



## MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO

Clemente Neves Sousa<sup>1</sup>, Maria José Peixoto<sup>2</sup>, Berta Salazar<sup>3</sup>

1 PhD, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS, Portugal

2 PhD, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS, Portugal

3 Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto, UNIESEP, Portugal

### INTRODUÇÃO

A utilização de instrumentos na prática clínica permite identificar de forma objetiva as alterações físicas, psíquicas e espirituais, assim como aspetos subjetivos de modificação do estado de saúde-doença. O uso sistemático de instrumentos possibilita quantificar as alterações na condição de saúde da pessoa, adequar a intervenção e avaliar a evolução do seu estado clínico.

A informação que emerge da utilização de um instrumento é precisa, objetiva e reflete o estado de saúde da pessoa. No entanto, é importante selecionar de forma cuidada o instrumento, que vai avaliar a função/atributo de forma apropriada. Contudo, a informação que resulta dos instrumentos deve ser analisada, tendo em consideração o contexto, a condição clínica e análise crítica do enfermeiro. É importante analisar as propriedades métricas dos instrumentos usados no contexto clínico, nomeadamente o processo de adaptação cultural, a fidelidade (reprodutibilidade e consistência interna), validade (análise fatorial exploratória e confirmatória) e condições/critérios de uso.

Neste capítulo descrevemos alguns instrumentos que permitem avaliar, identificar e quantificar o nível de autocuidado realizado pela pessoa, os quais permitem reconhecer o seu nível de necessidade de autocuidado de acordo com a sua condição clínica. Os instrumentos aqui apresentados foram desenvolvidos/adaptados por investigadores ou estudantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) nos seus processos de aprendizagem.

### ESCALA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

A Escala *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) foi desenvolvida com o objetivo de medir o autocuidado com a diabetes em adultos (Toobert, Hawpson, & Glasgow, 2000). A versão original da SDSCA é constituída por 19 itens que se estruturam em seis dimensões: alimentação (2 itens referentes à alimentação em geral e 3 itens relativos à alimentação específica); exercício físico (2 itens); monitorização da glicemia (2 itens); medicação (1 item ou a média de 2, em alternativa); cuidados com os pés (5 itens); hábitos tabágicos (4 itens). A escala está parametrizada em dias por semana (0-7) de forma a traduzir os comportamentos da pessoa nos últimos sete dias. O zero traduz a situação menos desejável e o sete a mais favorável, “lendo-se: em X dos últimos sete dias... a pessoa teve determinado comportamento”. A consistência interna é avaliada pela correlação inter-itens, sendo referenciada uma média de 0,47, exceto para a dieta específica que apresentou um valor não confiável inter-itens ( $r=0,07-0,23$ ) (Bastos, Severo, & Lopes, 2007). As correlações do teste-reteste efetuadas após 3 a 4 meses foram moderados.

A SDSCA foi traduzida, adaptada culturalmente para a língua portuguesa, e avaliadas as propriedades psicométricas, por Bastos e colaboradores em 2007, sendo a versão portuguesa denominada de Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAD). Durante o processo de tradução e validação, nomeadamente na adaptação cultural, os autores consideraram acrescentar itens na dimensão alimentação (referentes ao consumo de álcool, de doces e o uso de açúcar para adoçar bebidas), correspondendo a uma versão de 23 itens. Na versão portuguesa os itens foram distribuídos, também, por 6 dimensões após análise das componentes principais (rotação Varimax): alimentação geral (3 itens); alimentação específica (7 itens); atividade física (2 itens); monitorização da glicemia (2 itens); cuidados com os pés (3 itens); medicamentos (1 item se faz só antidiabéticos orais ou Insulina; são 2 itens se faz antidiabéticos orais e Insulina); e hábitos tabágicos (3 itens), oscilando o alfa de Cronbach por dimensão entre 0,36 e 0,68 (Bastos, Severo, & Lopes, 2007).



Os autores optaram por excluir alguns itens cuja presença fazia baixar o alfa de Cronbach, diminuindo a consistência interna e, ficando a EAAD com 17 itens. Após análise das componentes principais, os autores efetuaram uma reorganização dos itens da escala em função das novas dimensões.

A SDSCA é de fácil aplicação, interpretação e demora sensivelmente 20 minutos a preencher (Bastos, Severo, & Lopes, 2007). É de autopreenchimento, contudo, se necessário pode ser aplicada através de entrevista, onde o entrevistador apenas lê e preenche o questionário, tendo atenção a que o entrevistado perceba a questão.

A obtenção do score final da SDSCA é calculada através do score por dimensão que resulta da média do número de dias dos itens que constituem a mesma. As questões 1 e 7 da dimensão alimentações específicas devem ser recodificadas invertendo a pontuação, são itens invertidos. Contudo no que se refere às variáveis correspondentes aos hábitos tabágicos estas foram consideradas isoladamente por estarem codificadas de forma diferente e, por isso, não sujeitas a análise da consistência interna.

A SDSCA é uma medida multidimensional que facilita a interpretação do fenómeno da adesão ao regime terapêutico e é sensível à mudança em todos as dimensões do regime terapêutico.

## FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Em 2009, Duque desenvolveu um “Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado”, com o objetivo de avaliar o nível de dependência, necessidades de autocuidado e condição de saúde da pessoa (Duque, 2009). O desenvolvimento do instrumento teve por base a Nursing Outcomes Classification (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016), que permite determinar as habilidades de autocuidado de pessoas com dependência. O instrumento original era constituído por 10 dimensões, com 93 itens e boas características métricas.

Em 2010, no âmbito de um projeto mais amplo desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), com o objetivo de avaliar os níveis de dependência de autocuidado da população portuguesa, foi realizado a adequação do instrumento original (Gonçalves, 2013). Este foi revisto, tendo sido eliminados itens por se considerarem redundantes e acrescentados outros e dimensões relativos à gestão e toma de medicação. Esta versão com um total de 67 itens em 11 domínios de autocuidado, foi utilizada em diversos estudos de investigação por um grupo de docentes da ESEP (Martins, 2011; Silva R., 2011; Silva A., 2012; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015). Todavia, o resultado encontrado nos diferentes estudos mostrou haver ainda alguma redundância de informação avaliada pelos diferentes itens, pelo que se decidiu evoluir para uma versão mais reduzida.

Este desafio foi levado a cabo por Pereira (2014) que usou a designação de “Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado” (FADA), para criar uma versão revista. Assim, através de um grupo de peritos, constituído maioritariamente por investigadores que tinham utilizado a última versão (67 itens), decidiu selecionar apenas os itens mais relevantes de cada dimensão. A versão em estudo foi preenchida por uma amostra de indivíduos com algum compromisso na realização de atividades de autocuidado, que estavam a frequentar um centro de dia e/ou unidade da rede de cuidados continuados.

Com base nestes resultados, foi publicada, em 2021, a versão reduzida do FADA, constituída por 8 dimensões (tomar banho, vestir e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, uso do sanitário, transferir-se, andar e tomar a medicação), com um total de 27 itens. Conforme resultados apresentados por Parente e colaboradores (2021), o instrumento apresenta boa consistência interna, variando de 0.67 (dimensão tomar a medicação) a 0.96 (dimensão andar). Apresenta uma moderada correlação com o Índice de Barthel e com a Escala de Lawton e Brody, evidenciando ser um instrumento de medida discriminatório (Parente, et al., 2021).

O formulário idealmente deve ser aplicado pelo profissional de saúde através da observação do participante na realização de atividades de autocuidado.



Cada dimensão apresenta um número de itens específicos e cada item é medido através de uma escala ordinal pontuada de 1 a 4 (1 - dependente incapaz de realizar, mesmo com a ajuda de outra pessoa; 2 - dependente precisa da ajuda de outra pessoa; 3 - necessita de dispositivos auxiliares; e 4 - totalmente independente). A pontuação é calculada através do somatório de todos os itens para cada dimensão.

O FADA é um instrumento que permite avaliar o nível de dependência (resultado) e identificar quais as atividades em que a pessoa tem compromisso, permitindo aos profissionais pensarem em soluções/estratégias que, eventualmente, possam dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa em função da sua condição clínica.

### ESCALA DE LAWTON E BRODY

A Escala de Lawton e Brody desenvolvida em 1969, tem o objetivo de avaliar a autonomia da pessoa para realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) para viver de forma independente na comunidade (Lawton & Brody, 1969). Inclui oito domínios das atividades instrumentais; usar telefone, fazer compras, preparar alimentação, fazer a lida da casa, lavagem roupa, uso transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro. A versão original apresenta uma pontuação dicotómica (0/1), com a avaliação global a variar num continuum entre uma baixa e uma alta funcionalidade (0-8), traduzindo a capacidade da pessoa para realizar essas atividades. As pessoas avaliadas são pontuadas tendo em atenção o seu nível mais alto de funcionamento na categoria.

A validação da Escala de Lawton e Brody para a população portuguesa foi efetuada por Araújo e colaboradores (2008). A versão Portuguesa mantém os oito domínios da versão original, mas pontua de forma diferente cada uma das opções de resposta para cada um dos itens. Este procedimento objetivou melhorar a capacidade do instrumento, para discriminar melhor o nível de (in)dependência de cada pessoa e desta forma, adequar melhor as intervenções às reais necessidades. Foi avaliada a qualidade da escala na forma original (0-1) apresentando um  $\alpha=0,91$  e na versão alternativa (policotómica) um  $\alpha=0,94$ .

Os autores testaram a validação fazendo a correlação com quatro escalas que mediam vários domínios. Todas as correlações se apresentaram significativas ao nível 0,01 ou 0,05.

Na avaliação das qualidades psicométricas identificou-se um  $\alpha$  de Cronbach de 0,91 para a escala pontuada na forma original (0-1) e um  $\alpha$  de Cronbach de 0,94 para a versão policotómica. Os valores identificados mostram um elevado nível de fidelidade em ambas as versões, apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, entre  $r=0,52$  e  $r=0,80$  na versão original e  $r=0,77$  e  $r=0,86$  na versão policotómica (0, 1, 2, 3, 4).

Atendendo aos resultados obtidos na análise métrica da escala alternativa, os autores consideraram que esta versão do instrumento é adequada para utilização em população idosa em contexto comunitário, proporcionando a discriminação da pessoa no que se refere à capacidade de execução das AIVD.

O método de análise de componentes principais, com rotação ortogonal através do método varimax, para cada uma das versões em estudo, sugere apenas um fator, o qual explica 72,66% da variância (versão alternativa) e 61,29% na versão original.

Araújo e colaboradores estudaram a validade convergente do instrumento de forma a fazer a sua validação externa, procedimento que permite avaliar se o construto mostra correlações com outras variáveis relacionadas. Assim, enunciaram a hipótese de que a escala de Lawton e Brody que avalia as AIVD e o Índice de Barthel que avalia as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) se correlacionavam de forma positiva e significativa. A correlação fortemente positiva e estatisticamente significativa observada entre a escala de Lawton e Brody (policotómica) e o Índice de Barthel traduz ( $r=0,82$ ;  $p\leq 0,01$ ), que a autonomia nas AIVD se relaciona de forma direta com as ABVD.

A escala apresenta-se como uma ferramenta útil para a monitorização da pessoa, permitindo identificar e implementar precocemente intervenções, resultando daí uma maior eficácia. O instrumento deve ser aplicado preferencialmente em contexto comunitário.



Na opinião dos autores, em contexto dos cuidados de saúde na comunidade, a versão policotómica dá informação pertinente para a implementação de planos de cuidados mais pessoalizados, pela sua capacidade de melhor discriminar os idosos no que concerne à sua (in)capacidade para a realização das oito AIVD. Desta forma, na monitorização da população idosa, o instrumento poderá identificar melhor, pequenas alterações na funcionalidade do idoso.

A escala de Lawton e Brody é um instrumento com um nível de fidelidade elevado, fácil de aplicar e interpretar, tem boa adesão (profissionais e idosos), não requer pessoal especializado, tem baixo custo e consome pouco tempo no seu preenchimento (10 a 15 minutos) (Lawton & Brody, 1969). É largamente usado quer no contexto da pesquisa quer no da prática clínica.

O método de preenchimento apresenta-se como uma limitação, pois, a tarefa devia ser avaliada através da demonstração e não do autorrelato, para maior objetividade. Também apresenta pouca sensibilidade a pequenas alterações que se podem dar na tarefa. Para além disso, pode também ser influenciada pela cultura e género. Na construção da escala os autores constataram diferenças entre as mulheres e os homens, estes não pontuaram nos domínios de preparação de alimentos e tarefas domésticas, contudo as indicações para o preenchimento da escala orientam para a avaliação de todos os domínios em ambos os sexos.

## ÍNDICE BARTHEL

O Índice de Barthel concebido por Mahoney e Barthel, tem o objetivo de avaliar a independência dos indivíduos para a realização de dez ABVD - comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965).

A pontuação global na escala original está compreendida entre 0-100, em que a dependência total corresponde ao zero e a independência a 100. A pontuação atribuída a cada item é operacionalizada em intervalos de cinco pontos (0, 5 ou 10) em que zero corresponde ao pior valor e 10 ao melhor.

Este é um instrumento muito utilizado e, nesta ampla aplicação, têm sido concebidas outras versões diferentes do original, nomeadamente aumentando ou diminuindo atividades e/ou alterando o sistema de pontuação do instrumento.

O Índice de Barthel foi validado para a população portuguesa por Araújo e colaboradores em 2007, tendo por base uma amostra de idosos residentes na comunidade em diferentes regiões do norte de Portugal, contemplando o ambiente citadino, rural e misto. Após validação o instrumento manteve as mesmas ABVD, contudo, apresenta alteração na pontuação dos itens variando o total num intervalo de 0-20 e a pontuação por item pode atingir um máximo de três. Tal como na versão original o valor mínimo equivale a maior dependência (0) e o valor máximo a maior independência (20).

O seu preenchimento pode ser efetuado através da observação, pelos registos clínicos existentes ou por autopreenchimento.

O instrumento apresenta qualidades métricas que o identificam com boa aplicabilidade para medir a capacidade para avaliar a independência dos indivíduos para a realização de dez ABVD. Os valores da consistência interna obtida através do alfa de Cronbach remetem para um instrumento com elevada fiabilidade, com 0,96, mostrando os itens da escala correlações com a escala total entre  $r=0,66$  e  $r=0,93$  (Araújo, et al., 2007). É uma escala unidimensional, todos os itens apresentaram uma carga fatorial entre 0,71 e 0,94, contudo quando forçado a duas dimensões discriminou o autocuidado e a mobilidade (77,6% da variância) e a eliminação (6,9% da variância). Quando calculada a consistência interna destas duas dimensões identifica-se um  $\alpha$  de 0,97 e outro de 0,81, respetivamente.

Apesar do instrumento original ser unidimensional, os autores consideram esta subdivisão importante, atendendo às repercussões na carga horária na prestação de cuidados olhando as dimensões. Para além disso, quando o problema se centra na eliminação os profissionais de saúde devem ser mais cuidadosos no que se refere aos aspetos de intimidade da pessoa.

Os autores partiram da hipótese que o Índice de Barthel e a Escala de Lawton e Brody tinham uma correlação significativa



e positiva. Ao ser efetuado a validade de critério a hipótese foi confirmada visto se identificar uma correlação forte e positiva (0,84) com a escala de Lawton e Brody.

O índice de Barthel é um bom instrumento para avaliar o nível de (in)dependência do indivíduo não só a partir da pontuação total, mas também, pelas pontuações parciais de cada atividade per si, visto conseguirmos identificar as incapacidades individuais da pessoa o que nos proporciona a possibilidade de ajustar os cuidados às necessidades reais. Ou seja, a mesma pontuação global em pessoas diferentes pode traduzir-se em cuidados distintos de forma a dar resposta à(s) atividade(s) identificada(s) com maior incapacidade.

Não estão documentadas limitações.

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO ANTECIPATÓRIOS À CONSTRUÇÃO DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

A Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado Antecipatórios à Construção da Fístula Arteriovenosa (ECAAC-FAV) foi desenvolvida por Sousa e colaboradores em 2015, com o objetivo de avaliar os comportamentos de autocuidado realizados pela pessoa para a preservação da rede vascular antes da construção da fístula arteriovenosa (Sousa, Figueiredo, Dias, Teles, & Apóstolo, 2015).

A ECAAC-FAV é constituída por 4 itens, apresentando bons parâmetros métricos a nível da fiabilidade no teste-reteste e na consistência interna, alfa de Cronbach de 0,83.

Esta escala é de rápida aplicação, de autoadministração, podendo ser preenchida pelo profissional de saúde, quando a pessoa apresenta problemas visuais ou incapacidade dos membros superiores que impossibilite escrever.

Cada item tem uma escala tipo Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (nunca realiza esse autocuidado) e 5 (sempre realiza esse autocuidado). A pontuação final é obtida através do somatório de todos os itens, variando entre 4 e 20, correspondendo 4 ao mínimo e 20 ao máximo. O valor numérico da pontuação final é transportado para a fórmula que permite identificar a frequência de comportamentos de autocuidado na preservação da rede vascular. Quanto mais elevada é a percentagem, ou seja, mais próxima de 100, mais elevado é a frequência de comportamentos de autocuidado. A ECAAC-FAV foi adaptada e validada no Brasil.

A ECAAC-FAV é uma escala unidimensional que possibilita compreender e avaliar o autocuidado na preservação da rede vascular. É uma escala pequena, fácil de aplicar e necessita de pouco tempo para ser administrada (5 minutos).

A sua utilização clínica encontra-se limitada a pessoas que apresentem condição cognitiva adequada e memória íntegra.

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA EM HEMODIÁLISE

A Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise (ECAHD-FAV) foi desenvolvida por Sousa e colaboradores em 2015. Esta escala tem como objetivo avaliar os comportamentos de autocuidado realizados pela pessoa com fístula arteriovenosa, com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise (Sousa, et al., 2015).

A ECAHD-FAV é constituída por 16 itens, com uma estrutura bidimensional: a primeira designada Prevenção de Complicações com 10 itens, em que avalia comportamentos de autocuidado que os doentes devem realizar para prevenir a infeção e trombose da fístula; a segunda designada gestão de sinais e sintomas com 6 itens, avalia os comportamentos de autocuidado direcionados a sinais e sintomas de complicações com o acesso.



No estudo original, a ECAHD-FAV apresenta bons parâmetros métricos a nível da fiabilidade no teste-reteste e na consistência interna, escala global com alfa de Cronbach de 0,80 e nas subescalas Prevenção de Complicações e Gestão de Sinais e Sintomas com alfa de Cronbach de 0,72 e 0,80, respetivamente (Sousa, et al., 2015).

Esta escala é de rápida aplicação, de autoadministração, podendo ser preenchida pelo profissional de saúde, quando a pessoa apresenta problemas visuais ou incapacidade dos membros superiores que impossibilite escrever. Contudo, a sua utilização clínica encontra-se limitada, a pessoas que apresentem condição cognitiva adequada e memória íntegra.

Cada item tem uma escala tipo Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (nunca realiza esse autocuidado) e 5 (sempre realiza esse autocuidado). A pontuação final é obtida através do somatório de todos os itens, variando entre 16 e 80, correspondendo 16 ao mínimo e 80 ao máximo. O valor numérico da pontuação final é transportado para a fórmula que permite identificar a frequência de comportamentos de autocuidado com a fistula, realizados pela pessoa. Quanto mais elevada é a percentagem, ou seja, mais próxima de 100, mais elevado é a frequência de comportamentos de autocuidado com a fistula.

A ECAHD-FAV encontra-se validada na China (Yang, et al., 2019), Turquia (Íkiz, et al., 2021) e Brasil (Lira, et al., 2021) e encontra-se em processo final de validação no Irão e Taiwan.

A ECAHD-FAV é uma escala bidimensional que possibilita a compreensão e avaliação do autocuidado com a fistula arteriovenosa em doentes em hemodiálise, sendo sensível a todas as dimensões do autocuidado, nomeadamente a prevenção de complicações e gestão de sinais e sintomas. É uma escala pequena, fácil de aplicar e necessita de pouco tempo para ser administrada (15 minutos).

## FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA DE AUTOCUIDADO NA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

O Formulário de Avaliação da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal foi desenvolvido por Silva e colaboradores em 2012 (Silva C., 2012). O processo de construção do formulário teve como objetivo avaliar a competência (conhecimentos e habilidades) de autocuidado na pessoa com ostomia de eliminação intestinal (Silva C., 2012).

O processo de construção do instrumento iniciou-se pela definição do conceito de competência, seguido pela decisão dos aspetos que pretendiam medir e da definição dos indicadores que determinaram as questões a colocar, com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem, o que a literatura evidencia e na experiência profissional dos investigadores (Cardoso, T, 2011; Gomes, 2012; Silva C., 2012).

O desenvolvimento do formulário teve por base o instrumento elaborado por Schumacher (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000), o qual avalia a habilidade de cuidar do prestador de cuidados informal e teve em consideração a natureza multidimensional da competência de autocuidado à ostomia. Neste contexto, foram identificados seis domínios: conhecimento; autovigilância; interpretação; tomada de decisão; execução; negociação e utilização dos recursos de saúde. Estes seis domínios são fundamentais para avaliar a competência de autocuidado à ostomia, fazendo corresponder a cada um deles os respetivos indicadores.

No processo de validação de conteúdo do formulário foram utilizados peritos através de um focus group, e aplicado a uma amostra de conveniência de 180 participantes. O Formulário apresenta 45 indicadores de medida, agrupados em seis domínios (conhecimento; autovigilância; interpretação; tomada de decisão; execução; negociação e utilização de recursos).

Pinto e colaboradores em 2014, realizaram a validação de constructo do formulário em 225 participantes. Os seis domínios apresentam um alfa de Cronbach que oscila entre 0,75 (domínio conhecimento) e 0,88 (domínio negociação e utilização de recursos em saúde), e 0,95 no formulário global (Pinto, Santos, Brito, & Queirós, 2016).



O seu preenchimento pressupõe avaliar (questionar e/ou observar) a pessoa ostomizada sobre os indicadores relativos a cada domínio da competência. É necessário consultar o manual de preenchimento do formulário. A avaliação do enfermeiro sobre o desempenho da pessoa deve basear-se nos critérios definidores dos indicadores dos domínios da competência, assinalando como:

**Não demonstra (1)** – a pessoa ostomizada não demonstra competência de autocuidado, porque não cumpre qualquer um dos critérios definidores para cada indicador do domínio da competência.

**Demonstra parcialmente (2 - 4)** – a pessoa ostomizada demonstra parcialmente a competência de autocuidado, porque não cumpre todos os critérios definidores formulados para cada indicador do domínio da competência, mas cumpre pelo menos um.

**Demonstra totalmente (5)** – a pessoa ostomizada demonstra totalmente a competência de autocuidado, porque cumpre todos os critérios definidores dos indicadores formulados para cada domínio da competência.

**Não se aplica** – Assinala-se em situações em que não é possível avaliar o indicador do domínio da competência, porque este não pode ser atribuído ao caso particular do ostomizado ou porque não existem dados suficientes para a sua avaliação.

A aplicação do formulário, tem um grande interesse prático para um acompanhamento longitudinal facilitando a estruturação do processo de ensino, assim como do seu registo. É de fácil aplicação na avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado à pessoa com ostomia intestinal. No entanto, a sua utilização exige um conhecimento aprofundado do manual, para que o registo seja rigoroso e reflita a realidade, o que numa fase inicial pode prolongar muito a aplicação do instrumento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saúde Pública*, pp. 25(2):59-66.

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Em A. d. Saúde, Leal, I; Ribeiro, JLP; Silva, I; Marques, S* (pp. 217-220). Porto: Universidade do Porto.

Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Med Port*, pp. 20:11-20.

Cardoso, T. (2011). Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal (Dissertação de mestrado). Porto: ESEP.

Costa, A. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.

Duque, H. (2009). The patient dependent on self-care: A study on the evaluation and professional action of nurses (Master Thesis). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Gomes, A. (2012). Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no momento da alta do internamento (Dissertação de mestrado). Porto: ESEP.

Gonçalves, P. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

İkiz, S., Usta, Y., Sousa, C., Dias, V., Magalhães, A., Lins, S., & Ribeiro, O. (2021). Validation of the scale of assessment of self-care behaviours for arteriovenous fistula in patients ongoing haemodialysis in Turkey. *J Ren Care*, p. doi.org/10.1111/jorc.12354.

Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, pp. 9(3): 179-186.

Lira, M., Sousa, C., Wanderley, M., Pessoa, N., Lemos, K., Manzini, C.,... Ramos, V. (2021). Scale of Assessment of Self-Care Behaviors with Arteriovenous Fistula in Hemodialysis: A Psychometric Study in Brazil. *Clin Nurs Rese*, p. doi:10.1177/1054773821989800.

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. Md State Med J, pp. 14:61-65.



Martins, R. (2011). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2016). NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem (5.º ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Parente, P., Costa, A., Pereira, S., Machado, P., Martins, T., Pereira, F., & Silva, A. (2021). Self-Care Dependency Evaluation Form: Psychometric properties of the revised version with 27 items. *Scand J Caring Sci*, p. DOI: 10.1111/scs.12966.

Pinto, I., Santos, C., Brito, M., & Queirós, S. (2016). Propriedades Psicométricas do Formulário Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 8:75-84.

Rocha, M. (2015). Dependência no autocuidado em contexto familiar, estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M., & Dibble, S. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Res Nurs Health*, pp. 23(3):191-203.

Silva, A. (2012). Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Silva, C. (2012). Desenvolvimento da competência de ostomia de eliminação intestinal (Dissertação de mestrado). Porto: ESEP.

Silva, R. (2011). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Sousa, C., Apóstolo, J., Figueiredo, M., Dias, V., Teles, P., & Martins, M. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis. *Hemodial Int*, 19 (2), pp. 306-313.

Sousa, C., Figueiredo, M., Dias, V., Teles, P., & Apóstolo, J. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviours anticipatory to creation of arteriovenous fistula. *J Clin Nurs*, 24(23-24), pp. 3674-80.

Toobert, D., Hawpson, S., & Glasgow, R. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. *Diabetes Care*, pp. 23(7): 943-950.

Yang, M., Zhao, H., Ding, X., Zhu, G., Yang, Z., Ding, L., . . . Sousa, C. (2019). Self-Care Behavior of Hemodialysis Patients With Arteriovenous Fistula in China: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *Ther Apher Dial*, pp. 23(2):167-172.