estudo conclui que “os autocuidados Tomar medicação (78,78%), Andar (67,93%), Recursos complementares (62,9%), Usar sanitário (62,67%), Alimentar-se (59,94%) são aqueles que apresentam uma taxa superior à da média global” (p. 101), refletindo sobre a percentagem mais elevada no autocuidado tomar a medicação no sentido em que este é dos mais fulcrais para assegurar a manutenção e o equilíbrio da condição de saúde da pessoa dependente.

Por fim, Regadas (2021), de igual forma afirma que “é no AC: andar que se encontra a maior taxa de utilização dos recursos (80,7%), seguida do AC: tomar medicação (70,9%), e sucessivamente pelo AC: uso do sanitário (68,5%)” (p. 192).

Podemos, então, concluir que os dados dos estudos anteriores estão em consonância com o estudo atual, na medida em que os autocuidados com uma taxa de recursos utilizados mais elevados são, maioritariamente, os autocuidados “tomar a medicação”, “andar” e “uso do sanitário”.

Analisando, por sua vez, os recursos menos utilizados, no estudo atual, deparamo-nos com os autocuidados “elevar-se” (TRU 15,8%), “virar-se” (TRU 27,5%) e “transferir-se” (TRU 32%) como os que apresentam taxas de utilização mais baixas.

Analogamente aos estudos anteriores, apenas os realizados nos concelhos de Lisboa e do Porto, por Costa (2013) e Gonçalves (2013) respetivamente, apresentam resultados semelhantes, principalmente no autocuidado “transferir-se”, pois segundo Gonçalves (2013), tanto em Lisboa como no Porto “o domínio do autocuidado em que são utilizados menos equipamentos é o “arranjar-se” (...) seguindo-se em ordem crescente, em Lisboa, o “transferir-se” (22,63) e o “virar-se” (25,00) e, no Porto, o “vestir-se” (8,83) e o “transferir-se” (26,16)” (p. 189).

Rocha (2015) assume que os autocuidados em que os recursos são menos utilizados são o “Vestir-se e despir-se (7,67%) o que tem valor mais baixo seguido de Arranjar-se (16,66%)” (p. 101). Em consonância com o estudo de Rocha (2015) está Regadas (2021) que afirma que “Tomar banho, vestir-se e despir-se, ou seja, os domínios de AC que se relacionam com o tratar do corpo, como a apresentação e o arranjo são dos que apresentam menor taxa de utilização dos recursos” (p. 192), não estando nenhum destes estudos em sintonia com os dados obtidos na Freguesia de São Martinho do Bispo.

O estudo de Rocha (2015) vem alertar para as consequências da não utilização de recursos nestes autocuidados referindo que, relativamente aos autocuidados “Transferir-se (27,23%), Elevar-se (33,26%), Tomar Banho (40,1%) e Virar-se (41,34%) a não utilização dos recursos (...) terá implicado que o MFPC realizasse sempre em esforço as atividades correspondentes e com a probabilidade de menor conforto e segurança para o DF” (p. 101) podendo provocar mais facilmente lesões por pressão na PD e, consequentemente, implicações na saúde do próprio MFPC. Este é um dado que nos suscita interesse, pois permite-nos também refletir sobre a importância do papel da Enfermagem na literacia em saúde, relativamente à ergonomia e à prevenção de lesões músculo esqueléticas (LME), no MFPC na prestação de cuidados como transferir, virar e elevar uma PD. Os MFPC, segundo Matos e Araújo (2021), “constituem uma população de risco, pois na tarefa de cuidar, geralmente, de carácter ininterrupto, o cuidador pode

experimentar situações de desgaste e de sobrecarga” (p. 2), provocando possíveis LME cuja principal sintomatologia é a dor. Matos e Araújo (2021) ainda afirmam que “as lesões músculo-esqueléticas (LME), enquanto problema de saúde multifatorial, constituem uma prioridade de atuação da Enfermagem (...) na obtenção de ganhos em saúde para esta população específica, através do ensino e aplicação de práticas ergonómicas seguras e corretas” (p. 3).

6.5. RAZÃO DA NÃO UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DE SUPORTE

Como este estudo se foca nos recursos utilizados e não utilizados pelas famílias clássicas e o motivo da não utilização dos mesmos, neste capítulo iremos efetuar uma análise global aos resultados obtidos quanto às “razões da não utilização” dos recursos nos autocuidados. Como já pudemos concluir previamente na tabela 34, o maior motivo da não utilização dos recursos de suporte prende-se com o “desconhecimento da forma como os recursos funcionam” com 34,9%. Seguidamente, 28,3% “não desejam” obter os recursos, 12,8% “não tem capacidades financeiras” e 9,7% “desconhece a forma de aceder aos recursos”. Com estes dados podemos realçar que quase metade (44,6%) das famílias em estudo não utiliza os recursos de suporte por desconhecimento.

Comparando com os estudos anteriores realizados, Rocha (2015) elenca como principal razão de não utilização dos recursos de suporte “o desconhecimento da forma de funcionamento dos dispositivos de apoio” (p. 102), tal como no estudo atual. Este dado, ainda segundo Rocha (2015), vem demonstrar “a inexistência, por parte da equipa de saúde, de informação e instrução adequada sobre os benefícios do uso desses meios para o auxílio na prestação dos cuidados ao DF e, simultaneamente, para a promoção da autonomia do DF” (p. 102). Outros fatores que Rocha (2015) define como razões da não utilização dos recursos são inerentes às limitações da residência, ao não desejo de utilizar os recursos e às limitações financeiras. Relativamente ao terceiro fator enumerado, Rocha (2015) conclui que os MFPC não tencionam “alterar a sua forma de prestar os cuidados, pois já estão habituados a fazê-lo daquela maneira” (p. 103).

Gonçalves (2013), no seu estudo realizado no Porto, refere que:

A maior diferença entre os cuidadores familiares de Lisboa e do Porto regista-se na razão: desconhece a forma de aceder (1,41), sendo que as diferenças verificadas são estatisticamente significativas ($t(42) = -3,89, p < 0,001$), com os cuidadores familiares do Porto a referirem mais esta razão para a não utilização dos equipamentos necessários do que os de Lisboa. Por outro lado, a menor diferença entre as razões apontadas pelos cuidadores familiares dos dois concelhos verifica-se ao nível da razão: desconhece como funciona (0,23). Numa apreciação comparativa às razões apresentadas em cada um dos concelhos, as razões de ordem económica surgem como a principal causa para os cuidadores familiares de Lisboa não utilizarem os equipamentos necessários (*score* médio de 3,19), seguindo-se o facto de não os desejarem (*score* médio de 3,00). Para os cuidadores do Porto, mantêm-se as mesmas razões, porém, surgindo em ordem inversa; o facto de não os desejarem (*score* médio de 4,22) é tido, neste concelho, como uma razão mais comum do que a económica (*score* médio de 3,57), para a não utilização dos equipamentos. Em relação às razões menos referidas, o cenário é similar. Para os cuidadores familiares de Lisboa, as limitações da residência (*score* médio de 1,25) é a razão menos indicada, antecedida do desconhecimento do funcionamento (*score* médio de 1,27). Já no concelho do Porto, mantendo-se as razões, o desconhecimento do funcionamento (*score* médio de 1,50) é a razão menos evocada, antecedida das limitações da residência (*score* médio de 1,70) (p. 191).

Como foi referido anteriormente no estudo de Gonçalves (2013), relativamente ao estudo realizado no concelho de Lisboa, definiu-se como razão principal da não utilização dos recursos as capacidades financeiras. Porém, Costa (2013) afirma que a segunda opção mais referida foi o “não desejo”, tendo o autor concluído “que a opção não deseja poderá incluir algum desconhecimento do recurso” (p. 194). Gonçalves (2013) vem corroborar a conclusão realizada por Costa (2013) sobre o facto de as famílias não desejarem um recurso estar relacionado com o desconhecimento do funcionamento do mesmo, referindo no seu estudo que “será importante ter presente que, na mesma população, as baixas taxas de escolaridade são comuns, logo o acesso a informação sobre novos equipamentos estará fortemente comprometido. Como dificilmente se pode desejar o que não se conhece” (p. 191).

Tal como no estudo referido por Costa (2013), Regadas (2021) no seu estudo afirma também que uma das principais razões da não utilização dos recursos de suporte se deve, de igual forma, a limitações financeiras, razão que se apresenta em terceiro lugar no

estudo atual. Lourenço (2012), relativamente às dificuldades financeiras sentidas pelos MFPC, afirma que “As condições sociais constituem causas fundamentais da saúde e da doença, na medida em que determinam o acesso a importantes recursos, que podem ser cruciais para evitar riscos ou minimizar as consequências das doenças” (p.40).

De um modo global, podemos concluir que o único estudo em real consonância com o estudo atual é o realizado por Rocha (2015) na perspetiva em que a razão principal da não utilização dos recursos de suporte se deveu ao desconhecimento do funcionamento dos recursos. Este fator poderá estar interligado com a razão de “não desejo”, que se apresenta no segundo lugar das razões principais deste estudo, no sentido em que não conhecendo o real funcionamento de um recurso, torna-se difícil o desejo de obtenção do mesmo como concluiu Gonçalves (2013) e Costa (2013).

Para além disso, focando-nos na razão principal enumerada deste estudo, o desconhecimento do funcionamento dos recursos de suporte por parte dos MFPC não só estará relacionada com o baixo nível de escolaridade dos mesmos como afirma Gonçalves (2013) no seu estudo, mas também poderá estar relacionada com a possível inexistência de intervenções na área da literacia em saúde pelas equipas de enfermagem dos CSP, como refere Rocha (2015), bem como, no escasso apoio comunitário que os CSP oferecem à população e às necessidades reais da mesma.

Estes dados são importantes na medida em que permitem, ainda, refletir sobre o estatuto do CI e nos direitos que este detém e que não estão a ser tidos em conta, pois, por lei, o CI tem direito a “receber formação para (...) aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada; e) Aceder a informação relativa a boas práticas...” (p. 10).

Nos CSP, cabe ao Enfermeiro de Família, dentro das suas diversas funções, a função de prestar cuidados nas áreas educacionais que promovam a literacia em saúde. Isto significa o Enfermeiro de Família deve explorar, através de atividades domiciliárias, o uso de recursos em famílias que incluem pessoas dependentes no autocuidado, compreender o nível de conhecimento relativamente ao funcionamento desses recursos e os desafios que os cuidadores enfrentam de forma a atender às reais necessidades dos MFPC, promover sessões de educação para a saúde e aumentar o conhecimento relativamente à utilização dos recursos essenciais à prestação de cuidados da PD. Nesta vertente, o papel do Enfermeiro Gestor nos CSP, dentro do domínio da assessoria e consultadoria, permite colaborar na definição, implementação e avaliação de políticas e estratégias de saúde,

bem como, na elaboração de planos de intervenção e projetos que poderão dar uma resposta mais efetiva às necessidades dos utentes e das suas famílias, contribuindo para uma maior e melhor gestão e disponibilização de recursos dos CSP para a população e obtenção de ganhos em saúde. Porém, para atender a estes ganhos, seria importante envolver os Enfermeiros Gestores nas decisões estratégicas e operativas, o que atualmente não acontece. Por fim, relembramos que os CSP são o pilar central do SNS capazes de solucionar mais de 90% dos problemas de saúde. No entanto, enquanto o investimento for injetado maioritariamente no setor hospitalar ao invés do setor comunitário, o foco for o tratamento da doença aguda ao invés de se dedicar à prevenção da doença e promoção/manutenção da saúde, e os enfermeiros gestores continuarem sem ser incluídos nas decisões políticas e estratégias de saúde, as necessidades reais da população continuarão a ser descuradas, provocando uma contínua baixa literacia em saúde e não utilização de recursos, levando a prejuízos na condição de saúde das pessoas dependentes e dos MFPC.

Em suma, devemos realçar a importância da divulgação e da transmissão de conhecimentos e informação, na área da saúde, sobre os recursos de suporte existentes e disponibilizados pelos CSP, visando colmatar a percentagem obtida neste estudo relativamente à não utilização dos recursos de suporte por “desconhecimento”.

7. CONCLUSÃO

O presente capítulo permite, após a interpretação e cruzamento dos resultados obtidos e da análise do conhecimento produzido, refletir sobre os principais achados relativamente ao estudo atual. É importante lembrar que este estudo replica um conjunto de estudos já realizados em Portugal e pelos resultados obtidos, comparativamente aos estudos anteriores já realizados, podemos realçar que no decorrer de mais de uma década esta problemática mantém-se com valores igualmente elevados.

Neste estudo podemos refletir sobre a consecução dos objetivos inicialmente propostos, sobre os quais podemos afirmar que foram devidamente atingidos. Recordando os objetivos gerais deste estudo, podemos concluir que o MFPC tem idade superior a 65 anos e a PD tem idade superior a 80 anos, permitindo-nos estes dados depreender que estamos perante uma população de idosos a cuidar de idosos.

Verificou-se, ainda, que pouco mais de metade dos recursos necessários são utilizados pelos MFPC e que, no que se refere à TRNU obtivemos um valor elevado e significativo. Porém, ainda é importante realçar que quase metade das famílias em estudo não utiliza os recursos de suporte por défice de conhecimento. Este dado é relevante, pois poderá estar associado à precária literacia em saúde e ao escasso apoio comunitário por parte dos CSP.

Todos estes dados vêm corroborar o foco deste trabalho, demonstrando que existem recursos disponíveis para os MFPC utilizarem para suprir as necessidades da PD, no entanto, por falta de conhecimento, falta de literacia, os familiares não têm noção de que existem meios de obtenção desses mesmos recursos a que têm direito, sem qualquer custo. Há um desconhecimento significativo dos direitos dos MFPC e das PD nestes contextos e estas lacunas devém-se ao fraco investimento nos CSP. Desta forma, mantemo-nos numa situação socioeconómica precária em que idosos cuidam de idosos, sem qualquer apoio ou suporte, sem as devidas condições, sem os recursos necessários, com dificuldades económicas e com baixa literacia em saúde, prejudicando tanto a saúde do MFPC como a condição clínica da PD.

Com a realização deste trabalho reconheço que a exploração e o conhecimento do fenómeno em estudo permitirá contribuir com propostas de melhoria da cobertura de cuidados às pessoas dependentes no domicílio e às suas famílias, sendo esperado que o conhecimento desta realidade constitua um incitamento e um suporte à tomada de decisão política nesta matéria e, futuramente, objetive um maior envolvimento dos CSP na resposta às necessidades das pessoas dependentes nos autocuidados e dos seus familiares, providenciando melhores e adequados recursos. Também permitiu refletir sobre o papel da Gestão em Enfermagem e o contributo do Enfermeiro Gestor no setor comunitário.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como em qualquer trabalho e projeto de investigação existem sempre lacunas/dificuldades. No presente projeto, analiso a elevada taxa de recusa de participação (17,5%) que se deveu ao facto de o trabalho prático ter sido realizado em contexto pandémico, pois este estudo pertence ao projeto em desenvolvimento denominado por “Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Coimbra” iniciado em 2019/2020. Desta forma, é compreensível a taxa de recusa devido à pandemia e ao receio de contactar com outras pessoas de forma tão próxima e contínua. No entanto, esta percentagem é significativa para os resultados obtidos, pois iria interferir nos mesmos e permitir-nos a obtenção de mais informação e mais fidedigna, com resultados mais reais.

BIBLIOGRAFIA

Bastos C, Santos C, Martins MM, Fernandes C, Lima L. Necessidades dos idosos na autogestão da doença crônica: perspectivando um programa de intervenção de enfermagem. *Cogit. Enferm.* [Internet]. 2021 [acesso em “17 de julho de 2023”]; 26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.83048>.

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

Bento, M. da C. S. da S. C. (2020). *Contributos para a definição de um modelo organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário: estudo realizado nas ECCI do ACES do Baixo Mondego* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36381>

Bento, M. da C. S. da S. C., Amaral, A. S., & Silva, A. P. e. (2021). Idosos a cuidar de idosos: um desafio à organização dos cuidados domiciliários. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79093>

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Portuguesa, Moderna E Inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>

Costa, A. C. J. S. da. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13420/3/Tese Doutoramento V10 -18 Maio 2013_CD.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13420/3/Tese%20Doutoramento%20V10%20-18%20Maio%202013_CD.pdf)

Decreto-lei nº 118/2014 de 5 de Agosto. *Diário da República nº 149/2014 – 1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Diário da República nº 171/2019, 1ª série. Lei nº100/2019 de 6 de setembro. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Diário da República nº 21/2018, 2ª série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Dixe, M. dos, Frontini, R., Sousa, P. M., Peralta, T. de, Teixeira, L. F., & Querido, A. I. (2019). Dependent person in self-care: Analysis of care needs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 727–735. <https://doi.org/10.1111/scs.12777>

Domingues, D. (2018). *A contratualização como um processo de melhoria do desempenho das instituições de saúde – o caso das unidades hospitalares da região centro*.

Domingues, F. M. (2022). *Recursos utilizados para tomar conta da pessoa dependente no seio das famílias clássicas da União de Freguesias de Coimbra, a partir do juízo de enfermeiro de reabilitação* (dissertation). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

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

Guimarães, M. & Silva, L (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro: Brasil.

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

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Conta Satélite da Saúde: recomposição da despesa corrente em saúde com o reforço da despesa pública e redução da despesa privada no contexto da pandemia - 2020*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal. Disponível na [www](http://www.ine.pt/xurl/pub/65586079): <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>. ISSN 0872-6493. ISBN 978-989-25-0619-7

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Dados provisórios dos Censos 2021*. Obtido em 18/05/2023 de Instituto Nacional de Estatística: https://censos.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

Instituto Nacional de Estatística. (2022). Censos 2021 - XVI Recenseamento Geral da População - VI Recenseamento Geral da Habitação: Resultados definitivos. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal. Disponível na www: [url:https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=473138405&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=473138405&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

Instituto Nacional de Estatística. (2022). Tábua Completa de Mortalidade 2019-2021 para Portugal. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal. Disponível em

International Council of Nurses (2022). Obtido em 18/05/2023, maio de ICNP BROWSER. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Lourenço, L. (2012). *A influência da pobreza no estado de saúde da população idosa de Paredes de Coura* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Portugal.

Magalhães, S., 2011. A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança. Dissertação de Mestrado. Escola superior de enfermagem do porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Matos, M. J., & Araújo, C. (2021). Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas Nos cuidadores Informais de Doentes Dependentes no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 56–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>

Pereira, T. L. de S. (2011). *Unidades de Saúde Familiar - A Evolução na Gestão dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal* (dissertation). Faculdade de Medicina da Universidade de Porto, Porto, Portugal.

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

Portaria nº 281/2016 de 26 de Outubro. *Diário da República nº 206/2016 – 1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista De Enfermagem Referência*, IV Série (3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/riv14081>

Raposo, V. (2022). *Governança Organizacional (empresarial) – algumas noções básicas*. [PowerPointSlides]. ESEnfC. Coimbra, Portugal.

Regadas, S. (2021). Famílias que integram dependentes no autocuidado - Estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36380>

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

Rodrigues, A., & Felício, M. (2017). *Governança Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: Perguntas e Respostas Essenciais*.

Rodrigues, C. (2020). *Famílias Com Pessoas Dependentes No Autocuidado: Implicações Para O Enfermeiro De Família*. Obtido de [https://eg.uc.pt/bitstream/10316/94711/1/2020-12-12 Dissertação de Mestrado Clara Rodrigues Final.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/94711/1/2020-12-12%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Clara%20Rodrigues%20Final.pdf)

Rodrigues, T., & Henriques, F. (2017). *(Re)Birth: desafios demográficos colocados à sociedade portuguesa*. Início. <https://www.crescimentosustentavel.org/publicacoes/projectos-de-investigacao/rebirth-desafios-demograficos-colocados-a-sociedade-portuguesa>

ANEXOS

ANEXO I

Folheto Informativo “Caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado

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

Agradecemos a sua colaboração!

O Presidente

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

Carios municípios a Vossa colaboração nos questionários, que poderá vir a ser solicitada pelos enfermeiros/investigadores da ESEnIC, 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 de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades
Tel: 239 445 135
Email: juntabispo@sapo.pt
Tel: 239 984 004
Email: freguesiaribeirafrades@sapo.pt

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Quem somos e o que vamos fazer?

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

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

Porque estou a ser contactado?

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

O que preciso de fazer para participar?

Abrir a porta quando for contactado.

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

Como é feita a entrevista?

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

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

Porque fui escolhido?

O seu alojamento foi selecionado de forma aleatória através de um programa informático, para integrar uma amostra da população da União das Freguesias de 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@eseenc.pt



Enfermeira Cátia Cardoso
Nº da Ordem dos Enfermeiros: 37633
E-mail: a21910016@eseenc.pt



Enfermeiro João Pedro Mendes
Nº da Ordem dos Enfermeiros: 37631
mail: a21910005@eseenc.pt



Enfermeira Joana Caridade
Nº da Ordem dos Enfermeiros: 45334
mail: a219100023@eseenc.pt

ANEXO II

Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado - Parte I



23967

1 / 2

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

INQUÉRITO PRELIMINAR

Aceita responder ao inquérito preliminar? Sim Não Se não, porque:
 Não quer Não reside Não pode Não tem tempo Outro

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

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

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

Aceita responder ao inquérito? Sim Não Se não, porque:
 Não quer Não reside Não pode Não tem tempo Outro

ALOJAMENTO

Edifício de alojamento familiar

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

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

- Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC? Sim Não Área útil m² N.º divisões N.º ocupantes

Alojamento com:

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

FAMÍLIA

Tipo de família

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

Número de membros da família

Rendimentos do agregado / mês

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

ANEXO III

Famílias que integram dependentes no autocuidado – Parte II – Formulário PDC



CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO PARTE II - FORMULÁRIO PDC

PESSOA DEPENDENTE

Sexo
 M
 F

Idade

Estado civil
 Casado/ União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorçado

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

Situação que originou a dependência
 Sim Não
 Envelhecimento
 Acidente
 Doença aguda
 Doença crónica
 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

Instalação da dependência
 Súbita
 Gradual

Tempo de dependência
 Anos Meses

Consumo medicamentos
 Não
 Sim

Variedades de fármacos (n.º)

Número de fármacos nas tomadas

Internamentos no último ano
 Nenhum
 Um
 Dois
 Três
 Mais de três (especificar)

Episódios de recursos ao SIU, no último ano
 Nenhuma
 Uma
 Duas
 Três
 Mais de três (especificar)

AUTOCUIDADO: Tomar banho

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoas	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
 Outro 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 Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

Barras de apoio para banho

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

Cadeira de banho (fixa/giratória)

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

Cadeira higiénica

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

Elevador de banheira

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

Lava cabeças para acamados

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

Antiderrapante

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

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 pessoas	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 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 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 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 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 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 períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

AUTOUIDADO: 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

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

Rebordo para prato

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

Suporte de copos

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

Suporte de palhinha para copo

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

Para:	Sente-se:	Sente-se:			
		Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 OutroLava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejecções? 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

Fralda	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
Penso absorvente para incontinência	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
Penso higiénico	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
Resguardo	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
Saco de colostomia/ileostomia/urina	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
Urinol	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> 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 / diaIncentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)? Sempre Às vezes NuncaIncentiva o seu familiar a sentar-se? Sempre Às vezes NuncaCom que frequência levanta (por de pé) o seu familiar? vezes / dia**Almofada elevatória**

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

Apoio de cabeça anatómico

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

Apoio de pés

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

Barras paralelas e apoios da posição de pé

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: Virar-se

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

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

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

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

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

Incentiva o seu familiar a posicionar-se? Sempre Às vezes NuncaNas mudanças de posição adopta os decúbitos laterais? Sempre Às vezes Nunca



17099

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



17099

Para:	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"/>

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

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

Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama

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

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

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

O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro

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

Barra de apoio**Necessário (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



17099

AUTOCUIDADO: Andar

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula em aclives e declives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias curtas (<100m)	<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 / diaIncentiva 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 auxiliar 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	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomas 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		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 períneo do seu familiar? vezes / dia

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

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

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

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

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

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

Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem 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** 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**Material de instrução e aprendizagem****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**Prótese auditiva****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**Telefone / telemóvel****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**Pinça para alcançar objectos****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**Suporte para cartas****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**Enfia agulhas****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 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"/>	Recursos não profissionais				
Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nutricionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Vizinho	<input type="radio"/> Amigo	<input type="radio"/> Empregada	<input type="radio"/> Outro
Fisioterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								

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"/>	Confecção 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 dça 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 <input type="text"/> <input type="text"/>

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)

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</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Visitar com o familiar a instituição antes da institucionalização</p> <p><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)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro</p> | <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Personalizar o espaço individual do seu familiar (na instituição)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Visitar o familiar institucionalizado frequentemente</p> <p><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	Medianamente 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</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio financeiro</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio das equipas de saúde</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio dos serviços sociais</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro</p> | <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio dos familiares, amigos e vizinhos</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Horário flexível no emprego</p> <p><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