



**FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO
AUTOCUIDADO**

**RELEVÂNCIA DA DEFINIÇÃO DOS CUIDADOS
PRESTADOS**

Elisabete Patrícia Pinto Pereira

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2011

Elisabete Patrícia Pinto Pereira

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES
NO AUTOCUIDADO

RELEVÂNCIA DA DEFINIÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Cândida Pinto

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Co-orientador – Mestre Susana Regadas

Categoria – Assistente Convidada da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

“O futuro dos cuidados de enfermagem que permitam a permanência no domicílio é objecto de um desafio social, económico e político. Podemos julgar uma sociedade pela sua concepção de cuidados e pela forma como os prodigaliza e reconhece. O verdadeiro desafio do apoio no domicílio é conceber e oferecer uma acção de cuidados vivificante tanto para quem beneficia como para quem os presta. ”

Collière (2003)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Cândida Pinto agradeço, as sugestões, a compreensão e a sua orientação incomparável;

À Mestre Susana Regadas, pela possibilidade de participar neste seu percurso académico, pelo entusiasmo e força que sempre transmitiu, pela amizade;

Às famílias, prestadores de cuidados e às pessoas dependentes do concelho de Paços de Ferreira, pela sua amabilidade e disponibilidade, sem os quais este trabalho não seria realizável;

Ao Professor Doutor Abel Paiva pelo inestimável apoio na análise estatística e pelo seu saber;

Às minhas amigas elas sabem quem são, pelo apoio fornecido nesta “caminhada”;

Ao Valentim, pelo incentivo e presença constante;

Ao Carlos pelo companheirismo, pela paciência sei que não foi fácil;

À minha mãe por ser quem é, pelo amor e escuta incansável;

À memória do meu pai, espero que estejas orgulhoso...

RESUMO

Contemporaneamente, o envelhecimento crescente da população, e o aumento da prevalência de doenças crónicas conduziu a um aumento significativo de pessoas com diferentes incapacidades. Apesar das mudanças socioculturais que tem vindo a ocorrer nas famílias, é nesta estrutura social que se responde às necessidades das pessoas dependentes no autocuidado.

A presente investigação incide sobre os cuidados prestados à pessoa com dependência no autocuidado, no contexto de famílias clássicas de Paços de Ferreira.

Foi realizado um estudo de carácter quantitativo, exploratório e descritivo-correlacional. Recorreu-se a uma amostra aleatória, probabilística estratificada.

O estudo foi efectuado no domicílio, tendo sido inquiridas 2115 famílias, sendo que 11,7% integravam pessoas dependentes no autocuidado (n=241). Estes são genericamente idosos, com necessidades de apoio nos vários tipos de autocuidado.

Os resultados mostravam que em relação à definição dos cuidados prestados, o papel assumido pelo prestador de cuidados é o de agir pela pessoa dependente ou em substituição da mesma, realizando em elevadas intensidades/frequências os cuidados.

As acções de incentivo à promoção da capacidade de autocuidado da pessoa dependente através do estímulo à participação na realização dos cuidados, apresentam valores percentuais que apontam para um perfil do tipo substitutivo, por parte do prestador de cuidados.

As implicações destes resultados para a prática, reforçam o papel dos profissionais de enfermagem no processo de instruir, apoiar o prestador de cuidados, a prestar cuidados eficientes e eficazes, mas conducentes à promoção da autonomia da pessoa dependente.

ABSTRACT

Contemporaneously, the increasing aging population and increased prevalence of chronic diseases led to a significant increase of people with different disabilities. Despite the sociocultural changes that have been occurring in families, is in the social structure that meets the needs of dependent people in self-care.

This research focuses on the care provided to people with addiction in self-care in the context of private households for Paços Ferreira.

A study was conducted any quantitative, exploratory and descriptive and correlational. Resorted to a random sample, stratified probability.

The study was carried out at home, having been surveyed 2115 households, of which 11.7% belonged dependents in self-care (n = 241). These are generally older people with support needs in various types of self-care.

The results showed that in relation to the definition of care, the role played by the care provider is the dependent person to act for or in lieu thereof, performing at high intensities/frequencies care.

As incentive measures to promote the ability to self-care dependent person by encouraging participation in the achievement of care, have percentages that link to a profile of the typical surrogate, by the care provider.

The implications of these results to practice, reinforce the role of nursing in the process of teaching, support provider, to provide efficient and effective care, but conducive to the promotion of the autonomy of dependent person.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento Centro de Saúde.

Artº - Artigo.

BRGI - Base Geográfica de Referenciação de Informação.

CIPE® - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem.

Cit – Citado.

CSP – Cuidados de Saúde Primários.

DGS – Direcção Geral de Saúde.

ICN – International Council of Nursing.

I.N.E. – Instituto Nacional de Estatística.

O.M.S. – Organização Mundial de Saúde.

Pc - Percentil

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

SIG – Sistema de Informação Geográfico

SNS – Sistema Nacional de Saúde.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: O concelho de Paços de Ferreira	57
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 - Número de Famílias Clássicas que integram a amostra final por local de residência, no Concelho de Paços de Ferreira. -----	60
Tabela nº2 – Caracterização das variáveis: alojamento e família. -----	62
Tabela nº3 – Caracterização sóciodemográfica do prestador de cuidados (variáveis).---	63
Tabela nº4 – Caracterização sóciodemográfica da pessoa dependente (variáveis). -----	64
Tabela nº5 – Caracterização da dependência (variável). -----	64
Tabela nº6 – Caracterização da situação de saúde da pessoa dependente (variável). --	65
Tabela nº7 – Caracterização da Variável Incentivo para os cuidados do prestador de cuidados à pessoa com dependência, para cada autocuidado.-----	66
Tabela nº8 – Caracterização da Variável Intensidade/Frequência dos cuidados do prestador de cuidados à pessoa com dependência, em cada autocuidado.-----	67
Tabela nº9 - Frequência do autocuidado vestir e despir-se. -----	68
Tabela nº10 - Proporção de Famílias que integram dependentes, por freguesia do Concelho de Paços de Ferreira. -----	72
Tabela nº11 - Caracterização das famílias (tipo de família, rendimentos mensais, ocupantes do alojamento e membros da família). -----	73
Tabela nº12 - Caracterização do tipo de alojamento da pessoa dependente. -----	74
Tabela nº13 - Características sóciodemográficas (estado civil) dos Prestadores de Cuidados.-----	75
Tabela nº14 - Características sóciodemográficas (Habilitações Literárias e Profissão) dos prestadores de cuidados. -----	75
Tabela nº15 - Características sóciodemográficas dos prestadores de cuidados (grau de parentesco, co-habitação).-----	76
Tabela nº16 - Características sócio - demográficas (estado civil) dos Prestadores de Cuidados.-----	76
Tabela nº17 - Características sóciodemográficas (Habilitações Literárias e Profissão) dos prestadores de cuidados. -----	77
Tabela nº18 - Características sóciodemográficas dos prestadores de cuidados (grau de parentesco, co-habitação) -----	77
Tabela nº19 - Caracterização sóciodemográfica da pessoa Dependente (estado civil). -	78
Tabela nº20 - Caracterização sóciodemográfica da pessoa dependente (Habilitações Literárias e Profissão). -----	78
Tabela nº21 - Recursos financeiros do dependente (principais fontes de rendimento). --	79
Tabela nº22 - Motivo e modo de instalação da dependência. -----	80
Tabela nº23 - Caracterização da frequência diária com que o Prestador de Cuidados realiza os cuidados.-----	81
Tabela nº24 - Caracterização da frequência semanal com que o Prestador de Cuidados realiza os cuidados.-----	82
Tabela nº25 - Caracterização da frequência mensal com que o Prestador de Cuidados realiza os cuidados.-----	82
Tabela nº26 - Caracterização da frequência dos cuidados, no autocuidado vestir/despir. -----	83
Tabela nº27 - Caracterização da intensidade global dos cuidados.-----	83
Tabela nº28 - Caracterização dos incentivos dados pelo prestador de cuidados relativamente à variável cuidados relacionadas com a mobilidade.-----	84

Tabela nº29 - Caracterização dos incentivos dados pelo prestador de cuidados relativamente à variável cuidados relacionadas com a higiene. -----	85
Tabela nº30 - Caracterização dos incentivos dados pelos prestadores de cuidados relativamente aos cuidados relacionadas com a alimentação. -----	85
Tabela nº31 - Caracterização dos incentivos dados pelo prestador de cuidados relativamente à variável cuidados relacionadas com outros cuidados. -----	86
Tabela nº32 - Relação entre a intensidade dos cuidados e as variáveis intrínsecas ao Prestador de Cuidados.-----	87
Tabela nº33 - Relação entre o incentivo dos cuidados e as variáveis sexo -----	88
Tabela nº34 - Caracterização dos Cuidados em relação aos locais e à decisão -----	89

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA EM ESTUDO	18
1.1 A Problemática da Dependência	18
1.2 O Fenómeno do Envelhecimento	20
1.3 As Doenças Crónicas	23
1.4 A Família e a Prestação de Cuidados	25
1.5 A Pessoa com Dependência no Autocuidado	29
1.6 A Experiência de transição do Prestador de Cuidados e da Pessoa com Dependência	34
1.6.1 O Emergir do Membro da Família Prestador de Cuidados	35
1.6.2 Teoria das Transições de Afaf Meleis	39
1.6.3 Transição para o papel de membro da família prestador de cuidados	46
1.6.4 Transição da pessoa para a dependência	48
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	51
2.1 Justificação do Estudo	51
2.2 Finalidade do Estudo	54
2.3 Objectivos do Estudo	54
2.4 Perguntas de Investigação	55
2.5 Caracterização do Estudo	56
2.6 Contexto do Estudo	56
2.6.1 População e Amostra	57
2.7 Variáveis do Estudo e a sua Operacionalização	60
2.8 Colheita de Dados	68
2.8.1 Tratamento dos dados	69
2.9 Considerações Éticas	70
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	71
3.1 Caracterização das Famílias	71
3.1.1 Caracterização sóciodemográfica dos Prestadores de cuidados	74
3.1.2 Caracterização sóciodemográfica das Pessoas Dependentes	78
3.2 Caracterização dos Cuidados realizados pelo Prestador de Cuidados à Pessoa com Dependência	80
3.2.1 Associação entre a Intensidade dos cuidados e o Incentivo	86
3.2.2 Caracterização dos Cuidados em relação aos locais e à decisão	87

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS-----	89
4.1 Famílias Clássicas do Concelho de Paços de Ferreira que integram Pessoas Dependentes -----	89
4.2 Os Prestadores de Cuidados das Famílias Clássicas do Concelho de Paços de Ferreira-----	91
4.3 Pessoas Dependentes integradas em Famílias Clássicas do Concelho de Paços de Ferreira-----	93
4.4 Intensidade/Incentivo dos Cuidados realizados pelo Prestador de Cuidados à Pessoa com Dependência -----	96
5. CONCLUSÃO-----	99
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	103

INTRODUÇÃO

O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a evoluir de uma lógica inicial, essencialmente executiva, para uma lógica progressivamente mais conceptual, ao se afastar do “*modelo biomédico – com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença – para modelos nos quais haja maior valorização da Teoria de Enfermagem – com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições*” (Silva, 2007, p.14).

As respostas humanas são o grande baluarte da Enfermagem, exige uma imensa responsabilidade, difícil na sua prossecução, mas imprescindível e premente.

Segundo Nunes (2007, p.13), “*estamos, de novo, num patamar de partida. Resta definir e decidir para onde queremos ir, na certeza de que é preciso ter uma visão estratégica da chegada e do caminho. Até porque não é sensato empreender uma caminhada se não temos um ponto de chegada*”. A Enfermagem vive um momento de transformação e afirmação, na sociedade.

Constatamos que sociologicamente a Enfermagem foi a disciplina do conhecimento que mais evoluiu, é natural que esteja a prometer algo à sociedade. É nesta perspectiva que se alicerça a pesquisa de Enfermagem com muitos imperativos críticos para a melhoria do atendimento à população. Os desafios da saúde e da doença exigem a reformulação da pesquisa assim como a do fornecimento do cuidado. Da mesma forma, as mudanças na população, das suas necessidades e expectativas de saúde e as alterações no sistema da assistência à saúde terão impacto expressivo sobre a direcção da pesquisa da Enfermagem.

Emerge neste âmbito o aumento de situações de cronicidade, como uma realidade epidemiológica irrefutável. Este facto, constitui um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde em geral e para os enfermeiros em particular. As pessoas¹ com doença crónica estão inseridas no seio familiar, onde é expectável que sejam fornecidos os cuidados que necessitam. Para além disso, algumas das doenças crónicas, assim como decorrente do processo de envelhecimento, há perdas funcionais que comprometem a capacidade das pessoas para o autocuidado. Neste contexto, emergem novos desafios para os familiares que prestam cuidados a pessoas dependentes. Esta realidade tem de ser enquadrável na organização dos serviços de saúde. Se quiserem atingir-se os tão proclamados ganhos em saúde. Neste sentido, releva o trabalho dos profissionais de enfermagem, no acompanhamento no domicílio de famílias que integram pessoas dependentes.

¹ Pessoa segundo o ICN (2001, p.43), é um “*agente intencional desempenhando acções motivadas por razões baseadas em crenças e desejos de ser humano individual*”.

Os cuidados de enfermagem devem ser baseados na evidência empírica constituindo-se como uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 8,9), *“os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”*, assim, os enfermeiros procuram, *“ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida”*.

Os enfermeiros, estão comprometidos com uma visão holística do indivíduo, e como é actualmente a profissão de saúde com um maior número de prestadores de cuidados, a Enfermagem tem o potencial de causar o maior impacto sobre a saúde e o fornecimento de assistência às pessoas. *“Mas para estarem preparados para o futuro os enfermeiros devem identificar e comunicar mais claramente o que fazem”* à sociedade (McEwen, M. & Wills, 2009, p. 545).

As profissões definem-se pela sua utilidade social, *“ora ninguém vai querer um grupo profissional de formação superior para conceber cuidados, cuja utilidade social ninguém percebe”* (Silva, 2003, p. 85). Os cuidados de saúde centralizados, nas respostas humanas à doença e aos processos de vida, estão, com certeza, incluídos na matriz conceptual da profissão de Enfermagem e os enfermeiros desempenham um papel fulcral, pois dão os maiores contributos para a aquisição de competências por parte das pessoas afectadas na sua condição de saúde, nomeadamente no autocuidado².

A Organização Mundial de Saúde (2001) estima que nos próximos 20 anos aumentem em cerca de 300% as necessidades em cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças crónicas. Perante a realidade actual, verificamos que a sociedade portuguesa, com o aumento da esperança de vida e a diminuição da taxa de natalidade, caminha no sentido dum envelhecimento gradual da população (INE, 2005), conduzindo a um aumento do número de pessoas com limitações na capacidade de realizar o autocuidado.

Nesta perspectiva, a promoção e fomentação do autocuidado assume-se como uma necessidade fulcral e a Enfermagem, necessita de estudos que lhe permitam propor soluções objectivas e assumir um papel preponderante nesta área. Mediante o exposto, a decisão de integrar uma investigação que se encontra em desenvolvimento em vários concelhos do país, centrada nas famílias que integram dependentes no autocuidado, tornou-se evidente. Esta investigação é uma parte integrante dum projecto de

² Segundo o ICN (2005,P.45), o **autocuidado** é definido como *“um tipo de Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária”*.

Doutoramento que pretende estudar esta problemática no concelho de Paços de Ferreira. O nosso estudo surge no âmbito do XVII Curso do Mestrado em Ciências da Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

A nossa experiência profissional de oito anos num serviço de Medicina, local de trabalho onde pessoas dependentes, maioritariamente idosos, têm particular destaque, faz com que a problemática da dependência no autocuidado nos seja familiar.

Parafraseando Petronilho (2007), a dependência de uma terceira pessoa é, muitas vezes, inevitável e o papel de prestador de cuidados, habitualmente, é atribuído a familiares que coabitam com o doente, assegurando, deste modo, a qualidade de vida daqueles que na sequência das incapacidades necessitam de cuidados. Na maioria das vezes, os prestadores de cuidados não estão preparados para dar uma resposta adequada às necessidades da pessoa dependente, pois encontram-se a vivenciar um processo de transição para o exercício de um novo papel.

Mistiaen (1997), refere que os doentes dependentes em autocuidados quando vão para casa não se sentem bem informados quanto ao regime terapêutico, mobilidade, higiene e conforto, gestão dos medicamentos, apresentam queixas físicas e emocionais e necessitam de ajuda de familiares próximos e de profissionais de saúde. Por sua vez, outros estudos evidenciam que os familiares prestadores de cuidados referem, não ter conhecimentos e habilidades suficientes para cuidar³ do seu familiar em casa (Silver, 2002; Hendrix, 2006).

Também Duque (2009), no seu estudo verificou que mais de metade das pessoas que tiveram alta hospitalar, possuem necessidade de ajuda de alguém para efectuar pelo menos uma das actividades correspondentes a cada domínio de autocuidado. Estes resultados evidenciam a importância de um problema, cujo conhecimento é essencial para objectivar uma resposta adequada em cuidados saúde.

Deste modo, torna-se relevante o conhecimento da verdadeira dimensão das pessoas dependentes e dos cuidados que são realizados pelo familiar prestador de cuidados, o qual é concretizável através do desenvolvimento de pesquisas intrínsecas a esta envolvimento.

Actualmente, as políticas de saúde convergem no sentido de privilegiar o domicílio como o local preferencial para a prestação de cuidados às pessoas dependentes, responsabilizando as famílias, e essencialmente os prestadores de cuidados pela realização desses cuidados, preconizando um apoio dos profissionais de saúde e da área social. Esse apoio pretende assegurar, entre outros aspectos, a informação e formação

³ Collière (1989) define o **cuidar** como um acto individual que se presta a si próprio quando se tem autonomia, mas também como um acto de reciprocidade que se presta a toda a pessoa que temporária ou definitivamente necessite de ajuda para a satisfação das suas necessidades vitais.

aos familiares cuidadores que lhes permita implementar os cuidados às pessoas dependentes em contexto domiciliário (Andrade, 2009).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas em situação de Dependência, objectiva como metas gerais, a promoção da independência e da qualidade de vida das pessoas idosas, quer através de um envelhecimento activo, dando primazia à sua permanência no contexto familiar, quer através da articulação dos serviços de saúde.

Em 2006 por Decreto De Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta constitui-se uma oportunidade para o impulso do desenvolvimento de serviços de internamento e de ambulatório em cuidados continuados, integrada no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e com a oferta em articulação com os recursos existentes a nível hospitalar e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Esta abordagem multi e interdisciplinar implica necessariamente uma nova forma de incluir o prestador de cuidados no plano de cuidados não só a prestar ao dependente, como a ele próprio, perante a sua vulnerabilidade, devido ao impacto da doença de quem cuida.

Torna-se hoje indiscutível o papel do prestador de cuidados na resposta à pessoa em situação de dependência no autocuidado. Mas para que se consiga a eficácia neste processo de cuidados, o prestador de cuidados tem que ser munido de conhecimento e competências para o exercício do papel. Aqui releva-se o papel preponderante que deve ser assumido pelo prestador de cuidados, facilitando o progredir da transição de uma forma saudável.

Para Meleis (2012) assistir o indivíduo, a família ou a comunidade a lidar com as transições que afectam a sua saúde emerge como um desafio para os enfermeiros, antes, durante e após um evento gerador de mudança.

Reconhecemos que para além dos ganhos em saúde que representa para o doente, o prestador de cuidados representa também uma mais-valia económica, sob o ponto de vista de gastos para o sistema de saúde e segurança social, pelo que é um pilar importante a ser considerado. Neste contexto, a família e o meio ambiente social próximo têm de ser considerados desde o início como parte do processo de intervenção.

Com a integração da mulher no mercado de trabalho, esta tornou-se menos disponível para a realização das tarefas domésticas e essencialmente para cuidar dos familiares dependentes. Como salienta Relvas & Alarcão (2007, p. 330) *“em primeiro lugar pensamos no caminho que a mulher e a família percorrem, hoje, e que as transporta da identidade da mulher ligada aos papéis familiares de cuidadora do marido, dos filhos e dos idosos, para uma identidade pessoal complexificada pela atribuição complementar de objectivos de carreira, individual e relativamente autónoma perante as funções*

familiares.”. Todavia, a família constitui-se como a principal entidade cuidadora dos seus membros em situações de transição.

Em Portugal não existem estudos que nos indiquem quantos dependentes se encontram no domicílio ao cuidado do prestador de cuidados. O reconhecimento das necessidades dos prestadores de cuidados no que se refere à prestação de cuidados, e o apoio à implementação de programas de intervenção a eles dirigidos são de primordial importância para que cada um possa decidir em como prestar os melhores cuidados ao seu familiar com dependência.

Assim, no âmbito da investigação centrada nas “ Famílias que integram dependentes no autocuidado”, com a realização deste estudo, pretendemos contribuir para o conhecimento dos cuidados prestados pelo membro da família prestador de cuidados⁴ à pessoa com dependência, no contexto domiciliário.

Neste âmbito, esboçámos um desenho de investigação quantitativo, exploratório, de natureza descritiva-correlacional e, de carácter transversal.

Organizamos a dissertação em quatro capítulos, após esta introdução à temática em estudo, procederemos à explicitação do enquadramento teórico que nos norteou no decorrer da investigação. No enquadramento metodológico explicamos as etapas utilizadas para a realização da investigação. Em seguida procedemos à apresentação e análise e, posteriormente à discussão dos resultados obtidos. Concluimos efectuando uma síntese dos resultados obtidos com mais relevância, afigurando-se a partir destes, produção de conhecimento, visando como beneficiários em primeiro lugar, as pessoas com dependência, o prestador de cuidados, a sociedade e a profissão de Enfermagem.

⁴ Ao longo do nosso estudo utilizaremos diferentes designações para denominar o indivíduo que cuida da pessoa dependente sem lucros financeiros, geralmente pertencente à família. Sendo assim, podemos encontrar os termos membro da família prestador de cuidados, cuidador, familiar cuidador, prestador de cuidados, cuidador informal.

Segundo o ICN (2005, p.172), o **membro da família prestador de cuidados** é uma pessoa “*responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família*”.

1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA EM ESTUDO

A compreensão e explanação da temática a investigar, implica necessariamente um olhar sobre a investigação já desenvolvida nesta área, razão pela qual centramos o enquadramento teórico em três eixos que consideramos estruturantes para o nosso estudo: a problemática da dependência, a pessoa dependente no autocuidado e a experiência de transição da pessoa dependente e do membro da família prestador de cuidados. Partindo do pressuposto, que o autocuidado é fundamental na vida de qualquer pessoa, e que as transições estão intimamente associadas à mudança na capacidade de autocuidado, decidimos abordar a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Meleis, uma vez que consideramos que estas nos possibilitam uma compreensão mais abrangente da problemática em estudo.

1.1 A Problemática da Dependência

As modificações sociais e políticas sucedidas nas últimas décadas desencadearam o aparecimento de um conjunto diferenciado de novos fenómenos, o envelhecimento da população, a alteração do perfil das patologias, com maior incidência de doenças crónicas, o aumento da actividade profissional das mulheres, colocando-as fora do domicílio. Estas transformações têm conduzido à reestruturação dos cuidados de saúde, no sentido de desenvolverem estratégias adequadas aos novos desafios da sociedade.

Como refere Petronilho (2008, p.3) *“o aumento da esperança média de vida, fruto da evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, do desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e de fármacos mais eficazes, bem como da melhoria das condições socioeconómicas da população, em geral, tem-se traduzido num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência”*.

A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se. Traduz-se pela necessidade de assistência nas actividades quotidianas, que o indivíduo já não realiza porque não pode ou porque não quer, trata-se, de um apoio aos papéis de sobrevivência (Pavarini e Neri, 2000).

Contudo, a definição de dependência apresentada no Decreto-Lei nº 101/2006, é mais abrangente e considera dependência *“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença*

severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária”.

A partir desta definição podemos apurar que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também, às dificuldades familiares e à escassez de apoios sociais. Esta definição revela a presença de dois factores fundamentais para se possa falar de dependência: a presença de limitação física, psíquica ou social e a necessidade de assistência ou cuidados prestados por terceiros.

De acordo com Araújo e colaboradores (2009), a dependência não é um fenómeno recente, sempre existiram pessoas dependentes, porém, actualmente, face ao envelhecimento demográfico e às modificações da estrutura familiar, é um problema complexo com implicações sociais, económicas e políticas.

O conceito de dependência, pela sua complexidade envolve a presença de três noções essenciais: *multidimensionalidade*, *multicausalidade* e *multifuncionalidade* (Pereira, 2008). A *multidimensionalidade* refere-se às dimensões: física, mental, económica e social, e à relação entre ambas. A *multicausalidade* implica que diversos factores influenciam o aparecimento, progressão e manutenção da dependência, designadamente factores físicos, psicológicos e contextuais. Em relação aos factores físicos, podem detectar-se as alterações funcionais (deterioração da capacidade funcional, mobilidade, equilíbrio, resistência, etc.), as doenças crónicas e a utilização de fármacos (efeitos secundários prováveis e interacções farmacológicas não desejadas). Como factores psicológicos, surgem os distúrbios mentais (depressão) e características de personalidade (pessoas com “personalidade dependente”). Para além disso, mudanças cognitivas associadas, a uma demência, limitam a actividade intelectual, afectando a capacidade de decisão, memorização e execução de actividades quotidianas. Os factores contextuais como o ambiente físico, podem impor barreiras arquitectónicas (escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação ou sinalização deficiente) e ergonómicas, (sofás excessivamente fundos, fofos e baixos, camas altas, cadeiras com área e ângulo de apoio para as costas e para os braços deficientes, armários de parede pendurados muito alto, visores de aparelhos com letras muito pequenas) (Pavarini e Neri, 2000). Todos estes factores poderão assumir-se, como factores preponderantes na manifestação da dependência. A *multifuncionalidade* mostra que a dependência não tem de assumir apenas uma única função, nem o carácter de irreversibilidade com que muitas vezes é perspectivada.

Neste âmbito, importa referir as situações de dependência, oportunas por motivos emocionais, com o objectivo de, receber mais atenção dos familiares e/ou profissionais. Um idoso pode ser dependente em determinados aspectos e independente em outros, por exemplo, pode possuir uma dependência física e ser autónomo financeiramente, ou

ser dependente afectivamente (usar a condição de velho para despertar compaixão e atenção) e independente a nível cognitivo (ser capaz de planear as acções que lhe permitirão manter a esposa ou a filha sempre perto de si) (Pavarini e Neri, 2000).

Contudo, a dependência pode subsistir em qualquer faixa etária: desde o nascimento; desenrolar-se como sequela de uma doença aguda ou acidente na infância, juventude ou vida adulta; ou, como consequência de doenças crónicas ou como reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas atribuível ao processo de envelhecimento (Figueiredo, 2007).

Na realidade, apesar de a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações bio-psico-sociais pelas quais todas as pessoas idosas passam, desencadeiam a ocorrência de situações crónicas incapacitantes, que acabam por requerer a médio ou a longo prazo suporte familiar, mas também social e de saúde (Lage, 2005; Imaginário, 2008).

Em síntese, a dependência é multifacetada e procede de distintas etiologias, algumas das quais merecem ser exploradas nesta dissertação, particularmente, os aspectos referentes ao envelhecimento e à doença crónica. Interessa ainda referir que, dada a amplitude desta temática, ao longo da dissertação, vamos focar a nossa atenção particularmente na dependência para o autocuidado.

1.2 O Fenómeno do Envelhecimento

O envelhecimento demográfico é, nas sociedades desenvolvidas, a realidade mais evidente do século XXI, tendo implicações directas na esfera socioeconómica, no impacto que produz na família, na sociedade e no sistema de saúde, para além das modificações que se reflectem a nível individual (Carrilho & Gonçalves, 2006; Silva, 2006; Carreira & Rodrigues, 2006).

As projecções das Nações Unidas para a população mundial referem que a proporção de jovens está a diminuir progressivamente, podendo alcançar os 21% do total da população em 2050, enquanto a proporção da população idosa⁵ está a crescer, aumentando para 15,6% no mesmo ano (INE, 2002).

Estes dois fenómenos, a diminuição dos jovens e o aumento da população idosa, correspondem ao que os demógrafos designam de duplo envelhecimento: na base e no topo da pirâmide. Ou seja, o envelhecimento na base ocorre quando a percentagem de

⁵ O conceito de população idosa utilizado nos diversos indicadores demográficos é o conjunto de indivíduos com 65 e mais anos. Para além disso, numa tentativa de uniformização de critérios, a OMS (2001) convencionou que idoso é todo o indivíduo com 65 ou mais anos de idade.

jovens diminuí e, por consequente, a base da pirâmide de idades fica substancialmente reduzida, enquanto o envelhecimento no topo se verifica quando a percentagem de pessoas idosas aumenta, desenvolvendo um alargamento na parte superior da pirâmide de idades.

Estes dois tipos de envelhecimento estão interligados, já que, a principal causa natural responsável pela problemática do envelhecimento populacional nos países desenvolvidos, foi a redução da natalidade, ou seja, a redução da taxa natalidade implicou um aumento da importância relativa das pessoas idosas, facto que corresponde à verdadeira definição de envelhecimento demográfico, neste caso designado envelhecimento pela base da pirâmide de idades. Este envelhecimento demográfico pela base da pirâmide etária possui consequências mais gravosas do que o envelhecimento pelo topo, dadas as implicações nas gerações activas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho (Andrade 2009).

Paralelamente ao aumento do número global de idosos, emerge outro fenómeno, que consiste no acréscimo do número dos muito idosos, com maior probabilidade de degradação física e mental. Refere-se a um processo secundário de envelhecimento demográfico, denominado como *“o envelhecimento dos idosos”* (*“the aging of the aged”*) e que, ocorre gradualmente e em todo o mundo.

Nesta perspectiva demográfica actual, Portugal está classificado como o sétimo país mais envelhecido da Europa. De acordo com as projecções demográficas, pelo INE (2010), estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando 32,3% do total da população, em 2060, tornando Portugal no quarto país da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas.

As perspectivas evidenciam a dimensão real do problema do envelhecimento no nosso país. De acordo com Imaginário (2008, p.33) *“O nível de sensibilidade perante este novo fenómeno, no que concerne a toda a sociedade, em particular por parte dos políticos, dos profissionais de saúde, da segurança social e da família, será um factor fulcral na resposta a este desafio”*.

Para além da dimensão demográfica já referida, numa perspectiva individual, o envelhecimento traduz-se na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida (Imaginário, 2008; Andrade, 2009). O INE (2005) fazendo as Projecções de População Residente em Portugal para 2000-2050, refere que haverá um aumento da esperança de vida para valores próximos dos 79 anos para os homens e dos 85 anos para as mulheres.

No entanto, o processo de envelhecimento não se define só por critérios cronológicos, deve-se ter em consideração a análise do conjunto de transformações que ocorrem aos diferentes níveis: biológico, psicológico, cognitivo e social, que caracterizam

respectivamente, o envelhecimento biológico, o envelhecimento psicológico e cognitivo e o envelhecimento social.

O processo de envelhecimento biológico, que se denomina senescência, reporta-se ao conjunto de transformações físicas que reduzem a eficácia dos sistemas orgânicos e funcionais, que perante situações normais, não é suficiente para produzir distúrbios funcionais. Mas, quando este declínio é muito expressivo, ocorre diminuição da reserva funcional, expondo o idoso ao aparecimento de doenças crónicas, às quais se associa a perda de independência (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

No que concerne, ao nível psicológico e cognitivo as alterações sentidas pelo envelhecimento, manifestam-se principalmente por mudanças de atitudes e comportamentos, ou seja, alterações ao nível da linguagem, memória, tempo de reacção e percepção.

Conjuntamente às alterações do foro biológico, psicológico e cognitivo, associam-se ao envelhecimento mudanças a nível dos diferentes papéis: familiar, social, laboral, e ocupacional, exigindo uma capacidade de adaptação às novas condições de vida. A reforma é um evento crítico, marca decisivamente a perda de papéis activos, nomeadamente o profissional, implicando também a diminuição de contactos sociais, situações que poderão despoletar no idoso sentimentos de medo, inutilidade e abandono, acabando por adquirir um comportamento de isolamento e solidão, que muitas vezes colmata com a depressão (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008).

Pelo referido, verifica-se que o envelhecimento é um processo complexo, gradual e irreversível de alterações que ocorrem com a passagem do tempo e para o qual colaboram factores de ordem biológica, psicológica e social.

Figueiredo (2007) menciona, que a principal característica do envelhecimento é a variabilidade inter e intra-individual, ou seja, a existência de padrões de envelhecimento diferentes tanto entre indivíduos com a mesma idade cronológica, como nas distintas funções (fisiológicas, psicológicas e sociais) do mesmo indivíduo. Deste modo, mediante uma determinada modificação é especialmente difícil separar a variância que equivale a factores biológicos, psicológicos e sociais.

Constatamos que o fenómeno do envelhecimento constitui um desafio, a nível da saúde, social e político. A fragilização causada pelo envelhecimento, transforma a pessoa mais vulnerável ao aparecimento de doenças que podem levar à dependência resultando, em necessidades de cuidados por longos períodos de tempo.

Em síntese, segundo a Direcção-Geral de Saúde (2004, p.1), *“o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas”*. O fenómeno do

envelhecimento e da dependência acompanha repercussões a nível individual e familiar. Os profissionais de saúde de um modo particular podem desenvolver, respostas ajustadas às necessidades de cuidados específicos das pessoas dependentes e das suas famílias prestadoras de cuidados, numa abordagem compreensiva e multidimensional.

1.3 As Doenças Crónicas

Paralelamente às mudanças sóciodemográficas já expostas, o aumento da esperança média de vida, consequência da evolução dos progressos terapêuticos na área da saúde, do desenvolvimento de tecnologia e fármacos mais eficazes, bem como a melhoria das condições socioeconómicas da população, tem-se traduzido num acréscimo de pessoas de idade cada vez mais avançada e, conseqüentemente, com doenças crónicas de longa duração e de início tardio. De acordo com a DGS (2004), em Portugal as doenças crónicas causam um grande impacto na Saúde Pública, sendo uma das principais causas de morbilidade e de mortalidade das pessoas, trazendo imensos custos individuais, familiares e sociais.

Duque (2009) refere que, para além do envelhecimento, a mudança dos hábitos alimentares (alimentos mais calóricos, com elevados níveis de açúcar e/ou gorduras saturadas e excessivamente salgados), a adopção de um estilo de vida sedentário e o aumento do consumo de tabaco, constituem importantes factores desencadeantes de doenças crónicas.

Em Portugal, as doenças crónicas abrangem hoje cerca de 40 a 45% do total das doenças sinalizadas. A tendência é para que este número continue a crescer exponencialmente (Plano Nacional de Saúde, 2008).

O Decreto-lei nº 101/2006 define doença crónica como “ (...) a *doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada*”.

Pela sua natureza, a doença crónica não pode ser curada, pelo que o seu tratamento enfatiza o controlo ou gestão da doença, não tendo como finalidade específica a cura, mas sim o alívio dos sintomas, a diminuição do sofrimento e o prolongamento da vida (Louro, 2008).

Atendendo às características da doença crónica, é usual, as pessoas carecerem de ajuda e suporte para colmatar a dependência para a realização dos cuidados e para permanecerem integrados na sociedade. De facto, a doença, e em particular a doença crónica, tem um efeito directo na capacidade dos indivíduos para satisfazer as exigências do cuidado. Habitualmente, cada tipo de doença origina uma determinada perda funcional e afecta um grupo específico de actividades de autocuidado (Lage, 2007).

Pavarini e Neri (2000) mencionam que as doenças crónicas têm um efeito directo na capacidade dos indivíduos para satisfazer as actividades de autocuidado, constituindo um factor inquietante do quotidiano da pessoa com dependência e da sua família. Aumenta assim, a possibilidade das famílias serem solicitadas a desempenhar o papel de prestador dos cuidados, para colmatar a necessidade de cuidados por longos períodos de tempo.

Como salienta Carreira (2006), a família é a maior provedora de cuidados dos seus familiares com doença crónica e a sua actual missão é a de lidar com esta condição de fragilidade no seu ambiente familiar.

As doenças crónicas, não escolhem idade, abrangendo milhares de pessoas, desde o nascimento, até à velhice.

As doenças crónicas predominantes na infância e adolescência são essencialmente: a asma, a diabetes, a doença cardíaca congénita, a epilepsia e a obesidade. Outras, com menor frequência, podem ser mais debilitantes e ameaçadoras, com uma evolução imprevisível, como a fibrose quística, a artrite reumatóide, a infecção por VIH e as doenças oncológicas (Barros, 2003). Para além disso, as doenças de origem genética, como por exemplo, a síndrome de Down, constituem-se como factores limitadores para o desenvolvimento da criança e conseqüentemente para a realização das actividades de vida diárias.

Segundo Direcção-Geral da Saúde (2005) na faixa etária dos idosos, as doenças, cardiovasculares, as neoplasias, cerebrovasculares e neurológicas, constituem-se nos grupos de patologias que, para além de representarem as principais causas de morte em Portugal, originam, frequentemente, uma perda de autonomia, originando situações de dependência de cuidados de saúde e sociais.

Verificamos que o processo de envelhecimento, não é sinónimo de doença ou dependência, pois trata-se de um processo natural, biológico, psicológico e social. Porém, e apesar dos inúmeros esforços para garantir o envelhecimento bem sucedido, com o aumento da esperança média de vida, aumenta significativamente o risco de doenças crónico-degenerativas.

Sendo assim, a tendência actual reflecte-se num número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, manifestam uma maior tendência para o aparecimento de doença crónica.

Segundo Petronilho (2007, p.12), *“se é verdade que a melhoria das condições socioeconómicas da população e o avanço da tecnologia na saúde levaram, inevitavelmente, a um aumento significativo da esperança média de vida e da própria qualidade de vida dos cidadãos nas últimas décadas, não menos relevante é o facto destes ganhos arrastarem em si consequências que, eventualmente, num primeiro momento não terão sido devidamente equacionadas”*.

Consideramos que em relação a esta problemática, os enfermeiros têm de definir *“respostas ajustadas, que venham satisfazer a crescente procura de cuidados de saúde por parte deste grupo de pessoas”* (Petronilho 2008, p.3). A pessoa com doença crónica necessita de aprender a viver com a doença, o papel do enfermeiro surge como facilitador neste processo de adaptação, incentivando e reforçando as capacidades de autocuidado.

1.4 A Família e a Prestação de Cuidados

De acordo com Petronilho (2007), a família⁶ constitui a instituição social mais antiga, com origem no nascimento do homem. No entanto, a instituição família, apesar de ser considerada a unidade fundamental da sociedade, a primeira instituição onde o indivíduo se integra e se desenvolve, tem sofrido ao longo dos tempos transformações muito significativas na sua estrutura e na sua composição, consequência das transformações sóciodemográficas, económicas e políticas. Apesar de todas essas modificações a família ainda continua a ser o principal sistema de suporte dos seus familiares em situação de dependência. Caracterizada por uma diversidade de formas de convivência, privilegia a coesão e a solidariedade, assumindo um papel primordial nas funções de cuidar e proteger os seus membros.

Segundo Martins (2002, p.113), *“a família é, sem dúvida, a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização bem como para a formação da sua personalidade”*. No contexto sociocultural actual, a família continua a ser a unidade básica na qual nos desenvolvemos e

⁶ Segundo o ICN (2005, p.171), *“Família é um tipo de Fenómeno de Enfermagem de Grupo (Colectivamente) com as seguintes características específicas: conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo”*.

adquirimos as primeiras competências, o nosso papel social. Como refere Martins (2002,p.111), “a família é, pois, o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos”, ou seja, podemos afirmar que a família é a célula vital da sociedade.

A família funciona como um todo, mostrando-nos uma configuração de teia ou uma rede. Quando existe uma modificação numa das partes, o todo é automaticamente afectado. Apesar de existirem diversos tipos de família e de relacionamento familiar em todas elas existem papéis estabelecidos que as mantêm num certo equilíbrio (Santos, 2004).

A doença de acordo com a literatura é definida como um fenómeno orgânico, que ocorre num sujeito, atribuindo à família o papel de suporte (Louro 2008; Sousa e colaboradores 2004). A literatura é unânime ao afirmar que quando uma doença grave acontece a um elemento da família, um conjunto de outras consequências atinge a família, tais como: o sofrimento, a reorganização de tarefas ou saber qual o elemento que assume o papel de familiar cuidador (Louro 2008).

Para Lage (2007), afirmar que é a família quem assume a responsabilidade pelos cuidados é um eufemismo, já que, na realidade, existe um cuidador principal que dá resposta às necessidades derivadas dos problemas.

A função de protecção e de suporte emocional dos elementos da família mais vulneráveis é uma das funções primordiais da família. Quando a família é confrontada com a necessidade de cuidar de um dos seus membros dependentes, essencialmente perante situações prolongadas, pode entrar num estado de crise, que se manifesta mais intensamente no elemento que assume a responsabilidade de cuidar.

Tradicionalmente a tarefa da prestação de cuidados à pessoa dependente cabe aos membros femininos mais próximos (esposa, filhas). Uma das principais razões deste facto relaciona-se com a educação recebida e com a construção social das funções da mulher. Este facto favoreceu a concepção de que as mulheres estão melhor preparadas do que os homens, tem mais capacidade de abnegação, de sofrimento e são muito voluntariosas (Imaginário, 2004).

Mas, como já referimos, a estrutura familiar sofreu profundas alterações na sociedade contemporânea, sobretudo com a diminuição do tamanho do agregado familiar, com o novo papel social desempenhado pela mulher, com o aumento do número de divórcios e com a maior mobilidade geográfica dos elementos, reduzindo assim o tempo e número de pessoas disponíveis para cuidar de um membro em situação de dependência (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008).

No contexto actual, em que as políticas nacionais se orientam para a manutenção das pessoas dependentes no seu domicílio, o cuidado prestado pela família assume particular relevância. Os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos tempos, no sentido de dar

respostas aos utentes na comunidade que carecem de cuidados continuados, têm sido incrementados, no entanto, ainda são insuficientes para as necessidades sentidas por parte das populações.

Na verdade, com as dificuldades do sistema de saúde e de protecção social em dar resposta a todas as necessidades de cuidados da população, foi atribuída às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos seus membros em situação de doença e/ou dependência (Araújo, 2009). Este apelo à solidariedade familiar acabou por desencadear nos países ocidentais o desenvolvimento de algumas medidas políticas tendentes, senão à desinstitucionalização, pelo menos à institucionalização o mais tardia possível e só quando considerada necessária (Lage, 2007). A família surge, pois, como um elemento importante de solução e o cuidado fica, assim, socialmente dividido entre o Estado e a família.

Porém, continua a prevalecer uma política de cuidados de saúde essencialmente orientada para a doença e o seu tratamento, sendo a prática de Enfermagem também muito focada nestes dois aspectos, esquecendo o suporte à pessoa com dependência e sua família.

Simultaneamente, a pressão exercida sobre os hospitais, com a exigente redução de custos dos cuidados, obriga a uma redução das demoras médias dos internamentos, o que se traduz na ocorrência de altas clínicas cada vez mais precoces para o domicílio (Santos, 2006), sem que o doente adquira o máximo de bem-estar e/ou a família adquira competências para o cuidar, de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Para tal, torna-se necessário se não mesmo obrigatório, determinar a dependência dos doentes, identificar o mais cedo possível, as necessidades em cuidados, e preparar a família para assistir o seu membro com dignidade no domicílio.

Perante o panorama actual, são grandes os desafios que se colocam às famílias, pois o facto de um membro da família desencadear um processo de dependência, altera a dinâmica familiar, acarretando uma mudança de papéis, gerando impacte negativo na economia familiar e na saúde dos seus membros (Caldas, 2003).

Cuidar um familiar dependente é uma experiência que obriga as famílias a definir e redefinir as relações, obrigações e capacidades, acontecendo frequentemente dificuldades em chegar a um acordo no que diz respeito à contribuição de cada um dos membros, nos cuidados à pessoa dependente, podendo, por isso, constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para o membro mais directamente envolvido e para toda a família.

Aparentemente a escolha da pessoa para desempenhar o papel de prestador de cuidados dependerá da experiência de vida e da estrutura das relações familiares. Diferentes pessoas estão estruturalmente situadas em melhores condições do que

outras, para assumir o desempenho de determinados papéis. Importa referir, que normalmente, a escolha recai sobre o membro que tem menos a perder com o papel a desempenhar.

Quando um membro da família assume o papel de “*tomar conta*”, fá-lo em função de várias razões. Os motivos subjacentes à assunção e continuação da prestação de cuidados a um familiar dependente constituem um domínio complexo que envolve uma mistura de razões, que podem ser agrupadas em diferentes categorias: a normativa (dever/pressão social e o dever moral), a afectiva (o amor e a ternura), o afastamento/recusa da institucionalização, a económica/financeira (dificuldade em suportar a mensalidade exigida por uma instituição), a coabitação/proximidade geográfica e a combinação entre motivos relacionais e individuais (Andrade, 2009; Araújo, 2009; Figueiredo, 2007; Pereira, 2008).

Figueiredo (2007, p.94) refere que “*espera-se que a família cumpra aquilo que é seu dever, isto é, cuidar do seu familiar em caso de dependência*”. Trata-se de cumprir com as funções básicas da família, entre elas as funções de saúde, que consiste em proteger a saúde dos seus membros e proporcionar cuidados quando eles necessitam.

Cuidar de alguém representa assim um dos maiores desafios a serem superados, envolvendo longo períodos de tempo dispensados ao doente, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional riscos mentais e físicos.

Neste contexto, e como afirma Campos (2008), o membro da família prestador de cuidados confronta-se com um conflito de papéis, por um lado as exigências de tomar conta de alguém que está dependente, por outro, as alterações inevitáveis à sua vida e bem-estar.

O cuidador familiar tem sido “ (*...*) *objecto de preocupação de diversos quadrantes da investigação desde a área da saúde, como a Enfermagem, a área social, política, filosófica, etc (...)* seja por estarmos inseridos numa época em que a relação de ajuda assume um papel de relevo (*...*) seja pela crescente importância que o papel da família assume na área da saúde, entre ele o apoio ao cuidado às pessoas dependentes ” (Santos, 2005, p. 27).

A utilização de familiares para o cuidado, no domicílio é uma realidade, assim, a família predomina como alternativa de suporte informal à pessoa com dependência, mesmo que isso tenha consequências problemáticas para a reorganização familiar (Martins, 2002).

No entanto, apesar de o cuidar envolver aspectos negativos, Lage (2007), destaca as vantagens da permanência dos dependentes no domicílio, sempre que estejam asseguradas as condições necessárias. A primeira vantagem, é que permite à pessoa dependente viver no seu meio e preservar o carácter de intimidade que caracteriza o autocuidado. A segunda é que, quando os cuidados são prestados em ambiente familiar,

podem, ainda, ter repercussões altamente positivas na auto-estima dos cuidadores, uma vez que permitem que eles desenvolvam o seu lado solidário, ao encontrarem satisfação na ajuda prestada aos outros, ao crescerem pessoalmente com a aquisição de conhecimentos sobre a saúde e a doença, ao compreenderem a evolução dos processos. O papel prático ocupado pela família no sistema de saúde, contemplando – por assim dizer – a família desde o ponto de vista das instituições de bem-estar (welfare state), é pouco claro. Uma situação que parece ainda mais paradoxal, quando se sabe que cerca de 75% de todos os cuidados para a saúde se produzem no contexto informal da família alargada (Lage 2007).

Na actualidade as famílias são reconhecidas como o maior contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros e como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares. Na verdade, a manutenção do dependente em família, passa indispensavelmente pelo auxílio consistente de redes formais e informais. A atenção e a colaboração são essenciais quer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas dependentes e seus familiares, quer para a continuidade da disponibilidade familiar para o cuidar. De acordo com Louro (2010), o êxito reside fundamentalmente na articulação de medidas e recursos existentes.

De facto, a prestação de cuidados no domicílio emerge como, a resposta mais humanizada aos problemas da pessoa dependente e do familiar prestador de cuidados, mas solicita um apoio global, integrador, coordenado e continuado, das redes formais.

1.5 A Pessoa com Dependência no Autocuidado

Ao longo do ciclo vital, a pessoa oscila nas capacidades para a satisfação das necessidades do autocuidado e na indispensabilidade de ajuda de outros, quando pelas mais diversas razões, nos processos de transição, altera-se a condição do indivíduo ou do meio, levando à perda da autonomia progredindo para a dependência.

Nesta linha de pensamento, Petronilho (2008), refere que a capacidade para o desempenho do autocuidado está estritamente relacionada com diferentes factores, designadamente, factores intrínsecos ao sujeito, dos quais distinguimos a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, a condição de saúde, a orientação sociocultural, a compatibilidade com as crenças e valores pessoais, a satisfação com a vida, as experiências anteriores, a auto-estima, a percepção de auto-eficácia, a capacidade funcional e a capacidade cognitiva e, factores extrínsecos ao sujeito, tais como, as condições ambientais, os recursos familiares e da comunidade disponíveis.

De acordo com alguns autores, a informação e o conhecimento também são factores determinantes para a execução das actividades de autocuidado, uma vez que ao serem incorporados estimulam o envolvimento da pessoa na promoção e/ou recuperação do autocuidado (Padilha 2006; Santos, 2006; Silva, 2007).

Na perspectiva de Orem (2001:46), *“a doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por ela mesma, desde que tal estado limite a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisão e de iniciativa para as actividades destinadas aos objectivos de autocuidado”*.

Esta declaração, torna evidente que o comprometimento dos processos corporais, dificulta a realização das actividades executadas pelo próprio, impelindo a pessoa para uma situação de dependência de outros (Pereira, 2008).

Deste modo, a pessoa dependente é aquela que durante um período prolongado de tempo requer ajuda e apoio de outra pessoa ou de equipamento para executar actividades diárias que satisfaçam as suas necessidades (Andrade, 2009; Araújo, 2009).

Nesta linha de pensamento, situações de défice de autocuidado, em que as exigências são superiores à capacidade de resposta do indivíduo, podem provocar profundas alterações ao nível da vivência pessoal, familiar e social, tendo implicações importantes no que diz respeito à saúde e ao bem-estar.

Os aspectos relacionados com a intimidade para o autocuidado pressupõem que a ajuda ou a substituição na acção de cuidado seja desempenhada por uma pessoa próxima no âmbito do quotidiano.

Para além, do apoio de familiares, a relação entre o profissional de saúde e o indivíduo é fundamental para o desempenho do autocuidado, uma vez que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, pode ajudar a pessoa a prepara-se para ser o agente do seu autocuidado (Silva, 2007).

O ICN (2005, p.46) define o autocuidado como *“um tipo de Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária”*. Ou seja, descreve como o cuidado dispensado, pelos indivíduos, à sua saúde e bem-estar, englobando as acções individuais e cuidados delineados pelo próprio.

No mesmo sentido, o Ministério da Saúde (2007) define autocuidado como a capacidade de permanecer activo e saudável, quer física quer mentalmente; prevenir doenças e acidentes; cumprir prescrições terapêuticas, e gerir doenças crónicas.

Surge destas definições que o autocuidado é um conceito dinâmico ao longo do ciclo vital o que provoca com que a pessoa esteja em permanente mudança para fazer frente às exigências da vida.

Pelo exposto, tendo como principal objectivo caracterizar os cuidados prestados à pessoa em situações de défice de autocuidado, entendemos ser importante abordar a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, para uma maior explanação desta problemática.

Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem

A teoria de enfermagem de Dorothea Orem emergiu no fim dos anos 50, sendo que o conceito do *autocuidado* foi definido pela autora como, “*a prática de actividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar*” (Orem 2001, p. 43).

Para Orem (2005), os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade de se autocuidar, mas por motivo de doença, mau funcionamento físico ou mental, falta de recursos ou factores ambientais, a necessidade de autocuidado do indivíduo torna-se maior do que a sua capacidade de o realizar, ou seja, limita aquilo que a pessoa pode fazer por si mesma. A ajuda para a realização do autocuidado pode advir dos familiares, vizinhos, pessoas amigas ou dos profissionais de enfermagem.

Esta Teoria assenta em três estruturações teóricas, que se inter relacionam: a Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. De seguida explicamos cada uma destas Teorias, para uma melhor compreensão das mesmas.

Teoria do Autocuidado

Segundo (Orem, 1991), o autocuidado é uma função humana reguladora para manutenção da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar, que os indivíduos têm, propositadamente, de realizar por si próprios ou, caso não consigam, cumprida por alguém que os substitua. O autocuidado, enquanto função humana reguladora, é diferente de outros tipos de regulação do funcionamento e desenvolvimento humano; tem de ser apreendido e executado continuamente, em conformidade com as necessidades dos indivíduos.

Mediante o referido anteriormente, depreende-se que a capacidade de autocuidado não é inata, mas adquirida ao longo do ciclo vital. Ela não se manifesta em crianças porque ainda não a adquiriram, nem em indivíduos dependentes porque não adquiriram ou perderam essa capacidade. Esta capacidade subentende a indispensabilidade de um grau de autonomia. Segundo Dorothea Orem, este autocuidado é universal, no sentido de que não se restringe às actividades da vida diária, nem às actividades instrumentais da

vida diária, mas a todos os aspectos vivenciais. Assim, à medida que se desenvolve, o indivíduo vai adquirindo competências que permitem ser autónomo.

Para a autora existem requisitos de autocuidado, ou seja, acções realizadas pelos indivíduos ou para os indivíduos com a finalidade de controlar os factores que prejudicam o funcionamento e desenvolvimento humano. Estes requisitos podem dividir-se em três categorias:

Requisitos de Autocuidado Universais: Muitas vezes referidos como “necessidades humanas básicas”, os requisitos universais, comuns a todos os indivíduos, durante todas as fases do ciclo vital, estão associados aos processos de integridade, de funcionamento e de vida humanos;

Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento: São os requisitos que surgem consoante o estágio de desenvolvimento do indivíduo, o ambiente em que este vive e as mudanças inesperadas que podem ocorrer na sua vida (doença, dependência ...);

Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde: Existentes em situação de doença, são carências que emergem porque a doença, a incapacidade ou o tratamento, não possibilitam a satisfação das necessidades de autocuidado. Segundo Orem (2001), os factores condicionantes básicos, internos ou externos aos indivíduos que afectam a sua capacidade de autocuidado, são: idade, sexo, estágio de desenvolvimento, experiência de vida, estado de saúde, orientação sociocultural, o sistema familiar, padrões de vida, factores ambientais, recursos adequados e factores ambientais.

Teoria do Déficit de Autocuidado

A Teoria do Déficit de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral, uma vez que, determina a necessidade da intervenção de enfermagem. Esta intervenção surge quando o indivíduo é incapaz de manter a quantidade e qualidade de autocuidado, fundamental à sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou na capacidade para lidar com os seus efeitos. Relativamente a este propósito, Orem (1995) refere ainda que a enfermagem deve estar presente quando o cuidador não demonstra habilidade para responder à necessidade de autocuidado da pessoa ou, quando as necessidades de autocuidado excedem as suas capacidades de resposta.

Esta teoria tem como objectivo promover a autonomia da pessoa, potenciando a sua qualidade de vida. O seu postulado central é a incapacidade da pessoa em cuidar dela própria para atingir a saúde e/ou bem-estar.

A quantidade e o tipo das acções que a pessoa realiza ou deveria realizar num determinado tempo, para conseguir atingir os objectivos/requisitos, são denominadas necessidades de autocuidado.

Se os recursos existentes (pessoais, sociais) não possibilitam a auto-satisfação das necessidades, a capacidade de autocuidado decresce e emerge a necessidade de autocuidado terapêutico, sendo primordial a ajuda de agentes. Esses agentes podem ser informais, como os membros da família prestadores de cuidados ou agentes profissionais.

O déficit de autocuidado é um termo que exprime a relação entre as capacidades de acção do indivíduo e as suas necessidades de autocuidado terapêutico. É um conceito orientador, permitindo a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel da pessoa no autocuidado. Perante o reconhecimento do déficit de autocuidado, o enfermeiro pode delinear a sua intervenção.

Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Nos pressupostos desta Teoria, as necessidades de autocuidado da pessoa são colmatadas pelos enfermeiros, utilizando sistemas de enfermagem distintos, aplicados conforme as necessidades evidenciadas.

Centra-se na capacidade do enfermeiro para auxiliar a pessoa a suprir as suas necessidades reais ou potenciais de autocuidado ou a capacidade de execução alterada desse mesmo autocuidado.

Os Sistemas de Enfermagem emergem como um meio para equilibrar o déficit de autocuidado patente na pessoa. Nesta linha de pensamento Orem (1995) enumera três Sistemas de Enfermagem:

Sistema Totalmente Compensatório: a pessoa não tem papel activo no seu autocuidado, sendo socialmente dependente de outros; o enfermeiro substitui-o em todas as suas actividades;

Sistema Parcialmente Compensatório: a pessoa consegue executar algumas actividades de forma autónoma. O enfermeiro ajuda naquilo que ele não é capaz de fazer por si;

Sistema de Apoio e Educação: a pessoa é capaz de executar o autocuidado, embora precise da ajuda do enfermeiro para o ensinar e supervisionar na execução das acções de forma apropriada, impulsionando o indivíduo a ser um agente de autocuidado, estimulando a tomada de decisão e a aprendizagem de conhecimentos e capacidades.

O intuito da intervenção de enfermagem é, asseverar o cuidado ao indivíduo e promover o autocuidado naquilo que ele é capaz de realizar por si. A família também deve ser alvo da intervenção de enfermagem, de forma a habilitar-se para cuidar da pessoa com dependência.

Os agentes de autocuidado terapêutico fomentam acções de autocuidado e de educação terapêutica, que promovam a autonomia para o autocuidado (Orem, 1995).

Neste sentido, a promoção do autocuidado deve constituir-se como um dos objectivos da prática de enfermagem, pois permite à pessoa participar activamente na sua recuperação.

Na perspectiva de Silva (2001) e Campos (2008), a dependência no autocuidado é um diagnóstico com grande dimensão e relevância na prática de enfermagem.

A dependência no autocuidado, desde há muito tempo, que constitui-se numa imensa preocupação, e tem vindo a adquirir notoriedade entre os profissionais de enfermagem que fazem investigação.

1.6 A Experiência de transição do Prestador de Cuidados e da Pessoa com Dependência

É hoje consensual para a disciplina de enfermagem que o objectivo dos cuidados deixou de ser a doença propriamente dita, para passar a ser as respostas do indivíduo à doença e aos processos de vida, bem como as transições vivenciadas por ele e pela família ao longo do ciclo vital.

Parafrazeando Petronilho, (2007, p. 13), quer o envelhecimento, quer os processos de doença, são momentos de transição na vida das pessoas que, inevitavelmente, conduzem ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando-as, progressivamente, dependentes de outros, sobretudo, dos membros da família. Na maioria das situações, estes, face ao impacto, não estão preparados para dar resposta adequada às necessidades dos familiares dependentes, estando eles, no contexto familiar, em simultâneo, a viver também um processo de transição.

O aparecimento súbito de uma dependência representa, quase sempre, uma ruptura com o estilo de vida anterior, originando uma mudança inesperada, não planeada, com a qual a pessoa dependente tem de lidar e se adaptar.

Certo é que, a integração de pessoas com dependência no autocuidado no contexto domiciliar, bem como, o exercício do papel de prestadores de cuidados, constituem uma transição familiar complexa, uma experiência única para cada pessoa.

Num estudo desenvolvido por Almeida e colaboradores (2005), citado por Andrade (2009), sobre a transição do doente dependente para a família, os autores verificaram que apesar dos cuidadores principais referirem possuir conhecimentos suficientes para cuidar do doente dependente (92,6%), posteriormente manifestaram medo de não serem capazes (81,5%).

A importância da transição reside não apenas na aprendizagem que daí advém, mas particularmente na aceitação de novos papéis. Na verdade, cada família é única, possui a sua estrutura e as suas funções, de modo que cada membro ocupe o seu lugar e os seus

papéis. Quando um dos membros da família adoece, toda a homeostasia familiar sofre uma ruptura, o que implica mudanças em todo o sistema. Importa salientar que as mudanças ocorrem quer ao nível dos papéis e funções quer ao nível dos relacionamentos (Monteiro, 2010, p.41).

Na verdade, uma transição, qualquer que seja, envolve processos de mudança que requerem ajustamento ou adaptação. Assim, ao experienciar novos conhecimentos ou ao vivenciar novas situações, existe um potencial de desajustamento, cabendo à Enfermagem, promover um ajustamento, ou adaptação do indivíduo e família à nova situação ou estado.

1.6.1 O Emergir do Membro da Família Prestador de Cuidados

Para Cerqueira (2005, p.34) *“é normalmente na família que emerge o cuidador e é nela que emergem os cuidados”*. Apesar das relações intergeracionais se terem alterado em função de factores como o envelhecimento demográfico, a mobilidade geográfica e social dos núcleos mais jovens, a alteração da condição feminina com a crescente integração no mundo laboral, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos recursos sociais.

As situações de transição na família, como a integração de um membro com dependência exigem reorganização em relação às tarefas, de tal forma que sejam cumpridos os objectivos que levam a unidade familiar a desenvolver-se com sucesso e ainda, a necessidade de eleger um membro da família prestador de cuidados.

No contexto familiar, embora a pessoa dependente esteja a cargo da família, a função de cuidar, tende a ser assumida por uma única pessoa. Neste sentido, embora a família partilhe tarefas, há um elemento que se assume como o membro da família prestador de cuidados, não só associado à carga de trabalho, mas também há intensidade da relação que estabelece com a pessoa cuidada (Campos, 2008).

Porém e como refere Sequeira (2009, p.16), o facto de muitas famílias terem de assumir os cuidados dos seus familiares em situação de dependência, *“...implica uma sobrecarga física, emocional e socioeconómica para os familiares, que dificilmente conseguem suportar”*. Salienta ainda que *“... surgem sentimentos de medo, desamparo, preocupação, vulnerabilidade e insegurança, só possíveis de serem minimizados se existir um adequado processo de cuidar em enfermagem, baseado numa relação de ajuda e relação empática satisfatórias de promover um bem-estar familiar indo de encontro às suas necessidades e sentimentos”* (ibidem, p.16).

Esta realidade é verificada diariamente na nossa prática profissional, principalmente no caso de doença grave e/ou incapacitante, como é a situação de dependência⁷.

A adaptação da família, perante uma situação de dependência de um dos seus membros, está dependente da forma como esta desenvolve a capacidade de mobilizar os seus recursos, sejam internos, sejam externos, de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise. Como refere Sequeira (2007, p.108) *“o resultado do processo de cuidar de um (...) dependente está intimamente ligado com as capacidades adaptativas do familiar cuidador”*.

Partindo do estudo realizado por Nogueira (2003, p.134), sobre as necessidades da família no cuidar, destaca-se uma categoria, resultante dos discursos dos informantes, *“adaptação do cuidador à prestação de cuidados”*, onde constatou que os cuidadores apesar das dificuldades sentidas, continuam a desempenhar este papel porque se adaptaram.

Por sua vez Petronilho (2008, p. 4), salienta que, *“ficou claro que a adaptação dos membros da família ao exercício do papel de cuidadores não termina no momento da alta hospitalar do familiar dependente, o que enfatiza a importância da continuidade dos cuidados, onde o exercício profissional dos enfermeiros se torna muito relevante nas diferentes etapas deste processo, bem como, a forma como a família se organiza e os recursos de que dispõe”*.

A promoção da mestria⁸ e da autonomia dos familiares cuidadores no exercício do seu papel, são critérios de resultado de uma adaptação eficaz (Meleis, 2012). A inexistência de uma supervisão e ou de suporte da rede social, tem uma relação significativa com o agravamento da condição de saúde do doente e, por consequência, com a taxa de reinternamento deste grupo de pessoas nas instituições de saúde e na condição de saúde dos próprios cuidadores. Esta situação de tensão permanente pode conduzir a situações de *stress* e em situações mais graves à exaustão, condição impeditiva para os cuidadores continuarem a exercer o seu papel de forma adequada (Petronilho, 2008).

Acreditamos que a família tem um papel fundamental na recuperação do doente, quer no hospital como no domicílio, pelo que partilhando da opinião de Cunha (2003, p.62),

“Com a participação da família nos cuidados vemos essencialmente dois aspectos muito importantes: por um lado o doente sente uma maior ligação com o seu ambiente, pois tem a

⁷Segundo Phaneuf, (2001,p.43) **situação de dependência** reflecte a *“incapacidade em que se encontra a pessoa de adoptar comportamentos apropriados ou realizar ela própria, sem ajuda, as acções que lhe permitirão, em função do seu estado, atingir um nível aceitável de satisfação das suas necessidades”*.

⁸Para Meleis (2012), **mestria** resulta de uma combinação de capacidades desenvolvidas durante o processo de transição, com capacidades anteriormente presentes. O processo de transição só se encontra completo quando o indivíduo demonstrar mestria, ou seja, evidenciar capacidades que lhe permitam cumprir a transição com sucesso.

percepção da manutenção do mesmo; por outro lado a família tem maior acesso à informação do que se passa com o seu familiar, de como evolui o seu estado de saúde, pode continuar a cuidar dele como faria se não estivesse hospitalizado, o que contribui para diminuir a ansiedade e o stress, que acompanha as situações de hospitalização.”

Neste pressuposto, a presença de um membro da família cuidador que acompanha a pessoa doente/dependente em unidades de internamento é cada vez mais frequente. Mais recentemente, com a aprovação da Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro estabeleceu-se o regime do acompanhamento familiar em internamento hospitalar permanente, cujo artigo 3.º se refere a pessoas com deficiência ou pessoas em situação de dependência em hospital ou unidade de saúde. Mediante esta situação, a equipe de Enfermagem pode desenvolver estratégias para assistir o prestador de cuidados e a pessoa com dependência na adopção dos novos papéis, dotando-os de conhecimentos e competências.

O estudo realizado por Grimmer, Moss & Gill (2001), citado por Petronilho (2008) refere-nos que há urgência em desenvolver um modelo de excelência na preparação da alta hospitalar. Segundo o mesmo autor, os cuidadores percebem uma preparação da alta hospitalar por parte dos profissionais de saúde de baixa qualidade bem como um deficiente suporte social em contexto familiar. A preparação para a alta deve ser iniciada logo no princípio do internamento, pelo que deve ser estabelecida uma parceria de cuidados entre os profissionais de saúde e os cuidadores. Deve ainda haver uma articulação entre o hospital e os serviços de saúde na comunidade, a fim de assegurar o sucesso no regresso a casa.

Relativamente aos cuidados prestados à pessoa dependente, Santos (2008), refere que os cuidados prestados à pessoa dependente variam de acordo com vários factores, nomeadamente, grau e tipo de dependência; tipo de coabitação; situação socioeconómica familiar; apoio intra e extra-familiar existente e disponível; podendo ir desde a vigilância e acompanhamento até à administração de medicação e à prestação directa de cuidados “*quase profissionais*” (Imaginário, 2008, p. 13).

Araújo (2009), no estudo que realizou, distinguiu vários tipos de cuidados prestados pelos familiares: cuidados de prevenção, de supervisão, de suporte emocional, de suporte financeiro, bem como, cuidados de assistência nas actividades básicas da vida diária e nas actividades instrumentais da vida diária.

Nesta linha de pensamento Pavarini e Neri (2000) consideram quatro domínios, nos quais se enquadram os cuidados prestados pelos cuidadores informais a indivíduos com perda de autonomia: suporte nas actividades instrumentais da vida diária, como por exemplo cuidar da casa, preparar as refeições, ir às compras, pagar as contas, etc. assistir nas

dificuldades funcionais de autocuidado, como dar banho, vestir, alimentar, posicionar e deambular; apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia e conversar e lidar com as pressões resultantes de cuidar.

Também Paúl (1997), citando Bowers define cinco categorias distintas de cuidados prestados pelos cuidadores informais: antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protectores. Salienta-se o facto de apenas uma destas cinco categorias, cuidados instrumentais, integrar aquilo que habitualmente é considerado cuidar de alguém, ou seja as tarefas e os comportamentos de cuidar. As restantes quatro categorias não traduzem comportamentos observáveis mas são processos fundamentais do cuidar. Os cuidados antecipatórios integram comportamentos ou decisões baseadas na antecipação das necessidades, traduzem um acontecimento mental sendo intencionalmente invisível; cuidados preventivos têm como objectivo evitar a doença, as complicações e a deterioração física e mental, são mais activos e de supervisão quando comparados com os cuidados antecipatórios, incluindo, por exemplo, as modificações do ambiente físico com vista a melhorar a segurança; cuidados de supervisão são habitualmente reconhecidos como o olhar, implicam um envolvimento directo e activo; cuidados instrumentais estão relacionados com o bem-estar e com o corpo, integram o *fazer por* ou assistir com o objectivo de assegurar a integridade física e o estado de saúde da pessoa; cuidados protectores estão relacionados com a protecção relativa ao que não se pode evitar e tem a ver com as ameaças à autoimagem, identidade e bem-estar emocional, como por exemplo evitar que a pessoa doente se aperceba da inversão de papéis. Os familiares consideram o cuidado protector o mais importante, já os profissionais escolhem o preventivo e o instrumental (Paúl, 1997).

Vários autores defendem que existe uma relação entre a intensidade/frequência dos cuidados prestado e a(s) doença(s) que infligem a pessoa idosa. Quando se trata de doenças que causam alterações de comportamento, como é o caso das demências (que frequentemente levam a pessoa, à desorientação espaço-temporal, a ter dificuldades de julgar e controlar impulsos e à incapacidade para lidar com problemas interpessoais e satisfazer as suas necessidades básicas como a higiene, alimentação, controlo dos esfíncteres, etc) (Selmes e Selmes, 2000, cit. por Andrade, 2009), os cuidadores vêm-se coagidos a prestar cuidados com mais frequência, quer cuidados pessoais, quer cuidados de supervisão permanente, já que estes doentes apresentam risco acrescido para acidentes.

Os cuidados relacionados com as actividades da vida diária correspondem à maioria dos cuidados prestados (Pereira, 2008).

Na perspectiva de Schumacher (1996), existem diferentes perfis na prestação de cuidados, que de algum modo se sobrepõem aos três sistemas de Orem. O *padrão de*

autocuidado, em que a pessoa efectua por si própria o autocuidado, sendo o papel do prestador de cuidados mais de apoio do que de execução das tarefas; o *padrão de cuidados colaborativo*, em que a pessoa ainda executa algumas das actividades básicas da vida diária, mas em que o prestador de cuidados já tem um papel mais activo; o *padrão substitutivo* em que o prestador de cuidados substitui completamente a pessoa dependente nas suas actividades de vida.

Em relação a este aspecto do padrão substitutivo, pela observação na prática profissional, é frequente os prestador de cuidados efectuarem uma maior frequência dos cuidados à pessoa com dependência do que incentivos para a realização das mesmas, conduzindo a um aumento da dependência.

Actualmente, o vasto conhecimento disponível sobre esta temática é consensual em reconhecer que a prestação de cuidados a um familiar dependente, sobretudo de longa duração, é uma tarefa que implica um grande desgaste, com consequências previsíveis no bem-estar psicossocial, saúde física e qualidade de vida do membro da família prestador de cuidados.

Como concluiu Brito (2002, p.158) *“Deve-se reconhecer que o trabalho directamente dirigido aos familiares prestadores de cuidados constitui uma área nova de intervenção para os profissionais de saúde, mas que se afigura como cada vez mais importante, senão mesmo essencial”*.

A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores, de forma a dar respostas adequadas às necessidades dos seus membros dependentes para o autocuidado em contexto familiar, é uma problemática actual pela qual a disciplina de Enfermagem tem nutrido um particular e crescente interesse. Enquadrando-se esta área no âmbito desta investigação, abordaremos de seguida a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que nos permite compreender que, para além da transição do indivíduo, que passa de um estado de saúde para um estado de doença, da independência para a dependência, também incide sobre a transição vivenciada pela família e pelo membro da família para o exercício do papel de prestadores de cuidados.

1.6.2 Teoria das Transições de Afaf Meleis

O desafio para os enfermeiros, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Petronilho, 2007, p. 31).

A teoria de médio alcance de Meleis foi desenvolvida através da revisão de literatura em enfermagem, cujo modelo é focalizado nos processos transaccionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. Certos aspectos da vida de um indivíduo são

afectados mais do que outros pela transição de uma certa experiência e, a extensão e intensidade desta influência podem variar ao longo do tempo (Meleis, 2012).

Ao se tratar de uma teoria de médio alcance pretende providenciar uma estrutura que permita descrever, compreender e interpretar e ou explicar os fenómenos específicos da Enfermagem que reflectem e emergem da prática. As teorias de longo alcance pretendem providenciar um constructo sistemático da missão, natureza e objectivos da Enfermagem (Meleis 2012).

Cada transição caracteriza-se pela sua singularidade, complexidade própria e múltiplas dimensões (Meleis 2012).

A identificação das transições como problema central da Enfermagem e o desenvolvimento de instrumentos de trabalho para as descrever pode providenciar a descoberta dos mecanismos usados por diversas pessoas quando experienciam mudanças nas suas vidas e para o desenvolvimento de conhecimento sobre intervenções que facilitem a experiência da transição e conduzam a um *coping* saudável (Meleis 2010). Meleis (2012) define transição como, uma passagem de um estado estável para outro estado estável, um processo caracterizado por uma mudança. As transições são compostas por diferentes etapas dinâmicas e pontos de viragem. O conceito de transição pode ser definido com o desenvolvimento ao longo da vida do indivíduo, no qual ocorrem eventos marcantes, e com os eventos de vida produzem desequilíbrio entre dois períodos e tempo estáveis. A extensão e a intensidade desta influência transaccional variam ao longo do tempo, afectando de forma diferente os indivíduos que experienciam um mesmo evento. Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa influenciando assim, o resultado das mesmas. Segundo a mesma autora, pode-se considerar que a vida em si constitui uma transição.

O ciclo vital é, assim, uma constante transformação de um estado, fase ou períodos para outro. Parte-se da certeza de que o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar que é o contexto primário do desenvolvimento humano (Zagonel, 1999).

Uma característica importante da transição é que esta é, essencialmente, positiva. O culminar da transição implica que a pessoa tenha atingido um período de estabilidade em relação ao estado anterior (Meleis, 2010).

Para Afaf Meleis a transição remete para uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social.

Nos processos de mudanças, as transições passam por estabilidade-instabilidade-estabilidade, como um fenómeno interligado ao movimento e fluxo, caracterizado pela entrada, passagem e saída (Murphy; Chick & Meleis cit. por Zagonel, 1999).

Esta teoria surge, assim, de uma perspectiva que tem por base a missão da Enfermagem no cuidado aos seres humanos e defende que as pessoas que passam por transições são mais vulneráveis a riscos que afectam a sua saúde (Meleis e colaboradores, 2000).

As transições estão invariavelmente relacionadas com a mudança e o desenvolvimento. Em alguns casos, a transição é iniciada por eventos que estão para além do controlo do indivíduo, como por exemplo o surgir de uma doença, noutros casos são deliberadamente principados por este como o casamento, a migração e, a mudança de carreira. Um aspecto fulcral é o facto de a transição ser considerada um processo, quer o evento que a causa seja previsível ou não e de curta ou longa duração. O seu princípio e fim não ocorrem simultaneamente; existe uma sensação de movimento, desenvolvimento e fluxo associado. A distância entre o princípio e o fim pode ser curta ou longa e podem ou não ter as mesmas características (Meleis, 2010). A transição é um fenómeno individual, a pessoa para estar em transição tem de sentir-se consciente das mudanças que estão a acontecer. Por vezes pode ser necessário remover barreiras para possibilitar a transição. Durante o processo de transição podem surgir determinados padrões de resposta. Estes podem ser desorientação; mudanças no autoconceito; angústia; mudanças no papel que desempenha; irritabilidade; mudanças na auto-estima; ansiedade; depressão. (Meleis, 2010).

Claro está que as transições não são vivenciadas uniformemente por diferentes pessoas, mesmo que as situações sejam similares, porém, existem algumas semelhanças. Em primeiro lugar a existência de uma estrutura geral que consiste em pelo menos três fases: entrada, passagem, e saída. A sequência é invariável, mas a duração de cada fase e o associado grau de ruptura não são. Impedimentos à passagem seguinte podem ocorrer em qualquer altura. As fases tem maior tendência a estarem associadas do que manifestarem-se isoladamente. Algumas das possíveis dimensões podem descrever as transições são duração, magnitude, reversibilidade, efeito, meta e com limites bem definidos (Meleis, 2010).

As dimensões descritas anteriormente podem fornecer um ponto de partida para a formação de um instrumento que permita à Enfermagem criar um perfil de como os indivíduos percebem as transições (Meleis, 2010).

Esta teoria compreende a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições e padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) da transição, os quais dirigem o cuidado de Enfermagem.

De toda a investigação realizada foram identificados quatro tipos de transições nas quais os enfermeiros tendem a estar envolvidos. Nomeadamente, as desenvolvimentais, as situacionais, as de saúde e doença e as organizacionais.

Quanto às transições desenvolvimentais, a parentalidade tem sido a que recebe maior atenção por parte da Enfermagem. Também a adolescência é alvo de interesse, assim como a menopausa. A maioria do trabalho realizado ao nível deste tipo de transição encontra-se fundamentalmente, mas não exclusivamente, focado no individual (Meleis, 2010).

As transições situacionais podem ser situações que ocorrem a nível educacional e profissional. Um dos exemplos muito citado é a transição da prática centrada no cuidado dos utentes para a prática centrada na administração. Outros autores centram-se mais nas transições que ocorrem em determinadas situações familiares, por exemplo a saída de um dos membros da família para um lar (Meleis, 2010).

Relativamente às transições saúde-doença, o seu impacto ao nível individual e familiar tem sido muito estudado. Segundo a autora, relativamente à categoria saúde – doença, esta inclui: as transições onde ocorrem mudanças repentinas de papéis que resultam da mudança de bem-estar para um estado de doença; mudanças de papéis graduais (distinta da anterior porque permite tempo para uma incorporação gradual de comportamentos e sentimentos do novo papel); mudanças de papéis de doença para saúde; mudanças repentinas ou graduais de papéis de saúde para doenças crónicas, reabilitação, transição de hospitais psiquiátricos para a comunidade entre outros (Meleis 2010).

As organizações também podem experimentar transições que afectam as vidas das pessoas que ali trabalham assim como as dos seus clientes. Estas representam transições no ambiente e podem ter sido precipitadas por mudanças sócias, políticas, económicas ou mudanças na estrutura ou dinâmica intra-organizacional. É disso exemplo a mudança da liderança da organização, outros exemplos a considerar são a adopção de novas políticas, procedimentos e práticas, assim como uma reorganização social com a introdução de novos programas.

Convém referir que as transições podem não ser exclusivas, são um processo complexo em que múltiplas transições podem ocorrer simultaneamente durante um período de tempo (Meleis, 2010).

Apesar da diversidade de transições existem propriedades que podem ser comuns. Estas podem ser encaradas ou pensadas como propriedades universais das transições. Uma destas propriedades é de que as transições são processos que ocorrem através do tempo. Além disso o processo envolve desenvolvimento, fluxo, ou movimento de um estado para outro (Meleis 2010).

Os exemplos de transições individuais e familiares, incluem mudanças de identidade de papéis, relacionamentos, habilidades, e padrões de comportamento (Meleis, 2010).

No modelo de Meleis os factores pessoais e ambientais que afectam o processo de transição foram identificados. Estes podem facilitar ou dificultar as transições podendo influenciar a qualidade da experiência de transição e as suas consequências. Estas incluem sentimentos, expectativas, nível de conhecimento e capacidade, ambiente, nível de planeamento e bem-estar físico e emocional. As transições são complexas e multidimensionais mas foram identificadas algumas das propriedades dessa experiência: consciencialização; envolvimento; mudança e diferença; tempo para transitar; pontos críticos e eventos (Meleis 2010).

A consciencialização é uma característica definidora da transição e relaciona-se com a “*percepção, o conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição*” (Meleis e colaboradores, 2000, p. 18). O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento e este pode não acontecer na falta de consciencialização da transição que está a ocorrer. Outra propriedade é o *envolvimento* que cada pessoa demonstra no processo de transição. Para Meleis e colaboradores (2000), o nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento e este pode não acontecer na ausência de consciencialização.

As transições envolvem mudança, contudo, nem todas as mudanças verificadas dizem respeito às transições vivenciadas. Para entender o processo de transição é essencial descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas (Meleis, 2012). A diferença reflecte-se pelo sentir-se diferente e ser apreendido de forma diferente.

A transição é um processo moroso, desde a ocorrência do evento crítico até à estabilidade. O tempo necessário para a transição é incerto e depende da natureza da mudança e da influência da mesma na vida das pessoas, podendo ocorrer avanços e retrocessos.

Por último, os pontos críticos são pontos de viragem, usualmente associados ao aumento da consciencialização da mudança e à diferença ou envolvimento mais activo ao lidar com a experiência de transição.

No que se refere às condições que facilitam ou dificultam a transição, estas podem ser pessoais, da comunidade e da sociedade. Das condições pessoais distinguimos os significados atribuídos aos eventos que precipitaram a transição; as crenças e atitudes, quando um estigma está associado a uma transição podem influenciar a expressão das emoções relacionadas com a transição; o status socioeconómico; a preparação prévia para a experiência de transição e o conhecimento sobre o que se pode esperar durante o tempo da transição (Meleis, 2012), pois ocorrem habitualmente em simultâneo múltiplas transições.

Nas condições comunitárias diferenciamos a existência de apoio social ou de recursos instrumentais e nas condições sociais o apoio dos familiares e a representação social

face à mudança, como condições facilitadoras e/ou inibidoras das transições (Meleis e colaboradores, 2000).

As nossas análises sobre a natureza das transições sugerem que os enfermeiros precisam de considerar os padrões de todas as transições significativas num indivíduo ou na família em vez de concentrar apenas em um tipo específico de transição (Meleis, 2012).

Sendo as transições processos que se desenvolvem ao longo do tempo, ou seja, não têm limites temporais predefinidos, podem variar de indivíduo para indivíduo, pelo que é necessário a existência de indicadores, quer de processo, quer de resultado, uma vez que esses são o reflexo de como as transições estão a suceder, para além de serem essenciais para uma adequação das intervenções com vista ao sucesso das transições. O reconhecimento de indicadores de processo torna-se importante na medida que permite verificar o estado e a direcção da transição, ou seja, permite identificar se a pessoa se encontra na direcção da saúde e do máximo bem-estar ou em direcção dos riscos e da vulnerabilidade.

De acordo com Meleis e colaboradores (2000), são vários os indicadores de processo. Sentir-se envolvido, implica uma ligação responsável do indivíduo com a mudança e com os participantes que o ajudam a mudar; a interacção possibilita clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições, pois é através dela que todo o ser humano aprende e evoluiu; sentir-se situado, por sua vez, é de extrema importância, pois uma característica das transições é a criação de novos significados e percepções, possibilitando a que o indivíduo deixe de estar ligado ao passado e enfrente os novos desafios presentes; e desenvolver confiança que se manifesta através do entendimento dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, ao nível da utilização dos recursos e do desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas. Essas estratégias demonstram um conhecimento cumulativo da situação, maior adaptabilidade aos eventos críticos e uma sabedoria resultante da experiência.

Quanto aos indicadores de resultado, são evidenciados dois tipos: mestria e integração fluida. A noção de mestria resulta de uma combinação de capacidades desenvolvidas durante o processo de transição, com capacidades anteriormente presentes. O processo de transição só se encontra completo quando o indivíduo demonstrar mestria, ou seja, evidenciar capacidades que lhe permitam cumprir a transição com sucesso. O outro indicador, integração fluida, resulta da constatação de que, as experiências de transição têm sido caracterizadas como sendo provocadoras de uma reformulação da identidade mais fluida e dinâmica, quando a transição é saudável. Na verdade, os conhecimentos e capacidades que facultaram ultrapassar a transição, influenciaram a identidade, proporcionando maior adaptabilidade às exigências actuais.

Em síntese, a transição, entendida como a passagem ou movimento de uma fase da vida para outra, de uma condição, estado ou *status* para outro, implica um processo psicológico de adaptação (Meleis e colaboradores, 2000). No decorrer dessa passagem, os indivíduos experimentam profundas mudanças na sua vida, existindo normalmente um sentimento de perda ou alienação do habitual e que era valorizado.

Estes Indicadores de uma transição bem-sucedida, saudável no indivíduo podem ser medidos pelo: bem-estar subjectivo, que ocorre quando os sentimentos de angústia dão lugar a uma sensação de bem-estar; pela excelência de papel, ou desempenho de uma função qualificada e conforto com o comportamento exigido por esta nova situação; pelo bem-estar de relacionamentos que se remete ao restabelecimento ou promoção de relações familiares, adaptação familiar, maior apreço, proximidade ou ampliação de redes sociais; e pelos resultados de saúde, ou seja, estabilização da saúde e a ligação com pessoas significativas e suporte social.

Compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição conduz ao desenvolvimento de um conjunto de intervenções de Enfermagem que serão congruentes com as experiências únicas dos utentes e seus familiares, tendo em vista a promoção de respostas saudáveis à transição (Meleis, 2010).

Segundo esta autora, a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrência de múltiplas transições simultaneamente (Meleis, 2010).

As transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas das quais surgem das dificuldades encontradas durante a transição. Além do aspecto emocional, o bem-estar físico é também importante. É da reflexão sobre estes aspectos que surge o cuidado de Enfermagem, voltado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando no cliente factores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direcção a uma transição saudável, emergindo assim, o cuidado transaccional (Zagonel, 1999).

Para que se alcance um processo de transição saudável e numa perspectiva para a prática de Enfermagem mais humanizada, científica, partilhada e holística, o enfermeiro tem de ser um profundo conhecedor do crescimento e desenvolvimento do homem e das famílias ao longo do seu ciclo vital, tendo consciência das dificuldades e adaptações aos momentos importantes e que geram instabilidade.

Transição de papéis implica, assim, mudança de papéis, quer a nível dos relacionamentos, expectativas ou capacidades a desenvolver. Esta mudança de papel requer que o indivíduo incorpore novo conhecimento, altere o seu comportamento e altere a sua definição de si próprio e do seu contexto social (Meleis, 2010).

Os enfermeiros ocupam um lugar privilegiado para estar a par das necessidades psicológicas e sociais dos utentes durante períodos em que ocorrem transições de papéis e para providenciar as intervenções necessárias para os ajudar neste processo de mudança.

Os enfermeiros que promovam o cuidado transaccional humano estão a valorizar a pessoa, pois os cuidados prestados estão sempre relacionados, de alguma forma, com cada estágio de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade, o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis 2012).

Verificamos que as transições estão presentes em todos os momentos da vida das pessoas e necessitam de ser enfrentadas com comportamentos que facilitem o cuidado individualizado a cada situação.

1.6.3 Transição para o papel de membro da família prestador de cuidados

Apesar das muitas obrigações e das múltiplas responsabilidades que caracterizam a vida das famílias, estas são muitas vezes confrontadas com a função de cuidar de um dos seus membros em situação de dependência. Esta situação tem grande impacto na própria família que opta por recorrer a estratégias de coping com o objectivo de conseguir uma adaptação eficaz ao desafio (Meleis, 2012).

Convém referir que a situação em que a família é confrontada com a necessidade de cuidar de alguém dependente, institui uma transição, cuja mudança inerente se manifestará de forma mais intensa no elemento que assumir a responsabilidade de cuidar. Na realidade, as tarefas intrínsecas a esta transição não são distribuídas equitativamente por todos os elementos da família. Usualmente, esta responsabilidade incide sobre um dos seus elementos, aquele que denominamos por membro da família prestador de cuidados. Martins (2002), menciona que a escolha do prestador de cuidados no interior da família, recai, na maioria das vezes sobre a pessoa mais próxima e não sobre a mais competente para o desempenho ocasionando, frequentemente, situações de stress secundárias às exigências do novo papel.

A transição para o exercício do papel de cuidador é um processo complexo, uma experiência única para cada família (Brereton & Nolan, 2002).

Schumacher (1996) menciona que a transição para o papel de prestador de cuidados não pode ser percebida isoladamente da transição de saúde/doença vivida pelo indivíduo, já que, é este o evento gerador de toda a mudança.

A transição situacional dos membros da família para o exercício do papel de prestador de cuidados em contexto domiciliário, de forma a dar respostas adequadas às necessidades

dos seus membros dependentes no autocuidado, é um fenómeno cada vez mais estudado.

Campos (2008), refere que a dependência no autocuidado resultante dum evento não normativo (evento não previsível, não esperado) tem um grande significado, e exige aos membros da família uma organização no sentido de prestarem cuidados essencialmente instrumentais. Quando confrontada com esta situação, a família vê-se quase sempre sem alternativa. Com o decorrer do tempo, existe uma tendência para o aumento da consciencialização, quer da pessoa dependente, quer dos prestadores de cuidados acerca da situação, o que faculta o envolvimento da família, facilitando por sua vez a transição. A mudança e a diferença são assinaladas pela dependência dum membro da família, impossibilitando-o de assumir os seus papéis familiares e sociais e dificultando as actividades de autocuidado.

Petronilho (2008) salienta um estudo realizado por Shyu (2000) no qual o objectivo era identificar as fases pelas quais os membros da família se confrontam no exercício do seu papel. Demonstrou-se que existem diferentes necessidades nas distintas fases do processo de adaptação do cuidador na transição do hospital para o domicílio até o cuidador atingir um *padrão estável de cuidar*. Deste modo, foram identificadas as seguintes fases: 1) *fase de compromisso/ajuste*; necessidade de informação sobre condição de saúde do doente, monitorização de sintomas e intervenção, assistência nos cuidados pessoais (autocuidado) e intervenção de emergência; 2) *fase de negociação*; necessidade de ajuda nos cuidados diários: desenvolvimento de mestria nos cuidados, ajuda na adesão do doente, intervenção sobre as emoções do doente, apoio continuado e, por último, 3) *fase de resolução*; necessidade de suporte emocional. Durante estas fases, o papel dos enfermeiros reflecte-se num processo para encontrar o ponto de equilíbrio (*"finding a balance point"*) face à necessidade de cuidar englobando as necessidades da família e as necessidades da pessoa cuidada. A estabelecimento das estratégias inclui gerir os comportamentos e problemas emocionais, modificar o ambiente, alterar a programação das actividades, usar estratégias alternativas, o compromisso com actividades de autocuidado, formar uma equipa de trabalho, o compromisso da pessoa cuidada com os cuidados e gerir o tratamento.

De modo a garantir a eficácia dos cuidados do prestador de cuidados no domicílio, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam uma parceria com o mesmo.

O estudo de Petronilho (2007, p.182), evidencia existir um suporte escasso por parte da rede formal *"em muitas situações, este fazer pela vida (referindo-se às tarefas diárias dos cuidadores) parece ser à custa de iniciativas individuais, provavelmente, em muitas situações por tentativa-erro, impostas pela necessidade de procura de respostas eficazes aos problemas com que se vão defrontando no dia-a-dia e para os quais não têm o*

suporte adequado.”. Na continuidade desta análise afirma: “*os membros da família prestadores de cuidados demonstram uma insatisfação muito grande com a rede formal no contexto domiciliário, significando isso que não percebem o suporte adequado, e, ao invés, uma satisfação notória com a rede informal, constituída, basicamente, pelos outros familiares com quem coabitam, os quais, em muitas situações, constituem o seu único recurso...*” (Petronilho, 2007, p.183).

A facilitação do processo de adaptação ao papel de prestador de cuidados merece uma atenção particular por parte dos profissionais de saúde, já que, têm por missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida. Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista do familiar cuidador e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas.

Segundo Petronilho (2008), a atenção dada ao membro da família prestador de cuidados, pelos profissionais de saúde e particularmente pelos enfermeiros, terá inevitavelmente de ser reformulada, particularmente, o suporte disponibilizado pela rede formal, quer na preparação do regresso a casa, quer depois em contexto domiciliário, com o envolvimento activo dos familiares que cuidam no planeamento dos cuidados a implementar, e que na maioria das situações são de longa - duração. Deste modo, consegue-se dar uma resposta mais eficaz às necessidades e expectativas dos cuidadores, desenvolvendo desta forma uma transição saudável.

“A investigação em enfermagem terá sempre um papel muito relevante no estudo dos fenómenos associados às transições, não só na descrição e explicação desses mesmos fenómenos (dimensão teórica da enfermagem), mas também na identificação de estratégias (intervenções) que promovam uma maior capacidade ao ser humano para lidar com essas transições (dimensão prática da enfermagem)” (Petronilho, 2008, p.28).

1.6.4 Transição da pessoa para a dependência

Uma transição é normalmente precipitada por um evento ou “ponto de viragem” (Schumacher & Meleis, 1994), que solicita novos padrões de resposta. Na transição para a dependência o evento crítico pode ser identificado como o início de uma doença, ou não ser passível de reconhecer, por exemplo, num estado de dependência progressivo associado ao processo de envelhecimento. Assim sendo, a transição para a dependência poderá inserir-se no conceito de transição saúde/doença e/ou de desenvolvimento.

Meleis & Schumacher (1994, p. 119) descrevem as transições do tipo saúde/doença como aquelas em que “*o indivíduo tem de enfrentar as dificuldades decorrentes do episódio de doença*”, que constitui-se como um factor potenciador do estado de

dependência; sendo as transições de desenvolvimento as que “*ocorrem quando o ser humano enfrenta uma mudança decorrente da sua evolução ao longo do ciclo vital*”, de que é exemplo o envelhecimento.

Durante a transição, ou seja, na passagem de uma fase da vida para outra, de uma condição ou status para outro, a pessoa experimenta distintas mudanças, na identidade, nos papéis, nos padrões de comportamento, com repercussão directa na forma como se vê a si e ao mundo. O processo de adaptação a uma situação de dependência origina uma sensação de perda de autonomia, ocasionada pela alteração de uma função física, como também de um modo de vida.

De acordo com Meleis e colaboradores (2000), existem factores que vão favorecer ou inibir o processo de transição e que têm a ver com condições pessoais do sujeito que se torna dependente, e com condições externas, como os recursos da comunidade e o suporte familiar.

O estudo realizado por Almeida (2009) identificou alguns factores intrínsecos e extrínsecos que influenciam a vivência das transições. Em relação, aos factores intrínsecos: surgiram as *atitudes*, que funcionam como força motriz quando canalizadas para enfrentar a mudança (atitude positiva face ao cuidado) ou como forte barreira que inviabiliza a acção nas situações em que a convicção pessoal é superior ao conhecimento científico (crenças; atitude negativa face à gestão dos medicamentos); as *emoções*, que quando expressas através de sentimentos positivos, facilitam as transições, favorecendo o estabelecimento de metas e potenciando o envolvimento dos indivíduos na mudança, mas que, em contra partida, quando conotadas negativamente (sentimentos de impotência, falta de esperança) inviabilizam substancialmente a acção; os *atributos do sujeito*, que correspondem a traços na personalidade individual que influenciam as actividades de autocuidado (locus de controlo, auto-eficácia) ou experiências pessoais passadas que interferem com a necessidade de mudança actual; e o *conhecimento individual*, fruto da aprendizagem pessoal que capacita os indivíduos para lidarem com os problemas.

A nível externo o mesmo autor identificou quatro fenómenos capazes de influenciar a vivência das transições: o *status económico*, pois verificou que o rendimento familiar é de extrema importância para suportar os custos inerentes à mudança, que por sua vez, pode ser facilitada, ou não, mediante as condições que a habitação oferece aos indivíduos; a *sociedade*, importante para facilitar a reinserção de pessoas com dependência mas, em simultâneo, capaz de estigmatizá-las, prejudicando a reabilitação; a *tradição*, que influencia, mediante os costumes enraizados no ambiente frequentado pelos indivíduos; e, o *apoio social*, fundamental ao processo de transição, pois reúne os esforços da família, bem com, os recursos existentes na comunidade.

Pelo exposto, podemos assumir que a passagem de uma situação de independência para uma situação de dependência, de pessoas ou instrumentos, afirma-se como uma transição que prevê um conjunto de alterações na vida diária e na forma como se percebe o mundo.

Assistir os indivíduos e a família a lidar com as transições que afectam a sua saúde, emerge como um desafio para os enfermeiros, tanto antes, bem como durante e após um evento gerador de mudança (Meleis, 2012).

Neste sentido, apoiar o indivíduo durante o processo de transição, compreender os processos de transição e desenvolver intervenções que sejam eficazes para ajudar a recuperar a estabilidade, permitirá garantir e aumentar o bem-estar físico-psíquico-social, o autocuidado e a qualidade de vida das pessoas, promovendo-se simultaneamente, processos de transição adequados e saudáveis (Meleis & Trangenstein, 1994).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo expomos as questões metodológicas, justificando a pertinência do estudo e a sua finalidade, enumeramos os objectivos e as questões de investigação orientadoras, a caracterização e contexto do estudo, a população e selecção da amostra. De seguida, descrevemos as variáveis em estudo e a sua operacionalização e descrevemos o método usado para a colheita dados, por fim as considerações éticas que guiaram a investigação.

2.1 Justificação do Estudo

Em Portugal, a diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade, aliado ao aumento da incidência das doenças crónicas, tem resultado num crescente envelhecimento da população.

Na realidade, o envelhecimento e os processos de doença são momentos de transição na vida das pessoas que, inevitavelmente, conduzem ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando-as, progressivamente, dependentes de outros, sobretudo, dos membros da família. Na maioria das situações, estes, face ao impacto, não estão preparados para dar resposta adequada às necessidades dos familiares doentes, estando eles, no contexto familiar, em simultâneo, a viver também um processo de transição (Petronilho, 2007).

O problema do suporte social e das políticas de saúde tem sido reconhecido pelos políticos e governantes ao longo dos tempos. Segundo a Direcção-Geral de Saúde (2004, p.1), *“o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas”*.

No contexto actual, em que as políticas nacionais se encaminham para a manutenção das pessoas dependentes no seu domicílio, o cuidado informal assume particular relevância pela insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e sociais na resolução das necessidades das famílias com pessoas dependentes a seu cargo.

O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)⁹ foi criado por Despacho Conjunto, de 1 de Julho de 1994, Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social e é

⁹ O PAII é caracterizado por um conjunto de medidas inovadoras que visam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no domicílio e no seu meio habitual de vida, desenvolvendo-se através de projectos e acções, sendo de promoção local os projectos relativos a Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Apoio a Dependentes (CAD) e Formação de Recursos Humanos (FORHUM) e de desenvolvimento central projectos específicos como o Serviço Tele-alarme, o projecto Saúde e Termalismo Sénior e os Passes de Terceira Idade.

financiado por 25% dos resultados líquidos do Jogo JOKER. É caracterizado por desenvolver acções inovadoras, que são concretizadas através de projectos de desenvolvimento central e a nível local. Os objectivos do programa são: promover a autonomia das pessoas idosas e/ou com dependência prioritariamente no seu meio habitual de vida; estabelecer medidas que visem melhorar a mobilidade e acessibilidade a serviços; implementar respostas de apoio às famílias que prestam cuidados a pessoas com dependência, especialmente idosos; promover e apoiar a formação de prestadores de cuidados informais e formais, de profissionais, familiares, voluntários e outras pessoas da comunidade; desenvolver medidas preventivas do isolamento e da exclusão; contribuir para a solidariedade entre as gerações, uma sociedade para todas as idades, o desenvolvimento de respostas inovadoras e integradas (saúde/ acção social) e a promoção de parcerias.

Pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 7 de Abril, surgiu a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência¹⁰. Esta comissão sugere um modelo de intervenção de cuidados continuados integrados de saúde e apoio social destinados a pessoas idosas e em situação de dependência.

Os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos tempos, quer do ponto de vista social, quer do ponto de vista da saúde, tem sido significativos dos quais destacamos a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Este tem por objectivo geral a prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social à pessoa que, independentemente da idade, se encontre em situação de dependência, privilegiando a sua manutenção no domicílio e a melhoria da qualidade de vida, no sentido de dar respostas aos utentes na comunidade que carecem de cuidados continuados.

Estas respostas devem contemplar os diferentes momentos da evolução da doença e as diferentes situações sociais, bem como a promoção da autonomia e o *“reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente, no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o*

¹⁰ A Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 7 de Abril escolheu as seguintes orientações para a estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência:

a) Respeito pela dignidade da pessoa humana idosa ou em situação de dependência, designadamente pelo direito à privacidade, à identidade, à informação e à não discriminação; b) Incentivo ao exercício da cidadania, traduzido na capacidade da pessoa idosa ou em situação de dependência para participar na vida de relação e na vida colectiva; c) Participação das pessoas idosas ou em situação de dependência, ou do seu representante legal, na elaboração do plano de cuidados e no encaminhamento para as respostas da rede; d) Respeito pela integridade física e moral da pessoa idosa ou em situação de dependência, assegurando o seu consentimento informado ou do respectivo representante legal nas intervenções ou prestação de cuidados; e) Envolvimento da família e ou cuidados principais na prestação dos cuidados, enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar das pessoas idosas ou em situação de dependência; f) Promoção, recuperação ou manutenção contínua da autonomia, que consiste na prestação de cuidados aptos a melhorar os níveis de autonomia e de bem-estar dos utilizadores; g) Proximidade dos cuidados, de modo a manter o contexto relacional social ou promover a inserção social da pessoa idosa ou em situação de dependência.

acompanhamento do familiar dependente” (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 Fevereiro, surge um novo modelo de reorganização dos cuidados de saúde primários: a criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES)¹¹. Das unidades funcionais dos ACES, distinguimos a Unidade de Cuidados na Comunidade que tem a missão de prestar *“cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo”* (artigo 11.º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 Fevereiro).

No entanto, a consciência social e o aumento do apoio às famílias que cuidam por parte das equipas de enfermagem domiciliárias é uma realidade muito recente (Sit e colaboradores, 2004, cit. por Petronilho, 2008). Os enfermeiros ocupam uma posição muito privilegiada e com base numa prática de qualidade, podem oferecer suporte profissional aos cuidadores e conduzir a investigação relacionada com esta problemática. A crescente complexidade dos cuidados, associado a um fraco suporte das redes formais, tem levado a que as famílias enfrentem graves dificuldades. Para as famílias com escassos recursos, o exercício do papel de prestador de cuidados não é uma opção mas sim uma obrigação. Esta situação tem trazido implicações que se manifestam de forma negativa na capacidade de resposta do prestador de cuidados às necessidades de cuidados de saúde das pessoas com dependência.

Como refere Cuesta (2004), cuidar no domicílio é um assunto de saúde pública, e de Enfermagem em particular.

Mediante o exposto, parece estar lançados desafios decorrentes de toda esta problemática do envelhecimento e do aumento da incidência de doenças crónicas. Estes desafios geram necessidades crescentes, essencialmente na mudança na oferta de cuidados de saúde no contexto familiar, de modo a promover a sua continuidade.

Estudos comprovam que o défice na rede de suporte social aos familiares cuidadores, tem uma relação significativa com o agravamento da condição de saúde da pessoa com dependência e, por consequência, aumento a taxa de reinternamento deste grupo de pessoas nas instituições de saúde (Petronilho, 2008).

O conhecimento desta realidade pode levar à implementação de intervenções que possam colmatar as dificuldades sentidas pelo prestador de cuidados para o exercício do

¹¹ Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES), são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as *unidades de saúde familiares, as unidades de cuidados de saúde personalizadas, as unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados.*

seu papel. Descobrir com que intensidade os cuidados são prestados e o incentivo¹² dado pelo prestador de cuidados à pessoa com dependência para a realização dos mesmos em cada domínio do autocuidado, é o cerne desta investigação.

2.2 Finalidade do Estudo

O estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento sobre os cuidados, realizados pelos prestadores de cuidados às pessoas dependentes no autocuidado, integradas em famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira.

2.3 Objectivos do Estudo

Os objectivos do estudo promovem uma antevisão de toda a investigação, da mesma forma que o orienta durante a sua construção. Como afirma Fortin (2009, p.160), “*o enunciado dos objectivos da investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Eles especificam as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de acção que serve para orientar a investigação*”.

O primeiro objectivo desta investigação é essencialmente de carácter descritivo e propõe-se caracterizar as pessoas com dependência no autocuidado integradas em famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira. De seguida, exploramos as variáveis que contribuem para a descrição dos cuidados (intensidade e incentivo), realizados pelo prestador de cuidados à pessoa com dependência. Deste modo, traçamos os seguintes objectivos:

- Caracterizar as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado no concelho de Paços de Ferreira
 - Identificar a proporção de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado;
 - Descrever as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, quanto ao tipo de família, tipo de alojamento e às condições socioeconómicas.
- Caracterizar a pessoa com dependência e os prestadores de cuidados das famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira

¹² Incentivo é levar alguém a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma actividade (CIPE, versão 2.0).

- Identificar as variáveis intrínsecas do prestador de cuidados e da pessoa com dependência.
- Descrever a intensidade de cuidados do prestador de cuidados em todos os autocuidados realizados à pessoa com dependência;
- Identificar qual o incentivo que o prestador de cuidados promove na pessoa com dependência para realizar os autocuidados;
- Descrever a relação entre a intensidade e o incentivo para os cuidados e as variáveis intrínsecas do prestador de cuidados e da pessoa dependente.

2.4 Perguntas de Investigação

Segundo (Fortin, 2009, p.53), *“uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direcção que se entende tomar, quer seja descrever conceitos ou fenómenos, como nos estudos descritivos, quer seja explorar relações entre os conceitos, como nos estudos descritivos-correlacionais”*

De modo a responder aos objectivos planeados, formulámos as seguintes perguntas de investigação:

- Qual a proporção de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado no concelho de Paços de Ferreira?
- Quais as características das famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado no concelho de Paços de Ferreira, em relação ao tipo de família; ao tipo de alojamento; às condições socioeconómicas?
- Quais as variáveis intrínsecas do prestador de cuidados e da pessoa com dependência integradas em famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira?
- Qual é a intensidade de cuidados do prestador de cuidados em todos os autocuidados realizados à pessoa com dependência?
- Qual o incentivo que o prestador de cuidados promove na pessoa com dependência para realizar os autocuidados?
- Qual é a relação entre a intensidade e o incentivo para os cuidados e as variáveis intrínsecas do prestador de cuidados e da pessoa dependente?

2.5 Caracterização do Estudo

Nesta investigação, efectuou-se um estudo não experimental, exploratório, de carácter descritivo-correlacional, incluído no paradigma quantitativo.

De acordo com Fortin (2009, p.244), “o estudo *descritivo-correlacional* tem por objectivo *explorar relações entre variáveis e descrevê-las. Neste estudo, o investigador está muitas vezes em presença de variáveis de que ignora quais podem estar associadas entre si. O estabelecimento de relações entre as variáveis permite circunscrever o fenómeno estudado*”.

Na nossa investigação, procedeu-se à recolha dos dados num único momento, recorrendo, às famílias que integravam dependentes no autocuidado. Por esse motivo, de acordo com o seguimento temporal, classificamos o nosso estudo como *transversal*. Na perspectiva de Aguiar e Silva (2005), este tipo de estudo, tem a vantagem de ser considerado mais económico e de rápida implementação; é visto como extremamente adequado quando o conhecimento sobre um determinado problema de saúde é escasso e é indicado para estudos de prevalência, ou seja, que investiguem num dado instante a frequência de indivíduos com determinado fenómeno.

Através da realização da investigação identificamos as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, e definimos os cuidados realizados pelo prestador de cuidados à pessoa com dependência.

2.6 Contexto do Estudo

De seguida, debruçarmo-nos sobre a realidade do concelho de Paços de Ferreira. Para uma breve caracterização do referido concelho recorreremos à análise de diversa informação estatística, obtida nos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE).

O concelho de Paços de Ferreira está subdividido em 16 freguesias (Figura, nº1). Possui uma densidade populacional elevada sendo que, apesar de pequeno, possuía, em 2008, 56 333 habitantes (INE, 2008). Quase todas as freguesias são bastante homogéneas quanto ao número de habitantes, no entanto, a população concentra-se predominantemente nas cidades de Paços de Ferreira e Freamunde.

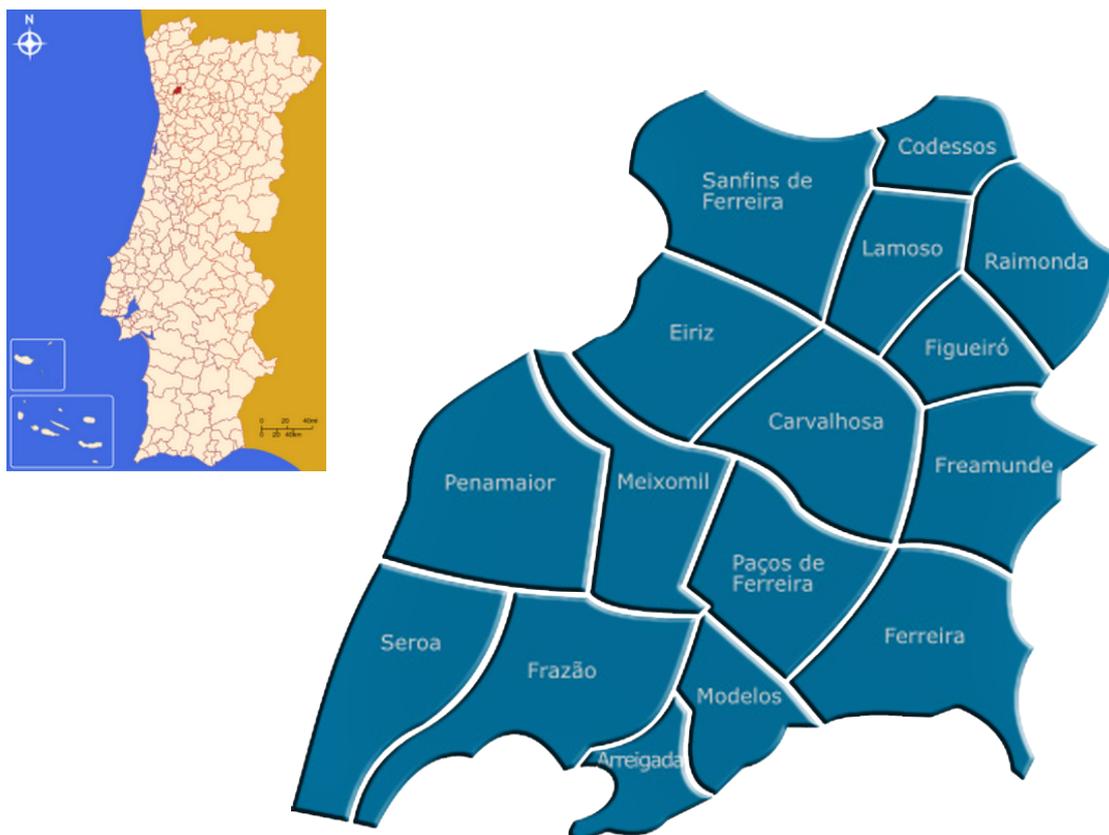


Figura nº 1: O concelho de Paços de Ferreira

Os Censos realizados em 1991 e 2001 alertam para um envelhecimento demográfico ao qual o concelho de Paços de Ferreira não é excepção. Verificamos que no período de 1991 a 2009 no concelho de Paços de Ferreira, o índice de envelhecimento praticamente duplicou (INE, 2010). Constata-se que as alterações da estrutura demográfica, comuns a todas as áreas geográficas do país também se verificam no concelho de Paços de Ferreira, através dos dados obtidos pelo INE.

2.6.1 População e Amostra

Segundo Fortin (2009, p.311), a população alvo “é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos e para as quais o investigador deseja fazer generalizações”. Na nossa investigação, a população alvo é constituída pelas famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira que integravam pessoas dependentes, no período em que sucedeu a colheita de dados.

Na impossibilidade de estudar a totalidade da população, o investigador constitui uma amostra, que é, tanto quanto possível, representativa da população. “Tanto se pode escolher de forma aleatória um número suficiente de sujeitos (método probabilístico),

como apoiar-se, se for impossível constituir uma amostra probabilística, em características conhecidas da população (método não probabilístico). A amostra é a fracção da população que constitui o objecto do estudo” (Fortin, 2009, p.55).

Como se pretendia desenvolver um estudo de base populacional, optamos por uma amostra representativa da população.

Para determinar a dimensão da amostra, utilizámos a fórmula publicada pela OMS de Lwanga & Lemeshow (1991), em que $n = Z^2 p (1-p) / d$ (Lwanga & Lemeshow, 1991). A adopção desta fórmula permitiu calcular o n (número de famílias da amostra). O p (proporção esperada de prevalentes) foi calculado a partir dos dados preliminares encontrados em estudos congéneres em outras áreas do país que apontavam para uma prevalência do fenómeno de 13,7%; para um intervalo de confiança de 95% z assumiu o valor de 1,96 e para um erro de precisão de 5%, d assumiu o valor de 0,05. Aplicando a fórmula, a amostra é de 182 famílias. Como pretendíamos estudar as famílias que integravam pessoas dependentes no autocuidado e como o formulário utilizado trabalhava conceitos diferentes, para os quais o número máximo de itens era 20, precisávamos de, pelo menos, 200 famílias que integrassem pessoas dependentes. Sendo assim, em função do formulário e atendendo que $p=0,137$, estimava-se que a amostra fosse de 882 famílias. Para além disso, dos estudos em realização no Porto e Lisboa, os dados preliminares apontaram que cerca de 35% a 45% das famílias que integravam pessoas dependentes não aceitavam participar. Logo tendo em consideração essas particularidades, a nossa amostra foi de 2115 famílias clássicas/ unidades de alojamento.

A técnica de amostragem utilizada no nosso estudo foi, probabilística, aleatória, estratificada areolar e proporcional. Para Fortin (2009, p.315), a *“amostragem probabilística é um método, que consiste em constituir uma amostra escolhendo ao acaso um certo número de indivíduos. Todos os elementos da população têm igual possibilidade de fazerem parte da amostra. Este método tem a vantagem de reduzir o erro de amostragem e de aumentar a representatividade”*. A mesma autora refere que *“Na amostragem aleatória estratificada, supõe-se que a população pode ser dividida em grupos distintos em função de certas características conhecidas da população. Este método consiste em dividir a população alvo em subgrupos relativamente homogéneos chamados “estratos” e depois tomar ao acaso uma amostra em cada estrato”* (Fortin, p.317). Os estratos utilizados foram as freguesias do concelho de Paços de Ferreira. Segundo Fortin (2009, p.317), *“a amostragem aleatória estratificada permite ao investigador utilizar uma amostra mais pequena e obter o mesmo grau de representatividade que com uma amostra maior”*. A amostra proporcional assevera a representatividade relativamente às propriedades aceites como critérios de estratificação.

A amostragem areolar é um tipo de amostragem probabilística “onde as unidades da amostra são pequenas áreas geográficas cuja probabilidade de selecção é proporcional à área da unidade (...) podem ser pontos, linhas ou áreas (segmentos)” (Schoenmakers & Caetano, 2002).

Na literatura internacional utiliza-se a designação “Spatial Sampling” ou “Area Frame Sampling”. Em Portugal utiliza-se igualmente o termo “Amostragem Espacial”, embora, no INE se use amostragem areolar, razão pela qual será este o termo utilizado neste estudo. A grande vantagem da utilização de uma base de amostragem areolar em comparação com a utilização de uma base de amostragem não areolar, é a de que a última pode estar sujeita a alterações constantes, ao contrário de uma base de amostragem areolar que é estável no que respeita à representação da população, permanecendo útil por longos períodos de tempo.

Para a realização do nosso estudo, a amostragem areolar, aleatória, estratificada e proporcional, foi a opção mais indicada, pois pretende-se estudar de uma forma representativa a proporcionalidade do fenómeno da dependência nas famílias clássicas residentes no concelho de Paços de Ferreira.

A selecção aleatória das unidades de Famílias Clássicas do Concelho de Paços de Ferreira que integraram a amostra foi realizada através de um SIG (Sistema de Informação Geográfico), a Base Geográfica de Referência de Informação (BGRI) de unidades territoriais definidas pelas subsecções estatísticas estabelecidas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). A BGRI é um instrumento inovador para suporte às metodologias de recolha, gestão, controle e difusão da informação, eliminando diversos constrangimentos existentes, aumentando a eficiência e qualidade dos processos de produção estatística (INE, 2001), os dados alfanuméricos associados a esta base de sondagem, são provenientes dos Censos 2001. Os polígonos que definem as subsecções estatísticas são mutuamente exclusivos e a sua agregação resulta nos limites do Concelho de Paços de Ferreira (sem exclusões). Eventuais duplicações foram verificadas e corrigidas antes de se lançar a amostragem.

Os *outputs* que se pretendem desta análise são *layers* com subsecções estatísticas onde se encontram as famílias clássicas a amostrarem por freguesia. Para além disso, pretende-se realizar a exportação destes *layers* para o formato kml, para que possam ser importados para o *Bing Maps* e facilitar a recolha de dados aos investigadores no terreno. No *Bing Maps*, pretende-se que para além do local assinalado, a *layer* exportada contenha informação do número de famílias clássicas desse local, de forma a recolher os dados ao total de famílias clássicas assinaladas.

Assim, tendo em conta os pressupostos anteriormente explicitados no que concerne à determinação da amostra, apresentamos na tabela seguinte a sua distribuição por freguesias no concelho de Paços de Ferreira.

Concelho de Paços de Ferreira	
Freguesias	Amostra final
Arreigada	55
Carvalhosa	139
Codessos	32
Eiriz	111
Ferreira	131
Figueiró	100
Frazão	152
Freamunde	280
Lamoso	51
Meixomil	131
Modelos	70
Paços de Ferreira	212
Penamaior	240
Raimonda	172
Sanfins de Ferreira	147
Seroa	92
Total	2115

Tabela nº 1 - Número de Famílias Clássicas que integram a amostra final por local de residência, no Concelho de Paços de Ferreira.

A amostra em estudo define-se pelos critérios de inclusão, sendo definidos para o presente estudo:

- A pessoa com dependência e o membro da família prestador de cuidados pertencerem a uma família clássica;
- A família clássica residir no concelho de Paços de Ferreira;
- A aceitação da participação neste estudo de investigação.

2.7 Variáveis do Estudo e a sua Operacionalização

Para Fortin (2009, p.171), “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, de objectos ou de situações que são estudadas numa investigação”. Como já foi referido anteriormente, no estudo descritivo-correlacional, “são as questões de

investigação que guiam o estudo e não as hipóteses. Do mesmo modo, não há razão para variáveis dependentes e independentes, neste tipo de estudo, pois pretende-se descrever as relações entre as variáveis e não as causas e efeitos entre elas” (Fortin 2009, p. 244), Portanto de acordo com o instrumento de colheita de dados utilizado, consideramos como variáveis:

- a) as características do alojamento (tipo de alojamento, necessidade de reparações, acessibilidade a PMC, área útil, número de divisões, número de ocupantes, presença de retrete, água canalizada, instalação de banho ou duche e aquecimento;
- b) as características da família (tipo de família, rendimentos do agregado e número de membros da família;
- c) as características sóciodemográficas do prestador de cuidados (sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão, grau de parentesco e situação de coabitação;
- d) as características sóciodemográficas da pessoa dependente (sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão;
- e) as características da dependência (situação que originou a dependência, instalação da dependência e tempo de dependência;
- f) situação de saúde da pessoa dependente (consumo de medicamentos, variedade de fármacos, número de fármacos nas tomas/dia, o número de internamentos e de episódios de recurso ao serviço de urgência;
- g) os cuidados realizados frequência/intensidade e incentivo pelo prestador de cuidados à pessoa com dependência, em relação a cada um dos autocuidados: “tomar banho”, “vestir-se e despír-se”, “arranjar-se”, “alimentar-se”, “uso do sanitário”, “elevar-se”, “virar-se” “transferir-se”, “usar cadeira de rodas”, “andar” e “tomar a medicação”
- h) os locais onde eram realizados os cuidados relativos a cada autocuidado: *tomar banho* – cama, chuveiro/banheira, noutro local; *alimentar-se* – cama, sala de jantar/cozinha, outro; *uso do sanitário* – fralda, arrastadeira, sanita, outro;
- i) bem como, de quem é a decisão da frequência/locais dos cuidados – do dependente, do prestador de cuidados, do enfermeiro, outro.

Para que as variáveis possam ser analisadas é imprescindível que sejam mensuráveis, o que exige a sua operacionalização. Deste modo, definimos as dimensões/componente e indicadores que operacionalizam as variáveis em estudo. Na tabela seguinte, procedeu-se à operacionalização das variáveis: alojamento, família.

COMPONENTES/ DIMENSÃO	INDICADORES	Tipo de Variável
Variável: Alojamento		
Edifício de alojamento familiar	Clássico: moradia	Quantitativa Ordinal
	Clássico: apartamento	
	Clássico: outro tipo	
	Não clássico (barraca, móvel)	
Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)	Muito grandes	Quantitativa Ordinal
	Grandes	
	Médias	
	Pequenas	
	Nenhumas	
Edifício com acessibilidade a PMC?	Sim/Não	Qualitativa nominal dicotómica
Área útil	Numérico	Quantitativa
Número de divisões	Numérico	Quantitativa
Número de ocupantes	Numérico	Quantitativa
Alojamento com:		
Retrete	Sim/Não	Qualitativa nominal dicotómica
Água canalizada	Sim/Não	
Instalação de banho ou duche	Sim/Não	
Aquecimento	Sim/Não	
Variável: Família		
Tipo de família	Clássica sem núcleos	Quantitativa Ordinal
	Clássica com um núcleo	
	Clássica com dois núcleos	
	Clássica com três núcleos	
Rendimentos do agregado / mês	Até 250 euros	Quantitativa Ordinal
	De 251 a 500 euros	
	De 501 a 1000 euros	
	De 1000 a 2000 euros	
	De 2001 a 5000 euros	
	Mais de 5000 euros	

Tabela nº 2 – Caracterização das variáveis: alojamento e família.

A tabela nº 3 define um conjunto de variáveis de natureza sóciodemográficas relativas ao prestador de cuidados.

COMPONENTES/ DIMENSÃO	INDICADORES	Tipo de Variável
Número de membros da família	Numérico	Quantitativa
Sexo	Masculino	Qualitativa nominal dicotómica
	Feminino	
Idade	N.º de anos entre o nascimento e o dia de aplicação do formulário	Quantitativa
Estado Civil	Casado/União de facto	Qualitativa nominal
	Solteiro	
	Viúvo	
	Divorciado	
Nacionalidade	Portuguesa	Qualitativa nominal dicotómica
	Não Portuguesa (especificar)	
Nível de Escolaridade	Nenhum	Qualitativa ordinal
	Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	
	Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	
	Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	
Profissão	Activo	Qualitativa nominal dicotómica
	Não Activo	
Coabita com o dependente	Sim/Não	Qualitativa nominal dicotómica
Parentesco	Marido / Esposa	Qualitativa nominal
	Pai/Mãe	
	Filho/Filha	
	Irmão/Irmã	
	Afinidade (nora; padrasto; cunhado)	
	Sem grau de parentesco	
	Outra	

Tabela nº 3 – Caracterização sócio-demográfica do prestador de cuidados (variáveis).

Relativamente às informações relativas a pessoa dependente foram consideradas as variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade e profissão (Tabela nº 4).

COMPONENTES/ DIMENSÃO	INDICADORES	Tipo de Variável
Número de membros da família	Numérico	Quantitativa
Sexo	Masculino	Qualitativa nominal dicotómica
	Feminino	
Idade	N.º de anos entre o nascimento e o dia de aplicação do formulário	Quantitativa
Estado Civil	Casado/União de facto	Qualitativa nominal
	Solteiro	
	Viúvo	
	Divorciado	
Nacionalidade	Portuguesa	Qualitativa nominal dicotómica
	Não Portuguesa (especificar)	
Nível de Escolaridade	Nenhum	Qualitativa ordinal
	Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	
	Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	
	Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	
Profissão	Activos	Qualitativa nominal dicotómica
	Não Activos	

Tabela nº 4 – Caracterização sóciodemográfica da pessoa dependente (variáveis).

Para a obtenção de uma caracterização mais pormenorizada da pessoa dependente, operacionalizou-se as variáveis: a dependência e a situação de saúde da pessoa dependente. A caracterização da dependência refere-se à situação que originou a dependência, o modo de instalação da dependência e o tempo de dependência (Tabela nº 5).

COMPONENTES/ DIMENSÃO	INDICADORES	Tipo de Variável
Situação que originou a dependência	Envelhecimento	Qualitativa nominal
	Acidente	
	Doença Aguda	
	Doença Crónica	
Instalação da dependência	Súbita	Qualitativa nominal dicotómica
	Gradual	
Tempo de dependência	Numérico	Quantitativa

Tabela nº 5 – Caracterização da dependência (variável).

Em relação à caracterização da situação de saúde da pessoa dependente reporta-se ao consumo de medicamentos, à variedade e número de fármacos nas tomas/dia, se teve algum internamento no último ano e o número de episódios de recursos ao SU, no último ano (Tabela nº 6).

COMPONENTES/ DIMENSÃO	INDICADORES	Tipo de Variável
Consumo de medicamentos	Sim/Não	Qualitativa nominal dicotómica
Variedade de fármacos	Numérico	Quantitativa
Número de fármacos nas tomas/dia	Numérico	Quantitativa
Internamento no último ano	Nenhum	Qualitativa nominal
	Um	
	Dois	
	Três	
Episódios de recursos ao SU, no último ano	Mais de três (especificar)	Qualitativa nominal
	Nenhuma	
	Uma	
	Duas	
	Três	Qualitativa nominal
	Mais de três (especificar)	

Tabela nº 6 – Caracterização da situação de saúde da pessoa dependente (variável).

De seguida, operacionalizamos as variáveis relativas aos cuidados prestados pelo prestador de cuidados à pessoa com dependência nos autocuidados, ou seja, a frequência/intensidade e incentivo.

A variável incentivo foi operacionalizada através de uma escala tipo likert com 3 hipóteses de resposta. Sendo que à medida “nunca” atribuiu-se o score 1; à medida “às vezes” score 2 e à medida “sempre” score 3 (Tabela nº 7).

DIMENSÕES/COMPONENTES	INDICADORES		
	Nunca	Às vezes	Sempre
AUTOCUIDADO: Tomar banho Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz?	1	2	3
AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se Incentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se? Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar? Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar? Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar? Calça/descalça o seu familiar? Procede a ajustes no vestuário do seu familiar em função de alterações da temperatura? Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar?	1	2	3
AUTOCUIDADO: Alimentar-se Incentiva o seu familiar a comer sozinho? Dá os alimentos à boca do seu familiar?	1	2	3
AUTOCUIDADO: Uso do sanitário Lava os genitais ao seu familiar depois das micções/ dejectões? Posiciona o seu familiar no sanitário? Incentiva o seu familiar a utilizar o sanitário?	1	2	3
AUTOCUIDADO: Elevar-se Incentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)? Incentiva o seu familiar a sentar-se?	1	2	3
AUTOCUIDADO: Virar-se Incentiva o seu familiar a posicionar-se? Nas mudanças de decúbito adopta os decúbitos laterais?	1	2	3
AUTOCUIDADO: Transferir-se Incentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão?	1	2	3
AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas Incentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas?	1	2	3
AUTOCUIDADO: Andar Incentiva o seu familiar a deambular sozinho?	1	2	3
AUTOCUIDADO: Tomar medicação Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento? Costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento? Costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação? Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos?	1	2	3
CUIDADOS COMPLEMENTARES Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar? Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções?	1	2	3

Tabela nº 7 – Caracterização da Variável Incentivo para os cuidados do prestador de cuidados à pessoa com dependência, para cada autocuidado.

A variável intensidade que se caracteriza pela frequência dos cuidados realizados pelo prestador de cuidados à pessoa com dependência foi computada através de um esquema majorado, subdividindo-se em cuidados diários, semanais e mensais, por tipo de autocuidado para uma melhor compreensão dos dados obtidos (Tabela nº 8).

DIMENSÕES/COMPONENTES	INDICADORES		
	Dias	Semana	Mês
AUTOCUIDADO: Tomar banho			
Com que frequência dá banho ao seu familiar?		X	
Com que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar?	X		
Com que frequência lava o cabelo ao seu familiar?		X	
AUTOCUIDADO: Arranjar-se			
Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar?			X
Com que frequência penteia o cabelo ao seu familiar?	X		
Com que frequência corta/apara a barba ao seu familiar?		X	
Com que frequência aplica maquiagem ao seu familiar?			X
Com que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar?		X	
Com que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar?		X	
Com que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar?		X	
Com que frequência lava os dentes ao seu familiar?	X		
AUTOCUIDADO: Alimentar-se			
Quantas refeições fornece ao seu familiar?	X		
AUTOCUIDADO: Elevar-se			
Com que frequência senta o seu familiar?	X		
Com que frequência levanta (por de pé) o seu familiar?	X		
AUTOCUIDADO: Virar-se			
Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira?	X		
AUTOCUIDADO: Transferir-se			
Com que frequência transfere o seu familiar da cama para a cadeira/cadeirão?	X		
AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas			
Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas?	X		
Com que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas?			X
AUTOCUIDADO: Andar			
Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação?	X		
CUIDADOS COMPLEMENTARES			
Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar?	X		
Com que frequência inspeciona a pele do períneo do seu familiar?	X		
Com que frequência inspeciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar?	X		
Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar?	X		
Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar?	X		
Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar?	X		
Com que frequência desenvolve actividades estimulantes da memória com o seu familiar?		X	

Tabela nº 8 – Caracterização da Variável Intensidade/Frequência dos cuidados do prestador de cuidados à pessoa com dependência, em cada autocuidado.

Quanto à frequência dos cuidados, no autocuidado vestir e despir o score alterava como a variável incentivo, entre 1 (um) e 3 (três) (Tabela nº 9).

DIMENSÕES/COMPONENTES	INDICADORES		
	Nunca	Às vezes	Sempre
AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se	1	2	3
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar?			
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar?			
Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar?			
Calça/descalça o seu familiar?			

Tabela nº 9 - Frequência do autocuidado vestir e despir-se.

2.8 Colheita de Dados

Para a execução da colheita de dados o instrumento utilizado foi o formulário. Pode ser definido como a técnica de colheita de dados em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas (Gil, 2007). Durante a colheita de dados, o pesquisador esteve sempre presente assinalando as respostas dadas pelos prestadores de cuidados e pessoa dependente.

Na nossa investigação, utilizamos como instrumento de colheita de dados o formulário, que foi construído no estudo de Duque (2009), para a avaliação da dependência no autocuidado, que contempla as actividades que concretizam cada domínio de autocuidado.

Este instrumento de colheita de dados, já foi utilizado em estudos realizados em outros concelhos, tendo revelado boas propriedades psicométricas. É constituído por duas partes (Anexo I):

- Parte I – **Inquérito Preliminar**, permite a caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado, quanto ao: tipo de família, tipo de alojamento e condições socioeconómicas, caracterização sóciodemográfica do prestador de cuidados e caracterização sóciodemográfica da pessoa dependente;
- Parte II – **Formulário PCD (prestador de cuidados e dependente)**, possibilita a obtenção de dados relativos ao grau de dependência para o autocuidado da pessoa com dependência, a percepção de auto-eficácia do prestador de cuidados, a definição dos cuidados prestados, dos recursos disponíveis e a condição de saúde do dependente.

Esta investigação pretende realizar uma descrição/definição dos cuidados pela intensidade e frequência com que estes são efectuados pelo prestador de cuidados à

pessoa com dependência nos autocuidados nas famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira.

A colheita de dados foi realizada através da deslocação dos investigadores às diferentes áreas geográficas do concelho de Paços de Ferreira, no período de Outubro 2010 a Dezembro de 2010. Foram inquiridas 2126 famílias, sendo que em 241 dessas famílias tinham uma pessoa dependente. O procedimento de colheita de dados realizou-se do seguinte modo:

1. inicialmente com um pedido de colaboração para a participação na investigação;
2. realização do inquérito preliminar;
3. explicação acerca dos objectivos da investigação, garantindo a confidencialidade das respostas;
4. aplicação do formulário: Formulário PCD (prestador de cuidados e dependente).

O consentimento foi obtido após ser fornecida informação pelo investigador, acerca da investigação e objectivos da mesma. Foram também dadas as informações de que seriam respondidas todas as questões que quisessem colocar e providenciados todos os esclarecimentos acerca dos aspectos que considerassem importantes. O prestador de cuidados e a pessoa dependente, foi claramente informado do direito de recusar a participação ou desistir durante a mesma, sem que isso acarretasse qualquer implicação ou consequência. Foi garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida.

A colheita de dados decorreu no domicílio. Durante a aplicação dos formulários, foi o investigador que colocou as questões e preencheu os questionários, mediante a recolha dos dados fornecidos.

A aplicação do formulário teve uma duração aproximada de 30 a 50 minutos. A recolha de dados possibilitou, a vivência de uma experiência enriquecedora que excedeu as expectativas. A proximidade com os prestadores de cuidados e a pessoa com dependência foi muito importante para o entendimento das realidades e necessidades, em que vivem estas pessoas, frequentemente, limitadas ao espaço do domicílio. Esta proximidade permitiu-nos ter uma percepção mais profunda da problemática em estudo.

2.8.1 Tratamento dos dados

Através do software TELEFORM®, o lançamento dos dados obtidos nos formulários foi automático. Os dados adquiridos permaneceram na base de dados ACESS® da

Microsoft ©. Estes foram verificados pelo grupo de investigação, com a finalidade de despistar erros e ou informações anormais. Os erros detectados foram reduzidos e para a sua correcção necessitamos de consultar os formulários em suporte de papel. A natureza dos erros encontrados esclarece-se pela dificuldade que o software de leitura possui, em codificar alguns pormenores da caligrafia humana.

Os dados foram exportados para o PASW® Statistics 18 e procedeu-se à análise estatística.

Para procedermos ao estudo da frequência dos cuidados recorreremos à análise descritiva, frequencial e percentual. Por sua vez para calcularmos a intensidade dos cuidados, partimos das respostas anteriores e calculamos o percentil 50 (cinquenta). Em função disto quando o valor foi inferior ao Pc 50 atribuiu-se o score 1, quando o valor foi superior ao Pc 50 foi atribuído o score 2.

A partir destes dados calculou-se um valor intermédio escalar, que foi recodificado para um valor ordinal a que se denominou intensidade. Este surge em quatro categorias (muito reduzida, reduzida, moderada e elevada).

Quanto ao incentivo no autocuidado da pessoa dependente, as variáveis subjacentes à sua monitorização são do tipo ordinal (nunca, às vezes e sempre), pelo que foi calculado o score médio. Neste contexto para analisarmos a associação entre as variáveis recorreremos ao teste não paramétrico qui-quadrado.

2.9 Considerações Éticas

Segundo Fortin (1999, p.116) “ (...) *a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações*”.

Fazer investigação em saúde implica, não raramente, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados de forma física ou psicológica, de modo temporário ou permanente, e tal facto deve contribuir para que a Enfermagem se debruce de forma mais cuidada sobre o dever de protecção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Art.º 81 do Código Deontológico de Enfermagem).

No decurso desta investigação, foram respeitados todos os princípios éticos a ela inerentes, é de salvaguardar que a realização desta investigação foi do conhecimento da Comissão de Protecção de Dados.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos e efectuamos a análise dos resultados obtidos no decurso do tratamento de dados. O estudo das variáveis foi realizado através da análise estatística descritiva e inferencial.

3.1 Caracterização das Famílias

A investigação em curso desenvolveu-se, como já referido, junto de famílias que integravam dependentes no autocuidado, numa região do norte de Portugal – Paços de Ferreira. Verificamos que, das 2115 famílias inquiridas, 248 integravam pessoas dependentes. Destas, 3 rejeitaram participar na investigação e 4 prestadores de cuidados desistiram da participação no estudo após o preenchimento da Parte I do formulário. No total ficámos com uma amostra de 241 famílias que integram dependentes no autocuidado. A proporção de famílias clássicas no Concelho de Paços de Ferreira que integram pessoas dependentes é de 11,7% (Tabela nº 10).

Concelho de Paços de Ferreira				
Freguesias	Total de Famílias Clássicas da Amostra	Integram dependentes		Proporção de Famílias que integram dependentes
		Não	Sim	
ARREIGADA	55	45	10	18,18%
CARVALHOSA	139	121	18	12,95%
CODESSOS	32	26	6	18,75%
EIRIZ	111	96	15	13,51%
FERREIRA	131	117	14	10,69%
FIGUEIRÓ	100	86	14	14,00%
FRAZÃO	152	132	20	13,16%
FREAMUNDE	280	235	45	16,07%
LAMOSO	51	46	5	9,80%
MEIXOMIL	131	119	12	9,16%
MODELOS	70	57	13	18,57%
PAÇOS DE FERREIRA	212	187	25	11,79%
PENAMAIOR	240	224	16	6,67%
RAIMONDA	172	159	13	7,56%
SANFINS DE FERREIRA	147	136	11	7,48%
SEROA	92	81	11	11,96%
Total	2115	1867	248	11,73%

Tabela nº 10 - Proporção de Famílias que integram dependentes, por freguesia do Concelho de Paços de Ferreira.

Quanto ao tipo de família, as pessoas dependentes do nosso estudo encontram-se inseridas maioritariamente numa família clássica com um núcleo (61,9%), seguida da família clássica com dois núcleos (21,2%). Analisando a situação económica do agregado familiar, verifica-se que a maior percentagem das famílias (38%) possui um rendimento entre os 1001 e os 2000€, seguido dos que possuem um rendimento de 501 a 1000€ (26,9%). No que concerne ao número de ocupantes no alojamento do dependente, observa-se que 79,5% das pessoas dependentes tem um agregado familiar constituído até 4 elementos. Quanto ao número de membros de família, 94,5% é constituída até 6 membros (Tabela nº 11).

Variáveis	N (%)
Tipo de família	
Clássica sem núcleos	38 (16,3)
Clássica com um núcleo	144 (61,8)
Clássica com dois núcleos	50 (21,5)
Clássica com três núcleos	1 (0,4)
Total	233 (100)
Rendimentos do agregado	
De 251€ a 500€	12 (5)
De 501€ a 1000€	64 (26,8)
1001€ a 2000€	91 (38,1)
De 2001€ a 5000€	60 (25,1)
Mais de 5000€	12 (5)
Total	239 (100)
Número de ocupantes no alojamento	
Até 4 ocupantes	189 (79,5)
Mais de 4 ocupantes	49 (20,5)
Total	238 (100)
Número de membros da família	
Até 6 membros	226 (94,5)
Mais de 6 membros	13 (5,5)
Total	298 (100)

Tabela nº 11 - Caracterização das famílias (tipo de família, rendimentos mensais, ocupantes do alojamento e membros da família).

Quanto ao tipo de habitação 83,5% dos inquiridos habitam numa moradia, em que 33,9% necessita de pequenas reparações e médias (29,2%). Constatamos no que se refere às condições de habitabilidade, que 72,6% não tinham condições de acessibilidade a pessoas com mobilidade comprometida. Porém quase a totalidade reunia condições no que se refere às necessidades de higiene. Contudo, só 52,1% habitações possuíam aquecimento (Tabela nº 12).

Variáveis	N (%)		
Tipo de edifício de alojamento			
Apartamento	25 (10,5)		
Moradia	198(83,5)		
Outro tipo	10 (4,2)		
Não clássica	4 (1,7)		
Total	237 (110)		
Necessidades de reparação			
Muito grandes	5 (2,1)		
Grandes	25 (10,6)		
Médias	69 (29,2)		
Pequenas	80 (33,9)		
Nenhum	57 (24,2)		
Total	236 (100)		
Acessibilidade no alojamento a PMC			
	Não N (%)	Sim N (%)	Total N (%)
	167(72,6)	63(27,4)	230 (100)
Alojamento com:			
	Não N (%)	Sim N (%)	Total N (%)
Retrete	3 (1,3)	228 (98,7)	231 (100)
Água canalizada	20 (8,7)	210 (91,3)	230 (100)
Instalação banho e duche	7 (3)	224 (97)	231 (100)
Aquecimento	110 (47,6)	121 (52,4)	231 (100)

Tabela nº 12 - Caracterização do tipo de alojamento da pessoa dependente.

3.1.1 Caracterização sociodemográfica dos Prestadores de cuidados

No nosso estudo a caracterização do prestador de cuidados poderia ser de dois perfis, o perfil 1 seria o cuidador principal e o de perfil 2 secundário. O prestador de cuidados principal é quem detém a responsabilidade pela maior parte dos cuidados prestados ao dependente, e os prestadores de cuidados secundários são aqueles que prestam cuidados complementares, assistindo o prestador de cuidados principal. Segundo a literatura podem existir vários prestadores de cuidados secundários para a mesma pessoa dependente (Figueiredo, 2007; Lage, 2007; Pereira, 2008; Monteiro, 2010).

Sendo assim, mediante o referido anteriormente nas situações em que existiam dois prestadores de cuidados, foram identificados dois perfis (o de perfil 1 e o de perfil 2).

A amostra é constituída por 273 prestadores de cuidados, que se dividem em duas categorias. Os prestadores de cuidados de perfil 1 são 241, já os prestadores de cuidados de perfil 2 são 32.

Assim, no que se reporta ao perfil 1, (Tabela 13) constatamos que maioritariamente são do género feminino (89,6%). Os prestadores de cuidados apresentam uma média de idades de 56,3 anos, tendo o participante mais jovem 18 anos e o mais velho 82. A maioria dos prestadores de cuidados é casada ou vive em união de facto (75,9%), e, logo a seguir situam-se os divorciados com 14,5% (Tabela nº 13).

Estado Civil	N (%)
Casado / união de facto	183 (75,9)
Divorciado	35 (14,5)
Solteiro	15 (6,3)
Viúvo	8 (3,3)
Total	241(100)

Tabela nº 13 - Características sociodemográficas (estado civil) dos Prestadores de Cuidados.

Quanto à escolaridade (Tabela nº 14) existe um predomínio do 1º ciclo completo (50,6%). No que diz respeito à situação laboral verifica-se que 64,5% dos prestadores de cuidados não estão activos.

Variáveis	N (%)
Habilitações literárias	
Nenhum	27 (11,2)
Ensino Básico – 1º ciclo (4 anos)	122 (50,6)
Ensino Básico – 2º ciclo (6 anos)	36 (14,9)
Ensino Básico – 3º ciclo (9 anos)	27 (11,3)
Ensino Secundário (11 ou 12 anos)	16 (6,6)
Ensino Superior	13 (5,4)
Total	241 (100)
Profissão	
Activos	87 (35,5)
Não activos	154 (64,5)
Total	241 (100)

Tabela nº 14 - Características sociodemográficas (Habilitações Literárias e Profissão) dos prestadores de cuidados.

Em relação ao grau de parentesco, constata-se que os prestadores de cuidados do perfil 1, 42,7% são filhas (os) do sujeito alvos dos cuidados, 27,8% são cônjuges e apenas 2,5% não têm relação de parentesco com o dependente. Verificando-se que 89,3% dos prestadores de cuidados coabitam com o familiar alvo dos cuidados (Tabela nº 15).

Variáveis	N (%)
Grau de Parentesco	
Marido / Esposa	67 (27,8)
Pai/Mãe	39 (16,3)
Filho/Filha	103 (42,7)
Irmão/Irmã	10 (4,1)
Afinidade (nora; padraсто; cunhado)	10 (4,1)
Sem grau de parentesco	6 (2,5)
Outra	6 (2,5)
Total	241 (100)
Co - Habitação	
Não	48 (10,7)
Sim	193 (89,3)
Total	241 (100)

Tabela nº 15 - Características sociodemográficas dos prestadores de cuidados (grau de parentesco, co-habitação).

Os dados referentes aos prestadores de cuidados do perfil 2 (Tabela nº 16), demonstram de igual modo, um predomínio do sexo feminino (99,3 %), com idades compreendidas entre 26 anos e 86 anos. Sendo maioritariamente casados ou em união de facto (87,5%).

Estado civil	N (%)
Casado / união de facto	28 (87,5)
Solteiro	3 (9,4)
Viúvo	1 (3,1)
Total	32 (110)

Tabela nº 16 - Características sociodemográficas (estado civil) dos Prestadores de Cuidados.

No que se remete às habilitações literárias, verifica-se de forma similar com prestadores de cuidados de Perfil 1 um predomínio do 1º ciclo completo (41,9%). Mas em situação inversa na sua maioria (56,2%) estão profissionalmente activos.

Variáveis	N (%)
Habilitações Literárias	
Ensino básico - 1.º ciclo	13 (41,9)
Ensino básico - 2.º ciclo	7 (22,6)
Ensino básico - 3.º ciclo	4 (12,9)
Ensino secundário	2 (6,5)
Ensino Superior	3 (9,7)
Nenhum	2 (6,5)
Total	31 (100)
Profissão	
Activo	18 (56,2)
Não Activo	14 (43,8)
Total	32 (100)

Tabela nº 17 - Características sociodemográficas (Habilitações Literárias e Profissão) dos prestadores de cuidados.

Em relação aos prestadores de cuidados do perfil 2, constata-se que na sua maioria 34,4% são pai/mãe do sujeito alvos dos cuidados, 21,9% são cônjuges e filhos (as). Relativamente à co-habitação, 98,5% dos prestadores de cuidados perfil 2 co-habita com a pessoa dependente (Tabela nº 18).

Variáveis	N (%)
Grau de Parentesco	
Marido / Esposa	67 (21,9)
Pai/Mãe	39 (34,4)
Filho/Filha	103 (21,9)
Irmão/Irmã	10 (3,1)
Afinidade (nora; padrastrô; cunhado)	10 (12,5)
Sem grau de parentesco	6 (3,1)
Outra	6 (3,1)
Total	32(100)
Co - Habitação	
Não	48 (25,8)
Sim	193 (74,2)
Total	32 (100)

Tabela nº 18 - Características sociodemográficas dos prestadores de cuidados (grau de parentesco, co-habitação)

3.1.2 Caracterização sociodemográfica das Pessoas Dependentes

Pela análise das variáveis sociodemográficas, das 241 pessoas dependentes, verificamos que 128 pertenciam ao género feminino e 113 ao género masculino, com idades que variavam entre os 7 e os 97 anos, com uma média de 67,6 anos.

Relativamente ao estado civil dos dependentes, 41,7% são casados ou em união de facto, seguidos dos viúvos com 37,1% da amostra (Tabela nº 19).

Variável	N (%)
Estado civil	
Casado / união de facto	100 (41,7)
Divorciado	1 (0,4)
Solteiro	50 (20,8)
Viúvo	89 (37,1)
Total	240 (100)

Tabela nº 19 - Caracterização sociodemográfica da pessoa Dependente (estado civil).

Em relação às habilitações literárias, realiza-se que a maioria das pessoas dependentes não possui nenhum tipo de escolaridade (44,6%). Em consonância com este facto, não são activos profissionalmente (92,9%) (Tabela nº 20).

Variáveis	N (%)
Habilitações Literárias	
Ensino básico - 1.º ciclo	99 (41,3)
Ensino básico - 2.º ciclo	19 (7,9)
Ensino básico - 3.º ciclo	7 (2,9)
Ensino secundário	3 (1,2)
Ensino Superior	5 (2,1)
Nenhum	107 (44,6)
Total	240 (100)
Profissão	
Activo	17 (7,1)
Não Activo	221 (92,9)
Total	238 (100)

Tabela nº 20 - Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente (Habilitações Literárias e Profissão).

Acerca dos recursos financeiros que as pessoas dependentes têm à sua disposição, a principal fonte de rendimento a reforma/pensão (83,2%). Averiguou-se que apenas 39,4%

das pessoas com dependência, beneficiavam do complemento de dependência¹³, este dado pode espelhar uma falta de informação sobre este apoio económico (Tabela nº 21).

Recursos Financeiros	Não N (%)	Sim N (%)	Total N (%)
Rendimento do Trabalho	217 (93,6)	14 (6,1)	231 (100)
Programa Conforto habitacional para idosos	232 (96,3)	9 (3,7)	241 (100)
Rendimento solidário para idosos	208 (89,7)	24 (10,3)	232 (100)
Complemento de dependência	143 (60,6)	93 (39,4)	236 (100)
Esmolas/Donativos	229 (98,7)	3 (1,3)	232 (100)
Outros recursos	224 (97,8)	5 (2,2)	229 (100)
Rendimento da propriedade e da empresa	227 (97,8)	5 (2,2)	232 (100)
Subsídio de desemprego	226 (97,4)	6 (2,6)	232 (100)
Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	231 (99,6)	1 (0,4)	232 (100)
Outros subsídios temporários	231 (99,6)	1 (0,4)	232 (100)
Rendimento social de inserção	230 (99,1)	2 (0,9)	232 (100)
Pensão/Reforma	40 (16,8)	198 (83,2)	238 (100)
A cargo da família	123 (53)	109 (47)	232 (100)
Apoio Social	225 (97)	7 (3)	232 (100)

Tabela nº 21 - Recursos financeiros do dependente (principais fontes de rendimento).

No que concerne às causas de dependência, em 63,6% das pessoas dependentes, foi desencadeada pelo processo de doença crónica e em 31,5% resultou do processo envelhecimento. Deste modo, subentende-se que a instalação da dependência se tenha processado de forma gradual (66,5%) (Tabela nº 22).

¹³ O complemento por dependência consiste num apoio económico mensal adicional atribuído a pensionistas de invalidez, velhice ou sobrevivência dependentes de terceiros para o exercício das actividades de vida diária, sendo considerados dois graus de dependência: primeiro grau indivíduos que não possam praticar com autonomia actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas de vida quotidiana; segundo grau indivíduos que além de se encontrarem na situação anterior estejam acamados ou apresentem quadros de demência grave (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1999).

Variáveis			
Causa de Dependência	Não	Sim	Total N (%)
Envelhecimento	148 (68,5)	68 (31,5)	216 (100)
Acidente	192 (68,5)	24 (11,1)	216 (100)
Doença aguda	197 (91,2)	19 (8,8)	216 (100)
Doença crónica	84 (36,4)	147 (63,6)	231 (100)
Modo de instalação da dependência			
Gradual	80 (33,5)	159 (66,5)	239 (100)
Súbita	159 (66,5)	80 (33,5)	239 (100)

Tabela nº 22 - Motivo e modo de instalação da dependência.

3.2 Caracterização dos Cuidados realizados pelo Prestador de Cuidados à Pessoa com Dependência

De seguida, realizamos uma análise descritiva relativamente à variável intensidade dos cuidados realizados pelos prestadores de cuidados ao dependente. Esta caracteriza-se pelo score médio da frequência dos cuidados diários, semanais ou mensais prestados pelo prestador de cuidados à pessoa com dependência.

Tendo em conta o exposto, efectuamos de seguida a análise descritiva dos cuidados diários. Verificamos que os cuidados diários realizados com maior frequência são aqueles que exigem um maior esforço físico por parte do prestador de cuidados, ou seja, os relacionados com a higiene, com posicionamentos e transferências da cama para a cadeira/cadeirão (63,3%) e com a alimentação (79,1%) (Tabela nº 23).

Frequência com que o PC			
Autocuidado: Tomar banho	Até 2 vezes N (%)	Mais de 2 vezes N (%)	Total N (%)
Lava as mãos e a cara ao dependente	123 (78,8)	33 (21,2)	156 (100)
Autocuidado: Arranjar-se	Até 1 vez N (%)	Mais que 1 vez N (%)	Total N (%)
Lava os dentes ao dependente	76 (60,3)	50 (39,7)	126 (100)
Penteia o cabelo ao dependente	109 (72,7)	41(23,3)	150 (100)
Autocuidado: Sentar-se	Até 2 vezes N (%)	Mais de 2 vezes N (%)	Total N (%)
Senta o dependente	54 (53,5)	47 (46,5)	101 (100)
Levanta o dependente	42 (51,2)	40 (48,8)	82 (100)
Autocuidado: Virar-se	Até 4 vezes N (%)	Mais de 4 vezes N (%)	Total N (%)
Posiciona na cama/cadeira o dependente	49 (62,8)	29 (37,2)	78 (100)
Autocuidado: Usar a cadeira de rodas	Até 3 vezes N (%)	Mais de 3 vezes N (%)	Total N (%)
Movimenta na cadeira de rodas	12 (31,6)	26 (68,4)	38 (100)
Autocuidado: Andar	Até 3 vezes N (%)	Mais de 3 vezes N (%)	Total N (%)
Assiste na deambulação do dependente	26 (68,4)	12 (31,6)	38 (100)
Autocuidado: Transferir-se	Até 3 vezes N (%)	Mais de 3 vezes N (%)	Total N (%)
Transfere o dependente da cama para a cadeira/cadeirão	69 (63,3)	40 (36,7)	109 (100)
Autocuidado: Alimentar-se	Até 5 vezes N (%)	Mais de 5 vezes N (%)	Total N (%)
Dá refeições ao dependente	170 (79,1)	45 (20,9)	215 (100)
Cuidados Complementares	Até 3 vezes N (%)	Mais de 3 vezes N (%)	Total N (%)
Dá água ao dependente fora das refeições	107 (64,1)	60 (35,9)	167 (100)
	Até 2 vezes N (%)	Mais de 2 vezes N (%)	Total N (%)
Inspecciona a pele do períneo do dependente	103 (72)	40 (28)	143 (100)
Inspecciona as zonas de proeminências ósseas do dependente	70 (67,3)	34 (67,3)	104 (100)
	Mobiliza N (%)	Não mobiliza N (%)	Total N (%)
Realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do dependente	62 (54,9)	51 (45,1)	113 (100)
Realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do dependente	64 (56,1)	50 (45,1)	114 (100)
	Até 1 vez N (%)	Mais que 1 vez N (%)	Total N (%)
Massaja a pele das proeminências ósseas do dependente	54 (52,4)	49 (47,6)	103 (100)

Tabela nº 23 - Caracterização da frequência diária com que o Prestador de Cuidados realiza os cuidados.

Quanto aos cuidados semanais proporcionados à pessoa dependente, os executados maioritariamente são os relacionados com o banho (51,3%) e com o arranjar a pessoa

dependente, seja aparando/cortando a barba (84%), aplicando cremes hidratantes (58,3%) e colocando desodorizantes/perfumes (52,7%).

Relativamente aos cuidados complementares, verifica-se que o prestador de cuidados executa actividades estimulantes de memória com a pessoa dependente até 1 vez por semana (61,4%) (Tabela nº 24).

Frequência com que o PC			
Autocuidado: Tomar banho	Até 2 vezes N (%)	Mais de 2 vezes N (%)	Total N (%)
Dá banho ao dependente	101(51,3)	96 (48,7)	197 (100)
Lava o cabelo do dependente	115 (51,3)	81(41,3)	196 (100)
Autocuidado: Arranjar-se	Até 3 vezes N (%)	Mais de 3 vezes N (%)	Total N (%)
Apara/corta a barba do dependente	68 (84)	13 (16)	81 (100)
Aplica cremes hidratantes ao dependente	81 (58,3)	58 (41,3)	139 (100)
Aplica desodorizantes/perfumes ao dependente	69 (52,7)	62 (47,3)	131 (100)
Limpa os ouvidos ao dependente	82 (51,6)	77 (48,4)	159 (100)
Cuidados complementares	Até 1 vez N (%)	Mais que 1 vez N (%)	Total N (%)
Desenvolve actividades estimulantes da memória com o dependente	54 (61,4)	34 (35,9)	167 (100)

Tabela nº 24 - Caracterização da frequência semanal com que o Prestador de Cuidados realiza os cuidados.

Relativamente aos cuidados realizados mensalmente, verifica-se o predomínio do arranjar as unhas até 2 vezes por mês (55%) e aplicar maquilhagem até 2 vezes por mês (51,1%). No uso da cadeira de rodas, constata-se que o prestador de cuidados leva o dependente a passear/sair de casa na cadeira de rodas até 4 vezes por mês (65,9%), (Tabela nº 25).

Frequência com que o PC			
Autocuidado: Arranjar-se	Até 2 vezes N (%)	Mais de 2 vezes N (%)	Total N (%)
Arranja as unhas ao dependente	111 (55)	91 (45)	200 (100)
Aplica maquilhagem ao dependente	24 (51,1)	23 (48,9)	47(100)
Autocuidado: Usar a cadeira de rodas	Até 4 vezes N (%)	Mais de 4 vezes N (%)	Total N (%)
Leva o dependente a passear/sair de casa na cadeira de rodas	27 (65,9)	14 (34,1)	41(100)

Tabela nº 25 - Caracterização da frequência mensal com que o Prestador de Cuidados realiza os cuidados.

Os cuidados relacionados com o vestir e despir verificamos que o prestador de cuidados veste/despe a roupa à pessoa dependente às vezes e sempre. O prestador de cuidados abotoa/desabotoa a roupa do dependente às vezes (47,6%). Relativamente ao cuidado calçar/descalçar a pessoa dependente, o prestador de cuidados fá-lo às vezes (54,9%) (Tabela nº 26).

Frequência do vestir e despir do PC	Nunca	Às Vezes	Sempre	Total
	1	2	3	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Autocuidado: Vestir e despir				
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao dependente	35 (17)	97 (47,1)	74 (35,9)	206 (100)
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao dependente	21 (10,2)	106 (51,5)	79 (38,3)	206 (100)
Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar	45 (21,8)	98 (47,6)	63 (30,6)	206 (100)
Calça/descalça o seu familiar	12 (5,8)	113 (54,9)	81 (39,3)	206 (100)

Tabela nº 26 - Caracterização da frequência dos cuidados, no autocuidado vestir/despir.

Em síntese, mediante a análise da intensidade dos cuidados prestados pelo prestador de cuidados à pessoa com dependência, verificamos que, na sua maioria os cuidados são prestados com uma elevada intensidade (34,6%), seguidos de (32,1%) em moderada intensidade (Tabela nº 27).

Intensidade de cuidados	N	%
Muito reduzida - 1	32	13,5
Reduzida - 2	47	19,8
Moderada - 3	76	32,1
Elevada - 4	82	34,6
Total	237	100

Tabela nº 27 - Caracterização da intensidade global dos cuidados.

No que concerne à variável incentivo dados pelos prestadores de cuidados à pessoa com dependência, para uma melhor interpretação dos resultados obtidos, agrupamos os autocuidados, os relacionados com a mobilidade (transferir-se, virar-se, elevar-se, usar cadeira de rodas andar) com a higiene (tomar banho e uso do sanitário) com a alimentação (alimentar-se) e com cuidados complementares (tomar medicação e vestir-se e despir-se).

Nos cuidados relacionados com a mobilidade do dependente (Tabela nº 28), podemos afirmar que o prestador de cuidados incentiva **sempre** a pessoa dependente a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão (56,1%) e a posicionar-se (41,8%). Verificamos que o prestador de cuidados, incentiva **às vezes** a pessoa dependente, a levantar-se (por de pé) 42,5%, a sentar-se (44,3%) e a deambular sozinho (41%). Apuramos no entanto que o prestador de cuidados, **nunca** incentiva a pessoa dependente a utilizar sozinho a cadeira de rodas num valor percentual de 61,3%.

	Nunca	Às Vezes	Sempre	Total
Incentivos relacionados com a mobilidade	1	2	3	N (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
Autocuidado: Transferir-se				
O PC incentiva o DF a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão	16 (19.5)	20 (24.4)	46 (56.1)	82 (100)
Autocuidado: Virar-se				
O PC incentiva o DF a posicionar-se	17 (17.3)	40 (40.8)	41 (41.8)	98 (100)
Autocuidado: Elevar-se				
O PC incentiva o DF a levantar-se (por de pé)	25 (23.6)	45 (42.5)	36 (34)	106 (100)
O PC incentiva o DF a sentar-se	15 (14.2)	47 (44.3)	44 (41.5)	106 (100)
Autocuidado: Usar cadeira de rodas				
O PC incentiva o DF a utilizar sozinho a cadeira de rodas	19 (61.3)	7 (22.6)	5 (16.1)	31 (100)
Autocuidado: Andar				
O PC incentiva o DF a deambular sozinho	57 (39.6)	59 (41)	28 (19.4)	144 (100)

Tabela nº 28 - Caracterização dos incentivos dados pelo prestador de cuidados relativamente à variável cuidados relacionadas com a mobilidade.

Quanto aos incentivos para os cuidados relacionados com a higiene (Tabela nº 29) o prestador de cuidados incentiva sempre (66,2%), a pessoa dependente a utilizar o sanitário e incentiva às vezes (49,7%) a pessoa dependente a lavar as zonas do corpo de que é capaz.

	Nunca	Às Vezes	Sempre	Total
Incentivos relacionados com a higiene	1	2	3	N (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
Autocuidado: Tomar banho				
O PC incentiva o DF a lavar as zonas do corpo de que é capaz	61 (33)	92 (49.7)	32 (17.3)	185 (100)
Autocuidado: Uso do sanitário				
O PC incentiva o DF a utilizar o sanitário	24 (16.2)	26 (17.6)	98 (66.2)	148 (100)

Tabela nº 29 - Caracterização dos incentivos dados pelo prestador de cuidados relativamente à variável cuidados relacionadas com a higiene.

Em relação aos incentivos relacionados com a alimentação (Tabela nº 30), o prestador de cuidados incentiva sempre (51,2%) a pessoa dependente a beber água fora das refeições e incentiva sempre o dependente a comer sozinho (61,4%).

	Nunca	Às Vezes	Sempre	Total
Incentivos relacionados com a alimentação	1	2	3	N (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
Cuidados complementares				
O PC incentiva o DF a beber água (líquidos) fora das refeições ao DF	6 (2.8)	98 (46)	109 (51.2)	213 (100)
Autocuidado: Alimentar-se				
O PC incentiva o DF a comer sozinho	23 (13.1)	45 (25.6)	108 (61.4)	176 (100)

Tabela nº 30 - Caracterização dos incentivos dados pelos prestadores de cuidados relativamente aos cuidados relacionadas com a alimentação.

Relativamente aos incentivos relacionados com outros cuidados (Tabela nº 31), podemos dizer que o prestador de cuidados incentiva sempre (46,9%) e às vezes (45,6%) o dependente a tossir quando se apercebe que este tem secreções.

Verificamos que o prestador de cuidados, nunca incentiva o dependente a preparar/tomar os medicamentos sozinho (51,8%) e a vestir-se e calçar-se sozinho (65,8%).

	Nunca	Às Vezes	Sempre	Total
Incentivos relacionados com outros cuidados	1	2	3	N (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
Cuidados Complementares				
O PC incentiva o DF a tossir quando se apercebe que ele tem secreções	12 (7.5)	73 (45.6)	75 (46.9)	160 (100)
Autocuidado: Tomar medicação				
O PC incentiva o DF a preparar/tomar sozinho os medicamentos	103 (51.8)	63 (31.7)	33 (16.6)	199 (100)
Autocuidado: Vestir-se e despir-se				
O PC incentiva o DF a vestir-se e calçar-se sozinho	98 (65.8)	51 (34.2)	-	149 (100)

Tabela nº 31 - Caracterização dos incentivos dados pelo prestador de cuidados relativamente à variável cuidados relacionadas com outros cuidados.

Em suma, o prestador de cuidados incentiva:

- *Sempre* – a pessoa dependente a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão (56,1%) e a posicionar-se (41,8%), a pessoa dependente a utilizar o sanitário (66,2%), a pessoa dependente a beber água fora das refeições (51,2%), a pessoa dependente a comer sozinho (61,4%) e o dependente a tossir quando se apercebe que este tem secreções (46,9%);
- *Às vezes* – a pessoa dependente a levantar-se (42,5%), a sentar-se (44,3%), a deambular sozinho (41%) e a pessoa dependente a lavar as zonas do corpo de que é capaz (49,7%);
- *Nunca* incentiva a pessoa dependente a lavar as zonas do corpo de que é capaz (33%), a utilizar sozinho a cadeira de rodas (61,3%), a deambular sozinho (39,6%), a preparar/tomar os medicamentos sozinho (51,8%) e a vestir-se e calçar-se sozinho (65,8%).

3.2.1 Associação entre a Intensidade dos cuidados e o Incentivo

Depois da análise descritiva, procedemos à análise inferencial, através da realização de testes estatísticos. Saliámos apenas os resultados cujos valores de p encontrados possibilitem afirmar uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo.

Para verificar a existência de relações estatisticamente significativas, entre as variáveis intrínsecas dos cuidadores familiares e o incentivo da pessoa dependente, recorreremos ao teste do qui-quadrado.

Pela observação dos dados abaixo indicados podemos verificar que foram encontradas associações estatísticas significativas ($p < 0,05$) entre a coabitação e a profissão não activo e a intensidade dos cuidados (Tabela nº 32).

Relação entre a intensidade dos cuidados e as variáveis intrínsecas ao Prestador de Cuidados	
	Intensidade de cuidados
Co-habitação	$\chi^2_{(3)} = 13,555; p - value = 0,039$
	Intensidade de cuidados
Profissão-Não activo	$\chi^2_{(3)} = 13,429; p - value = 0,037$

Tabela nº 32 - Relação entre a intensidade dos cuidados e as variáveis intrínsecas ao Prestador de Cuidados.

Para um nível de significância de 0,05, existem evidências estatísticas para se afirmar que os prestadores de cuidados do sexo feminino e o incentivo dado para a pessoa dependente levantar-se e sentar-se estão relacionados (Tabela nº 33).

Relação entre o incentivo dos cuidados e as variáveis intrínsecas ao Prestador de Cuidados	
	PC incentiva o DF a levantar-se
	$\chi^2_{(2)} = 6,402; p - value = 0,041$
Sexo - Feminino	PC incentiva o DF a sentar-se
	$\chi^2_{(2)} = 7,087; p - value = 0,029$

Tabela nº 33 - Relação entre o incentivo dos cuidados e as variáveis sexo.

3.2.2 Caracterização dos Cuidados em relação aos locais e à decisão

Em relação aos locais onde são prestados os cuidados, constata-se que a maioria das pessoas dependentes toma o banho no chuveiro (64,7%), realiza as refeições na sala de jantar ou na cozinha (80,1%) e utilizam a sanita para evacuar/urinar.

Dos resultados da investigação inferimos portanto, que a prestação dos cuidados às pessoas dependentes integradas em famílias clássicas no concelho de Paços Ferreira, nomeadamente no que concerne às decisões relativas aos horários e frequências dos cuidados resultam da decisão quase exclusiva dos prestadores de cuidados excluindo à partida as pessoas dependentes deste processo (Tabela nº 34).

Autocuidado: Tomar Banho						
	Cama N (%)	Chuveiro N (%)	Noutro Local N (%)	Total N (%)		
Local onde normalmente dá banho ao seu familiar	67 (27,8)	156 (64,7)	18 (7,5)	241(100)		
	Dependente N (%)	PC N (%)	Enfermeiro N (%)	Total N (%)		
Quem decide o frequência/local do banho	116 (48,1)	123 (51)	2 (0,8)	241(100)		
Autocuidado: Vestir-se Despir-se						
	Dependente N (%)	PC N (%)	Outro N (%)	Total N (%)		
Quem escolhe a roupa ao seu familiar	98(40,7)	132(54,8)	11(4,6)	241(100)		
Autocuidado: Alimentar-se						
	Dependente N (%)	PC N (%)	Enfermeiro N (%)	Serviço de refeições ao domicílio N (%)	Outro N (%)	Total N (%)
Quem decide a frequência/composição/local das refeições	57 (23,6)	176 (73)	3 (1,2)	3 (1,2)	2(0,8)	241(100)
	Cama N (%)	Sala de jantar/cozinha N (%)	Outro N (%)	Total N (%)		
Em que local o seu familiar faz as refeições	42 (17,4)	193(80,1)	6 (2,5)	241(100)		
Autocuidado: Uso sanitário						
	Fralda N (%)	Arrastadeira N (%)	Sanita N (%)	Outro N (%)	Total N (%)	
Local onde evacua o seu familiar	35 (14,5)	15 (6,2)	177 (73,4)	14 (5,8)	241(100)	
Local onde urinar o seu familiar	34 (14,1)	15 (6,2)	172 (71,4)	20 (8,3)	241(100)	
	Dependente N (%)	PC N (%)	Outro N (%)	Total N (%)		
Quem decide onde o seu familiar vai urinar/evacuar	172 (71,4)	54 (22,4)	15 (6,2)	241(100)		
Autocuidado: Virar-se						
	Dependente N (%)	PC N (%)	Enfermeiro N (%)	Outro N (%)	Total N (%)	
Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adoptar	61 (25,3)	111 (46,1)	1 (0,4)	68 (28,2)	241(100)	
Autocuidado: Transferir-se						
	Dependente N (%)	PC N (%)	Enfermeiro N (%)	Outro N (%)	Total N (%)	
Quem decide transferir o seu familiar da cama para cadeira/cadeirão	72 (29,9)	89 (36,9)	1 (0,4)	79 (32,8)	241(100)	
Autocuidado: Usar cadeira de rodas						
	Dependente N (%)	PC N (%)	Enfermeiro N (%)	Outro N (%)	Total N (%)	
Quem decide a utilização da cadeira de rodas	16 (6,6)	30 (12,4)	194 (80,5)	1 (0,4)	241(100)	
Autocuidado: Andar						
	Dependente N (%)	PC N (%)	Enfermeiro N (%)	Total N (%)		
Quem decide os períodos/locais de deambulação	37 (15,4)	121 (50,2)	83 (34,4)	241(100)		
Cuidados complementares						
	Dependente N (%)	PC N (%)	Enfermeiro N (%)	Outro N (%)	Total N (%)	
Quem decide a dieta do seu familiar	47 (19,5)	188 (78)	2 (0,8)	4 (1,7)	241(100)	

Tabela nº 34 - Caracterização dos Cuidados em relação aos locais e à decisão

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, torna-se relevante interpretar e reflectir sobre os mesmos, de modo a reconhecer a sua importância com base no referencial teórico anteriormente apresentado.

Considerando as questões de investigação, os objectivos do estudo, o quadro de referência e a nossa experiência, procuramos mostrar os resultados mais relevantes, apresentando-os de uma forma sistematizada. A intenção é tornar tão compreensível quanto possível o fenómeno em estudo e procurar objectivar os aspectos que consideramos mais significativos.

4.1 Famílias Clássicas do Concelho de Paços de Ferreira que integram Pessoas Dependentes

A problemática do envelhecimento demográfico e o aumento do número de doenças crónicas degenerativas transformam na actualidade as famílias num recurso fundamental para a manutenção da pessoa dependente no domicílio. Enfrentamos uma realidade onde o suporte formal, que pode ser fornecido pelas equipas de Enfermagem se transformam numa mais-valia para os prestadores de cuidados. Assim sendo, emerge a necessidade de desenvolver uma resposta eficaz aos diferentes níveis de prestação de cuidados, garantindo, uma continuidade de cuidados¹⁴ eficiente.

As decisões para cuidar no domicílio estão relacionadas com factores como o parentesco, a existência de cônjuges e filhos, predominantemente do sexo feminino, e as suas proximidades físicas e afectiva (Lage, 2005; Louro, 2009; Figueiredo, 2007).

Para alguns autores, o espaço familiar, ou seja, o contexto domiciliário é, por excelência, o lugar privilegiado e essencial para o processo do cuidado à pessoa dependente (Petronilho, 2007; Lage 2005).

Porém, para que a família consiga prestar cuidados de acordo com as necessidades da pessoa dependente necessita de reunir condições para o fazer nomeadamente condições habitacionais.

De facto, as condições físicas do domicílio interferem com a prestação dos cuidados. Segundo a OMS (2001) o ambiente físico é uma condição que pode determinar a dependência ou não do indivíduo.

Verificamos que, os alojamentos onde habitavam as famílias dividiam-se na sua maioria em dois tipos: moradia e apartamento com necessidades de reparação e adequação à

¹⁴ Continuidade de Cuidados é definida como “a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social” (Decreto de Lei n.º101/2006, de 6 de Junho).

situação da pessoa dependente. Alguns dos resultados encontrados podem ser perspectivados como obstaculizadores à eficiência dos cuidados. São disso exemplo: a necessidade de reparações no alojamento; a não acessibilidade a PMC; a falta de aquecimento ou de água canalizada e n.º de divisões diminutas em relação ao n.º de ocupantes.

O domicílio é o contexto onde a pessoa se encontra no seu habitat natural, inserida no seio da família, junto dos seus objectos e recordações, mantendo a intimidade e os hábitos de uma vida, sendo estas condições promotoras de comportamentos autónomos por parte da pessoa e de estímulo à sua autonomia por parte do seu familiar prestador de cuidados (Andrade, 2009).

Assim sendo, o domicílio é o local de eleição para as equipas de Enfermagem, realizarem um diagnóstico de situação, visando a necessidade de mudanças estruturais, físicas do ambiente adequadas à pessoa com dependência.

Andrade (2009, p.107) salienta que, em primeiro lugar o enfermeiro deverá conhecer as dinâmicas familiares que envolvem *tomar conta* de pessoas dependentes. Actualmente assistimos a um processo de mudança estrutural familiar, salientamos a diminuição do agregado familiar e a inserção da mulher em actividades profissionais fora do domicílio.

No nosso estudo, as pessoas dependentes inserem-se maioritariamente em famílias clássicas com um núcleo reflectindo a realidade contemporânea. Durante a colheita de dados, constatámos que as famílias com um núcleo eram na sua maioria constituídas pelo cônjuge e pela pessoa dependente. Tradicionalmente, a tarefa de prestação de cuidados à pessoa dependente cabe aos membros mais próximos, na sua grande maioria, os cônjuges (Araújo, 2009; Imaginário, 2004; Petronilho, 2007).

Os dados encontrados estão em concordância com a informação exposta pelo INE (2007), relativa às dimensões e à estrutura familiar. Em termos proporcionais, assiste-se ao aumento da percentagem de famílias de uma só pessoa e de duas pessoas, e em simultâneo, ao decréscimo da proporção de famílias com quatro ou mais pessoas.

Em relação ao rendimento mensal do agregado familiar, os resultados evidenciaram um rendimento intervalar na sua maioria entre 1001 a 2000 euros e de seguida de 501 a 1000 euros. Estudos realizados demonstraram que é comum nas famílias com maiores recursos económicos disporem de auxílio complementar para o cuidar. Para as famílias com baixos recursos económicos, cuidar de pessoas dependentes constitui um encargo financeiro, deste modo, os recursos económicos existentes poderão revelar-se exíguos para a satisfação das necessidades familiares (Andrade, 2009; Paúl, 1997; Ribeiro, 2005).

4.2 Os Prestadores de Cuidados das Famílias Clássicas do Concelho de Paços de Ferreira

Apesar da evolução da sociedade contemporânea ter vindo a interferir com os modelos relacionais da família, esta continua a desempenhar uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros, assim como na prevenção de complicações e problemas dos familiares que apresentam dependência. Quando um membro da família se apresenta numa situação de dependência, a família apoia-o através da adjudicação de um prestador de cuidados.

Segundo Pereira (2007), quando um cuidador assume esse papel fá-lo também em função de motivações. Alguns familiares assumem o cuidado porque o encaram como uma responsabilidade moral, reconhecendo que não querem vivenciar, posteriormente, um sentimento de culpa. Para outros cuidar é visto como um acto de reciprocidade, do dever cumprido. O reconhecimento social e familiar também são consideradas motivações que levam alguns cuidadores a assumir o papel (Lage, 2005).

A prestação de cuidados ao longo do ciclo vital tradicionalmente é atribuída à mulher. Este facto traduz um processo de divisão sexual dos papéis, observado ao longo dos tempos que está enraizado na cultura e que é transmitido de geração em geração (Paúl, 1997; Collière, 2003). Associado à questão cultural, a desvalorização do trabalho feminino e os salários geralmente mais baixos, fazem com que sejam as mulheres a permanecer em casa ou abandonar a actividade laboral para cuidar de um familiar em situação de doença, facto que se revelou bem visível entre os prestadores de cuidados de ambos os perfis, sendo maioritariamente femininos. Imaginário (2004, p.79) refere que, *“uma das principais razões que leva a que a maioria dos prestadores de cuidados seja mulheres tem a ver com a educação recebida e com a construção social das funções da mulher.”*

Para muitas mulheres, cuidar de um familiar é uma extensão do seu papel de esposa, mãe e dona de casa (Figueiredo 2007, Lage 2005, Pereira 2007).

Martin (2005), salientando o momento da escolha da pessoa da família que vai cuidar, diz que em primeira linha, estão as mulheres solteiras, domésticas ou desempregadas que coabitam com a pessoa dependente.

Quanto à idade, os resultados também evidenciaram a tendência relatada em outros estudos, de que a maioria dos prestadores de cuidados têm uma média de idades entre os 45 e os 60 anos (Figueiredo, 2007; Pereira, 2008).

Relativamente ao estado civil, verificou-se que a maioria dos prestadores de cuidados de ambos os perfis eram casados ou viviam em união de facto, ambos os resultados obtidos em relação à idade e ao estado civil são comparáveis a outros estudos (Lage 2007,

Pereira 2007). Também Figueiredo (2007) corrobora estes resultados ao afirmar que os casados representam a grande maioria dos que prestam cuidados a um familiar dependente.

Em relação ao nível de escolaridade, verificou-se um predomínio do 1.º ciclo e uma percentagem razoável de prestadores de cuidados sem nenhuma escolaridade, estes dados estão em consonância com outros estudos realizados, reflectindo a predominância de prestadores de cuidados com baixo nível de escolaridade (Lage 2007, Louro 2009). De acordo com a literatura, o baixo nível de escolaridade pode contribuir para que ao possível prestador de cuidados seja atribuído este tipo de tarefas equiparadas a uma extensão das actividades domésticas (Amendoal, 2007). Só um baixo número de prestadores de cuidados tinham formação superior, de um modo geral, pessoas com mais formação possuem, também, rendimentos superiores o que se revela decisivo para atenuar a sobrecarga financeira (Pereira, 2007), decorrente do aumento de despesas com os cuidados à pessoa dependente.

Quanto à situação perante a profissão, verifica-se o predomínio de prestadores de cuidados que não desempenham uma actividade remunerada, o que privilegia a concepção tradicional de cuidar da pessoa dependente em contexto domiciliário, o que vai de encontro aos resultados encontrados por Imaginário (2004) e Pereira (2007). Na verdade, o facto dos prestadores de cuidados não desempenharem actividade profissional fora de casa, permite maior disponibilidade para o apoio aos membros da família dependentes.

Em relação ao grau de parentesco, no nosso estudo, os prestadores de cuidados, na sua maioria eram, as(os) filhas(os), resultados similares aos verificados por, Lage (2007), Pereira (2007). Penning (1991, cit. por Lage 2007) refere que o cuidador é habitualmente a esposa. Na ausência da esposa e em segundo lugar na hierarquia do compromisso, vêm os descendentes da segunda geração. Neste caso, o mais provável é que seja a filha mais velha a assumir o papel. Habitualmente, é de meia-idade, casada e com filhos jovens. Em segundo lugar na hierarquia vem a filha viúva, depois a solteira, também ela de meia-idade, com ou sem filhos. Muito raramente o cuidador é um parente ou um jovem e muito mais raramente é um homem. Para além das normas sociais, a elegibilidade de quem será o cuidador segue a lógica do que tem mais disponibilidade ou está mais preparado para o desempenho do papel.

Na ausência do cônjuge são os filhos que assumem a responsabilidade pela prestação de cuidados. No caso da inexistência de uma filha, será o filho que assume a responsabilidade de cuidar, mas habitualmente, acaba por transferi-la para a esposa, neste caso, nora (Figueiredo, 2007). Nesse sentido, os resultados que encontramos na nossa investigação podem estar relacionados com o facto das pessoas dependentes

serem maioritariamente idosos, constituindo os filhos, nomeadamente as filhas, o elemento preferencial. De facto, a elevada percentagem de filhos que são prestadores de cuidados, pode ser explicada pelas características sócio-demográficas das pessoas dependentes. Gonçalves (2010), num estudo que realizou com famílias de idosos da quarta idade, constatou que os prestadores de cuidados eram maioritariamente filhas, o que para além de ir ao encontro do nosso estudo, valida a justificação referida.

A baixa proporção de irmãos, prestadores de cuidados, está de acordo com o defendido por alguns autores quando referem que apesar da maior parte das pessoas encarar os irmãos como potenciais cuidadores, apenas uma pequena percentagem recebe de facto a sua ajuda (Paúl, 1997; Andrade, 2009).

Encontramos no perfil de prestadores de cuidados, uma percentagem significativa de prestadores de cuidados mãe e pai. Pensamos que se relaciona com a presença de dependentes, com idade inferior a 18 anos.

No nosso estudo, a grande maioria dos prestadores de cuidados coabitavam com a pessoa dependente. Acreditamos que a partilha da mesma habitação facilite o relacionamento com a pessoa dependente e o próprio processo de cuidar. Esta relevância da relação de proximidade na decisão de cuidar é já relevada noutros estudos (Brito, 2002; Cuesta, 2004; Lage, 2005; Petronilho, 2007; Santos, 2004).

A variável coabitação influencia a sobrecarga do cuidador, na medida em que ao coabitar com a pessoa cuidada, o cuidador aumenta o tempo de cuidado e reduz o tempo de lazer e a sua vida social. Os casos mais frequentes são aqueles em que a coabitação se associa a um elevado grau de dependência e o tempo exigido é de permanência quase constante (Lage, 2007). Este é o caso da maioria dos prestadores de cuidados do nosso estudo, que coabitam com os seus familiares dependentes.

Pelo referido, podemos concluir que o perfil dos prestadores de cuidados vai de encontro ao perfil habitualmente encontrado por vários autores. É uma filha adulta, casada ou em união de facto, e, em alguns casos é a esposa também ela idosa, a coabitar com a pessoa dependente, com um nível de instrução baixo e maioritariamente doméstica ou reformada.

4.3 Pessoas Dependentes integradas em Famílias Clássicas do Concelho de Paços de Ferreira

No que se reporta à pessoa dependente constatamos o predomínio do género feminino. Este facto pode estar relacionado com a maior longevidade das mulheres, que vai de encontro a outros estudos realizados, existindo uma prevalência do sexo feminino (Araújo, 2009; Brito, 2002; Imaginário, 2007; Petronilho, 2007; Figueiredo, 2007).

De facto, as mulheres têm uma esperança de vida significativamente maior do que a dos homens. No entanto, de acordo com o INE (2002), as mulheres apesar de viverem mais anos, têm uma esperança de vida sem incapacidades bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens, constatando-se um predomínio das mulheres nas questões da dependência.

De acordo com a literatura, à medida que a idade avança, vai aumentando a probabilidade da pessoa se tornar incapaz para realizar de forma autónoma e independente determinadas actividades de autocuidado, dado que a percentagem de indivíduos com limitações funcionais aumenta nos grupos populacionais mais idosos, muito embora a dependência possa percorrer toda a estrutura da população, em qualquer fase da vida, não sendo, um atributo exclusivo da velhice (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008).

A maioria das pessoas dependentes neste estudo tinha idades superiores a 65 anos, verificando-se uma percentagem significativa de dependentes com idades superiores a 80 anos. Estes dados estão directamente relacionados com o envelhecimento progressivo da população, encontrando-se resultados semelhantes em outros estudos (Louro 2009; Martins, 2006; Petronilho, 2007).

Em relação ao estado civil, verificou-se que a maior parte dos dependentes eram casados ou viviam em união de facto. Estes resultados convergem com outros verificados por diferentes autores, em que o estado civil casado e viúvo eram os que apresentavam maior frequência de pessoas dependentes, embora com algumas diferenças percentuais (Amaral e Vicente, 2001; Brito, 2002; Loureiro, 2007; Louro, 2009; Martins, 2006).

Constatou-se que as pessoas dependentes na sua maioria não possuíam nenhum nível de escolaridade. Este dado é relevante considerando estudos que comprovaram que a dependência moderada a grave para os cuidados é mais provável em pessoas com baixo nível de escolaridade (Torres, 2009).

Em relação à condição profissional, a grande percentagem das pessoas dependentes eram pensionistas/reformados, resultados congruentes com outros estudos (Louro 2009). Estes resultados poderão ser fundamentados pelo facto da maioria das pessoas dependentes do nosso estudo serem idosas.

Para além dos dados sociodemográficos, abordar a situação de dependência das pessoas implica analisar o contexto situacional na qual ela ocorre, ou seja, compreender os vários factores que para ela concorrem. Lage (2007) refere que o desenvolvimento da dependência nas actividades da vida diária é frequentemente considerado como sendo o resultado do declínio biológico ou da doença.

No que concerne à situação que originou a dependência nas pessoas participantes neste estudo, deveu-se maioritariamente a doença crónica e ao envelhecimento. Existem

poucas certezas tão universais como o envelhecimento, *“ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem sucedidos e activos, mas também idosos incapazes, com autonomia limitada pela doença e pelo contexto onde vivem”* (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005, cit. Lage 2007, p.24).

Segundo Benjamin & Cluff (2001, cit. Louro 2009), estima-se, actualmente, que 80% das pessoas com 65 ou mais anos sofrem, pelo menos de uma doença crónica. A doença crónica, seja de natureza física, mental ou de ambas, é uma das maiores causas de incapacidade, motivando perda de independência e, muitas vezes, da própria autonomia (Figueiredo, 2007).

Na verdade, a maioria das pessoas desenvolve ao longo da vida, doenças crónicas, decorrentes da diminuição da funcionalidade orgânica, por sua vez, pode gerar incapacidade, levando à dependência de pessoas ou de equipamentos para a execução dos cuidados. À medida que se envelhece, as actividades de autocuidado vão paulatinamente e muitas vezes de forma gradual e imperceptível, tornando-se cada vez mais difíceis de executar, até que, por exemplo, percebe-se a necessidade de ajuda de outra pessoa para tomar banho, vestir ou a necessidade de utilizar uma bengala para poder andar. Mediante o referido, no que se refere à instalação da dependência, verificou-se que esta ocorreu maioritariamente de modo gradual.

A maioria das pessoas dependentes do nosso estudo (97,5%) encontrava-se em regime de polimedicação. Este resultado pode ser justificado pelo facto da maioria dos dependentes do estudo serem idosos, os quais constituem, na perspectiva de Amaral e Vicente (2001), os maiores consumidores de fármacos.

Nesta linha de pensamento, as pessoas com dependência devido às suas patologias apresentam uma maior tendência para sofrerem um internamento hospitalar ou recorrem ao serviço de urgência hospitalar. No que diz respeito aos internamentos (no último ano), 6,2% das pessoas dependentes estiveram internadas. Quanto aos episódios de recursos ao SU (no último ano), uma percentagem significativa de pessoas dependentes (29,5%) recorreram de duas a três vezes ao serviço de urgência.

No âmbito dos reinternamentos hospitalares Petronilho (2008) salienta os principais resultados da pesquisa efectuada por Coleman e colaboradores (2004). Estes demonstraram que os sujeitos que foram reinternados no hospital e que anteriormente foram alvo da intervenção dos profissionais de saúde no contexto domiciliário (ou os seus familiares cuidadores) para reforço da sua capacidade em dar resposta às necessidades foram cerca de metade daqueles que não receberam qualquer tipo de intervenção.

Em consonância com o referido, a promoção dos cuidados em contexto familiar passa pelo desenvolvimento de uma política de intervenção comunitária, onde os enfermeiros podem desenvolver um plano de intervenção, promotor de saúde e preventivo de potenciais complicações, como os reinternamentos.

4.4 Intensidade/Incentivo dos Cuidados realizados pelo Prestador de Cuidados à Pessoa com Dependência

Averiguamos no nosso estudo que a intensidade dos cuidados globais prestados pelos prestadores de cuidados às pessoas com dependência variava entre o grau moderado e o elevado, traduzindo um padrão de cuidados instrumentais e de carácter substitutivo da pessoa dependente. Estes dados são preocupantes pois, a intensidade supérflua dos cuidados torna-se limitadora do autocuidado. Podendo levar à exaustão do prestador de cuidados, dados comprovados em outros estudos (Andrade 2009; Pereira 2008).

Face aos resultados obtidos, os cuidados realizados com maior frequência foram os relacionados com o banho, vestir e despir e o uso da cadeira de rodas. Em relação inversa o incentivo dado pelo prestados de cuidados para a realização dessas actividades foi maioritariamente nunca ou às vezes.

Quanto ao autocuidado tomar banho o prestador de cuidados dá banho à pessoa dependente numa frequência de 2 vezes semanalmente, o incentivo que o prestador de cuidados transmite para que a pessoa dependente lave as zonas do corpo que é capaz difere entre o às vezes e o nunca. Averiguou-se que quem decide a frequência/local do banho é o prestador de cuidados e o local onde dá o banho é maioritariamente no chuveiro. Estes dados levam-nos a inferir que o processo de decisão e execução passa pelo prestador de cuidados, o que compromete a promoção da autonomia da pessoa dependente.

Em relação ao autocuidado vestir-se e despir-se verificou-se que a frequência dos cuidados do prestador de cuidados em vestir e despir a roupa da parte superior/inferior do corpo da pessoa dependente e calçar/descalçar oscila entre o sempre e às vezes. Constatando-se que o prestador de cuidados nunca incentiva o dependente para vestir-se e calçar-se sozinho, e é ele quem decide qual a roupa que a pessoa dependente vai vestir. Sendo a nossa amostra de pessoas dependentes maioritariamente idosa, depreende-se a dificuldade nestes autocuidados. Petronilho (2008), no seu estudo verificou que no domínio do vestir, uma das actividades em que os doentes apresentavam mais dificuldade era em calçar/descalçar os sapatos. Relativamente ao autocuidado alimentar-se, averiguamos que a maior frequência das refeições da pessoa dependente fornecida pelo prestador de cuidados diária era até 5 vezes ao dia, sendo

que o prestador de cuidados incentivava sempre a pessoa dependente comer sozinho e a beber água fora das refeições. Verificou-se que o local onde a pessoa dependente faz as refeições era na sua maioria na cozinha e quem decidia a frequência/composição/local das refeições era o prestador de cuidados.

Em relação ao uso de cadeira de rodas, constatámos no nosso estudo que o prestador de cuidados movimentava o seu familiar na cadeira de rodas numa frequência de 3 vezes ao dia, até 4 vezes mensalmente leva a passear/sair de casa na cadeira de rodas a pessoa com dependência. Observamos no nosso estudo que o prestador de cuidados nunca incentiva o dependente a utilizar sozinho a cadeira de rodas. Relembramos que dos 241 alojamentos, apenas uma percentagem de 27,2% possuíam acessibilidade para PMC. Naturalmente o ambiente físico que rodeia a pessoa dependente, exerce uma influência relevante, o ambiente pode colocar barreiras arquitectónicas e ergonómicas com repercussão negativa no desempenho das actividades de autocuidado, conduzindo a um aumento da dependência de outros. Apurámos que 80,5% da decisão para a utilização da cadeira de rodas era do enfermeiro, resultado que consideramos reflectir a importância dos cuidados de saúde primários, e a relevância do apoio do enfermeiro de família.

Para a OMS o enfermeiro de família, é responsável por um grupo bem definido de famílias e deverá também contribuir para actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, para além das suas funções de tratamento e de ajudar os indivíduos e famílias a adaptarem-se à doença e à incapacidade crónica, e empregar uma grande parte do seu tempo junto dos doentes e famílias, nos seus domicílios e em período de crise. Deverá fazer aconselhamento sobre os modos de vida e factores de risco ligados aos comportamentos, bem como ajudar as famílias em todas as questões ligadas à saúde (OMS, 2002).

De acordo com Neri (2000), um dos princípios de educação de adultos baseia-se em o educador fomentar, elogiar e reconhecer o trabalho do educando. Sendo assim, este tipo de recompensas pode funcionar como poderosos incentivos para o prestador de cuidados, sobretudo se o enfermeiro os usar de modo sistemático e planeado. Neste contexto, é necessário que o enfermeiro dê ênfase ao acompanhamento da pessoa dependente e o seu cuidador, e os veja como parceiros da equipa de saúde.

Face ao autocuidado andar, o prestador de cuidados assiste o seu familiar na deambulação até 3 vezes ao dia e incentiva às vezes, nunca a pessoa dependente a deambular sozinho. Relativamente à decisão dos períodos/locais de deambulação é da pessoa dependente. Convém realçar que 67,2% das pessoas dependentes do nosso estudo possuíam idades superiores a 65 anos, comprovando um predomínio de dependentes com idades superiores a 80 anos (39,8%). Estes dados ligam-se com o

envelhecimento da população, que conduz inevitavelmente à dependência, de pessoas ou equipamentos para a realização das actividades de autocuidado, aquando a realização da colheita de dados muitos dos prestadores de cuidados manifestavam o receio de queda do seu familiar dependente, preferiam acompanhá-lo na deambulação e referiam que raramente os incentivam, como comprovam os resultados.

Mistiaen e colaboradores (1997) referem que a necessidade de informação é eleita como a maior dificuldade para doentes e familiares cuidadores. Verifica-se que a postura e os procedimentos do prestador de cuidados, podem contribuir para a promoção da independência, ou agravar a dependência, de quem cuidam. Se os prestadores de cuidados julgarem que os seus familiares dependentes não têm capacidade para executar determinadas actividades, acabam por prestar mais auxílio, desprovendo a pessoa com dependência da prática de actividades para as quais ainda estava habilitada, o que pode conduzir ao estabelecimento gradual da dependência (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008). No nosso estudo verificamos que em relação ao vestir e despir a pessoa dependente, a intensidade dos cuidados do prestador de cuidados varia entre o sempre e às vezes e nunca incentivam o familiar a realizar este cuidado, em algumas situações o dependente realmente não consegue efectuar o autocuidado, mas na maioria das vezes o prestador de cuidados prefere fazer pela pessoa dependente, a frequência desta actividade sem incentivo para a realização da mesma leva a que a pessoa acentue ainda mais a sua dependência nesta tarefa.

Pavarini e Neri (2000), no estudo que realizaram, verificaram que os padrões de interacção, prestador de cuidados/pessoa dependente, mais frequentes, são o estímulo à dependência e a manutenção da dependência. A existência do padrão de estímulo à dependência, verificou-se quando o prestador de cuidados se opunha a iniciativas de independência por parte da pessoa e permitia acções de dependência.

Em suma, no nosso estudo em relação à definição dos cuidados prestados, verificamos que o papel assumido pelo prestador de cuidados no âmbito do autocuidado, é o de agir pela pessoa dependente ou em substituição da mesma, realizando em elevadas intensidades/frequências os cuidados, em vez de, acções de incentivo à promoção da capacidade de autocuidado da pessoa dependente através do estímulo à participação na realização dos cuidados. Mediante o exposto, estamos perante um perfil de prestação de cuidados do tipo substitutivo, pouco centrado na promoção da autonomia da pessoa dependente.

5. CONCLUSÃO

Os progressos científicos e sociais alcançados no último século permitiram o aumento da longevidade e da esperança de vida. Aumento este que, particularmente no mundo ocidentalizado, fez surgir o fenómeno do aumento das doenças crónicas e incapacitantes, passando a morte a acontecer, com frequência, no final de uma doença crónica evolutiva mais prolongada. Acresce que os referidos progressos produziram ainda alterações de hábitos, condições e formas de vida que se traduzem, entre outros factores de risco, nos aumentos de acidentes de trabalho e de viação que contribuem para o aumento de situações incapacitantes e de dependência do contexto familiar.

Assumir o papel de cuidador implica readaptações dos papéis familiares e alterações socioeconómicas complexas. A integração na família de uma pessoa dependente, incapaz de realizar as actividades de autocuidado, envolve um grande desafio pessoal e familiar, pois as pessoas envolvidas vêem-se obrigadas a desenvolver novas competências. O desempenho deste papel tem implicações na vida pessoal, familiar, laboral e social dos membros da família prestadores de cuidados, bem como da pessoa dependente, perspectivando-se como um desafio aos enfermeiros no sentido de se constituírem como um recurso profissional para essas pessoas (Campos, 2008).

O fenómeno aprofundado em estudos como o nosso, revestem-se de particular interesse na identificação do perfil dos portugueses dependentes no autocuidado, na caracterização dos cuidados prestados pelos prestadores de cuidados em diferentes contextos sociais.

Finalizando o nosso estudo, fica a convicção, de que a elaboração desta dissertação contribuiu para aprofundar conhecimentos e dar início a um percurso na aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da investigação.

Tendo por base a questão de investigação: *“Qual é a intensidade de cuidados do prestador de cuidados em todos os autocuidados realizados à pessoa com dependência e o incentivo que o prestador de cuidados promove na pessoa com dependência para realizar os cuidados?”*, delineamos este percurso de forma lógica e ordenada.

Pela utilização, de uma metodologia quantitativa e de um estudo exploratório, descritivo-correlacional, considerámos que a concretização dos objectivos propostos inicialmente foi alcançada.

Dos resultados obtidos, concluímos que 11,73% das famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira integravam pessoas dependentes no autocuidado.

As políticas actuais dão cada vez mais ênfase à manutenção das pessoas dependentes no domicílio como estratégia para a promoção do autocuidado e preservação da sua

identidade e dignidade. Neste sentido, o papel do prestador de cuidados reveste-se de uma importância inquestionável. Importa referir que a proximidade afectiva e física (coabitação) coloca os prestadores numa posição privilegiada para o desempenho do papel.

As pessoas dependentes integradas nas famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira, eram na sua maioria do sexo feminino, casadas/união de facto ou viúvas, com idade média de 67,6 anos. A maior parte das pessoas dependentes não possuíam nenhum nível de escolaridade e uma percentagem significativa tinha o ensino básico. Quanto à instalação da dependência, em 159 dos dependentes ocorreu de modo gradual sendo as principais causas da dependência as doenças crónicas e o envelhecimento.

Relativamente à intensidade dos cuidados globais realizados pelo prestador de cuidados às pessoas dependentes integradas em famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira, varia entre o grau moderado e o elevado, reflectindo uma carga de cuidados excessiva, ao invés, do incentivo que é fornecido nunca e às vezes pelo prestador de cuidados às pessoas dependentes.

Recorrendo à nossa prática profissional verificamos que a utilização de estratégias para o *incentivar a*, são diminutas verificando-se a preferência pela intensidade da carga de trabalho e *fazer pelo* doente, persiste a ideia primária de que é mais rápido.

Há assim o predomínio de cuidados substitutivos que para além de contribuírem para a exaustão do cuidador, conduzem ao agravamento da situação de dependência. O facto de maioritariamente o prestador de cuidados ter uma relação de parentesco próxima da pessoa dependente, pode reforçar o papel substitutivo assente na obrigatoriedade moral de fazer pelos seus. Este contexto agrava assim a condição de saúde quer da pessoa dependente como do prestador de cuidados.

Urge, uma mudança interventiva nesta área visando a dignificação da pessoa dependente, que tem o direito de usufruir das potencialidades ainda presentes, sendo necessário que os prestadores de cuidados não anulem a sua presença, mas atendam à sua individualidade e às suas necessidades. Deste modo, poder-se-á evitar que a pessoa seja substituída naquilo que ela é capaz de fazer ou lhe seja pedido que faça coisas que estão além da sua capacidade.

A evidência deste estudo mostra-nos que a coabitação do prestador de cuidados e o facto de estar não activo, tem uma relação estatisticamente significativa com a intensidade dos cuidados fornecida ao dependente. De acordo com alguns autores, a coabitação pode estar relacionada com o grau de dependência da pessoa cuidada (Grelha, 2009).

Este estudo permitiu compreender os contextos que rodeiam os cuidados prestados pelos prestadores de cuidados, e conhecer o perfil das pessoas dependentes no

autocuidado integrados em famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira. Poderá constituir-se como um ponto de partida para estudos futuros de carácter longitudinal e servir de base para a criação de estratégias de intervenção, que visem dar respostas às reais necessidades da pessoa dependente e, naturalmente, às famílias prestadoras de cuidados.

De facto, torna-se imperativo (re)pensar os modelos de intervenção em uso para uma prática de maior proximidade. O domicílio, para além de ser local ideal para o enfermeiro realizar um diagnóstico de situação das necessidades do prestador de cuidados e da pessoa dependente, é o contexto ideal para a execução de intervenções que optimizem a capacidade de autocuidado.

Do exposto, é necessário vocacionar o sistema para o cuidar em casa, através de uma visão holística que permita a integração da família como um sistema multidimensional de cuidados e de assistência à saúde familiar, num paradigma que mobilize os profissionais de saúde em torno do prestador cuidado, pessoa com dependência e da família.

Os Enfermeiros de família, situados no centro da rede de serviços essenciais à prossecução dos objectivos da Política de Saúde 21, são o grupo de profissionais mais capazes de desenvolver modelos de prática em contexto domiciliário. Pelos seus saberes e competências mas também pela sua capacidade de abordagem sistémica e de avaliação interdisciplinar.

A avaliação das necessidades da família implica a sua participação activa no processo de cuidados: dar oportunidade para se expressar sobre as suas expectativas face à ajuda que irá necessitar no domicílio, quer dos profissionais de saúde (rede formal), quer dos restantes elementos da família e, eventualmente, amigos e vizinhos (rede informal); perceber o grau de disponibilidade para cuidar; saber quais as suas crenças sobre a capacidade de executar os cuidados e a complexidade dos mesmos; conhecer a vivência de experiências anteriores semelhantes; compreender a sua relação de intimidade afectiva com a pessoa a cuidar; ter o conhecimento da evolução da doença e das opções terapêuticas. Estes são parâmetros que se devem ter em conta numa relação de cuidados que se deseja ser profissional (Petronilho 2007).

Deste modo, *“os objectivos da Enfermagem direccionam-se no sentido de ajudar o utente a conseguir e a manter o máximo de independência e desempenho seguro nas actividades de autocuidado”* (Theuerkauf, 2000, p.174).

Salientamos a importância do estudo deste fenómeno de carácter epidemiológico, e a necessidade da realização de outras investigações com fim de identificar as pessoas dependentes em contexto familiar de forma a ter-se uma visão global do perfil dos dependentes e famílias prestadoras de cuidados, de cada região de Portugal.

Embora o estudo que mostramos ser um trabalho individual está, como já mencionamos, inserido num grupo de investigação, cujo objectivo mais amplo foi o de conhecer e caracterizar os dependentes no autocuidado e os seus prestadores de cuidados no concelho de Paços de Ferreira.

Em suma, os resultados obtidos na nossa investigação salientam a importância, de identificar as pessoas dependentes integradas em famílias, para delinear estratégias de intervenção; valorizar o contexto do cuidado no domicílio e no âmbito familiar; reconhecer a importância dos equipamentos/recursos para a promoção do cuidado da pessoa dependente e dar mais proficiência, mestria e sistemática a áreas definidoras do “core” da profissão de Enfermagem, como a profissionalização dos cuidados, integrando o prestador de cuidados neste percurso em contexto domiciliário, tendo como foco de atenção as pessoas dependentes e famílias.

Acreditamos que com a realização deste tipo de investigação possamos contribuir para uma sociedade, capaz de acolher e cuidar dos seus no domicílio. Transformando o progresso da enfermagem em contexto domiciliário numa aposta e num requisito das sociedades actuais, focados na prestação de cuidados qualificados a pessoas dependentes, idosos e famílias cuidadoras. O nosso estudo assentando numa amostra probabilística é passível de ser extrapolado, construindo um retrato social do país. Pode ser tido em conta no sistema de saúde, propiciando respostas eficazes e mais humanizadas às populações.

Este, como vários outros estudos realizados nos últimos anos, mostram a relevância social do papel desempenhado pelos prestadores de cuidados familiares que constituem uma rede autónoma de resposta a situações que envolvem saúde, doença e cuidado, sem que tenha havido o devido reconhecimento e apoio por parte do sistema de saúde em particular e da sociedade em geral.

Como salienta Petronilho (2007), a investigação em enfermagem terá sempre um papel muito relevante no estudo dos fenómenos associados às transições, não só na descrição e explicação desses mesmos fenómenos (dimensão teórica da enfermagem), mas também na identificação de estratégias (intervenções) que promovam uma maior capacidade ao ser humano para lidar com essas transições (dimensão prática da enfermagem).

“É, assim, necessário evoluir dos modelos tradicionais de exercício da profissão de enfermeiro – biomédicos, centrados na doença -, para modelos mais centrados na ajuda profissional que os enfermeiros podem proporcionar às pessoas e famílias para lidar com transições na saúde/doença, transições geradas pelo envelhecimento ou transições para o exercício do papel de prestador de cuidados.” (Silva 2007, p.10).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, P.; SILVA, C. O que é um delineamento de um estudo em saúde? (2005), pp. 1-2.

ALMEIDA, A. C.; MIRANDA, M.; RODRIGUES, M. & MONTEIRO, R. (2005) - Transição do doente dependente para a família. Revista Sinais Vitais. Nº 62. Coimbra, pp. 26-31.

AMARAL, M. F. & VICENTE, M. O. (2001) – Grau de dependência nos idosos. Nursing. Ano 13, nº 158. Lisboa, pp. 8-14.

AMENDOLA, F. (2007) – Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa saúde da família do município de São Paulo. São Paulo: [s.n.]. Dissertação ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem à Universidade de São Paulo.

ANDRADE, F.M.M. (2009) – O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. Dissertação ao grau de Mestre em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do Minho.

ARAÚJO, I. M.; PAÚL, C.; MARTINS, M. M., (2009) Cuidar de Idosos Dependentes no Domicílio: Desafios de Quem Cuida. Ciência Cuidar Saúde, (Abril-Junho) pp. 191-197.

BRERETON, L.; NOLAN, M. (2002) – “Seeking”: a Key activity for new carers of stroke survivors. Journal of clinical Nursing, 11; p. 22-31.

BRITO, L. (2002) – A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto Editora.

CALDAS, C. (2003) – Envelhecimento com Dependência: Responsabilidades e Demandas da Família. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 19 Nº 3, Mai-Jun. pp.773-781. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf> (Consultado em 2 de Junho de 2011)

CAMPOS, M. (2008) – Integração na Família de uma Pessoa Dependente no Autocuidado: Impacto da Acção do Enfermeiro no Processo de Transição [Tese de Mestrado]. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. (2006) – Estratégias da Família Utilizadas no Cuidado ao Idoso com condição Crónica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5, 119-126.

CARRILHO, M. J. (2008). A situação Demográfica Recente em Portugal, *Revista de Estudos Demográficos*, 44, pp.35-80.

CARRILHO, M. J.; GONÇALVES, C. (2006) – Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento. Análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. Disponível em: www.advita.pt.

CERQUEIRA, M. (2005) – O cuidador e o doente paliativo. Formasau: Coimbra.

CERQUEIRA, M. (2006) – O cuidador e o doente paliativo: Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para cuidar do doente paliativo no domicílio. Coimbra: Formasau.

COLLIÉRE, M. F. (1999) – Promover a vida. Loures: Lusociência.

COLLIÉRE, M. F. (2003) – Cuidar... A primeira arte da vida. Loures: Lusociência.

CUESTA, C. (2004) – Construir un mundo para el cuidado: un estudio cualitativo de pacientes com demencia. *Revista Rol de Enfermagem*. Vol. 27, Nº12. pp. 843-850.

DECRETO-LEI nº 11/93. D. R. I Série. 149 (93-01-15).

DECRETO-LEI nº 101/2006. DR de 06 de Junho. Diário da Republica - I Série A, Nº 109, pp.3856-3865.

DECRETO-LEI nº 28/2008. DR de 22 de Fevereiro. Diário da República, 1ª série – Nº 38, pp.1182-1189.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2004). Circular Normativa n.º13/DGCG – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Portugal: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2005). Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração – Relatório Preliminar. Portugal: Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2005) - Elementos Estatísticos: informação geral: saúde. Lisboa.

FIGUEIREDO, D. (2007) – Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. Lisboa: Climepsi Editores.

PHANEUF, M. (2001) – Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto Editora.

FORTIN, M. F. (2003) – O Processo de Investigação: da Concepção à Realização. Loures: Lusociência,.

FORTIN, M. F. (2009) – Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.

GIL, A. C. (2007) – Como elaborar projectos de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas.

GRELHA, P. A. S. S. (2009) – Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário – Estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida. [Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos]. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina.

HENDRIX C.; RAY C. (2006) – Informal caregiver training on home care and cancer symptom management prior to hospital discharge: a feasibility study., *Oncology Nursing Forum* [Oncol Nurs Forum], Jul; Vol. 33 (4).

HANSON, S. (2005) – Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação. Loures: Lusociência.

ICN (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2. Ordem dos Enfermeiros.

IMAGINÁRIO, C.M.I. (2004) – O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.

IMAGINÁRIO, C.M.I. (2008) – O Idoso Dependente em Contexto Familiar: uma análise da visão da Família e do Cuidador Principal. Coimbra: Formasau.

JACQUES, M. E. (2004) – Ser Idoso: Abordagem Psicossomática no contexto Institucional e Familiar. *Revista Sinais Vitais*, 55, pp.34-37.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2002) – O envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socioeconómica recente das Pessoas Idosas. Lisboa: Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatística Censitárias e de População do INE.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2005) – Projecções de população residente Portugal e NUTS II 2000-2050. INE.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2008) – Anuário Estatístico da Região Norte.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2002) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0. Genebra.

LAGE, M. I. (2007) – Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacto do Cuidado no Cuidador Informal [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

LAGE, M. I. (2007) – Cuidados ao Doente Idosos Dependentes em Contexto Familiar. *Nursing*, 217, 40-43.

LAGE, M. I. (2007) – Questões de Género e Cuidados Familiares a Idosos. *Nursing*, 217, pp. 40-43.

LAGE, M. I. (2005) – Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*, Lisboa: Climepsi, pp. 203-229.

LAGE, M. I. (2009) – O impacto do cuidado no cuidador informal de idosos não dementes. In Resumo de comunicações: Encontro de Enfermagem – Os Mais Adultos da urgência aos cuidados domiciliários, Coimbra: Formasau, pp.42-44.

LOURO, C. (2008) – Transição do doente dependente do contexto hospitalar para família. Revista de Ciências de Saúde de Macau. Vol. 8, Nº 4, pp. 316-320.

LOUREIRO, M. (2007) – As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos – diagnóstico de situação. Revista Geriatrics. Maio-Junho, Vol. 3, nº 15, pp. 50- 58

LWANGA, S. K.; LEMESHOW S. (1991) – Sample Size Determination in Health Studies. A Practical Manual. Geneva: World Health Organization.

MARTÍN, I. (2005) – O Cuidado Informal no âmbito Social. Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi.

MARTINS, M. (2002) – Uma Crise Acidental na Família: o doente com AVC. Coimbra: Formasau.

MARTINS, T. (2006) – Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores. Coimbra: Formasau.

MARTINS, M. (2003) – A família, um suporte ao cuidar. Revista Sinais Vitais, 50, pp. 52-56.

MARTINS, T. (2006) – Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores. Coimbra: Formasau,

MARTINS, T.; RIBEIRO, J.; GARRET, C. (2003) – Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. Revista Psicologia, Saúde e Doença, 4(1), pp. 131-148.

MCEWEN M.; WILLS E. M. (2009) – Bases Teóricas para Enfermagem. 2º ed., Porto Alegre: Artemed:.

MELEIS, A. SAWYER, L. IM.; E. MESSIAS, D.; SCHUMACHER, K. (2000) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (3), pp.12-28.

MELEIS, A. (2005) – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Rev. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

MELEIS, A. (2010) – *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.

MELEIS, A. (2012) – *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE (2006). Decreto - Lei nº 101/06 - D.R., I Série A, nº 109 de 06/06/2006- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

MISTIAN, P., DUIJNHOUWER, E.; BONT, M.;VEEGER, A. (1997) – The problems of elderl people at home on week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25, pp.1233-1240.

MONTEIRO, M.C.D. (2010) – *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar – o inicio da dependência*. [Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

NERI, A. L. (2000) – *Qualidade de vida e atendimento domiciliário*. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 33-47.

NOGUEIRA, M.A.A. (2003) – *Necessidades da família no cuidar: Papel do Enfermeiro*. [Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

NUNES, L. (2007) – *Olhar no Sentido do Futuro: do que temos ao que queremos - na encruzilhada do presente*. Dia Internacional do Enfermeiro.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001) – Relatório sobre a saúde do mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho De Enfermagem (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Divulgar. Dezembro.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2002) – A cada família o seu enfermeiro. [S. l.] Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - Conselho de enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003) – Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OREM, D. (1993) – Modelo de OREM conceptos de enfermagen en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

OREM, D. (1991) – Nursing: concepts of practice. Louis: Mosby Year Book.

OREM, D. (1995). – Nursing: concepts of practice. New York: Mosby.

PADILHA, J. M. (2006) – Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa.: Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

PAÚL, C. (1997) – Lá para o fim da vida: Idoso, família e meio ambiente. Coimbra: Climepsi Editores.

PAÚL, C. (2005) – Envelhecimento activo e redes de suporte social. “Revista Sociologia”. Porto. ISSN 0872-3419. Vol. 15, pp. 275- 287.

PAÚL, C.; FONSECA, A. M.; MARTÍN, I.; AMADO, J. (2005) – Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), Envelhecer em Portugal, Lisboa: Climepsi, pp. 75-108.

- PAÚL, C.; FONSECA, A. F. (2005) – Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi editores.
- PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. (2000) – Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, pp. 49-70.
- PEREIRA, A. S. C. A. (2008) – Cuidadores Familiares e Idosos Dependentes: Perfil, Motivos e Satisfação com a Vida [Tese de Mestrado]. Aveiro: Universidade da Aveiro – Secção Autónoma de Ciências da Saúde.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. (2005) – Análise de dados para Ciências Sociais, A Complementaridade do SPSS. 4ª Edição. Lisboa : Edições Sílabo, p. 690.
- PETRONILHO, F.A.S. (2007) – Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau.
- PETRONILHO, F.A.S. (2008) – A Transição da Família para o Exercício do Papel de Cuidadora, Programa de Doutoramento em Enfermagem Revisão Sistemática da Literatura, Universidade de Lisboa.
- RELVAS, A.; ALARCÃO, M. (2007) – Novas formas de família. 2ª ed. Coimbra : Quarteto, (Psicologia Clínica e Psiquiatria).
- RIBEIRO, O. (2005) – Quando o cuidador é um homem. In C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa: Climepsi Editores, pp. 231-254.
- SANTOS, A. (2004) – Acidente Vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- SANTOS, P. A. L. (2005) – O familiar Cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa.

SANTOS, M. I. S. (2006) - Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

SANTOS, S. M. A. (2003) - Cuidador familiar de idosos com demências – um estudo qualitativo em famílias de origem Nipo - Brasileira e Brasileira. Campinas: Tese de Doutoramento.

SEQUEIRA, P. M. D. (2009) – Educação para a Saúde à Família do doente com AVC. Revista Investigação em Enfermagem. Sinais Vitais. Coimbra. Nº 20, (Agost.), pp.15-25.

SEQUEIRA, C. (2007), Cuidar de idosos dependentes, Coimbra, quarteto.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. (2004) – Envelhecer em família. Porto, Ambar, 1ª edição. Novembro.

SHUMACHER, K. (1996) – Reconceptualizing family caregiving: family based illness come during chemotherapy. Research in Nursing & Health, 19 (4), August.

SILVA, A. (2001) – Reflexões sobre investigação centrada no contexto da acção das práticas de enfermagem. Nursing, Nº 161, (Dez) pp.14-20.

SILVA, A. (2007) – “Enfermagem Avançada”: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. Servir, (55), Janeiro-Abril, pp. 11-20.

SILVA, J. F. (2006) – Quando a vida chegar ao fim. Loures: Lusociência.

SILVER H. (2002) – Nutrition Education May Reduce Burden in Family Caregivers of Older Adults. Journal of Nutrition Education & Behavior, Mar/Apr Supplement 1, Vol. 34, p-53.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. (2004) – Envelhecer em Família – Os Cuidados Familiares na Velhice . Porto: Âmbar.

THEUERKAU, A. (2000) – Autocuidado e actividades da vida diária. Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo. 2ª Edição. Loures : Lusociência, pp. 173-207.

TORRES, G. V. (2009) – Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Avaliação psicológica*, 8(3), pp. 415-423.

ZAGONEL, I. P. S. (1999) – O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*. Vol. 7, n.º3 (Jul), p. 25-32

Anexo I



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:

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | Sim | Não |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | |

FAMÍLIA

Tipo de família

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

Rendimentos do agregado / mês

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

Número de membros da família

--	--



23967

PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO

Perfil 1

- Prestador de cuidados
- Parente dependente institucionalizado
- Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

- Coabita com o dependente?** Sim Não

Sexo

- M F

Idade

--	--

Estado civil

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

Nacionalidade

- Portuguesa
- Não portuguesa (especificar)

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

Nível de escolaridade

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

Parentesco

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

Profissão

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

Perfil 2

- Prestador de cuidados
- Parente dependente institucionalizado
- Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

- Coabita com o dependente?** Sim Não

Sexo

- M F

Idade

--	--

Estado civil

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

Nacionalidade

- Portuguesa
- Não portuguesa (especificar)

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

Nível de escolaridade

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

Parentesco

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

Profissão

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

CODIFICAÇÃO:

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

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE II - FORMULÁRIO PCD

PESSOA DEPENDENTE

Sexo

- M
 F

Idade

--	--

Estado civil

- Casado/ União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado

Nacionalidade

- Portuguesa
 Não portuguesa (especificar)

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

Nível de escolaridade

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

Profissão

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

Situação que originou a dependência

Sim Não

- Envelhecimento
 Acidente
 Doença aguda
 Doença crónica
 Outra

Instalação da dependência

- Súbita
 Gradual

Tempo de dependência

--	--

 Anos

--	--

 Meses

Consumo medicamentos

- Não
 Sim

Variedades de fármacos (n.º)

--	--

Internamentos no último ano

- Nenhum
 Um
 Dois
 Três
 Mais de três (especificar)

--	--

Episódios de recursos ao SU, no último ano

- Nenhuma
 Uma
 Duas
 Três
 Mais de três (especificar)

--	--

Número de fármacos nas tomas/dia

--	--

AUTOCUIDADO: Tomar banho

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



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

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

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

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama
 No chuveiro/banheira
 Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

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

- Sempre Às vezes Nunca

Assento suspenso para banheira

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 de apoio para banho

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 de banho (fixa/ giratória)

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 higiénica

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 banheira

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

Lava cabeças para acamados

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

Antiderrapante

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



55527

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

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

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

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

Dependente Prestador de cuidados Outro



	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**
 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

Calça meias/tira meias **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

Calçadeira de cabo longo **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

Cordões elásticos **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

Extensões para fechos de correr **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

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"/>

**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 maquiagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

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

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

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

Pente de cabo longo**Necessário (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

**AUTOCUIDADO: Alimentar-se**

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

Quantas refeições fornece ao seu familiar? vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

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

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

- Na cama
 Na sala de jantar/cozinha
 Outro

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

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

Abridor 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



Mesa de comer na cama	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			
Rebordo para prato	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			
Suporte de copos	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			
Suporte de palhinha para copo	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:	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"/>

**AUTOCUIDADO: Uso do sanitário**

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

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

- Fralda Arrastadeira Sanita Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

- Fralda Arrastadeira Sanita Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

- Dependente Prestador de cuidados Outro

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

Posiciona o seu familiar no sanitário? Sempre Às vezes Nunca

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

Alteador de sanita	Necessário (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/>			
Arrastadeira	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/>			
Barra de apoio de sanitário	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/>			
Cadeira sanitária	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/>			
Cueca impermeável	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/>			
Colector urinário	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



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/>			
Urino!	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/urino! ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a região perineal ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar o seu familiar na sanita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

Com que frequência senta o seu familiar? vezes / dia

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

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

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

Almofada elevatória**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

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

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

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

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

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

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

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



<u>Grades de apoio / segurança</u>	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/>			
<u>Colchão anti-úlceras de pressão</u>	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/>			
<u>Cotoveleira</u>	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/>			
<u>Coxim</u>	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/>			
<u>Transfer de cama (dispositivo para posicionar)</u>	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/>			
<u>Imobilizador abdominal</u>	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/>			
<u>Luva de imobilização</u>	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/>			
<u>Posicionador de perna e pé</u>	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/>			
<u>Suporte para as costas</u>	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/>			
<u>Dispositivo de prevenção de pé equino</u>	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
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

**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

**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 / dia

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

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro

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

Bengala**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

Canadiana(s)**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**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

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"/>



55527

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 de a 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** 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

Aspirador de secreções**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

Caixa de comprimidos**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

Caneta de insulina**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

Corta comprimidos**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

Máquina de pesquisas de glicemia capilar**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

Nebulizador**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

Oxigenoterapia**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

Termómetro (para registo de temperatura)**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

Triturador de comprimidos**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



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

**RECURSOS COMPLEMENTARES**

<u>Dispositivo de chamada</u>	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/>			
<u>Material de instrução e aprendizagem</u>	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/>			
<u>Prótese auditiva</u>	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/>			
<u>Telefone / telemóvel</u>	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/>			
<u>Pinça para alcançar objectos</u>	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/>			
<u>Suporte para cartas</u>	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/>			
<u>Enfia agulhas</u>	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/>			
Outro 1 (especificar)	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="text"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Razão da não utilização	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			
<hr/>			
Outro 2 (especificar)	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="text"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Razão da não utilização	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso			

