



Universidade Católica Portuguesa

**FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS
DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO - ESTUDO
EXPLORATÓRIO DE BASE POPULACIONAL NO
CONCELHO DO LISBOA**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Por

Andreia Cátia Jorge Silva da Costa

Sob orientação de

Professor Doutor Abel Paiva e Silva

Instituto de Ciências da Saúde

Março, 2013

Dedico este trabalho a todos, os que participando na minha vida, permitiram que se concretizasse.

Em especial:

Aos meus pais, à minha irmã e à minha tia;

Ao António e à Margarida.

*“Muitas são as opiniões dos homens, e as más imaginações conduzem ao engano.
Sem pupila falta a luz e sem conhecimento, a sabedoria.”*

Eclesiástico 3, 24-25

Agradecimentos

Agradeço a todos os que se disponibilizaram, e que pelo interesse, dedicação e paciência tornaram possível a realização deste percurso.

Um agradecimento especial:

Ao Professor Doutor Abel Paiva, por tudo o que me ensinou, pela clareza e rigor na orientação, pelo acompanhamento e disponibilidade;

Ao Paulo pelo apoio e partilha, e pela receção sempre calorosa;

À Elisa pelos bons conselhos, palavras motivadoras e companhia nas viagens ao Porto;

Ao grupo de investigação, de Lisboa e do Porto, pela disponibilidade e colaboração. Ao Professor Doutor Filipe Pereira pelo acompanhamento e apoio;

A todas as famílias que nos deixaram entrar em suas casas e tornaram possível esta investigação;

À minha família e amigos pelo apoio, paciência e compreensão.

MUITO OBRIGADA!

Resumo

A investigação que aqui se reporta apresenta como propósito a caracterização do fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar e do fenómeno da prestação de cuidados ao familiar dependente, no concelho de Lisboa.

As dificuldades reconhecidas ao exercício do papel de familiar prestador de cuidados apesar do desenvolvimento de competência para tal, sugere a necessidade de acompanhar a transição para familiar prestador de cuidados. Os indicadores que poderão traduzir o sucesso do processo de transição são vários, a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativo ao exercício do papel, a condição de saúde do familiar dependente e a caracterização dos cuidados prestados, pela análise efetuada relativa ao grau de dependência da pessoa.

As intervenções de enfermagem que acompanham este processo, designado como um processo dinâmico, têm como objetivo final constituir intervenções facilitadoras na vivência dos acontecimentos com vista a uma transição saudável.

A investigação que se apresenta assenta numa abordagem quantitativa, tendo sido realizado um estudo exploratório de base populacional cujo plano de amostragem permite inferir os resultados para a população. O instrumento desenvolvido constitui uma ferramenta de utilidade clínica na perspetiva da avaliação multidimensional do fenómeno em estudo. A amostra integrou cerca de 2500 famílias, sendo que 8% destas famílias integram no seu seio pelo menos um familiar dependente no autocuidado. Foram estudadas 121 famílias, em que as pessoas com dependência se caracterizam por apresentar grau elevado de dependência, não participam no seu autocuidado ou dependem de pessoa para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, como sendo posicionar-se no leito ou alimentar-se. Os resultados permitem estimar que, em 2011, 19396 famílias residentes no concelho de Lisboa acolhiam uma pessoa com dependência no autocuidado e que, aproximadamente um terço destas famílias, integrava no seu seio uma pessoa em situação de dependência alectuada.

Na perspetiva da experiência do cuidador, os resultados permitem aferir que não existem ganhos na dependência ou na condição de saúde, ao invés disso, quer a dependência quer a condição de saúde prolongam-se ou aumentam a par com o

envelhecimento da pessoa, independentemente do número de anos de exercício do papel de prestador de cuidados.

Os resultados revelam que nas situações em que o familiar prestador de cuidados percebe maior autoeficácia, presta cuidados de maior intensidade e incentivam mais a autonomia da pessoa dependente. Contudo, no contexto de maior dependência, o familiar prestador de cuidados assume um perfil dominante na prestação de cuidados do tipo substituição, com menor utilização de recursos. Nas situações de dependência do tipo ambulatorio identifica-se um perfil de prestação de cuidados menos centrado em cuidados de substituição, integrando um perfil de atuação de suporte.

Palavras-Chave: Dependência no autocuidado; familiar prestador de cuidados; condição de saúde; percepção de autoeficácia; recursos utilizados na prestação de cuidados.

Abstract

The research presented here refers to the purpose of knowing the phenomenon of dependence in self-care in the family context and the phenomenon of care given to a family dependent in the municipality of Lisbon.

The difficulties recognized to the role of a family caregiver, despite the development of competence, suggest the need to support the transition to family care provider. There are many indicators that can expose the success of the transition process, such as the perception of self-efficacy specific to the family care provider, the health condition of the family dependent and characterization of given care by the analysis made on the dependence degree of the person.

Nursing interventions that accompany this process, known as a dynamic process, are intended to provide interventions that facilitate the experience of events towards a healthy transition.

This study is based on a quantitative approach, having been performed a correlation/exploratory study based on population, who's sampling plan can allow inferring the results to the population. The developed instrument is a useful clinical tool in the evaluation multidimensional perspective of the phenomenon under study. The sample aggregated about 2500 families, of which 8% of these families integrate within it at least one family dependent in self-care. There were 121 families that were studied in which people with addiction are characterized by having high degree of dependence, by not being involved in their own care or by depending on other person to meet their needs for care, such as positioning themselves in bed or eating. The results indicate that approximately one third of households in the municipality of Lisbon integrate within it a person in a situation bed confinement and that in 2011 there were 19,396 families who welcomed a person with dependence in self-care.

In the perspective of the caregiver experience the results allow to assess that there are no gains in dependency or health condition, instead, the dependence and the health condition extend in time or increase along with the aging of the person, regardless of the number of years of the exercise of role of the care provider.

The results show that in situations where the family caregiver perceives greater self-efficacy, greater intensity of care is provided and the individual autonomy is encouraged, however, in the context of greater dependence the family caregiver takes a dominant profile in providing care, the substitution type, with less use of resources. In situations of dependency like outpatient type a profile of care less centralize in substitution care is identified, incorporating a profile of support performance.

Keywords: Dependence on self-care, family care provider, health status, perception of self-efficacy; resources used in providing care.

Abreviaturas e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACL – Academia de Ciências de Lisboa
ACS – Alto Comissariado da Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AVD – Atividades da Vida Diárias
CEDRU - Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CS – Centro de Saúde
DEC - Departamento de Estatísticas Censitárias
DGEEP – Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento
DGS – Direcção-Geral da Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DR – Diário da República
ECCI - Equipas domiciliárias dos cuidados continuados Integrados
ECOS – Em Casa Observamos Saúde
EGAS – Equipas de Gestão de Altas
FDA – Familiar Dependente no Autocuidado
FPC – Familiar Prestador de Cuidados
GDH – Grupo de Diagnósticos Homogéneos
GEP - Gabinete de Estatística e Planeamento
INE – Instituto Nacional de Estatística
INS – Inquérito Nacional de Saúde
INSA – Instituto Nacional de Saúde
MFPC – Membro Familiar Prestados de Cuidados
MTSS – Ministério do Trabalho e da Segurança Social
n.º - Número
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association
NOC – Nursing sensitive Outcomes Classification
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde

PAE – Percepção de autoeficácia
PC – Prestador de cuidados
PDA – Pessoa Dependente no Autocuidado
PMR – Portadores de Mobilidade Reduzida
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU – Serviço de Urgência
UA – Unidades de Alojamento
UA - Unidades de Ambulatório
UC - Unidade de Convalescença
UCC – Unidade de Cuidados Continuados
UDPA - Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia
UI - Unidades de Internamento
ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção
UMCCI – Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados
UMDR - Unidades de Média Duração e Reabilitação

ÍNDICE GLOBAL

1. INTRODUÇÃO	29
1.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	43
1.2 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL	44
1.2.1 ENVELHECIMENTO, MORBILIDADE E MORTALIDADE	48
1.2.2 ENVELHECIMENTO, POBREZA E CUIDADOS DE SAÚDE	53
1.3 A PESSOA COM DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO INTEGRADA NA FAMÍLIA: RECURSOS COMUNITÁRIOS	55
1.4 A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO E O “DEVER DE GARANTE”	62
1.5 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO E CONCEITOS CENTRAIS	64
1.5.1 FAMÍLIA.....	64
1.5.2 ALOJAMENTO.....	69
1.5.3 DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	70
1.5.3.1 A teoria de Orem.....	70
1.5.3.2 O autocuidado na Classificação Internacional para a Prática de enfermagem	71
1.5.3.3 Conceito de dependência no autocuidado.....	72
1.5.3.4 Estudos de dependência e de incapacidade em Portugal	73
1.5.4. A CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO.....	75
1.5.5. O PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS	77
1.5.5. 1.Mestria	78
1.5.5. 2. Perceção de Autoeficácia	79
1.5.5.3. Perceção de Autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel.....	81
1.5.6. RECURSOS	83
1.5.6. 1. Recursos Materiais.....	84
1.5.6. 2. Recursos “a pessoas”	84
1.5.6. 3. Recursos Económicos	85
1.5.7. CUIDADOS	86
1.5.8. PARENTE INSTITUCIONALIZADO.....	88
1.6. SÍNTESE SOBRE A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	91
1.7. VISÃO GERAL DA TESE	92
1.8. REFERÊNCIAS	93
2. MATERIAL E MÉTODOS	105

2.1. FINALIDADE	105
2.1.1. Objetivos do estudo	105
2.2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	108
2.2.1. RECOLHA DE DADOS	110
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	112
2.4. FORMULÁRIO	116
2.4. 1. FAMÍLIA	117
2.4. 2. ALOJAMENTO.....	120
2.4. 3. DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	120
2.4. 4. RECURSOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA.....	123
2.4. 5. PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO PRESTADOR DE CUIDADOS RELATIVA AO EXERCÍCIO DO PAPEL	124
2.4. 6. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR À PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO	129
2.4. 7. CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO.....	134
2.4. 8. FAMÍLIA COM PARENTE PRÓXIMO INSTITUCIONALIZADO.....	136
2.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	138
2.6. VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	139
2.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	141
2.8. REFERÊNCIAS	142
3. FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO, NO CONCELHO DE LISBOA	145
3.1. PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DE LISBOA QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO	146
3.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS FAMÍLIAS, ALOJAMENTOS, PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO E PRESTADORES DE CUIDADOS	153
3.3. CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	155
3.3. 1. FIABILIDADE DA ESCALA DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	156
3.3. 2. GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	158
3.4. CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO	167
3.5. PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO PRESTADOR DE CUIDADOS RELATIVA AO EXERCÍCIO DO PAPEL	170
3.5. 1. FIABILIDADE DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO PRESTADOR DE CUIDADOS RELATIVA AO EXERCÍCIO DO PAPEL.....	170
3.5. 2. PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO PRESTADOR DE CUIDADOS RELATIVA AO EXERCÍCIO DO PAPEL QUANTO ÀS DIMENSÕES EM ESTUDO.....	176

3.6. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS	181
3.6. 1. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS- FREQUÊNCIA DIÁRIA	186
3.6. 2. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS- FREQUÊNCIA SEMANAL	189
3.6. 3. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS- FREQUÊNCIA MENSAL	192
3.7. RECURSOS UTILIZADOS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA À PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO	193
3.8. FAMÍLIAS CLÁSSICAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO: DOIS TIPOS DE SITUAÇÃO	199
3.9. REFERÊNCIAS	209
4. FAMÍLIAS CLÁSSICAS COM UM PARENTE PRÓXIMO INSTITUCIONALIZADO	211
4.1. PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DE LISBOA QUE TÊM UM PARENTE PRÓXIMO INSTITUCIONALIZADO	211
4.2. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA, PESSOA DEPENDENTE, INSTITUIÇÃO E DECISÃO DE INSTITUCIONALIZAR	213
4.3. INSTITUCIONALIZAR OU MANTER EM CASA A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO: INFLUÊNCIA DA IDADE E DO ESTADO CIVIL DA PESSOA DEPENDENTE E DO RENDIMENTO/MÊS DO AGREGADO FAMILIAR	217
5. A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO COMPARAÇÃO DE RESULTADOS DOS CONCELHOS: LISBOA E PORTO	219
5.1. ALOJAMENTO, FAMÍLIA E PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO	219
5.2. DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	223
5.3. CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO	225
6. CONTEXTO DAS FAMÍLIAS CLÁSSICAS DE LISBOA QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	229
6.1. INTEGRAÇÃO NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	254
6.2. REFERENCIAÇÃO PARA A RNCCI DO CONCELHO DE LISBOA	257
6.3. PROJEÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO, NO CONCELHO DE LISBOA, PARA O ANO 2050	263
6.4. CONTEXTO FAMILIAR COMO RESPOSTA À SITUAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO – SÍNTESE REFLEXIVA	265
6.5. REFERÊNCIAS	274
7. CONCLUSÕES	281

7.1. REFERÊNCIAS	293
8. BIBLIOGRAFIA	295
ANEXOS.....	317
Anexo I – Inquérito.....	318
Anexo II - Tabelas de caracterização sociodemográficas das amostras	341
Anexo III - Caraterização das principais dimensões e das variáveis de caraterização das amostras	346
Anexo IV - Tabelas de caracterização do grau de dependência no autocuidado.....	348
Anexo V - Tabela de caracterização da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado.....	350
Anexo VI - Tabela de caracterização da Percepção da Autoeficácia do familiar prestador de cuidados.....	352
Anexo VII - Tabela de caracterização dos cuidados prestados pelo familiar cuidador....	354
Anexo VIII - Tabela de caracterização dos recursos utilizados pelo familiar cuidador...	357
Anexo IX - Tabelas de caracterização dos parentes com pessoa institucionalizada	360
Anexo X - Tabelas de caracterização das correlações na análise da consistência interna da escala da dependência no autocuidado	363
Anexo XI - Tabela das correlações entre as principais dimensões e as características das amostras.....	367
Anexo XII – Tabelas de caracterização das relações entre as dimensões em estudo e os domínios do autocuidado que as constituem	369

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Principais causas de morte por grupo etário, superior a 45 anos, em 2006	51
Quadro 2 - Distribuição do número de unidades familiares residentes no Concelho de Lisboa e do número de unidades familiares a incluir na amostra por freguesia.....	114
Quadro 3 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado.....	117
Quadro 4- Variáveis em estudo relativas à caracterização do familiar prestador de cuidados.....	118
Quadro 5 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da pessoa dependente no autocuidado.....	119
Quadro 6 - Variáveis em estudo relativas à caracterização do alojamento da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado.....	120
Quadro 7 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da Dependência no Autocuidado	121
Quadro 8 - Distribuição dos itens da escala da dependência no autocuidado por domínios	122
Quadro 9 - Variáveis em estudo relativas à caracterização dos recursos utilizados.....	123
Quadro 10 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da perceção da autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel	124
Quadro 11 - Distribuição dos itens da escala da perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, por domínios do autocuidado	125
Quadro 12 - Distribuição dos itens da escala da perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, por domínios de ação	127
Quadro 13 - Variáveis em estudo relativas à caracterização dos cuidados prestados	130
Quadro 14 – Distribuição dos itens relativos à caracterização dos cuidados prestados...	131
Quadro 15 – Valores atribuídos às variáveis sujeitas a nova computação relativos aos cuidados prestados.....	133
Quadro 16 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da condição de saúde	134
Quadro 17 – Distribuição dos itens em estudo relativos à caracterização da condição de saúde da pessoa com dependência no autocuidado	135

Quadro 18 - Variáveis em estudo relativas à caracterização do familiar de parente institucionalizado.....	136
Quadro 19 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da pessoa institucionalizada	137
Quadro 20 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da decisão de institucionalizar, motivos da institucionalização, estratégias utilizadas no processo de institucionalização	138

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de doentes saídos dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde por grupo etário em 2008.....	52
Gráfico 2 - Distribuição do número de visitas domiciliárias por profissão, nos centros de saúde do concelho de Lisboa, no período de 2006 a 2009	60
Gráfico 3 - Distribuição do número de visitas domiciliárias de enfermagem, por centro de saúde do concelho de Lisboa, no período de 2006 a 2009	61
Gráfico 4 - Necessidade de ajuda de pessoas, parcial ou total, por tipo de autocuidado .	159
Gráfico 5 - Pessoas dependentes no autocuidado com sinais aparentes de alteração/défi ce na condição de saúde	167
Gráfico 6 - Perceção de autoeficácia específica do PC relativa ao exercício do papel por categorias, face ao <i>score</i> global de PAE.....	176
Gráfico 7 - Frequência dos cuidados diários prestados pelo FPC à pessoa dependente ..	186
Gráfico 8 - Frequência dos cuidados semanais prestados pelo FPC à pessoa dependente	190
Gráfico 9 - Frequência dos cuidados mensais prestados pelo FPC à pessoa dependente	192
Gráfico 10 - Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários por domínios do autocuidado, face à taxa global.....	193
Gráfico 11 - Razões para a não utilização de equipamentos considerados necessários ...	194
Gráfico 12 - Recursos económicos, institucionais, não profissionais e profissionais - utilizados por mais de 10% das famílias	195
Gráfico 13 - Qualidade global do modelo de aglomerados	200
Gráfico 14 - Distribuição dos casos por aglomerado	201
Gráfico 15 - Distribuição das dimensões pela importância no modelo	202
Gráfico 16 - Distribuição global das dimensões por aglomerado	203
Gráfico 17 - Comparação dos aglomerados relativamente às dimensões	205
Gráfico 18 - Distribuição dos utentes referenciados à RNCCI por Centro de saúde, no Concelho de Lisboa, em 2009 e 2010.....	261
Gráfico 19 - Distribuição dos utentes referenciados à RNCCI por tipo de unidade, no Concelho de Lisboa, em 2009 e 2010.....	261
Gráfico 20 - Distribuição dos utentes referenciados à RNCCI por Centro de saúde, relativamente ao total de referenciação pelos Centros de Saúde no Concelho de Lisboa, em 2010	262

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Aplicação do formulário	112
Figura 2 - Distribuição geográfica da proporção de famílias que integram pessoas dependentes por freguesia no concelho de Lisboa	152
Figura 3 - Contexto da família clássica que integra a pessoa dependente no autocuidado, análise multidimensional	229
Figura 4 - Análise do contexto de maior dependência no autocuidado.....	231
Figura 5 - Análise do contexto de maior PAE na situação da pessoa com dependência no autocuidado.....	234
Figura 6 - Análise do contexto da pior condição de saúde da pessoa com dependência no autocuidado.....	239
Figura 7 - Análise do contexto de cuidados de maior intensidade prestados à pessoa com dependência no autocuidado.....	241
Figura 8 - Análise do contexto de cuidados de maior incentivo para a autonomia da pessoa com dependência no autocuidado.....	242
Figura 9 - Análise do contexto da maior utilização de recursos na situação da pessoa com dependência no autocuidado.....	246

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das famílias que integram uma PDA por freguesia	147
Tabela 2 - Distribuição do número estimado de famílias que em 2011 integram uma PDA	148
Tabela 3 - Proporção de famílias que integram pessoa dependente por freguesia e ACES	149
Tabela 4 - Representação majorativa das variáveis relativas à família	153
Tabela 5 - Representação majorativa do alojamento	154
Tabela 6 - Representação majorativa da pessoa dependente no autocuidado	154
Tabela 7 - Representação majorativa do familiar prestador de cuidados	155
Tabela 8 – Alpha de Cronbach por subescala de avaliação da dependência no autocuidado	156
Tabela 9 - Análise das componentes principais da escala de dependência no autocuidado	157
Tabela 10 – Análise das componentes principais da escala da dependência no autocuidado após rotação Varimax	157
Tabela 11 - Distribuição das pessoas com dependência no autocuidado por grau de dependência	159
Tabela 12 - Diferenças entre prestação de cuidados e grau de dependência no autocuidado	160
Tabela 13 - Diferenças entre dependência no autocuidado e cuidados prestados pelo FPC	161
Tabela 14 - Diferenças entre dependência para <i>vestir-se</i> e cuidados prestados pelo FPC	162
Tabela 15 - Diferenças entre dependência para <i>tomar banho</i> e cuidados prestados pelo FPC	162
Tabela 16- Diferenças entre dependência para <i>elevantar-se</i> e cuidados prestados pelo FPC	162
Tabela 17 - Diferenças entre dependência para <i>virar-se</i> e cuidados prestados pelo FPC	163
Tabela 18 - Diferenças entre dependência no autocuidado e condição de saúde da PDA	163
Tabela 19 - Diferenças entre dependência para <i>transferir-se</i> e condição de saúde da PDA	164
Tabela 20 - Diferenças entre dependência no autocuidado e utilização dos recursos pelo FPC	164

Tabela 21 - Diferenças entre dependência no autocuidado e características do FPC e do alojamento	165
Tabela 22 - Diferenças entre dependência no autocuidado e características do agregado familiar.....	165
Tabela 23 - Diferenças da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado	168
Tabela 24 - Diferenças entre condição de saúde e os cuidados prestados pelo FPC.....	169
Tabela 25 - Diferenças entre condição de saúde e recursos utilizados pelo FPC.....	169
Tabela 26 – Alpha de Cronbach por subescala de avaliação da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel.....	170
Tabela 27 - Análise das componentes principais da escala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel.....	172
Tabela 28 – Análise das componentes principais da escala da PAE específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, após rotação Varimax	172
Tabela 29 - Correlação entre as dimensões da escala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel para os domínios de ação	174
Tabela 30 - Análise da consistência interna da escala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel.....	175
Tabela 31 - Diferenças entre PAE e intensidade dos cuidados prestados pelo FPC, e PAE e incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC	177
Tabela 32 - Diferenças entre PAE e cuidados prestados pelo FPC	178
Tabela 33 - Diferenças entre PAE face à dependência para <i>transferir-se</i> e cuidados prestados pelo FPC	178
Tabela 34 - Diferenças entre PAE face à dependência para <i>posicionar-se</i> e cuidados prestados pelo FPC	179
Tabela 35 - Diferenças entre PAE e condição de saúde da pessoa dependente	179
Tabela 36 - Diferenças entre PAE e sexo do familiar prestador de cuidados	180
Tabela 37 - Diferenças entre PAE e rendimento do agregado familiar.....	180
Tabela 38 - Diferenças entre PAE e utilização de recursos pelo FPC.....	181
Tabela 39 - Diferenças entre intensidade dos cuidados prestados pelo FPC e condição de saúde da pessoa dependente	181
Tabela 40 – Diferença entre intensidade dos cuidados prestados e recursos utilizados pelo FPC	182

Tabela 41 – Diferença entre intensidade dos cuidados prestados pelo FPC e modo de instalação da dependência da pessoa dependente.....	183
Tabela 42 – Diferença entre intensidade dos cuidados prestados pelo FPC e rendimento do agregado familiar.....	183
Tabela 43 – Diferença entre incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e condição de saúde da pessoa dependente	183
Tabela 44 – Diferença entre incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e dos recursos utilizados pelo FPC.....	184
Tabela 45 - Diferenças entre incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e das características da PDA e do FPC.....	184
Tabela 46 - Diferenças entre incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e nível de escolaridade e, rendimento familiar	185
Tabela 47- Diferenças do incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e cuidados prestados com frequência diária	187
Tabela 48 – Diferença da intensidade dos cuidados prestados, com frequência diária....	188
Tabela 49 - Diferença da intensidade dos cuidados complementares prestados, com frequência diária	189
Tabela 50 - Diferença do incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e cuidados prestados com frequência semanal	190
Tabela 51 - Diferença da intensidade dos cuidados prestados, com frequência semanal	191
Tabela 52 - Diferença da intensidade dos cuidados complementares prestados, com frequência semanal	192
Tabela 53 - Diferença da intensidade dos cuidados prestados, com frequência mensal ..	193
Tabela 54 - Diferença entre recursos utilizados e cuidados prestados pelo FPC	196
Tabela 55 - Diferença entre recursos necessários na dependência para <i>posicionar</i> e os cuidados prestados pelo FPC.....	196
Tabela 56 – Diferença entre recursos utilizados pelo FPC e condição de saúde da PDA	197
Tabela 57 – Diferença entre recursos para <i>tomar a medicação</i> e condição de saúde da PDA	197
Tabela 58 – Diferença entre recursos utilizados e a utilização de recursos específicos pelo FPC	198
Tabela 59 – Diferença entre recursos utilizados pelo FPC e características da família e do FPC.....	198

Tabela 60 - Resumo do modelo de aglomerados.....	199
Tabela 61 – Relação entre aglomerados e a dependência para <i>levantar-se</i> ou <i>posicionar-se</i> ou <i>transferir-se</i>	206
Tabela 62 – Relação entre aglomerados e a condição de saúde da PDA	207
Tabela 63 – Relação entre aglomerados e cuidados prestados pelo FPC	208
Tabela 64 – Distribuição das famílias com parente próximo institucionalizado por freguesia.....	212
Tabela 65 - Caracterização do “Familiar Respondente” das famílias com parente institucionalizado.....	213
Tabela 66 - Caracterização dos parentes próximos institucionalizados	213
Tabela 67 – Caracterização da dependência da pessoa institucionalizada	214
Tabela 68 - Caracterização da instituição de institucionalização	214
Tabela 69 – Caracterização dos motivos para institucionalizar	215
Tabela 70 – Caracterização da decisão de institucionalizar	215
Tabela 71 – Caracterização dos motivos da escolha e responsabilidade nos custos	216
Tabela 72 – Caracterização do rendimento em função da residência da pessoa dependente	216
Tabela 73 - Diferença entre integração familiar da PDA/ institucionalização e idade.....	217
Tabela 74 - Diferença entre integração familiar da PDA/ institucionalização e estado civil	217
Tabela 75 - Diferença entre integração familiar da PDA/ institucionalização e rendimento do agregado.....	218
Tabela 76 – Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e alojamento	219
Tabela 77 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e tempo de dependência da PDA	220
Tabela 78 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e nível de escolaridade da PDA..	220
Tabela 79 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e características da pessoa dependente no autocuidado	221
Tabela 80 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e dependência para <i>alimentar-se</i>	223
Tabela 81 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e dependência para <i>usar a cadeira de rodas</i>	224
Tabela 82 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e dependência para <i>uso do sanitário</i>	224
Tabela 83 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e condição de saúde da PDA	226

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação enquadra-se no âmbito do Doutoramento em Enfermagem e intitula-se “Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - Estudo exploratório/correlacional no concelho do Lisboa”. Encontra-se centrado numa temática que tem sido alvo de muita investigação, associado a alguma preocupação perante uma realidade que apesar de notificada, não se encontra caracterizada, no que se refere ao conhecimento concreto das pessoas dependentes no autocuidado que residem com as suas famílias. Esta constatação resulta da numerosa bibliografia publicada referente à importância atribuída à dependência no autocuidado e ao envelhecimento da população. O tema da tese que se apresenta, não sendo novo, poderá ser considerado um dos mais atuais, passível de desocultar factos que ainda não se sabem e de se revestir de interesse para a enfermagem.

Assiste-se em Portugal ao aumento da esperança de vida, evidenciado nas últimas décadas, e ao progressivo declínio nas taxas de mortalidade em grupos etários mais jovens, estes fatores associados à diminuição da taxa de fertilidade conduzem ao envelhecimento da população.

As pessoas idosas, pelas alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, têm maior vulnerabilidade para apresentar processos de doença. Costa (2000) refere a existência de um padrão próprio de doença na pessoa idosa caracterizado por múltiplas patologias, doenças crónicas, complicações recorrentes com a possibilidade de serem consideradas graves; padrão este que associa o envelhecimento à dependência no autocuidado.

A Santa Casa da Misericórdia defende que o principal objetivo é manter as pessoas idosas no seu domicílio e que, para esse efeito, é necessário investir na rede de apoio domiciliário. A pretensão descrita é corroborada por Barbosa (2010) ao referir que as

peças idosas consideram a institucionalização como o fim da sua vida, pela percepção de não saírem da instituição com vida. Releve-se o facto de a dependência no autocuidado constituir um dos principais motivos que conduz à institucionalização de pessoas idosas (Yaffe, *et al.*, 2002).

Face ao exposto, o envelhecimento da população e a dependência no autocuidado constituem, presentemente, e com projeção para as próximas décadas, desafios que se colocam a vários níveis, nomeadamente quanto à reestruturação dos cuidados de saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005).

O reconhecimento da importância da dependência no autocuidado, enquanto subsistema de cuidados e recursos organizados pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), é ainda recente. Portugal conta, desde 2006, com uma estrutura organizada para esse fim, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). No entanto, apesar de todo o investimento, são ainda desconhecidas as características e necessidades das famílias que integram uma pessoa dependente no autocuidado, assim como a identificação de todas as famílias que se encontram na situação descrita, existindo por isso, famílias que cuidam dos seus parentes sem qualquer apoio do SNS.

Em Portugal, dados dos Censos 2001 permitem verificar que em 32,5% das famílias clássicas vivia pelo menos uma pessoa idosa, sendo que 17,5% do total de famílias eram constituídas apenas por pessoas idosas (DEC, 2002).

Apesar das alterações observadas na estrutura familiar, em Portugal está ainda muito presente uma cultura de acolhimento dos familiares mais idosos, com sentido de responsabilidade dos familiares diretos, na maioria mulheres (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003; Figueiredo & Sousa 2004). O familiar prestador de cuidados tende a ser caracterizado como sendo do sexo feminino, cônjuge, filha ou nora, com idade superior a 50 anos, com nível de escolaridade baixo (Araújo, Paúl & Martins, 2008; Brito, 2002; Nunes & Alves, 2003, Petronilho, 2007; Schumacher *et al.*, 2000; Pinto & Santos, 2009; Figueiredo, 2007).

Cuidar de pessoas com dependência no autocuidado é uma realidade vivida por muitas famílias, em que o défice de conhecimento preciso sobre as suas necessidades e os recursos que dispõem sugere uma limitação no ajustamento dos recursos planeados às

necessidades efetivas destas famílias. Assim sendo, considera-se de enorme relevância e pertinência conhecer um conjunto de aspetos significativos relativos às pessoas em situação de dependência no autocuidado e aos seus cuidadores familiares.

Percebe-se que há défice de informação relativa ao tipo de cuidados que o membro familiar presta à pessoa dependente, colocando-se a questão sobre a adequação dos cuidados prestados face à condição de saúde do dependente. O Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal sugere que *“deveriam ser recolhidas evidências quantitativas relativamente aos serviços existentes através de inquéritos feitos à comunidade”*, e acrescenta que, *“é importante verificar as condições de saúde, as capacidades funcionais e o bem-estar dos idosos nas cidades, nas áreas suburbanas, urbanas e nas zonas rurais”* (CEDRU, 2008: 226).

O conhecimento necessário ao familiar prestador de cuidados que integra uma pessoa dependente no autocuidado em ambiente domiciliário encontra-se descrito (Manual do Prestador, RNCCI, 2011; Guia para prestadores de cuidados, Inforraia, 2009); no entanto, esse facto não constitui garantia de que os cuidados prestados conduzem aos resultados desejados. O familiar prestador de cuidados é reconhecido pelo International Council of Nurses (OE, 2006) como foco de atenção da enfermagem, apesar disso, a estrutura de cuidados organizados na comunidade, os recursos limitados no que se refere a enfermeiros, favorece a existência de familiares que prestam cuidados sem o necessário acompanhamento de um enfermeiro, bem como, se desconhece o número de familiares que integram pessoas dependentes.

A integração de uma pessoa dependente no autocuidado no seio familiar, em que o principal prestador de cuidados é um membro da família, traduz uma realidade em crescimento, que constitui um foco de interesse no âmbito das intervenções da enfermagem.

Considerando que associada à integração de uma pessoa dependente no autocuidado no seio familiar está a transição de um membro familiar para o papel de prestador de cuidados, revela-se de grande interesse conhecer os resultados desta transição, como a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel no âmbito da efetividade dos cuidados prestados.

A dependência no autocuidado coloca-se como um desafio em saúde transversal a diversas políticas (saúde, solidariedade, economia, entre outras). É esperado dos enfermeiros que providenciem respostas que apoiem as populações (a pessoa dependente e a família) a ajustarem-se ao desafio da dependência no autocuidado integrada em contexto familiar. Considera-se necessário afirmar o enfermeiro enquanto ator privilegiado na gestão das intervenções enquadradas nas competências específicas na área dos cuidados continuados, de que é detentor, e que visam a prestação de cuidados em ambiente domiciliar.

A investigação dedicada ao familiar cuidador constitui segundo Basto (2008) objeto de estudo da enfermagem podendo ser enquadrado na área da intervenção clínica de enfermagem, considerando-se que os doentes em ambiente domiciliar constituem uma *“área de estudo fundamental, no quadro das políticas de saúde que apontam para uma, cada vez maior, valorização dos cuidados na comunidade e no domicílio”* (Basto, 2008:73). Assim, como refere Rodrigues (2008:28) *“primeiro que tudo é preciso que os enfermeiros se concentrem no conhecimento socialmente útil que é preciso produzir e que melhor sirva as necessidades dos cidadãos e a dignificação da profissão”*.

A literatura traduz uma enorme preocupação com o familiar prestador de cuidados na perspetiva das consequências do exercício do papel de cuidador na sua vida. A linha de investigação da tese toma como foco de atenção a família clássica que integra uma pessoa dependente no autocuidado. No âmbito desta investigação o familiar prestador de cuidados é parte do foco de atenção na perspetiva do processo da prestação de cuidados à pessoa dependente no autocuidado em ambiente familiar, pelo estudo dos recursos utilizados, dos cuidados prestados e da perceção da autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel.

A pessoa dependente integrada em seio familiar e a família desenvolvem capacitações de modo a adaptarem-se às transformações (físico, psíquico e social), denominada por transição desenvolvimental, à existência de diversas co-morbilidades que situam estas pessoas numa transição denominada saúde/doença, bem como, a uma eventual situação de dependência, vivendo a transição para esta etapa do ciclo de vida de forma saudável (Raposo, 2005; Chick & Meleis, 1986).

Sorensen & Luckman (1998) referem que a situação da pessoa que presta cuidados a outra pessoa com dependência no autocuidado, exige um ajustamento a diversas alterações, nomeadamente pessoais, ambientais, familiares e emocionais, que interferem com as suas próprias necessidades.

O desempenho do papel de prestador de cuidados deve ser assumido como um processo que poderá implicar uma reconstrução de significados do próprio envolvendo a alteração de estruturas físicas e deveria ser assumido como um processo de aprendizagem com conhecimentos ajustados à nova experiência. Tornar-se familiar prestador de cuidados é assumir um papel que provoca muitas mudanças na vida. A integração do papel de cuidador de uma pessoa dependente no autocuidado no domicílio tem impacto na dinâmica familiar, social, profissional (Silveira *et al.*, 2009; Araújo, Paul & Martins, 2009; Carreira & Rodrigues, 2006). As alterações decorrentes do papel prestador de cuidados podem levar a processos de adaptação, que se consideram como um processo dinâmico que vai decorrendo prospectivamente, dependendo ao mesmo tempo de pessoa para pessoa.

Assim, das mudanças vividas diariamente, algumas são reconhecidas pelo impacto que refletem na vida, afetando visivelmente o estado de equilíbrio e conseqüentemente o estado de saúde, outras integram-se subtilmente no nosso quotidiano. O desempenho do papel de familiar prestador de cuidados poderá entender-se como uma situação geradora de desequilíbrio, quer na perspectiva do entendimento global, constituindo uma adversidade da vida, quer nos pequenos acontecimentos do quotidiano inerente ao desempenho do papel. As experiências promovidas pelas mudanças podem levar a uma adaptação à nova situação mas também poderá acontecer que a adaptação nunca aconteça (Meleis, 2010).

A pessoa dependente no autocuidado integrada em seio familiar tem na família a sua principal fonte de apoio, sendo que neste processo, a família tem de se reestruturar, no sentido de partilhar atividades e responsabilidades na prestação de cuidados. Ainda que a família usufrua de apoio domiciliário ou outro tipo de apoio, que facilitem a sua missão de cuidar, é na família que reside a responsabilidade do cuidado constante e regular. A propósito refere Schumacher (1996) que os cuidados prestados por membros familiares em ambiente domiciliar constitui um esforço que envolve processos cognitivos,

comportamentais e de interação, envolvendo um esforço integral de todo o agregado familiar.

Face ao exposto, a família que integra uma pessoa dependente no autocuidado constitui um foco de atenção da enfermagem, também pela possibilidade de que a experiência de mudança, vivida no desempenho do papel prestador de cuidados em contexto familiar, possa gerar a necessidade de transição. A experiência de mudança de papel para o exercício de familiar prestador de cuidados poderá ser entendido como uma transição na medida em que as *transições* podem ser consideradas, simultaneamente, um *resultado de saúde*, e também, o *que resulta em mudanças de vida e/ou de saúde*, como as mudanças nas relações interpessoais e nas relações com o ambiente. Entende-se assim, que as transições podem consistir no resultado de alterações e podem igualmente resultar em alterações como consequência do processo de adaptação (Meleis *et al.*, 2000).

As mudanças que decorrem da integração da pessoa dependente no autocuidado no seio familiar podem ser vividas a nível individual e a nível familiar, em que os papéis de todos os membros coexistem com eventuais alterações e a necessidade de adaptação. No entanto, a ênfase persiste no membro familiar que se assume como cuidador principal, pela necessidade de ajuste a todas as respostas, às suas próprias respostas e às respostas de todos os que integram a sua rede de apoio familiar e social. Este processo poderá denominar-se por transição, na medida que se considera como transição a passagem de uma condição, de um estado, ou de uma fase da vida para outra, reportando-se tanto ao processo como ao resultado de um conjunto de interações que envolve a pessoa e o ambiente (Meleis & Trangenstein, 1994).

O exercício do papel do cuidador é uma transição para um papel em que as exigências estão em constante mudança ao longo do tempo, caracteriza-se pelas atividades específicas inerentes ao cuidado da pessoa em situação de dependência do familiar acrescido da interação entre familiar cuidador e pessoa cuidada, como familiar e como cuidador (Shumacher, 1996). A aquisição do papel do cuidador familiar é conceptualizada no âmbito das transições para o desempenho de um papel, denominada por transição situacional (Chick & Meleis, 1986; Schumacher, 1995). Apesar de constituir uma conceptualização recente, os resultados dos estudos desenvolvidos sugerem que as transições para o papel de familiar prestador de cuidados podem ser acompanhadas de

preocupação, incerteza, e aprendizagem pelo erro (Archbold, Stewart, Greenlick & Harvath, 1990; Brown & Powell-Cope, 1991; Bull, 1992; Michels, 1988; Grobe, Ilstrup & Ahmann, 1981).

De acordo com Chick & Meleis (1986) as transições inserem-se no domínio da enfermagem quando se referem a situações de saúde/doença e a situações de resposta a períodos de mudança e instabilidade com manifestações na saúde. Schumacher & Meleis (1994) através dos seus estudos demonstraram que este pode ser considerado um tema central de investigação em enfermagem.

Chick & Meleis (1986) referem que as teorias de enfermagem devem analisar a mudança, na sua missão de interrelacionar a teoria, a pesquisa e a prática. No sentido da perspectiva transicional, também Orem (1993) focalizou a sua teoria nas alterações da capacidade de autocuidado, estruturando cuidados que visam a adaptação à situação do *deficit* no autocuidado com vista a melhorar a qualidade de vida da pessoa.

No âmbito do tema em estudo *“importa evoluir no âmbito do exercício profissional, dos modelos em uso em muito circunscritos ao modelo biomédico – com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença -, para modelos nos quais haja maior valorização da teoria da enfermagem – com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições”* (Silva, 2007:14).

O processo de mudança para o papel de familiar prestador de cuidados de uma pessoa dependente no autocuidado pode ser integrado no conceito de transição se for entendido como um acontecimento da vida que provoque um estado de desequilíbrio. Sendo que, a perceção de estado de desequilíbrio, pela perceção singular que cada pessoa faz das suas vivências, difere de pessoa para pessoa, levando a que perante o mesmo acontecimento, a perceção de transição e os resultados da transição, difiram.

O conhecimento da experiência de mudança, que poderá estar associada à situação de familiar prestador de cuidados à pessoa dependente no autocuidado, pelas mudanças que daí decorrem, sugere a importância que reside na identificação deste processo de transição e da intervenção da enfermagem na perspectiva de uma transição saudável. A este propósito refere Meleis (2010) que as respostas das pessoas às situações geradoras de processos de transição devem ser estudadas como conceito central da enfermagem, na

perspetiva de identificar intervenções de enfermagem que conduzam a “processos de transição saudáveis”.

As transições são processos de movimento, registam-se, no entanto, alguns procedimentos comuns em diferentes experiências de transição, como sendo irrefutáveis para a existência de transição: consciencialização do processo; ajustamento/compromisso, mudança/diferença, tempo de vida, pontos e acontecimentos críticos (Meleis *et al.*, 2000).

Da mesma forma, considera-se que a existência de algumas condições poderão ser facilitadoras e ou inibidoras, agrupando-se em condições pessoais, comunitárias e sociais. (Meleis *et al.*, 2000). As experiências e os conhecimentos anteriores partilhados por amigos ou familiares próximos podem consistir em fatores influenciadores: como o conhecimento de situações semelhantes considerados casos de sucesso ou insucesso; a presença de uma atitude pró-ativa; o interesse, a motivação e o envolvimento no processo; e factos relacionados com as habilitações literárias, com a situação profissional, com o contexto familiar, entre outras, que poderão estar presentes e ser identificadas. O período de transição que decorre de uma mudança até à adaptação poderá então depender dos fatores intrínsecos e extrínsecos da pessoa que vive a transição, entendendo que nas características da pessoa e da situação se poderão identificar os fatores facilitadores e fatores inibidores de uma transição saudável.

De uma forma geral, as vivências integradoras do quotidiano são permanentes e diversas, podendo revestir-se de alguma especificidade ao longo do ciclo vital. No entanto, apenas algumas situações afetam o equilíbrio próprio de cada ser humano, dependendo da sua capacidade de adaptação à situação e dos significados que lhe atribui. Os mecanismos que cada pessoa adota na gestão de situações que ameaçam o seu equilíbrio são denominados por estratégias de *coping* (Jardim & Pereira, 2006). Lazarus (1993) definiu *coping* como o esforço, de âmbito cognitivo e comportamental, dedicado à gestão de situações percecionadas como ameaças, externas ou internas, pela ativação dos recursos da pessoa num registo de sobrecarga.

O OE na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2006:51) designa por “*stress do prestador de cuidados*” a “*um tipo de coping com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um*

prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados”.

Pereira (1992) refere que as estratégias de *coping* utilizadas decorrem da história de aprendizagem da própria pessoa, podendo passar pela activação do suporte social, procura de informação, entre outras. O suporte social é frequentemente associado a uma forma de recurso, considerado como um tipo de ajuda que é cativado perante uma situação de necessidade, podendo ser descrito como a coesão das relações sociais que envolvem a pessoa, na perspectiva dos vínculos estabelecidos entre as pessoas que integram as relações, na medida do entendimento que é atribuído ao apoio esperado e apoio prestado (Jardim & Pereira, 2006).

Considerando o perfil do familiar prestador de cuidados, mulher idosa, os fatores subjacentes ao processo de transição estarão certamente relacionados com as características próprias que habitualmente acompanham este perfil, que se encontra relacionado com a multiplicidade de papéis que desempenha na sua família e na sociedade, não descurando a necessidade de gerir a sua própria condição de saúde inerente aos efeitos do processo de envelhecimento, sendo que o envelhecimento pode gerar por si um processo transição do tipo desenvolvimental (Chick & Meleis, 1986).

O escasso ou inexistente apoio, seja profissional ou social, poderá ser considerado um fator dificultador do processo na transição na medida em que a rede social constituída pelos vizinhos, amigos, profissionais, instituições, entre outros, constituem, segundo Martins, Ribeiro & Garrett (2003) um fator facilitador na gestão de situações de doença ou problemáticas.

O processo de transição no desempenho do papel de familiar prestador de cuidados reveste-se ainda de maior interesse e preocupação quando se percebe que a situação geradora de transição, pessoa dependente no autocuidado, não constitui uma situação cujo fim seja previsível ou sujeita a melhoria.

Nas situações em que o familiar prestador de cuidados tem opção (recursos económicos) e ainda assim decidiu assumir o papel, o fim chega no limite das suas forças pelo reconhecimento da sua incapacidade, optando pela institucionalização, em todas as

outras situações o fim chega pelo falecimento da pessoa, sendo que o período entre o assumir do papel e o fim do seu desempenho é indeterminável. Acresce a este facto, as atuais políticas de saúde relativas às situações de internamento incentivarem a redução do número de dias em ambiente hospitalar, podendo contribuir para que a preparação do regresso a casa possa ser descurada e desperdiçada a oportunidade de capacitar o familiar cuidador.

A integração de uma pessoa dependente no autocuidado em ambiente familiar na sequência de uma situação de internamento é referida pelos cuidadores familiares como de grande dificuldade na interação que pretendiam com os enfermeiros, e com os outros profissionais, evidenciado as necessidades eminentes na preparação do regresso a casa (Levine, 1998).

Assim, parece surgir a necessidade de identificar os cuidadores e capacitá-los para o desempenho de um papel que integrará intensivamente e indeterminadamente a sua vida, da mesma forma que emerge a necessidade de conhecer as respostas dos familiares prestadores de cuidados a uma pessoa dependente no domicílio.

O processo de transição tem também associado o entendimento de uma alteração ao estado de saúde, estando explorados e descritos anteriormente alguns dos riscos de doença pela sobrecarga do familiar prestador (fadiga, depressão, frustração entre outros), poderá analisar-se a vulnerabilidade da pessoa dependente em função das respostas do prestador à transição, pela perceção da eficácia, pela intensidade dos cuidados, pelos recursos utilizados tendo em conta o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado.

No âmbito da prestação de cuidados a pessoas dependentes no autocuidado por familiares não é ainda conhecido o processo e o resultado da prestação nas pessoas cuidadas. Neste campo, muitas questões poderão ser levantadas na perspetiva de perceber se o impacto vivido pelos familiares prestadores de cuidados, para além do efeito produzido nas suas próprias vidas, se traduz em ganhos para a saúde de quem cuidam.

O sucesso de um processo de transição não é passível de ser identificado através de quaisquer indicadores sensíveis ao processo, tão pouco, se pode considerar que tenha um início e um único fim que encerre o processo. Será a pessoa que exerce o papel de

prestador de cuidados a um familiar, que na gestão de toda a situação, integrará todo este processo de transição, deixando de ser transição quando deixar de constituir mudança, poderá nunca deixar de o ser enquanto estiver no exercício do papel.

No entanto, podem ser considerados alguns indicadores de resultado que demonstrem competência nos cuidados prestados pelo familiar, indicativos de um padrão estável e eficaz (Meleis *et al.*, 2000). Considera-se que o conhecimento da percepção de autoeficácia do prestador de cuidados específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, a intensidade dos cuidados prestados, os recursos utilizados constituem alguns dos indicadores referidos.

Na medida do exposto importa então caracterizar a intervenção da enfermagem, no processo de transição do papel de familiar prestador de cuidados. Considera-se o enfermeiro, como o profissional mais capacitado para intervir junto da pessoa dependente no autocuidado, assim como da sua família. A sua intervenção é indispensável pela prestação de cuidados humanizada, no domicílio, em ambulatório, na forma de cuidados continuados, ou em qualquer outro contexto, permitindo à pessoa com dependência e ao seu cuidador familiar, sentir-se em segurança e manter a sua identidade ao ser acompanhado por profissionais especializados tecnicamente, mas essencialmente cuidadores promotores do seu bem-estar.

Viegas (2006:56) considera que o fenómeno do envelhecimento e o aumento das pessoas idosas “*coloca desafios aos serviços de saúde*” e aos enfermeiros, pois “*terão cada vez mais de prestar cuidados a pessoas envelhecidas*”, e cuidar igualmente das suas famílias, uma vez que, as famílias que demonstram disponibilidade ou vontade de cuidar dos seus familiares com dependência no autocuidado, mas por ausência de conhecimentos ou de estruturas de apoio, poderão ver-se incapacitadas em acolher o seu familiar. Serão estas circunstâncias que Stanhope & Lancaster (1999:653) entendem que devem ter a intervenção do enfermeiro, como “*o responsável que os idosos procuram para se aconselharem sobre os serviços de cuidados de saúde existentes. O enfermeiro pode ajudar os idosos a conhecerem os serviços e quais as suas diferenças, a determinar se são elegíveis para um determinado serviço e a terem acesso ao serviço adequado*”.

O mesmo se considera aplicável às pessoas com dependência no autocuidado e aos seus cuidadores familiares, até mesmo porque parte da problemática do envelhecimento se coloca por estar associada à dependência no autocuidado. Neste sentido o enfermeiro será determinante para ajudar a pessoa e o seu familiar a lidar com a situação de dependência nas várias vertentes, nomeadamente em ajudar a conhecer os serviços disponíveis e necessários. As situações descritas requerem diversos tipos de apoio, para além dos de enfermagem. Desta forma, a intervenção dos enfermeiros, como referem as autoras supracitadas, inscrevem-se simultaneamente na prestação de cuidados direta e na gestão das intervenções multiprofissionais, pelo encaminhamento ou como atores facilitadores do acesso aos recursos.

Em relação ao processo de transição, a importância atribuída à necessidade de intervenção do enfermeiro, visa tentar compreender a situação de transição e que, numa relação de partilha e de parceria define estratégias por forma a que a pessoa percecionem um estado de equilíbrio.

Watson (1999) reconhece o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade. Considera-o como a essência da enfermagem, que permite conotar a sensibilidade e a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa. Defende igualmente que o cuidado pode ajudar a pessoa no seu autocontrolo, autoconhecimento e a promover mudanças nas suas práticas de saúde. Acredita-se que o mesmo se poderá constatar no contributo que a enfermagem pode ter junto das pessoas que desempenham o papel cuidadores familiares.

Os enfermeiros ocupam uma posição privilegiada para intervir no processo de transição, de forma a ajudar na tomada de decisão e no *empowerment* do familiar prestador de cuidados. Os familiares, ao constituírem-se como principais cuidadores, devem dispor dos enfermeiros como facilitadores no processo de aprendizagem para o desenvolvimento das novas competências relacionadas com a experiência de dependência no autocuidado. O acompanhamento do enfermeiro à pessoa em processo de transição envolve a necessidade de caracterizar os fatores associados à transição.

Anderson, Cowger & Snively (2006), como impulsionadores do conceito de *empowerment*, reforçam a necessidade de aquisição de competências no caso da pessoa

com doença crónica. Independentemente da existência de qualquer programa, mas que implique que a pessoa poderá estar apta a gerir a própria doença, o mesmo poderá aplicar-se ao familiar prestador de cuidados, no sentido em que esteja apto a gerir os cuidados a prestar à pessoa com dependência no autocuidado, através dos conhecimentos que lhe são transmitidos pelos profissionais de saúde especializados, recebendo o denominado *know how*.

Os enfermeiros têm por missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida, assim a intervenção de enfermagem no processo de transição para prestador de cuidados deve constituir um fator facilitador na perspetiva do familiar prestador de cuidados, permitindo a preparação para a mudança de papel, reconhecido como um fator facilitador para uma transição bem sucedida (OE, 2009; Murphy, 1990).

Assim, a família que integra uma pessoa com dependência no autocuidado deveria ser acompanhada por um enfermeiro, que no exercício profissional desempenha esta competência. De acordo com as necessidades identificadas o enfermeiro poderia ter uma intervenção compreendida entre momentos presenciais frequentes ou apenas de supervisão através de visitas esporádicas e contactos telefónicos. A perseverança no contacto seria igualmente importante para acompanhar a mudança das necessidades do familiar no exercício do papel de prestador de cuidados. Estas práticas consistiriam em intervenções facilitadoras no processo de transição do familiar para o exercício do papel de prestador de cuidados com vista a uma transição saudável.

Ainda na perspetiva da relevância de um acompanhamento próximo das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, existe um outro foco de atenção que não deve ser descurado, numa abordagem subjacente a esta investigação, considera-se importante encarar o familiar cuidador como objeto de cuidados de enfermagem, detentor de potencial para o desenvolvimento de situações de doença.

Os estudos realizados no âmbito das intervenções de enfermagem como fator facilitador do processo de transição vivenciado pelo familiar prestador de cuidados reconhecem o efeito favorável resultante das intervenções desenvolvidas. As atividades objeto de estudo foram o aconselhamento, o apoio, a informação, o treino de habilidades técnicas e de *coping*. Nas intervenções centradas nas habilidades para o cuidado foram

obtidos resultados que demonstram significância estatística verificados a nível da condição de saúde da pessoa doente e reduções no desgaste do prestador de cuidados (Andrade, 2009).

As situações de dependência que envolvem diagnósticos complexos, como sendo as situações de cancro, poderão implicar a intervenção de diferentes profissionais de saúde em ambiente domiciliar. O estudo realizado por Smeenk e colaboradores (1998) demonstrou a importância de um contacto permanente com o enfermeiro (disponibilidade telefónica durante 24 horas por dia), que se concretiza no contacto com a família e com os recursos profissionais. A relevância na gestão das intervenções dos diferentes profissionais foi reconhecida pelos familiares, pelas pessoas dependentes e pelos profissionais, sendo que, na situação descrita a solicitação de profissionais médicos verificou-se pouco frequente.

Travis, Bethea & Winn (2000) com o objetivo de identificar mecanismos que facilitassem a prestação de cuidados dos membros familiares, verificaram que regimes terapêuticos complexos, na diversidade e em número de fármacos, deveriam ser revistos com regularidade, uma vez que, a simplificação de esquemas terapêuticos seria facilitador. No mesmo sentido, sugere a introdução de mecanismos de monitorização e formação que vise a administração de terapêutica de forma eficaz e segura.

Toseland (2004) demonstrou que a introdução de programas de educação para a saúde pode constituir um fator facilitador na aquisição de conhecimentos para a utilização dos recursos disponíveis na prestação de cuidados à pessoa dependente. O programa em causa consistia numa sessão semanal com duração de oito semanas, seguido de uma sessão mensal durante dez meses, dirigido aos cônjuges que cuidavam de pessoas dependentes.

O reconhecimento do potencial da pessoa dependente no autocuidado para o desenvolvimento de competências deverá ser realizado pelo enfermeiro junto da pessoa e do seu cuidador familiar.

Os familiares cuidadores desenvolvem, pelo ensino e pela experiência, competência na prestação de cuidados, sendo que as necessidades de ensino deverão ser identificadas e as estratégias ajustadas. Acreditando que os programas de ensino de enfermagem permitem a profissionalização da capacidade humana de cuidar pelos

conhecimentos que ministram e pelas competências que permitem adquirir faz sentindo assumir que os familiares cuidadores precisam de ajuda para aprender a ser competentes nos cuidados que prestam, sendo que precisam de profissionais para aprender, não precisando de se profissionalizar (Roach, 1987).

O estudo realizado por Dannel & Dobbs (1982) sugere que os enfermeiros utilizam apenas 2% do seu tempo de exercício profissional na preparação dos familiares prestadores de cuidados, seguindo-se fortes críticas ao défice no enfoque da matéria em causa. No entanto, seria imprudente considerar que o défice referido se encontra apenas na dependência da responsabilidade da enfermagem, Kratz (1978) refere que a prática de enfermagem decorre da influência de múltiplos fatores, como as estruturas organizacionais dos serviços.

As intervenções de enfermagem com vista à preparação dos familiares para a prestação de cuidados podem ser indicadores de ineficácia pela ausência de resultados reveladores da intervenção, pela desvalorização da intervenção como facto marcante. No entanto, de acordo com Shumacker (2000) as intervenções de enfermagem que visam a preparação do familiar prestador de cuidados podem ser identificadas como ineficazes por se constituírem insuficientes no tempo e na continuidade dedicada.

A este respeito acresce dizer que a enfermagem se revelou, pela sua história, próxima do cidadão pela resposta às necessidades da sociedade no âmbito das suas intervenções concernentes com um corpo de conhecimento próprio. Identificada a necessidade da sociedade e o foco de intervenção da enfermagem, poderá conjecturar-se que na ausência de resposta de enfermagem a sociedade identificará quem estará disponível para dar resposta.

1.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A realização deste trabalho de investigação comporta a preocupação relativa ao nível inicial de conhecimento subordinado à temática, que se suporta pela existência de instrumentos de avaliação do fenómeno em estudo que revelem indicadores precisos de constructos, válidos e imparciais, em número reduzido no domínio da investigação em

enfermagem, como no que se refere à caracterização da prestação de cuidados por parte do membro da família prestador de cuidados cujos indicadores se encontram numa fase muito inicial (Polit & Hungler, 2004; Shumacher, 1996).

No primeiro capítulo expõe-se o conhecimento que decorre da revisão da literatura por via de uma pesquisa bibliográfica que acompanhou o percurso evolutivo da maturação investigacional e que permite ilustrar a problemática e delimitar a objeto de estudo com recurso a uma definição clara dos conceitos centrais.

Neste capítulo sobressai o enquadramento que assiste a problemática pela exposição factual e teórica do tema que permitem explicar e justificar a opção de investigação (Fortin, 2003).

As considerações expostas no primeiro capítulo enquadram a problemática do crescente aumento do envelhecimento populacional e da dependência no autocuidado na perspectiva da mudança nas estruturas da saúde, social, familiar, demográfica, económica, política e organizacional. Contudo, releva ainda centrar a mudança que decorre do envelhecimento e da dependência no autocuidado na óptica pessoal em que a pessoa idosa e a família desenvolvem capacitações de modo a adaptarem-se às transformações associadas ao processo de envelhecimento e à situação de dependência (Raposo, 2005; Chick & Meleis, 1986). Assim, para além do estudo dedicado à pessoa dependente no autocuidado no domínio do grau de dependência no autocuidado e da condição de saúde, também o familiar prestador de cuidados se encontra enquadrado como objeto de estudo na perspectiva da prestação de cuidados à pessoa dependente no autocuidado em ambiente familiar, com enfoque nos recursos utilizados, nos cuidados prestados e na perceção da autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel.

1.2 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

A saúde é segundo Honoré (1996) uma noção difícil de explicar, pois altera-se com o tempo e com as relações, tornando-a num conceito complexo. Assim, poder-se-á dizer que corresponde a uma noção temporal, dado que, a experiência em saúde permite a atualização dos conhecimentos técnico/científicos, e sendo esta determinada pelo tempo não poderá ser explicitada de uma vez por todas.

No início do século XX, foi com Ricardo Jorge, que foram exigidas ao Estado melhores condições sanitárias, e que este se responsabilizasse pela condução de políticas sociais que proporcionassem à população cuidados de saúde, apoio na doença, e na incapacidade (Lucas, 1984).

Verificou-se nas últimas três décadas um progresso extraordinário nos indicadores da saúde, como por exemplo, a mortalidade infantil e a mortalidade materna. Em Portugal, a melhoria dos indicadores económicos, culturais, a melhoria das condições de prestação de cuidados de saúde, assim como, a evolução científica e tecnológica dos meios, gerou avanços notáveis que permitiram encurtar diferenças face aos parceiros comunitários. Salienta-se assim, o importante crescimento na taxa de cobertura dos serviços de saúde no território nacional. Obteve-se com estes progressos, ganhos de saúde muito significativos, persistindo no entanto, um nível considerável de morbilidade e mortalidade até aos 65 anos, estando estes associados a fatores como: acidentes, suicídio, alguns tipos de cancro, doenças do foro circulatório e respiratório. Alguns dos referidos fatores estão relacionados com determinantes comportamentais, nomeadamente a inserção em más condições ambientais e o baixo nível socioeconómico. Verifica-se então, que muitas destas causas podem ser diminuídas significativamente, através de intervenções preventivas e promocionais da saúde, pelo que, poderemos ainda obter ganhos importantes neste sentido, concretamente, na faixa etária acima dos 65 anos por estar associada, frequentemente, a graus variáveis de dependência e incapacidade (OPSS, 2001).

Neste quadro, é de referir que Portugal apresenta um considerável atraso em relação a muitos países do contexto europeu, nomeadamente na incapacidade de resposta do sistema de saúde quanto: à penalização das áreas rurais e mais pobres no que respeita à necessidade acentuada de recursos humanos; à inacessibilidade a cuidados primários de saúde e medicina familiar; e à dificuldade em assegurar cuidados de saúde continuados e domiciliários. Existe, então, uma influência da desigualdade social sobre o estado de saúde (OPSS, 2001).

É do conhecimento geral que os grupos etários mais envelhecidos são, normalmente, dos maiores consumidores dos serviços de saúde, o que leva a que se considere um crescimento exponencial de gastos nos próximos anos. Estes estudos baseiam-se na procura de cuidados e não na necessidade de cuidados baseados na

morbilidade, sendo que a procura pode ser alterada se houver melhoria ao nível da prevenção, da adaptação às necessidades identificadas e se os futuros idosos usufruírem de melhores cuidados de saúde (Campos, 2001).

De acordo com o Comité de Política Económica, as implicações económicas do envelhecimento são relativas às despesas públicas com as pensões, os cuidados de saúde, incluindo os de longa duração, estimando-se que em 2030, exista uma subida na União Europeia de 17,9% do Produto Interno Bruto (PIB) para 20,4% (Lerais & Liddle, 2006). Nos cuidados à população idosa surge associada a preocupação com os custos, com as políticas de saúde e com a organização dos serviços de saúde no sentido de lhes providenciar os cuidados que necessitam (Yaffe, *et al.*, 2002).

O Internacional Council of Nurses (OE, 2006:53) define envelhecimento como o *“processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras; perda de pêlos e pele fina e enrugada.”*

O envelhecimento está associado a um estado de saúde de maior fragilidade, em muitas situações caracterizado pela presença de múltiplas patologias de expressão crónica levando a episódios de internamento com regresso a casa e ao seio das famílias com muitas necessidade de cuidados. No entanto, para além de uma maior necessidade de cuidados de saúde, estes caracterizam-se por cuidados mais específicos, uma vez que a procura de cuidados não está somente relacionada com as patologias, mas cada vez mais com a dependência no autocuidado. O envelhecimento confronta as pessoas com a necessidade de viver vários tipos de transições. As transições saúde/doença não sendo exclusivas desta fase da vida, têm maior probabilidade de ocorrerem, assim como a perda do cônjuge, de parentes e amigos, viver sozinho, em algumas situações pela primeira vez na vida, tornar-se dependente de outro ou outros nas suas atividades de vida diária, sair da sua casa para viver com os filhos, ou para uma instituição, a instalação e a convivência com processos de doença.

As doenças crónicas referem-se a doenças cuja taxa de letalidade decorre após muitos anos de vida decorrido o diagnóstico, como algumas doenças cardiovasculares, a diabetes e a doença pulmonar obstrutiva crónica. Contudo, o desenvolvimento de conhecimentos associados aos tratamentos farmacológicos e cirúrgicos não viabilizando a cura, aumentam a taxa de sobrevivência e o número de anos de vida com morbilidades. Assim, as doenças crónicas passaram a incluir também diversos tipos de cancro, o vírus da imunodeficiência humana (VIH), os distúrbios mentais (como a depressão, a esquizofrenia e a demência) e deficiências (visuais e músculo-esqueléticas). Muitas doenças crónicas e respetivos fatores de risco estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também a opções de vida como o tabagismo, comportamento sexual, dieta e exercício, bem como a predisposição genética (WHO, 2010).

Em Portugal, a realidade referente ao envelhecimento encontra-se traduzida pelos indicadores demográficos, que em 2007, evidenciaram o que já era esperado pela análise dos últimos anos, ou seja, a diminuição do crescimento populacional. Decorridos 90 anos da epidemia da gripe pneumónica (1918), que consistiu no último acontecimento que levou a um saldo natural negativo (relação entre o número de óbitos o número de nados vivos), faleceram, em 2007 mais 1020 pessoas do que o número de pessoas que nasceram. Este acontecimento poderá ser explicado pela contínua diminuição do índice sintético de fecundidade (1,33 crianças por mulher), considerado o valor mais baixo registado na demografia portuguesa e, paralelamente, assiste-se ao aumento da esperança de vida, pelos progressos da ciência, que contribui para um aumento da população envelhecida. Assim, o índice de envelhecimento, que consiste na relação entre a população idosa (65 ou mais anos) e a população jovem (0 e os 14 anos), atingiu 129 idosos por cada 100 jovens (102 em 2001), esperando para 2050 um índice de 232 idosos por cada 100 jovens (INE, 2005; 2011).

As projeções de população para Portugal, de acordo com um estudo realizado pelo INE (2008) revelam que a esperança de vida à nascença que em 2005-2007 foi de 75,59 anos para homens e de 81,86 anos para as mulheres, em 2060, perante uma hipótese otimista, poderá ser de 84,5 anos para os homens e de 89,4 anos para as mulheres. Este tipo de projeções possibilitam corroborar a ideia que o envelhecimento não sendo entendido como um problema deverá ser tido em consideração nos processos de tomada

de decisão futuros a diferentes níveis, nomeadamente ao nível do planeamento das necessidades de saúde, pelas características que tem associadas.

A necessidade de pessoas ou de equipamentos para realizar as atividades do autocuidado aumenta com a idade, pelo que o aumento crescente do número de pessoas idosas coloca questões importantes à efetividade das políticas de saúde e sociais (Gerson & Berg, 2004).

A problemática decorrente do envelhecimento está associada à questão da dependência e poderá estar relacionada com a necessidade de maior investimento de administradores e planeadores da saúde, relativamente à influência que deveriam exercer ao nível estratégico deste sector, traduzindo-se na procura de meios de apoio ajustados ao nível da necessidade de cada pessoa e da cada família, visto que segundo Briz (1999:44) “o desenvolvimento de infraestruturas coletivas e uma capacidade de gestão individual e de organização da comunidade não estarão a evoluir nem ao mesmo ritmo nem da mesma maneira compensadora.” Assim, considera-se também importante uma reflexão sobre a dependência no autocuidado, que associada ao envelhecimento populacional, necessita de ser considerada sob o ponto de vista de planeamento estratégico, ou seja, de procedimentos formalizados através de propostas legislativas, acompanhadas de um comportamento consistente e de um pensamento aberto a adaptações. Na tentativa de compreender o conceito de planeamento estratégico, Mintzberg (1989) considera que planear pode apresentar vários significados, se para uns significa pensar no futuro, para outros controlar o futuro e para outros ainda, tomar decisões.

A perceção deste problema por parte dos decisores seria também importante no que respeita à priorização das necessidades desta população, fazendo um enquadramento adequado nas organizações com condições efetivas para operacionalizar uma mudança estratégica, garantindo de certa forma que na ocorrência de racionalização de recursos, esta seria feita com bases criteriosamente científicas e éticas.

1.2.1 ENVELHECIMENTO, MORBILIDADE E MORTALIDADE

No enquadramento associado ao fenómeno do envelhecimento que se apresenta, importa salientar o perfil epidemiológico da população no que se reporta à elevada

prevalência de doenças crónicas e degenerativas com um elevado potencial de incapacitação.

Na tentativa de identificar os principais motivos de internamento para pessoas com mais de 65 anos em Portugal, considerou-se a sustentabilidade desta identificação através do processo de análise dos dados por Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH).

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) é a entidade nacional que recolhe, trata e analisa os diagnósticos clínicos que resultam dos internamentos hospitalares, em hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no Continente, organizados pelos denominados Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH). O sistema de informação referido é baseado nos internamentos e não na pessoa internada, pelo que na análise dos dados, existe a possibilidade vários internamentos corresponderem à mesma pessoa. Da mesma forma os diferentes internamentos que pertencem à mesma pessoa poderão ter diferentes diagnósticos. Apesar das limitações referidas esta é, atualmente, a única base de dados que reúne informação agregada sobre internamentos. No entanto, os dados que aqui se expõem foram cedidos pela Direção-Geral de Saúde (DGS), agrupados nos grandes grupos de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças para morbilidade (CID 9 MC), tendo sido utilizado para a presente análise o diagnóstico principal do internamento.

De acordo com a análise efetuada aos GDH, em 2007, 0,5% (3294) das pessoas internadas nos hospitais de Portugal Continental com mais de 65 anos, teve alta com indicação para *serviço domiciliário*, o que nos sugere a possibilidade de dependência no sentido da incapacidade em se deslocar aos serviços de saúde. Da mesma análise, 2,3% (14349) das pessoas, o destino após a alta foi para *outra instituição com internamento* e 91,4% teve alta hospitalar para o *domicílio*, 0,2% saíram *contra o parecer do médico* e 5,6% *faleceram*.

Identificaram-se como principais causas, por ordem decrescente de importância, para o *encaminhamento para outra instituição com internamento* as doenças do aparelho circulatório, as lesões e envenenamento, os transtornos mentais e as doenças infecciosas e parasitárias. Relativamente à indicação *para serviço domiciliário*, as principais causas relacionam-se com as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, doenças da pele e do tecido celular subcutâneo, anomalias congénitas e doenças do aparelho

geniturinário. No que se refere à *saída para o domicílio*, as principais causas são relativas às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, anomalias congénitas e transtornos mentais.

Se for efetuado o mesmo tipo de análise por *motivo cirúrgico* ou *não cirúrgico*, os resultados apresentam diferenças, com exceção das causas associadas à orientação para *serviço domiciliário*, em que as principais causas são coincidentes (doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos e doenças da pele e do tecido celular subcutâneo, anomalias congénitas e doenças do aparelho geniturinário). Assim, no que se refere ao *motivo cirúrgico*, quanto ao encaminhamento para *outra instituição com internamento* as principais causas são as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e transtornos mentais, enquanto no *motivo não cirúrgico* são lesões e envenenamentos, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho geniturinário, neoplasias e doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos. Nas pessoas cujo destino foi *domicílio* após internamento por *motivo cirúrgico* as principais causas são doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, doenças do aparelho geniturinário e anomalias congénitas, no *motivo não cirúrgico* as principais causas são doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, transtornos mentais, anomalias congénitas e doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos. Verifica-se que independentemente do motivo a principal causa é coincidente (sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) e que nas duas situações se encontram as anomalias congénitas nas principais causas.

Desta análise não é possível saber se o domicílio é o da própria pessoa ou o de um familiar, ou se na saída apresenta algum grau de dependência, é no entanto sabido que as doenças de pele incorporam as úlceras de pressão, fortemente associadas à dependência no autocuidado pelas alterações na mobilidade e que se observa como causa constante nos motivos para indicação de serviço domiciliário.

Considerou-se pertinente analisar igualmente as principais causas de morte em Portugal no ano de 2006, sendo que se refere ao último ano disponível que permite a análise por grupo etário. É provável que não se verifiquem alterações nas primeiras três causas nos dados dos anos mais recentes (2007-2010) à semelhança do que se verificou

numa análise retrospectiva. Este facto poderá estar relacionado com os fatores determinantes às causas que se destacam nos primeiros lugares.

Quadro 1 - Principais causas de morte por grupo etário, superior a 45 anos, em 2006

<i>Posição</i>	<i>45-59 Anos</i>	<i>≥60 Anos</i>	<i>Todas as idades</i>
1.	Neoplasias (3563 óbitos)	Aparelho circulatório (31065 óbitos)	Aparelho circulatório (32993 óbitos)
2.	Aparelho circulatório (1464 óbitos)	Neoplasias (18155 óbitos)	Neoplasias (22709 óbitos)
3.	Sinais, sintomas e afeções mal definidas (1295 óbitos)	Aparelho respiratório (10922 óbitos)	Sinais, sintomas e afeções mal definidas (12702 óbitos)
4.	Causas externas (815 óbitos)	Sinais, sintomas e afeções mal definidas (10570 óbitos)	Aparelho respiratório (11512 óbitos)
5.	Aparelho digestivo (745 óbitos)	Endócrinas (4248 óbitos)	Causas externas (4606 óbitos)
6.	Aparelho respiratório (376 óbitos)	Aparelho digestivo (3276 óbitos)	Endócrinas (4518 óbitos)
7.	Infecciosas e parasitárias (368 óbitos)	Ap. Genitu-urinário (2451 óbitos)	Aparelho digestivo (4309 óbitos)
8.	Endócrinas (185 óbitos)	Causas externas (2344 óbitos)	Ap. Genitu-urinário (2566 óbitos)

Fonte: DGS, 2010

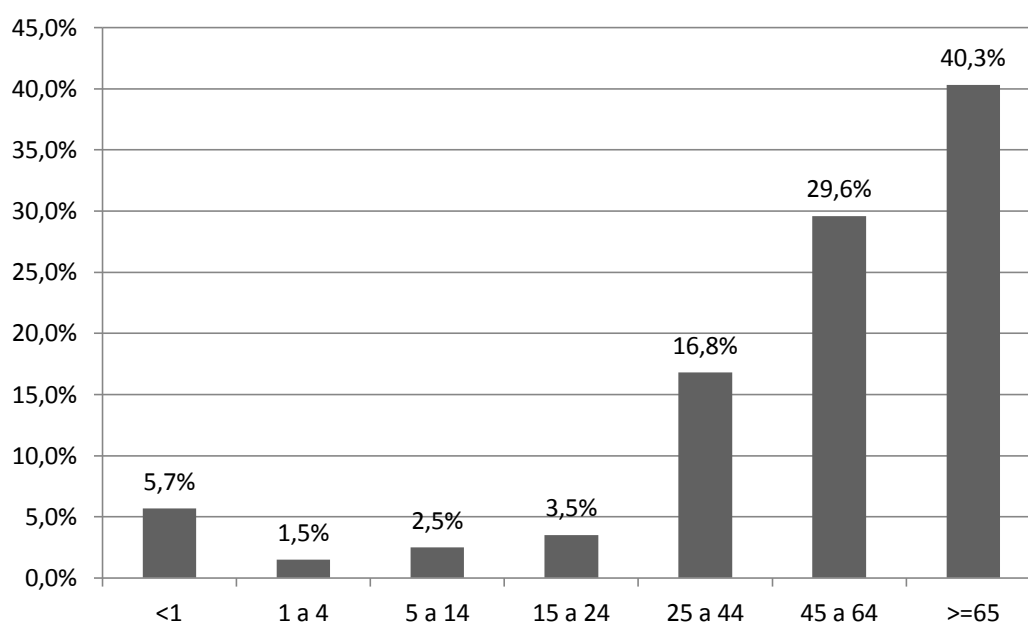
Da análise dos dados do quadro 1, organizada pelos grandes grupos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), verifica-se que no grupo etário para as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (que se mantém para idade igual ou superior a 65 anos) o aparelho circulatório é a principal causa de morte (em que os dois principais subgrupos são as doenças cérebro vasculares e a cardiopatia isquémica), as neoplasias são a segunda causa de morte (principalmente devido às neoplasias da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, estômago, próstata, mama feminina), e o aparelho respiratório (em que o principal subgrupo é a pneumonia) e a terceira causa de morte em Portugal.

Em 2008, de acordo com os dados do INE (2010) as doenças do aparelho circulatório (32,4%) e as neoplasias (23%) mantêm-se nas principais causas de morte. Refere ainda que as doenças cérebro vasculares, doenças isquémicas, pneumonia, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos estão particularmente associadas ao envelhecimento. Os Acidentes Vasculares Cerebrais, que se integram no grupo das doenças cerebro-vasculares, representam 14% do

total das mortes (o dobro das cardiopatias isquémicas) com maior expressão nas idades mais avançadas (42% em pessoas com idade superior aos 65 anos) (INE, 2010).

Assumindo as considerações expressas relativas ao peso do envelhecimento nos serviços de saúde, optou-se por analisar os dados referentes aos internamentos hospitalares por grupo etário. Os dados confirmam o peso dos internamentos associados ao envelhecimento.

Gráfico 1 - Distribuição de doentes saídos dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde por grupo etário em 2008



Fonte: Morbilidade Hospitalar do SNS, DGS, 2010

As patologias que apresentam maior representatividade (grandes grupos da CID 9) são as que se integram no aparelho circulatório, seguidas das doenças do sistema nervoso, do aparelho respiratório, das neoplasias e do aparelho digestivo. O grupo com maior representatividade diz respeito a diversos diagnósticos que integram um grupo específico denominado por fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde (44%) (DGS, 2010).

A análise da demora média pelos grupos etários apresentados varia entre 2,7 e 4,5 dias, sendo a demora média global (com todos os grupos etários) de 3,7 dias. O grupo etário correspondente às pessoas com idade igual ou superior a 65 anos trata-se do grupo que apresenta a demora média mais elevada. No entanto, analisando a demora média deste

grupo etário, por grandes grupos de patologia, a mesma apresenta valores compreendidos entre 0,2 e 18,8 dias. As demoras médias mais elevadas correspondem a transtornos mentais, doenças infecciosas e parasitárias, lesões e envenenamentos.

Considerando a demora média das patologias que têm maior representatividade nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com exceção das doenças do sistema nervoso todas apresentam demoras médias elevadas (aparelho circulatório 9,4; aparelho digestivo 8,5; neoplasias 10,6), considerando a frequência dos episódios e a demora média, o recurso aos cuidados de saúde assume maior expressão com o envelhecimento.

1.2.2 ENVELHECIMENTO, POBREZA E CUIDADOS DE SAÚDE

Acresce referir, que o envelhecimento, para além das doenças crónicas, tem associado um padrão de doença que, frequentemente, se acumula com o padrão de doenças associado à pobreza. O estado de pobreza afeta muitas pessoas idosas em Portugal, que só por si constituiria um problema de saúde, pela dificuldade no acesso aos serviços de saúde com vista à promoção da saúde e à prevenção da doença. Do número total de pessoas pobres considera-se que cerca de 17% são pessoas idosas e que, em Portugal, a incidência da pobreza na velhice seja de 30% (Lerais & Liddle, 2006).

Um estudo realizado por Gonçalves (2004) revelou que os agregados familiares que integram pessoas idosas, principalmente casais de idosos, apresentam as piores situações no que se refere a condições de alojamento, de equipamento e a níveis mínimos de bem-estar e conforto. Neste tipo de agregados familiares verificam-se ainda os maiores índices de pobreza, na perspetiva do rendimento e das condições de vida, sendo que as despesas com a habitação e com a alimentação perfazem metade do total da despesa nos agregados familiares que integram pessoas idosas, ao contrário do que acontece em agregados familiares que não integram pessoas idosas. Da mesma forma, a despesa relativa à saúde é superior nos agregados com pessoas idosas.

Os custos implícitos às situações de dependência, como o acesso aos serviços de saúde e os tratamentos das doenças associadas, podem constituir um impedimento no acesso aos cuidados de saúde e na aquisição de recursos considerados necessários. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que as pessoas idosas e as pessoas com

doenças crónicas constituem grupos em risco de pobreza, por estarem incluídos no grupo de pessoas com maiores despesas de saúde, em casos de maior fragilidade, poderão ter que optar entre a aquisição de serviços de saúde e a aquisição de bens para a satisfação das necessidades básicas (WHO, 2008; Pereira & Furtado, 2010).

Nesse sentido, o envelhecimento da população tem associado maiores necessidades de cuidados e conseqüentemente maior despesa em cuidados de saúde, para o próprio/familiares e para o Estado. Portugal, assim como outros países, tendo em conta a projeção populacional terão de enfrentar este desafio, que poderá passar por uma articulação efetiva, entre a saúde e a segurança social, que integrem todas as situações de carência.

Os idosos, com maior ênfase os que acumulam doenças crónicas ou dependência, representam um grupo que pelas despesas com o estado de saúde, poderá ser considerado um grupo de risco no que concerne à pobreza. Por outro lado, as pessoas idosas (ou outras) que vivam em situação de pobreza apresentam maior fragilidade, com possibilidade de condições de saúde mais agravadas, e por isso poderão necessitar de mais cuidados de saúde.

O estudo realizado pelo Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano refere que na globalidade, *“as pessoas na casa dos 60 anos são mais saudáveis e têm menos necessidade de apoio do que aqueles que se encontram na casa dos 80 anos, sendo comum nas grandes cidades verificar-se uma maior necessidade de cuidados entre as pessoas que pertencem a grupos etários não tão avançados, que têm um baixo rendimento e que provêm de zonas degradadas, do que aqueles que são mais idosos mas que provêm de áreas muito mais favorecidas, como é claramente demonstrado em Belfast, Glasgow e Londres”* (CEDRU, 2008: 226).

O mesmo estudo refere que se verifica que as organizações públicas e sem fins lucrativos não têm capacidade para assegurar as necessidades das pessoas com rendimentos médios e médio-baixos, e que a oferta de cuidados e serviços é na maioria da responsabilidade do sector público (80%). O Estado, em articulação com organizações não lucrativas, dá principalmente resposta às populações mais carenciadas, correspondendo o sector privado às necessidades das famílias com maior capacidade financeira.

Lemos (2005) no estudo intitulado “Congregação das Santas Casas da Misericórdia”, confirma que o custo médio por utente por mês apresenta uma variabilidade do grau de dependência diretamente proporcional ao custo mensal do utente. A média dos custos mensais é mais elevada nos lares para grandes dependentes (722 euros), seguida da resposta social das residências assistidas (614 euros em média) e os lares (482 euros em média). Nas restantes respostas sociais, os custos médios mensais por utente são substancialmente mais reduzidos.

1.3 A PESSOA COM DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO INTEGRADA NA FAMÍLIA: RECURSOS COMUNITÁRIOS

Portugal, tal como outros países, depara-se assim com o problema da assistência a pessoas dependentes no autocuidado carecidos de cuidados de saúde, uma vez que os hospitais não oferecem as condições necessárias para a recuperação precoce, nem constituem por si uma solução efetiva para situações relativas à dependência no autocuidado. Da mesma forma, é insuficiente a articulação com a comunidade para a sua transferência, independentemente do nível de diminuição da mobilidade, ou do seu grau de dependência no autocuidado, após o seu episódio agudo (Campos, 2001).

Constata-se que a maioria dos lares existentes foram pensados para idosos válidos, dos quais, alguns poderiam estar inseridos na comunidade com apoio especial na família e/ou domicílio, e os lares para acamados ou pessoas com maior dependência deveriam oferecer condições para contornar e reverter um episódio agudo, sempre que disso se tratasse.

A Santa Casa da Misericórdia iniciou em Maio de 2010 um projeto pioneiro que promove o acolhimento familiar de idosos no município de Lisboa, através de uma comparticipação financeira, cujo valor mínimo é de 447,27 euros. O projeto consiste em integrar, por um período de tempo determinado ou de forma permanente, pessoas idosas em famílias selecionadas pela Santa Casa da Misericórdia. No entanto, apesar de ser ainda desconhecida a receção das famílias a este projeto, é sabida a resistência das pessoas idosas em deixar a sua casa.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005 (Portugal, 2005) refere a urgência na organização de respostas adequadas quanto às necessidades decorrentes do envelhecimento demográfico, das alterações no padrão epidemiológico e na estrutura familiar e social. Como consequência desta Resolução, foi criada a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e aos Cidadãos em Situação de Dependência, e a Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência (Despacho n.º 23035/2005), da qual resultou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei n.º 101/2006), que por sua vez é coordenada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Estas medidas traduzem uma tentativa de reforço e consolidação da rede de equipamentos e serviços, que prevê uma intervenção multidimensional de carácter integrado, com vista a uma resposta eficaz a todos os que necessitam de cuidados de saúde e sociais em simultâneo. No entanto, apesar da reestruturação referida, desconhece-se em Portugal o número de famílias com pessoas dependentes no autocuidado. Considera-se por isso, que a caracterização das pessoas dependentes no autocuidado, relativamente às suas necessidades em cuidados de saúde, constitui um conhecimento essencial perante a realidade descrita, assim como, um importante contributo para a reestruturação dos cuidados de saúde e o ajustamento das respostas, imprimindo indispensabilidade e pertinência ao enfoque desta investigação.

De acordo com o previsto no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas contemplado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que *“será operacionalizado a nível regional e local pelos serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde que deverão definir Planos de Ação, tendo em conta as orientações deste Programa, as diversidades regionais e locais, fomentando as parcerias e o bom aproveitamento dos recursos existentes”* (Portugal, 2004:15). Este programa tem como objetivo *“Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas”*, sendo que, para isso, se pretenda entre diversos aspetos, *“identificar os determinantes da saúde da população idosa (...) Informar a população idosa e famílias sobre: a) utilização correta dos recursos necessários à saúde (...) g) prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência”* (Portugal, 2004:16).

A avaliação nacional do Programa define como indicadores para avaliação do Programa:

- “1. Proporção de pessoas idosas que:*
- a) Come sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - b) Toma banho sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - c) Utiliza o WC sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - d) Circula pela casa sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - e) Vai às compras sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - f) Confecciona as suas próprias refeições sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - g) Assegura a limpeza regular da casa sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
- 2. Proporção de pessoas idosas que consideram o seu estado de saúde bom ou muito bom*
- 3. Esperança de vida sem incapacidade²⁴, por sexo, aos 65, 75, 80 e 85 anos*
- 4. Proporção de pessoas idosas que usufruem de cuidados integrados de saúde e de apoio social no seu domicílio*
- 5. Proporção de pessoas idosas internadas por acidentes*
- 6. Proporção de pessoas idosas internadas por acidentes com medicamentos*
- 7. Proporção de pessoas idosas que vivem sós, com independência*
- 8. Proporção de pessoas idosas que utiliza o telefone, o Telealarme ou outras tecnologias de comunicação, de segurança e apoio*
- 9. Proporção de pessoas idosas que mantém contactos sociais, para além dos relacionados com a rotina diária”*

(Portugal, 2004:18)

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, através do Gabinete de Estratégia e Planeamento, publica anualmente um relatório (Carta Social) com o propósito de descrever a rede de serviços e equipamentos que se encontram disponíveis. A rede referida integra serviços e equipamentos que dão resposta a necessidades que carecem de apoio, seja de doença, incapacidade ou associadas ao ciclo de vida. Na situação concreta das pessoas idosas incluem o Serviço de Apoio Domiciliário, o Centro de Convívio, o Centro de Dia, o Centro de Noite, o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas, Residência e Lar de Idosos. Para pessoas em situação de dependência, para além do Serviço de Apoio Domiciliário já referido, existe o Apoio Domiciliário Integrado e a Unidade de Apoio Integrado. O último relatório disponível reporta-se ao ano de 2009, da sua leitura sobressai que da análise dos últimos onze anos, as respostas sociais criadas para as pessoas idosas aumentaram cerca de 69%, sendo que, o crescimento se registou mais acentuado no Apoio Domiciliário, Lar de Idosos e Centro de Dia. No entanto, numa comparação com o período homólogo, as respostas específicas a pessoas em situação de dependência não acompanham o crescimento descrito, possivelmente relacionado com as respostas esperadas da RNCCI (GEP/MTSS, 2010).

As respostas enunciadas na Carta Social obtêm o seu financiamento através dos acordos estabelecidos com o Estado e com as instituições de solidariedade social, do rendimento próprio auferido e do pagamento efetuado pelo utente (ou família).

A este propósito, a perspetiva das famílias face às respostas sociais existentes no que se refere aos custos com a participação para acesso aos lares é favorável para cerca de 61%, que considera apresentar um custo razoável. Contudo, cerca de 31% considera caro ou muito caro (DGEEP/MTSS, 2007).

De acordo com o “Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal” realizado em 2008, pelo Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (CEDRU) em colaboração com o Boston Consulting Group (BCG), considera-se que o cenário atual representa uma “*resposta incipiente à satisfação das necessidades de grande parte da população*” (CEDRU, 2008:132).

No estudo realizado pelo CEDRU (2008), calcula-se que os serviços de apoio a pessoas com dependência que registaram as maiores taxas de crescimento, sejam os serviços domiciliários e centros de convívio (7% e 4% respetivamente), e que este facto esteja relacionado com um dos objetivos do governo, que visa a promoção da independência dos cidadãos seniores e adira o menos possível à sua institucionalização. Pela mesma razão, os serviços de centros de dia e de cuidados residenciais cresceram a um ritmo mais baixo (GEP/MTSS, 2010).

Nos Estados Unidos da América, em 2003, ter uma pessoa com Alzheimer em casa imputava à família doze mil dólares por ano, o que seria cerca de nove mil euros (Winslow, 2003). No entanto, em Portugal, desconhece-se o custo associado a ter uma pessoa dependente no domicílio, os valores seriam discrepantes de acordo com os tipos de apoio e com as co-morbilidades da pessoa. Os parentes (até ao terceiro grau) que tenham os seus familiares em lares ou instituições similares cujo custo lhe esteja imputado têm a possibilidade de deduzir até 25% no Imposto de Rendimento de Pessoas Singulares (IRS), com o limite de trezentos e oitenta e dois euros. Sendo que para este efeito, o Estado estabelece como valor de referência para os lares o custo de cerca de oitocentos euros mensais, apesar de as instituições referirem que o custo está mais próximo dos mil e duzentos euros (Lemos, 2011). No entanto, as pessoas que cuidam dos seus familiares no

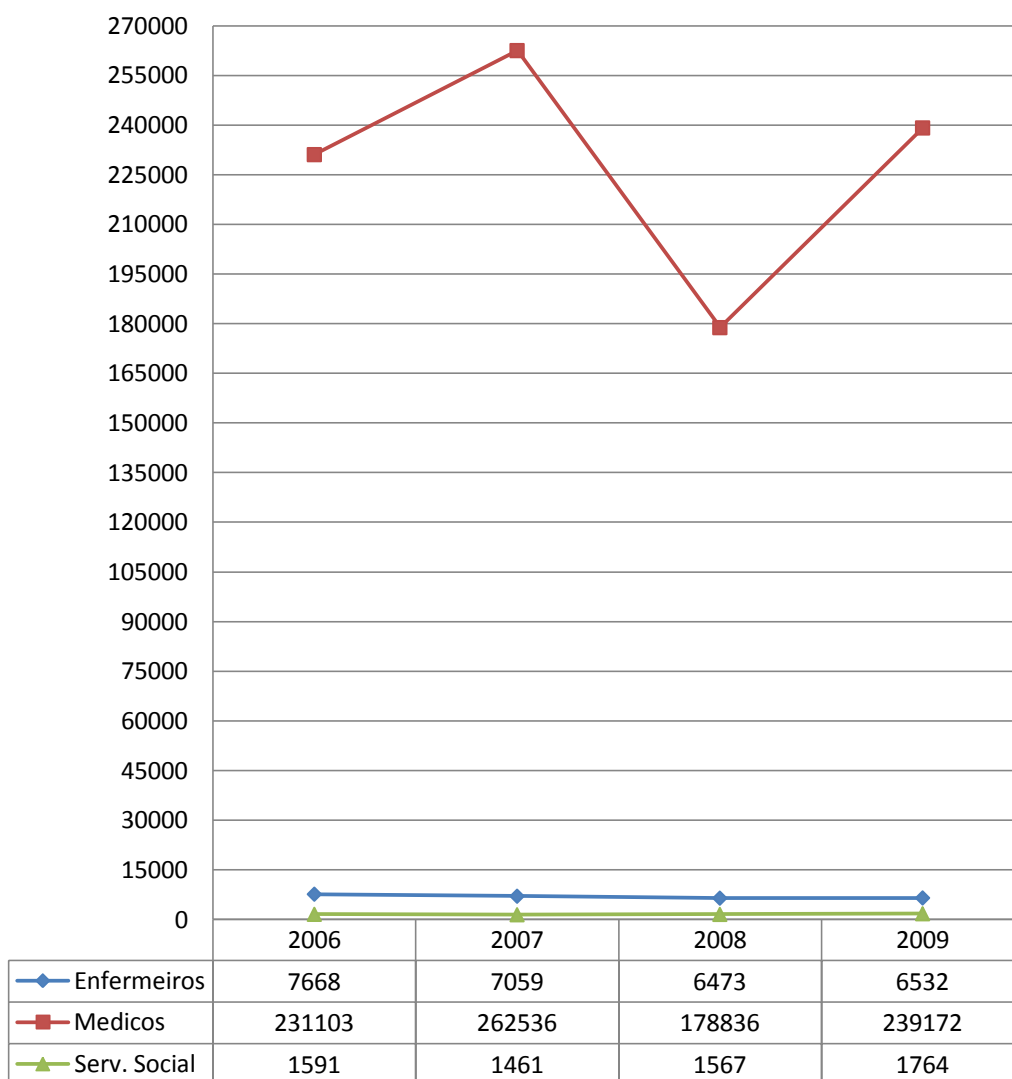
domicílio, se for referido que a pessoa dependente integra o agregado familiar, as suas despesas com a saúde podem ser dedutíveis até 30% (Lei n.º 55-A/2010).

As considerações do estudo do CEDRU (2008) fazem referência à diminuta probabilidade da incidência da dependência na população diminuir. O aumento dos anos de vida tem sido acompanhado por uma melhoria nos estados de saúde durante um maior período de tempo. No entanto, embora haja mais pessoas consideradas saudáveis com idades avançadas, o número das pessoas idosas com elevada incidência de dependência, tendencialmente, irá aumentar. No contexto atual prevê-se um aumento do número de pessoas idosas, de 23% em 2005 para 32% em 2050 (INE, 2007a).

O estudo incentiva o debate sobre a melhoria de programas e serviços para idosos, baseado na identificação de necessidades ainda não satisfeitas, nas falhas dos serviços e desigualdades na prestação de serviços, preferências e queixas gerais das populações sobre os serviços existentes, concluindo-se que quanto mais acentuado for, mais apropriado será o plano de desenvolvimento dos serviços e as prioridades (CEDRU, 2008: 226).

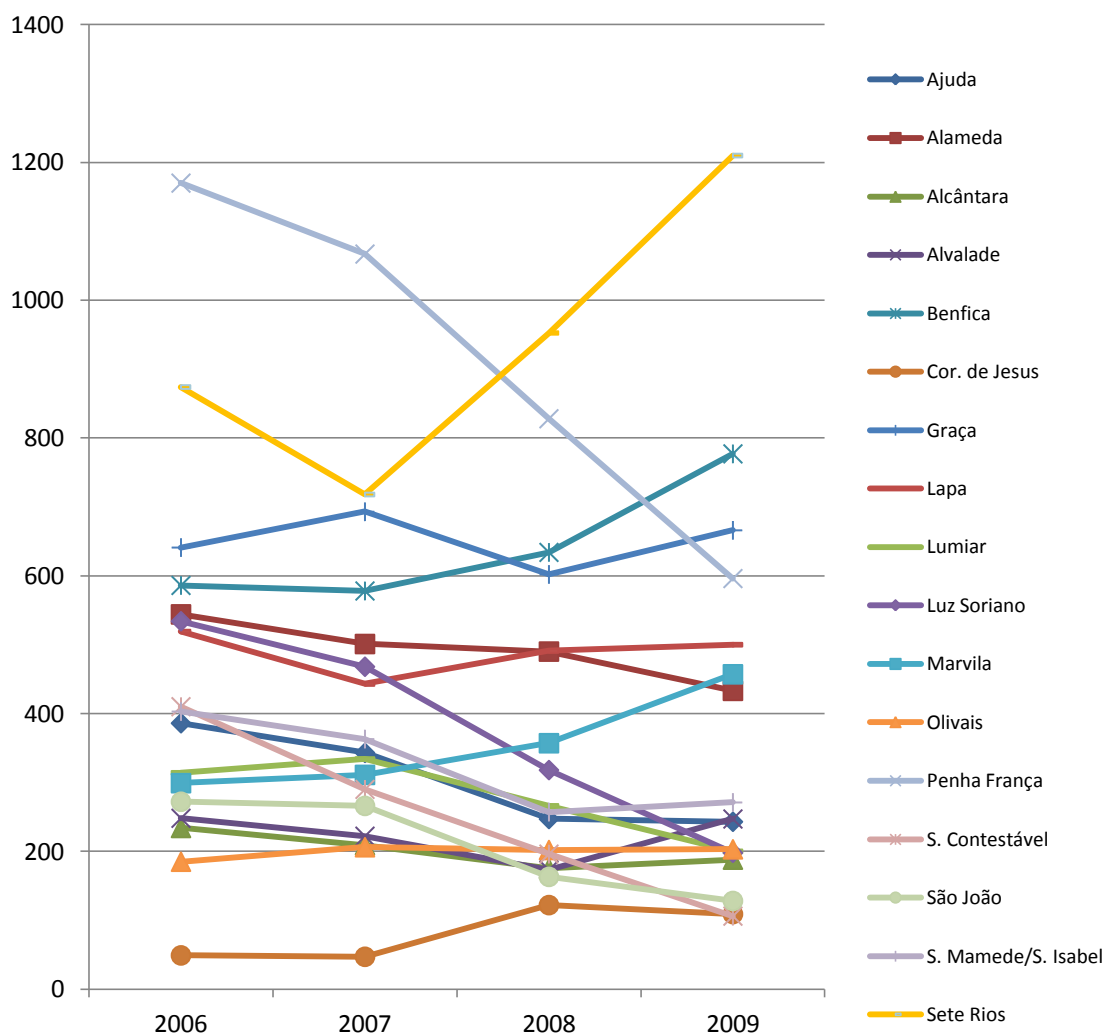
No sentido de perceber se a efetividade das mudanças previstas nas alterações regulamentares da Resolução do Conselho de Ministros em 2005 se traduzem num aumento da produtividade relativa à visita domiciliária realizada por profissionais dos centros de saúde, foram solicitados à DGS os dados desde 2006 por grupo profissional e por centro de saúde do concelho de Lisboa. Os dados cedidos para análise referem-se à visita realizada pelos 17 centros de saúde. A informação relativa à produtividade decorre da aplicação de um inquérito com regularidade anual, cuja unidade estatística é o centro de saúde, sendo solicitada a mesma informação a todos os centros de saúde (346). A responsabilidade deste formulário é partilhada pela DGS e pelo INE.

Gráfico 2 - Distribuição do número de visitas domiciliárias por profissão, nos centros de saúde do concelho de Lisboa, no período de 2006 a 2009



Da análise do gráfico verifica-se que desde 2006 assiste-se a uma diminuição da visita domiciliária realizada por enfermeiros, sendo que em 2009 se verificou um ligeiro aumento comparativamente com o ano anterior, mas ainda inferior ao verificado em 2006, sendo dos três grupos profissionais analisados o que regista uma tendência negativa. Na visita domiciliária realizada por médicos, com exceção da diminuição verificada em 2008, observa-se um aumento comparativamente com o ano de 2006, sendo o grupo profissional que realiza mais visitas domiciliárias. A visita domiciliária realizada por assistentes sociais apresenta uma tendência crescente desde 2008.

Gráfico 3 - Distribuição do número de visitas domiciliárias de enfermagem, por centro de saúde do concelho de Lisboa, no período de 2006 a 2009



Relativamente às visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros a maioria registou uma diminuição no número de visitas realizadas no período analisado. No entanto, na análise por centro de saúde verificam-se diferentes tendências, dos 17 centros de saúde analisados 11 apresentam uma tendência decrescente, comparativamente, com o número de visitas realizadas em 2006. Os centros de saúde que registam um aumento no período analisado são: Benfica, Coração de Jesus, Graça, Sete Rios, Marvila e Olivais.

Os resultados desta análise revelam-se desfavoráveis na medida em que parece não existir uma tendência decrescente da população em situação de dependência em residência domiciliar, pelo que não existindo diminuição da procura, registou-se apenas uma diminuição do número de intervenções. Acresce dizer que as visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros, na perspetiva de acompanhamento de base preventiva,

refletem-se positivamente na diminuição das institucionalizações e nos internamentos, atuando na preservação ou melhoria da condição de saúde da pessoa em ambiente domiciliar (Elkan *et al.*, 2001; Nicolaidis-Bouman, Rossum, Kempen & Knipschild, 2004; Stuck, Egger, Hammer, Minder & Beck, 2002).

1.4 A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO E O “DEVER DE GARANTE”

No contexto da pessoa em situação de dependência no autocuidado poderá dizer-se que a problemática em estudo se dedica à pessoa adulta que se encontra numa situação vulnerável.

O enquadramento jurídico é omissivo, em diversas situações, no que respeita à proteção e à defesa dos direitos das pessoas idosas. A pessoa idosa é considerada um cidadão adulto e capaz, pelo que, a legislação que confere a alteração do seu estatuto é a prevista no código civil pela aplicação dos artigos (138º a 156º do Decreto-Lei 496/77 de 25 de Novembro) que se reportam ao processo de interdição ou inabilitação (Pereira, 2010).

A proteção à pessoa idosa em situação de incapacidade (mental) remete para a legislação referente à proteção de menores e poder parental inserindo a figura de tutor. Este enquadramento anima o debate pela confluência e imbricamento de questões, as quais se desenham no seguinte molde: Para as situações de dependência não seria igualmente necessária a nomeação de um tutor? A quem se deve atribuir a responsabilidade de abandono de uma pessoa adulta, mentalmente capaz, mas com dependência em grau suficiente para não se autocuidar num padrão satisfatório para a sua qualidade de vida e para a sua sobrevivência?

Atualmente, as famílias não estão legalmente mandatadas para a prestação de cuidados dos seus parentes idosos, como tal, não são legalmente responsáveis por assegurar os cuidados mínimos respeitantes à manutenção da vida humana. E a este propósito, outra questão parece ganhar alcance e pertinência: A ausência de um representante legal que assuma a responsabilidade por uma pessoa idosa, que apesar de

consciente, não se encontra capaz de se autocuidar não incorre no âmbito dos direitos fundamentais?

Por outro lado, o conhecimento da institucionalização de pessoas cujo meio implicou a contrariedade, ou seja encontram-se na instituição contra a sua vontade, este facto impele por certo à reflexão do que poderia ser feito para que a satisfação das suas necessidades relativamente à sua situação de dependência, de velhice, fosse de acordo com a sua vontade. E neste foco de reflexão, subjaz a génese de um manancial de questões: Que necessidades foram negligenciadas para que outras fossem satisfeitas? Não existirão outras soluções, sem que o caminho para o “resto da vida” com cuidados adequados à situação de dependência rompa com a vontade do próprio?

Decorrente da situação referida, é então compreensível que o pensamento seja ladeado por um manancial de questões como as que aqui se expressam: como quantas pessoas idosas são institucionalizadas contra a sua vontade, sem que estejam dementes mas dependentes (a legislação prevê a institucionalização na ausência de capacidade de decisão). Porque razão não é exercido o seu direito de liberdade? Porque razão não predomina a sua vontade, de não ser institucionalizado? Assim, não deveria ser previsto, em enquadramento legal próprio, quem deverá exercer o direito de proteção de uma pessoa idosa em situação de dependência mas em exercício da sua capacidade mental?

A leitura dos decretos-lei, considerando os que inserem as pessoas idosas como objeto e âmbito da sua aplicação, faz parecer que a legislação atual se encontra desenquadrada da realidade, o que sugere uma revisão e ajuste com vista ao objetivo máximo de proteção do cidadão idoso em situação de dependência, mas mentalmente capaz do poder decisório.

A legislação existente, que confere alguma especificidade ao estatuto de pessoa idosa, consiste nos apoios previstos pela segurança social (pensão, complemento de dependência, comparticipação do lar), pela saúde (isenção na taxa moderadora, comparticipação de alguns medicamentos e ajudas técnicas), pela impossibilidade de rescisão do contrato de arrendamento (pelo proprietário) e pela possibilidade da ação/interdição/inabilitação (maiores incapazes).

1.5 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO E CONCEITOS CENTRAIS

Esta investigação toma por objeto de estudo as famílias clássicas do concelho de Lisboa que integram pessoas dependentes no autocuidado, importa agora expor os conceitos centrais que sustentam este estudo.

1.5.1 FAMÍLIA

Portugal, num enquadramento europeu, encontra-se como um país em que a solidariedade familiar tem um papel relevante, justificando a menor taxa de serviços e cuidados a pessoas idosas, apesar do crescimento acentuado nos últimos anos. Este crescimento julga-se que seja, uma consequência não só do acentuado envelhecimento demográfico, mas do menor envolvimento das famílias na prestação de cuidados aos seus familiares, assegurando os encargos financeiros dos serviços prestados por terceiros. Os motivos para este acontecimento podem estar relacionados com as alterações das dinâmicas familiares e dos padrões de vida, uma vez que a maioria dos estudos indicava a mulher como principal cuidadora familiar e nas últimas décadas também o seu papel sofreu alterações, pelo exercício de uma atividade profissional. No entanto, os valores da família solidária continuam muito presentes na sociedade portuguesa, permanecendo esta como principal prestadora de cuidados aos seus familiares, e sendo consensual a importância que deve ser atribuída à estadia da pessoa idosa no seio familiar, congregando-se esforços para reunir as condições necessárias a uma permanência harmoniosa para todos os membros da família (CEDRU, 2008).

Em 2007, 11929 portugueses eram beneficiários de prestações familiares por assistência a terceira pessoa, e 10918 beneficiavam de subsídio vitalício, que se encontra associado a situação de incapacidade (INE, 2007).

De acordo com o INE (2008a), os resultados do Inquérito às Despesas das Famílias realizado em 2005/2006 revelaram que em Portugal a população se encontrava distribuída em três tipos de agregados familiares, cuja dimensão percentual é muito semelhante. Assim, verificou-se que 21% das famílias compostas por dois ou mais adultos têm pelo menos um constituente idoso. Ligeiramente superior é o número de agregados familiares

compostos por dois adultos e uma criança dependente (22,6%), e em menor número estão os agregados compostos por dois adultos em que todos os membros tinham menos de 65 anos (20,2%).

Segundo Bris (1994), estudos europeus revelam que é a família que assume maior importância na satisfação das necessidades da pessoa que perde a sua autonomia. Clarke (1987:20) considera a família como “*a força de maior suporte em qualquer ambiente em que o indivíduo se encontra*”, que tem como objetivo garantir o bem-estar dos seus membros, respeitando a solidariedade entre as várias gerações. Bris (1994), refere que a prestação de cuidados a dependentes gera na família algumas dificuldades de ordem bio-psico-social, com maior relevo quando a situação é irreversível. No entanto, Copstead & Patterson (1986) consideram que as dificuldades da família assentam principalmente no sentimento de incapacidade em satisfazer as necessidades da pessoa com dependência, sendo que em alguns casos existe a percepção de incapacidade em identificar as necessidades.

No estudo realizado por Nardi & Oliveira (2008) identificaram-se as filhas como os principais cuidadores, refletindo, de acordo com as autoras, os sentimentos de obrigação e dever, assim como os valores familiares transmitidos em cada família. Ainda que a maioria dos cuidadores familiares seja do sexo feminino,

Reinhard e colaboradores (2008) referem uma tendência crescente no número de homens que vão sendo cuidadores. Este facto poderá dever-se a mudanças de padrões socioculturais e/ou motivado pelo aumento do envelhecimento e por inerência o aumento da dependência associado à idade avançada e às morbilidades que a acompanham.

As alterações nas condições sociais das mulheres revelam que as mulheres aliam o percurso académico a uma atividade profissional mais qualificada, e conseqüentemente a uma calendarização do casamento ou do nascimento do primeiro filho para datas posteriores. Estes acontecimentos, adiados temporalmente, envolvem modificações no percurso de vida e a transição para a vida conjugal. Estas transições familiares não têm constituído impedimento para a contínua integração das mulheres nas várias dimensões sociais, no entanto, poderá estar associada à menor disponibilidade para cuidar de outros

familiares que não integrem a sua família nuclear, ou a maior capacidade económica para suportar os custos de uma institucionalização (Gonçalves, 2003).

Ainda segundo informação apurada no estudo realizado por Lalanda (2005) a distribuição geográfica das alterações nas condições sociais das mulheres não é homogénea, sendo que, nos Açores ainda persiste o modelo de casal onde a mulher cuida do lar e dos filhos, enquanto o marido trabalha.

Na constituição das estruturas familiares, considerando os resultados dos dois últimos censos com informação disponível (1991 e 2001), verifica-se um aumento das famílias clássicas constituídas só por pessoas idosas. Esta situação poderá resultar de um maior número de famílias constituídas por duas ou mais pessoas, todas com 65 ou mais anos. O aumento de famílias constituídas apenas por pessoas idosas no total do país foi de 35,3%, no período referido, com maior expressão na Região de Lisboa e Vale do Tejo (42,6%) e na Região Norte (41%) (Gonçalves, 2004).

Attias-Donfunt & Rozenkier (1996) apresentam algumas das motivações para a entreajuda intergeracional familiar: a lógica da necessidade, em que a ajuda é orientada em direção aos membros da família que se deparam com dificuldades; o laço da reciprocidade, em que a ajuda representa a liquidação de uma dívida resultante de uma dádiva recebida anteriormente; a complementaridade com as ajudas públicas: as prestações sociais estimulam a entreajuda familiar.

Neste sentido, a família constitui o recurso imediato de apoio social à pessoa com incapacidade em se autocuidar, sendo o espaço de eleição para a pessoa carenciada, em que os cônjuges, pais e filhos se entendem como primeiro recurso para a prestação de cuidados. No entanto, Fernandes (1999) refere que ao longo das duas últimas décadas, existem vários indicadores que demonstram alterações que sugerem que a família, no aspecto institucional, se apresenta modificada.

O Internacional Council of Nurses (2011:70) entende processo familiar como um sistema onde ocorrem “*interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família*” e família como “*grupo: unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo as pessoas que são importantes para o*

cliente. A unidade social constituída pela família como um todo, é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, e que constituem as partes do grupo". Classifica-se como família alargada, aquela que é "*constituída por mais do que apenas os pais e os filhos*", como família nuclear aquela que é "*constituída pelo marido, esposa e um ou mais filhos*", como família monoparental a que é constituída por "*figura parental única – mãe, pai ou outro cuidados – e presenças de uma ou mais crianças ou outros dependentes*" (ibidem, 2011:115).

Sthanhope & Lancaster (1999) referem que existem fatores externos, como as condições profissionais, o nível socioeconómico, a estrutura familiar, que influenciam os cuidadores familiares no seu desempenho como cuidadores. A revisão sistemática realizada por Walter e colaboradores (2004) permitiu concluir que pessoas com história familiar de doença crónica desenvolvem maior vulnerabilidade ao seu processo de doença de acordo com a relevância atribuída à história familiar, sendo que, a sua própria história é interpretada pelo seu modelo, previamente desenvolvido em consonância com a herança familiar de doença. O mesmo poderá ser indagado no desempenho do familiar prestador de cuidados que experienciou a vivência de familiar cuidador dos seus pais relativamente a outros familiares, refletindo o significado atribuído à sua herança familiar.

No estudo realizado por Sousa & Figueiredo (2003), com o objetivo de conhecer as "*Dificuldades e fontes de satisfação percecionados por cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência*", envolveram 99 cuidadores familiares de idosos, dos quais 52 tinham a seu cuidado uma pessoa idosa com demência e 47 uma pessoa idosa sem demência. Os resultados sugerem que as satisfações resultantes da prestação de cuidados coexistem a par das dificuldades e que a situação de demência parece não influenciar o grau de satisfação do cuidador familiar, com exceção das dificuldades sentidas no que respeita ao escasso apoio profissional.

Nas situações de integração de uma pessoa dependente no autocuidado no seio da família, em que o papel de cuidador é desempenhado por um dos familiares, habitualmente, a possibilidade de apoio profissional é disponibilizado por um curto período de tempo, como consequência da situação descrita, os membros da família

prestadores de cuidados (MFPC) relatam frequentemente, mudança nos papéis familiares, problemas de isolamento social, ansiedade e depressão (Hainer, Miner & Kreutzer, 2001).

Na pesquisa efetuada verificou-se uma grande preocupação com os problemas dos familiares que cuidam de pessoas em ambiente domiciliar, identificaram-se questões relacionadas com o sentimento de não fazer o necessário, o sentimento de culpa, cansaço, problemas de saúde, profissionais e económicos (Hunt, 2003; Robinson, 1989). O impacto da prestação de cuidados a pessoas dependentes nos membros da família prestadores de cuidados reúne um consenso estabilizado pelos estudos desenvolvidos, pela interferência na vida pessoal, familiar e social, aumentando a predisposição para situações de crise e para apresentação de sinais e sintomas relacionado com a fadiga, depressão, frustração entre outros (Driscoll, 2000; Shyu, 2000; Brito, 2002; Imaginário, 2004; Lage, 2005; Paúl, 1997; Petronilho, 2007).

Relativamente aos benefícios para os familiares que cuidam dos seus parentes, a literatura é menos vasta, no entanto, Hogstel, Curry & Walker (2001) referem a possibilidade de resolução de conflitos e problemas do passado, a possibilidade de celebrar pequenos acontecimentos, o desenvolvimento de vínculo afetivos e viver a experiência de vida da pessoa de quem cuida. Lawton e colaboradores (1989) e Paúl (1997) fazem referência a consequências positivas decorrentes de sentimentos como a solidariedade, satisfação pelo bem-estar que proporciona.

Por outro lado, na perspetiva dos benefícios pelo contacto com os familiares, o estudo realizado por Rasulo, Christensen, & Tomasini (2005) no sentido de verificar a relação entre os contactos sociais e o risco de mortalidade das pessoas idosas, os resultados sugerem que o contacto com os filhos reduz o risco de mortalidade e ter cônjuge aumenta a sobrevivência.

No estudo que se apresenta adotou-se o conceito de família clássica que é entendido como *“o conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. Os*

empregados domésticos residentes no alojamento onde prestavam serviço são integrados na respectiva família” (INE, 2001:XXIV).

No que importa para a presente investigação releva ainda referir o que se entende por parentesco, em que de acordo com a redação do artigo 1582º do código civil "*os efeitos de parentesco produzem-se em qualquer grau da linha reta e até ao sexto grau na colateral*", sendo que "*a linha diz-se reta, quando um dos parentes descende do outro; diz-se colateral, quando nenhum dos parentes descende do outro, mas ambos procedem de um progenitor comum*" (artigo 1580º) (Pereira, 2010: 272-273). No contexto importa esclarecer que neste estudo será adotada a designação de parente próximo quando se trate de parentes em linha reta de 1º grau (marido/esposa, filho/filha, avô/avô) e os parentes em linha colateral de 2º grau (irmão/irmã) e dos parentes por afinidade apenas nora/genro, cunhado/cunhada (Pereira, 2010).

1.5.2 ALOJAMENTO

O alojamento familiar constitui um aspeto de considerável importância na perspetiva da sociedade, contudo a sua essência associa-se a questões tão fundamentais como a descrita no dicionário de língua portuguesa "*acomodar alguém debaixo de um tecto*", assim de uma forma relativamente simplista poder-se-á dizer que se trata do "*local onde alguém se instala ou acomoda, onde reside*" (ACL, 2001:182).

O alojamento pode revestir-se de uma enorme diversidade no que se refere às suas características interiores, com vista à clarificação do conceito entende-se que é um local distinto e independente, ou seja "*cercado por paredes de tipo clássico ou de outro tipo, é coberto e permite que uma pessoa ou um grupo de pessoas possa dormir, preparar refeições ou abrigar-se das intempéries separado de outros membros da colectividade; por independente entendesse que os seus ocupantes não têm que atravessar outros alojamentos para entrar ou sair do alojamento onde habitam*" (INE, 2011:37).

No que importa para a presente investigação é assumido o conceito de "*Alojamento familiar clássico*" do Instituto Nacional de Estatística no entendimento que se trata de um "*Alojamento familiar constituído por uma divisão ou conjunto de divisões e seus anexos*

num edifício de carácter permanente ou numa parte estruturalmente distinta do edifício, devendo ter uma entrada independente que dê acesso directo ou através de um jardim ou terreno a uma via ou a uma passagem comum no interior do edifício (escada, corredor ou galeria, entre outros)” (INE, 2011:37). A definição apresentada permite considerar os alojamentos tradicionais, como sendo, o apartamento e a moradia, excluindo os alojamentos móveis como as caravanas. No estudo que aqui se reporta o conceito de alojamento não integra os denominados alojamentos coletivos também designados por estabelecimentos hoteleiros (INE, 2011).

1.5.3 DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

O reconhecimento da necessidade de colocar o autocuidado nas agendas nacionais já se iniciou em alguns países de Europa. De acordo com Richards (2010) este acontecimento decorreu da publicação de um relatório, dedicado ao tema, elaborado por um grupo constituído para o efeito, que introduziu apelações incisivas ao envolvimento político e à integração de medidas no sistema nacional de saúde (National Health Service), que o permitam tornar-se sustentável perante as necessidades das pessoas. O objetivo é reorganizar a procura dos serviços de saúde, para que seja possível canalizar mais recursos para as situações que requerem cuidados de longa duração, como a dependência no autocuidado.

1.5.3.1 A teoria de Orem

No modelo teórico de Orem (1993), encontra-se um conjunto de conceitos que permitem compreender a trilogia traduzida na indispensabilidade presente nesta investigação: o papel da pessoa em função do seu autocuidado; o papel do prestador de cuidados à pessoa com *deficit* no autocuidado e a intervenção da enfermagem na satisfação das necessidades da pessoa que é dependente no autocuidado, assim como, do seu cuidador. Assim sendo, ao longo do ciclo de vida, assistem-se a diferentes estados de dependência no autocuidado. Desde que nasce, a pessoa adquire gradualmente capacidade em se autocuidar. Do mesmo modo, a ação de autocuidado pode ser influenciada por estímulos resultantes da interação com ambiente e da sua capacidade de adaptação. É neste

sentido que a capacidade de autocuidado se relaciona com os requisitos de autocuidado de Orem, enquanto *“ações definidas, mediante as quais, as pessoas regulam os fatores que afetam o seu funcionamento e desenvolvimento. Quando se formulam os requisitos de autocuidado, estes expressam os resultados esperados e o objetivo do autocuidado”* (Orem, 1993:77). Os requisitos de autocuidado podem ser entendidos como ações implícitas ao autocuidado, de que a pessoa é detentora consoante o estágio de desenvolvimento e o ambiente em que vive, estando diretamente relacionados com as diferentes fases do ciclo de vida. De igual forma, pode considerar-se as mudanças que ocorrem na vida da pessoa e que influenciam o desempenho das ações dirigidas à provisão do autocuidado, como as mudanças que decorrem da situação de doença. Neste seguimento, a autora concebe a ideia da pessoa que está inserida numa comunidade e da existência de alguém que cuida de outros, independentemente, da sua ligação familiar ou laço afetivo, em que o seu interesse se centra no bem-estar dos outros, designando-as como pessoas *“benevolentes, possuidoras de uma bondade inata, como pessoas que actuam com amor e compaixão pelos outros”* (Orem, 1993:199).

1.5.3.2 O autocuidado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Na perspetiva do autocuidado a pessoa tem capacidade de reflexão sobre si própria e sobre o que a envolve e de possuir a motivação essencial para cuidar de si e dos seus familiares dependentes. O autocuidado, deste modo, implica a execução de atividades realizadas pela pessoa e para a própria pessoa, da mesma forma que, poderá dirigir-se aos que o rodeiam, sendo que as intervenções surgem como resposta às necessidades identificadas.

A capacidade da pessoa exercer o autocuidado pode situar-se entre o estado de completa independência e o estado de dependência, sendo que pode ser dinâmico, passando de um estado para outro.

O desenvolvimento de estudos relativos à competência para o autocuidado, assume-se particularmente importante na população envelhecida, uma vez que, no

processo de envelhecimento, as necessidades de saúde vão sendo alteradas, requerendo práticas sempre renovadas de cuidados à saúde.

De acordo com o International Council of Nurses (OE, 2011:41), *autocuidado* consiste em “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”, desagregando-as em “tomar banho”; “vestir-se ou despir-se”; “alimentar-se”; “arranjar-se”; “cuidar da higiene pessoal”; “usar o sanitário”; “transferir-se”, “lavar-se” (OE, 2006:46).

1.5.3.3 Conceito de dependência no autocuidado

O conceito de dependência é apresentado em diferentes contextos com diferentes interpretações, difere igualmente entre autores e entre países, bem como variam as formas que permitem avaliar a dependência em função do foco que tem associado, como se verifica no Índice de Dependência de Idosos, que consiste na relação entre a população idosa (65 ou mais anos) e a população em idade ativa (15 e os 64 anos), que em 2007 era de 25,9 em comparação com 24,7 em 2002 e com 19,2 em 1987 (Veríssimo, 2004; INE, 2008).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (Portugal, 2006:3857), a dependência pode ser entendida como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária”, permitindo dizer que a pessoa dependente tem necessidade de apoio para se ajustar e relacionar com o meio (Figueiredo, 2007).

No centro da investigação e prática da enfermagem releva o constructo da teoria do Autocuidado de Orem (1993), desenvolvida há algumas décadas, que retrata de forma atual a dependência no autocuidado enquanto acontecimento gerador de transição, enquadrando-se os dois conceitos transição e dependência no autocuidado (Meleis, 2010).

Considera-se que as pessoas vivem situações de dependência/independência, ao longo do ciclo vital, pelo que poderá dizer-se, em *lacto sensu*, que a dependência está presente ao longo de todo o curso da vida. A dependência no autocuidado não se restringe ao envelhecimento, mas a todas as situações em que se verifique um “*estado de estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio*” (OE, 2006:107). Na presente investigação assume-se a definição exposta relativa ao estado de dependência (relativamente a alguém ou alguma coisa, para ajuda e apoio) no que concerne ao autocuidado nos domínios já definidos anteriormente.

1.5.3.4 Estudos de dependência e de incapacidade em Portugal

O conhecimento relativo à caracterização da dependência no autocuidado na perspectiva que se releva consistente na monitorização do fenómeno é ainda carente de investimento. Assim, retratam-se os resultados dos estudos realizados em Portugal, que pela sua aproximação à problemática permitem antever a pertinência da presente investigação.

Os resultados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2005/2006 (INE/INSA, 2009) referem a existência de 373977 pessoas com incapacidade de longa duração de grau 2 na população residente em Portugal com 10 e mais anos que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, sendo que a incapacidade de longa duração de grau 2 é entendida para o inquérito como incapacidade que tem duração, ou que é previsível que tenha duração superior a 6 meses e para a qual a pessoa entrevistada refere ser capaz de a realizar “só com ajuda”. Das pessoas que referiram este tipo de incapacidade 41,1% são homens e 58.9% são mulheres.

Considerando a população residente em Portugal no ano de 2005, poder-se-á inferir, com base neste formulário, que cerca de 4% da população referiu incapacidade de longa duração de grau 2. No entanto, no que refere à população residente na Região de Lisboa e Vale do Tejo o valor percentual é de 3%, na Região Autónoma da Madeira 3,2%, na Região Centro 3,5%, na Região do Algarve 3,7%, na Região Autónoma dos Açores 4,4%, na Região do Alentejo 4,8% e na Região Norte 5%. Comparativamente com os

resultados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999, a Região Norte (3,4%) foi a que verificou maior acréscimo, sendo que na Região Centro (3,9%) se verificou uma diminuição.

O estudo realizado pelo Secretariado Nacional de Reabilitação (1995) permitiu caracterizar a incapacidade na população portuguesa, através da aplicação de um formulário com base na auto percepção da pessoa sobre a sua incapacidade. Dos resultados auferidos realça-se que 6,69% da população inquirida em Lisboa referiu possuir algum tipo de incapacidade, sendo que o seu aumento acompanha o aumento da idade, com um peso mais significativo a partir da faixa etária dos 45 aos 54 anos. Na análise efetuada por tipo de incapacidade, interessa referir que a incapacidade no cuidado pessoal e na locomoção assume maior expressão na faixa etária acima dos 75 anos e que no distrito de Lisboa era de 0,93% e 2,43% respetivamente, existindo a possibilidade de a mesma pessoa ter referido os dois tipos de incapacidade (SNR, 1995).

O estudo do perfil de envelhecimento da população portuguesa realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Oliveira, *et al.*, 2010), com o objetivo de definir o perfil do envelhecimento da população portuguesa de modo a determinar a prevalência da dependência de terceiros, permitiu constatar que 21% da população estudada apresenta dependência de terceiros em atividades de vida diária, sendo mais acentuada nas pessoas mais idosas, no sexo masculino e na região do Alentejo. Note-se que o desenho do estudo implicava que a população participante teria que ter telefone fixo, possibilidade de atender o telefone no momento do contacto e capacidade para se deslocar ao centro de saúde, local onde se realizou a aplicação do formulário.

De acordo com os resultados do referido estudo, as pessoas com mais de 75 anos apresentam 1,62 vezes mais possibilidade de serem dependentes funcionais, que as pessoas com idade entre os 55 e os 65 anos, e que as pessoas do sexo masculino apresentam 4,28 vezes mais possibilidade de serem dependentes funcionais que as pessoas do sexo feminino.

O mesmo estudo constatou um estado de nutrição desfavorável pelo excesso de peso verificado, sendo pior nas pessoas com idade entre os 65 e os 74 anos. Assim como,

uma situação social desfavorável, evidenciando isolamento social em 13% das pessoas, com maior gravidade nas pessoas mais idosas.

O conhecimento relativo ao número de famílias que cuidam de uma pessoa com dependência no autocuidado é inexistente, com exceção dos resultados obtidos através do estudo “Uma observação sobre Cuidados Continuados no Domicílio” realizado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge (INSA, 2008) em Portugal Continental. Este estudo consistiu na aplicação de um questionário por contacto telefónico às famílias que integram a amostra ECOS (Em Casa Observamos Saúde), constituída por 1034 Unidades de Alojamento (UA), onde residem 3030 pessoas, dos quais, resultaram 952 questionários válidos (2788 residentes).

O estudo revelou que 5,5% das UA têm uma pessoa dependente com necessidade de cuidados continuados, que 5,1% dos respondentes é cuidador de uma pessoa dependente noutra unidade de alojamento e que 4% tem pelo menos um familiar dependente institucionalizado.

Das UA (6,4%) em que foram identificadas pessoas em situação de incapacidade, 97,6% tem necessidade de ajuda no desempenho de uma ou mais atividades da vida diária, 69,4% tem necessidade de apoio no transporte, 53,7% tem necessidade de ajudas técnicas e 27,9% considera que o seu alojamento não é adequado para a situação.

O estudo revela ainda, que em relação ao cuidador, 96,3% é um familiar próximo, que 92,6% coabita com a pessoa dependente e 72,8% é mulher.

1.5.4. A CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Do estudo realizado por Rato, Rodrigues & Rando (2009) com vista à caracterização dos utentes admitidos na RNCCI, em 2008, nas unidades de internamento (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção), importa referir os seguintes resultados:

- Os diagnósticos de internamento (principal) na RNCCI mais frequentes encontram-se inseridos no grupo das doenças do aparelho circulatório, especificamente

devido a acidentes vasculares cerebrais (36%) e no grupo do sistema músculo-esquelético (20%);

- Na avaliação de um parâmetro que permite estimar a propensão para quedas, cerca de 32% dos utentes apresenta uma situação de risco, sendo que a propensão para quedas apresenta um forte relação com a funcionalidade, como era esperado;

- Na locomoção, cerca de 60% foi classificado como incapaz e cerca de 20% como dependente, o compromisso na locomoção assume maior expressão nas mulheres e nos mais idosos;

- Na autonomia física, cerca de 43% apresentava incapacidade e cerca de 42% apresentava dependência, assumindo maior relevância nos mais idosos;

- No estado cognitivo 54% apresentava compromisso neste parâmetro, o estado foi considerado mau em cerca de 40%;

- No estado social apenas 11,5% apresentava uma situação satisfatória, o que sugere cerca de 88% em situação insatisfatória, sendo que este estado social apresenta uma forte relação com a dependência;

No relatório é, ainda, referido que cerca de 40% dos registos dos utentes da RNCCI não dispunha de informação relativa ao estado nutricional, sendo que dos 60% em que a informação era conhecida, 30, 5% apresentava situações de compromisso nutricional. No que se refere ao Índice de Massa Corporal (IMC), cerca de 50% apresentava excesso de peso, destes, 17% apresentava obesidade, sendo que este compromisso era mais acentuado nos utentes de sexo feminino e com mais idade.

Os resultados do estudo confirmam a relação existente entre o estado nutricional e a funcionalidade, verificando-se maior prevalência de dependência nas situações de compromisso nutricional.

Importa notar, que se verificou uma forte associação entre a existência de queixas emocionais e a funcionalidade.

Os autores realizaram ainda uma análise longitudinal dos casos, o que permitiu verificar que as dimensões sensíveis a uma evolução positiva pela sua relação com a RNCCI são os hábitos, o estado cognitivo, a autonomia física e a propensão para quedas. Contudo, são também referidas as dimensões cuja evolução se considerou negativa, como as queixas de saúde, a locomoção e o estado de nutrição. O relatório revela que de uma forma global a maioria apresentou uma evolução favorável e que a evolução é mais favorável nos homens e nos grupos etários menos avançados.

O relatório revela ainda, que da análise efetuada, a dependência tem maior expressão nas mulheres e nos grupos etários mais avançados. Da mesma forma, a dependência surgiu associada a maior probabilidade de queda, referência a queixas emocionais, compromisso do estado cognitivo e do estado social, presença de hábitos alimentares e físicos desfavoráveis.

No que concerne à condição de saúde importa notar que na presente investigação por condição de saúde é entendido o estado que decorre das alterações dos domínios do autocuidado em estudo e que podem resultar em alterações visíveis, pelo que a condição de saúde em estudo se refere à condição de saúde aparente. Assim, a condição de saúde incidirá sobre alterações ao estado nutricional, estado da integridade da pele, estado mental, capacidade respiratória, rigidez articular, condição de vestuário e de higiene/asseio (ACSS, 2010; Moorhead, Johnson & Maas, 2008).

1.5.5. O PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

O Internacional Council of Nurses (2011:115) considera prestador de cuidados “*aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doenças ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente*”, e como membro da família prestador de cuidados (MFPC) o “*prestador de cuidados responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família*”.

O papel de familiar prestador de cuidados relaciona-se com um desempenho frequentemente imprevisível. O exercício do familiar prestador de cuidados consiste, em saberes e práticas, ora próprios de profissionais (alguns diferenciados) ora desempenhados por pessoas isentas de qualquer tipo de formação ou preparação, como a aquisição de um

conjunto pré-determinado de conhecimentos (e frequentemente diferenciado de acordo com a especificidade das doenças crónicas) e a validação de competências para o exercício. O International Council of Nurses na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2011:65) identifica o “*papel do Prestador de Cuidados*” como sendo “*interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente*”.

1.5.5. 1.Mestria

Os cuidados necessários, muito frequentemente, exigem um nível de cuidados, de conhecimento e competência sem precedentes entre os leigos (Schumacher, 2000). Assim sendo, esta consideração coloca a família que integra uma pessoa dependente no autocuidado como objeto de cuidados do enfermeiro, na perspetiva da sua intervenção e da avaliação dos resultados que se verificam na perceção da eficácia dos cuidadores e na condição de saúde da pessoa cuidada.

A este propósito, Pearlin e colaboradores (1990), definem competência como o reconhecimento do ajustamento do desempenho ao contexto, como a adequação de uma perceção de desempenho, em que ao cuidador também deve ser atribuída a conotação de estar apto ou qualificado para o desempenho das funções que prestará à pessoa dependente no autocuidado. Entende-se por competente, fazer bem.

Neste sentido, o conceito de competência é abordado na literatura por diversas perspetivas, identificam-se atribuições como habilidade, eficácia, mestria sendo as definições estabelecidas pelo dicionário da Academia das Ciências de Lisboa (ACL) refere que por competência é entendida a “*capacidade, poder de apreciar ou resolver dado assunto. Conjunto de conhecimentos teóricos ou práticos que uma pessoa domina, de requisitos que preenche e são necessários para determinado fim; aptidão para fazer bem alguma coisa*” (2001: 887); por eficácia “*qualidade do que produz o efeito esperado, do*

que tem bom resultado (...) com sucesso” (2001: 1335); por habilidade “*qualidade do que tem capacidade de fazer alguma coisa que é difícil ou complicada*” (2001:1955); por mestria “*conhecimento profundo de qualquer matéria, adquirido pelo estudo ou pela experiência (...) grande capacidade de resolução de problemas ou de situações*” (2001:2451).

1.5.5. 2. Perceção de Autoeficácia

A autoeficácia é definida por Haley e colaboradores (1987) como a confiança do cuidador sobre o quão bem está a gerir os problemas do seu familiar dependente no autocuidado. De acordo com este autor, constitui uma auto perceção. Os resultados do estudo realizado por Schumacher e colaboradores (2000) sugerem que os cuidadores precisam de avaliação e orientação profissional, no sentido de complementar a sua auto perceção. Perceção enquanto “*representação mental (...) de acontecimentos exteriores com base numa ou múltiplas impressões sensoriais*” *permite aferir que a autoeficácia poderá ser entendida como a perceção do prestador de cuidados em como “tem um bom um resultado”* (ACL, 2001:2818; 2001:1334).

As dinâmicas relativas às respostas humanas de cuidar na perspetiva da perceção de autoeficácia assentam na teoria da aprendizagem social de Bandura (1977).

Pretende-se descrever sumariamente o conceito teórico de autoeficácia contextualizado na teoria da aprendizagem social de Bandura (1977) enquanto referencial teórico que analisa a cognição da pessoa e o seu comportamento.

Na teoria da aprendizagem social o comportamento é analisado numa perspetiva recíproca entre a causa e o efeito, não se limitando à leitura da ação como sendo unicamente determinada por uma sequência de causas independentes da pessoa. Nas transações com o ambiente as pessoas não reagem de forma linear aos estímulos externos recebidos, a maioria destes estímulos afeta o comportamento das pessoas através de um processo cognitivo intermédio. Os processos cognitivos determinam que acontecimentos serão apreendidos e como serão organizados para futuras aplicações, atribuem significados às experiências o que confere à pessoa a capacidade de um pensamento reflexivo no sentido do agir. Considerando que o comportamento da pessoa é influenciado pelo

ambiente deve notar-se que o ambiente é em parte resultado do comportamento da pessoa, pelo que, da perspectiva da aprendizagem social, existem interações recíprocas entre o comportamento, a cognição e as influências ambientais.

Neste contexto, a autoeficácia poderá ser entendida como a apreciação da pessoa relativamente à convicção nas suas capacidades para o desempenho de determinadas atividades que se preveem necessárias num cenário futuro (Bandura 1977). No entanto, importa realçar que a perceção de autoeficácia carece de uma contextualização, uma vez que, mais do que uma herança genética está associada às experiências vividas pela pessoa, o que permite colocar a possibilidade de que variáveis poderão influenciar a autoeficácia, como as variáveis sociais e demográficas (idade, situação profissional, estado civil) que pelas suas características são permissivas a diferentes experiências (Omdahl & O'Donnell, 1999).

As experiências entendidas como influenciadoras de autoeficácia podem apresentar quatro precedências: a experiência de mestria (êxito) que se refere ao sucesso regular alcançado no desempenho de uma atividade, que facilmente é extrapolado para atividades semelhantes aumentando a confiança da pessoa na execução de tarefas análogas; a experiência vicária obtida pela expectativa no seu próprio sucesso, através da observação do sucesso alheio em atividades desempenhadas pelos outros; a experiência impelida pela persuasão verbal, que apesar de menos influente, estimula a confiança no sucesso pelo aconselhamento e a experiência fisiológica relacionada com a excitação emocional em que respostas reveladoras de menor excitação poderão sugerir maior confiança e um melhor desempenho (Bandura 1977). As experiências de domínio são consideradas as mais influentes pela perceção do êxito vivido em desempenhos sucessivos.

Considera-se assim, que a perceção de autoeficácia influencia o padrão de resposta da pessoa permitindo antecipar o comportamento e conseqüentemente prever a possibilidade de êxito em determinado contexto.

Deste modo, a autoeficácia poderá influenciar a tomada de decisão, ao nível do desempenho de tarefas ou na aceitação de responsabilidades pela confiança no sucesso dos resultados, considerando-se ainda, que uma maior autoeficácia se encontra associada a um maior investimento na tentativa de superar dificuldades. Reconhece-se que uma avaliação

positiva das suas capacidades poderá constituir uma vantagem no desempenho das atividades a que se propõe, podendo traduzir-se em motivação para a ação, o mesmo se poderá dizer para a competência, uma vez que a visibilidade da competência inscreve-se no saber agir em situação, pela mobilização das capacitações que lhe subjazem.

1.5.5.3. Perceção de Autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel

Autoeficácia pode, deste modo, ser entendida como a confiança percebida do familiar prestador de cuidados sobre o seu desempenho na prestação de cuidados face às dificuldades operacionais e relacionais (Haley, Levine, Brown & Bartolucci, 1987). No contexto exposto, constituindo uma auto perceção, consideram-se necessários outros indicadores para um conhecimento integrador da prestação de bons cuidados (Schumacher, Stewart & Archbold, 1998). Da análise da relação entre a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel e a condição de saúde entende-se ser possível identificar algumas necessidades de intervenção junto dos familiares prestadores de cuidados, no sentido em que a competência percecionada pelo familiar cuidador pode não corresponder à efetividade dos cuidados proporcionados pela apreciação dos indicadores de resultado.

A perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel poderá ser discutida como mediadora de um melhor desempenho na prestação de cuidados, na medida em que o familiar prestador de cuidados que se percecione mais competente é ativo na procura de estratégias que promovam a melhoria da sua prestação de cuidados e consequentemente da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado.

De acordo com Schumacher (2000), as competências do cuidador familiar não estão identificadas num conceito formal, reconhecendo a necessidade do desenvolvimento deste conhecimento de modo estabelecer as bases para uma abordagem mais sistemática que permita a avaliação da competência para cuidar de um familiar. Refere ainda, que os instrumentos existentes relativos à avaliação da mestria, autoeficácia, competência, têm tendência para apresentar coeficientes de consistência interna moderados a baixos

(Schumacher, Stewart & Archbold, 1998). Assim, com o objetivo de desenvolver o conceito, possibilitando o estudo da competência do familiar prestador de cuidados como uma variável, desenvolveu uma investigação qualitativa, em familiares cuidadores de pessoas com cancro. O estudo realizado por Schumacher e colaboradores (2000) demonstra que a competência no cuidado é complexa, uma vez que envolve mais do que vontade ou motivação para agir de acordo com as instruções dadas, devendo incluir a capacidade de identificar proactivamente os problemas e encontrar as respetivas soluções, pelo que, não se coaduna com respostas passivas. Schumacher e colaboradores (2000) identificaram sessenta e três indicadores da competência de cuidar que agruparam em nove dimensões, os quais permitem agrupar diversas competências com vista à avaliação da perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, como: a monitorização, a interpretação, tomar decisões, agir, fazer ajustes, providenciar, o acesso aos recursos, trabalhar em conjunto com a pessoa cuidada e negociar com o sistema de saúde. As dimensões são definidas por: monitorizar como o processo de observação que permite garantir a identificação das mudanças na condição de saúde da pessoa dependente; interpretar como o processo de atribuir significado às observações, reconhecendo mudanças, identificando causas; decidir como o processo de opção por determinada atividade num contexto específico; agir como o processo de desempenho das decisões tomadas; ajustar como o processo de adaptações progressivas consideradas necessárias; providenciar como o processo de garantia de prestação de cuidados necessários por profissionais de saúde; aceder aos recursos como o processo de aquisição de apoios, equipamentos ou pessoas, com vista à prestação de cuidados; trabalhar como o processo de interação entre o familiar prestador de cuidados e a pessoa cuidada, visando a partilha e incentivo em conjunto com a pessoa dependente e negociação com o sistema de saúde como o processo de garantir que os recursos respeitantes ao sistema de saúde eram utilizados sempre que necessários.

A prestação de cuidados, o desenvolvimento da competência de cuidar, o conhecimento, a habilidade é uma preocupação para os cuidadores (Brown & Stetz, 1999). Assim, considera-se que na perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel reside uma possível forma de identificar as áreas em que os cuidadores apresentam maior dificuldade nos cuidados que prestam ao seu familiar dependente no autocuidado. Schumacher e colaboradores (2000) atribuem

importância à identificação das áreas em que os familiares cuidadores apresentam maior dificuldade pela possibilidade de orientar a intervenção profissional.

O conhecimento da percepção de autoeficácia poderá ser adotado como fator preditor do desempenho, no sentido em que uma elevada autoeficácia está associada à expectativa de melhores resultados decorrentes dos esforços realizados no desempenho de tarefas permanecendo confiantes e ativos mesmo perante obstáculos, o que nos permite questionar se o familiar prestador de cuidados com elevada percepção de autoeficácia específica relativa ao exercício do seu papel serão cuidadores durante mais tempo que os familiares prestador de cuidados com reduzida percepção de autoeficácia (Bandura, 1977). A avaliação da eficácia da prestação de cuidados por membros da família é do domínio de intervenção da enfermagem sendo necessária a operacionalização de instrumentos válidos com a possibilidade de replicação.

Para o efeito, na presente investigação a competência do prestador de cuidados relativamente ao exercício do seu papel é entendida pela percepção de autoeficácia específica relativa ao exercício do seu papel, pelo julgamento do próprio familiar prestador de cuidados relativo ao seu desempenho, através de afirmações correspondentes a atividades inerentes ao cuidado de uma pessoa dependente no autocuidado. A eficácia percebida confere a possibilidade de prever se saberá o que fazer numa situação concreta e contextualizada.

1.5.6. RECURSOS

No que se refere aos recursos, a sua utilização tem como objetivo facilitar a atividade de cuidar, sendo que o processo de utilização de recursos envolve mais do que a vontade de um dos intervenientes para que a sua utilização decorra. Neste processo é necessário o conhecimento da existência dos diferentes tipos de recursos, o reconhecimento da sua necessidade, a possibilidade de acesso (económico e processual) e por fim adaptação à funcionalidade do recurso, para que esta utilização se possa refletir na qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente no autocuidado e na qualidade de vida do familiar prestador de cuidados.

A integração ou manutenção de pessoas dependentes no autocuidado em ambiente domiciliar confronta a família com uma situação complexa que poderá ser facilitada pelos recursos que poderão dispor. Os recursos podem ser entendidos como “*invocação de apoio, assistência, socorro (...) meios pecuniários, económicos, bens, rendimentos (...) meios materiais ou humanos disponíveis para serem utilizados*”, podendo ser designados como recursos materiais, económicos/financeiros e de pessoas (ACL, 2001:3132).

1.5.6. 1. Recursos Materiais

Em Portugal, da pesquisa efetuada, identificou-se que os recursos materiais reconhecidos para comparticipação são descritos como ajudas técnicas. O Despacho n.º 2027/2010 de 29 de janeiro de 2010 expõe a lista de ajudas técnicas objeto de financiamento a 100%, exceto se constar na tabela de reembolsos do Sistema Nacional de Saúde, que se encontra disponível no sítio da internet da Administração Central do Sistema de Saúde. O mesmo Despacho descreve os procedimentos associados, como a necessidade de apresentar receita que prescreva a ajuda técnica e três orçamentos. O Instituto Nacional de Reabilitação disponibiliza o catálogo nacional de ajudas técnicas, onde são mencionados os diversos equipamentos, disponibiliza ainda a descrição, a fotografia e o agente nacional para alguns equipamentos.

No estudo que aqui se reporta os recursos materiais identificados foram equacionados no âmbito de cada domínio do autocuidado, no concreto, tomar banho; vestir e despir-se; arranjar-se; alimentar-se; usar o sanitário; elevar-se; transferir-se; virar-se; andar; usar cadeira de rodas e tomar a medicação. No exercício efetuado identificaram-se alguns recursos materiais que não se integravam nos domínios em estudo, assim, no caso dos recursos materiais que se consideraram relevantes, estes foram agrupados e designados por recursos complementares.

1.5.6. 2. Recursos “a pessoas”

No que respeita aos recursos “a pessoas” entende-se principalmente que se trata de recursos não profissionais, também designado na literatura como suporte social. A rede social poderá ser entendida como o grupo de pessoas que conservam contacto ou vínculo

entre si e que, em diferentes situações, pela relação estabelecida, poderão consistir um apoio pela ajuda que disponibilizam (Griep *et al.*, 2005).

As redes sociais, frequentemente compostas pelos familiares, amigos e vizinhos, podem representar um apoio importante como recurso dos familiares que decidem assumir a prestação de cuidados de uma pessoa dependente no autocuidado no domicílio constituindo um recurso facilitador do processo de mudança (Anaut, 2005; Silveira *et al.*, 2009).

Em Portugal, os resultados do estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2010) sugerem uma situação favorável no que se refere à rede social na perspetiva da existência de recurso a familiares, amigos, vizinhos e outros apoios. As mulheres apresentam com maior frequência situações de rede social desfavorável, sendo que a situação piora nas pessoas com mais idade.

Os recursos a pessoas na presente investigação serão considerados como recursos profissionais, onde se incluem os profissionais de saúde, e como não profissionais o apoio a familiares, amigos, entre outros. O apoio proveniente das paróquias, da Santa Casa da Misericórdia ou a outro tipo de entidades com prestação de serviços organizados integram os recursos institucionais, bem como, as instituições ou serviços de saúde. O acesso a estes recursos que por vezes assumem a designação de formal, por estar associado a remuneração, encontra-se relacionado com os recursos económicos que a pessoa ou o seu agregado dispõe (Hoeman, 2000).

1.5.6. 3. Recursos Económicos

Os apoios económicos, também designados por recursos financeiros, correspondem à situação remuneratória do agregado familiar ou ao seu estatuto económico, que se relacionam igualmente com a situação laboral da pessoa dependente e do agregado. No que diz respeito aos apoios económicos previstos pela segurança social para as situações de dependência, estes encontram resposta no Complemento por dependência, que consoante a classificação atribuída à dependência confere os valores mensais referentes a 94,77 euros (1º grau) e 170,58 euros (2º grau), na Pensão Mínima por Invalidez e de Velhice que confere o valor de 246,36 euros. No entanto, no caso das pessoas que não

tenham realizado os descontos durante o período de tempo legislado o valor da Pensão mencionada anteriormente é referente a 189,52 euros, e o valor do Complemento por dependência passa a 85,28 euros e 161,09 euros respetivamente (Portaria n.º 1458/2009, de 31 de Dezembro).

1.5.7. CUIDADOS

As famílias que se deparam com a situação de dependência de um familiar ponderam a vivência de uma realidade desconhecida até então, no que concerne aos cuidados necessários a pessoa em situação de dependência no autocuidado e os recursos que podem e/ou devem estar envolvidos. Assim, releva abordar os cuidados prestados pelo familiar prestador de cuidados na perspetiva da possibilidade de caracterização.

Nos cenários que envolvem maior grau de dependência no autocuidado a prestação de cuidados do membro familiar prestador de cuidados pode estar associada a uma elevada intensidade de cuidados, cuja exigência se poderá relacionar com a tipologia, com a duração e com a frequência dos cuidados.

A intensidade dos cuidados prestados pode estar relacionada com o sexo e o parentesco que vincula o familiar prestador de cuidados. O estudo realizado por Chang & White-Means (1991) sugere que os cônjuges masculinos (maridos) prestam cuidados de forma mais intensiva que os cônjuges femininos (esposas), no entanto, parecem constituir a exceção, uma vez que o mesmo não se verifica nos restantes parentes masculinos, como nos descendentes que assumem o papel de cuidados, onde as filhas se revelam mais ativas nos cuidados prestados. Por outro lado, a investigação realizada por Houde (2001) refere que os cuidados prestados por familiares cuidadores do sexo masculino poderão ser diferentes quanto à tipologia de cuidados, podendo ser mais ativos na mobilidade e na coordenação de serviços de prestação de cuidados.

Parece relevante conhecer a intensidade dos cuidados prestados associados aos diferentes graus de dependência, e por sua vez estabelecer a relação com a condição de saúde que a pessoa dependente no autocuidado apresenta. A necessidade de monitorização da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado como resultado das intervenções prestadas por um familiar prestador de cuidados afigura-se essencial, uma

vez, que não sendo profissional planeia e executa um plano de cuidados, que não sendo enfermeiro, a sua intervenção decorre da identificação de diagnósticos de enfermagem como sendo o *deficit* no autocuidado.

A possibilidade da condição de saúde se relacionar com a competência do familiar prestador de cuidados deve igualmente ser observada na perspectiva de identificar as necessidades de familiares cuidadores menos preparados e possivelmente menos acompanhados por profissionais. Silver e colaboradores (2004) sugerem uma associação entre a baixa eficácia nos cuidados e a menor preparação dos familiares cuidadores e consequentemente, a necessidade de formação, sendo que estes resultados decorrem de um estudo efetuado no âmbito de atividades relacionadas com a nutrição de pessoas dependentes.

Neste contexto, os cuidados prestados por familiares idosos ao seu familiar dependente poderá estar relacionado com as atividades de autocuidado do próprio prestador de cuidados, pela projeção dos seus hábitos de autocuidado nos cuidados prestados. De acordo com Backman & Hentinen (2001) algumas pessoas idosas tendem a abandonar algumas práticas de autocuidado, sugerindo que esta situação se relaciona com as suas características de auto estima e com a sua perceção de satisfação com a vida. No que confere à perceção de satisfação com a vida, o mesmo estudo sugere uma diminuição da satisfação após a perda do cônjuge, que se verifica frequentemente em pessoas idosas. No entanto, não há evidência se esta prática, que adota para si, se reflete no cuidado ao seu familiar.

O estudo referido revela ainda, que a maioria das pessoas que alterou as suas atividades de autocuidado era dependente de ajuda de pessoa ou equipamento nessa atividade.

Um outro estudo de Backman & Hentinen (1999) revela que a alteração das atividades de autocuidado, na perspectiva da diminuição do cuidado (abandono de algumas práticas diárias) está relacionada com o sentimento de solidão, percecionado pelas pessoas idosas, que por sua vez, parece estar relacionado com a diminuição da capacidade funcional (Oksoo, 1999).

As famílias que decidem integrar a pessoa dependente no autocuidado no domicílio pretendem prestar os cuidados necessários, dir-se-ia, bons cuidados, aos seus familiares. Assumindo que o desempenho do papel de familiar prestador de cuidados tem associada a aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades próprios e adequados à situação específica do seu familiar dependente, com o objetivo de proporcionar os melhores cuidados com vista à melhor condição de saúde, será então lícito falar de competência no âmbito da prestação de cuidados por familiares, no sentido da capacidade de operacionalização dos saberes descritos (Jardim & Pereira, 2006).

1.5.8. PARENTE INSTITUCIONALIZADO

O “Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal” (CEDRU, 2008), refere que o desenvolvimento do sector de cuidados a idosos em Portugal tem sido influenciado por aspetos culturais, uma vez que a maior parte das pessoas mantém relações e ligações fortes com os seus parentes ao longo da vida adulta. Os idosos com necessidades de apoio recorrem a familiares antes de considerarem outras opções de cuidados.

Por outro lado, Nolan e colaboradores (2003), refere que a opção dos cuidadores familiares em cuidar do seu familiar dependente, se prende principalmente com o facto de considerarem que as respostas formais (instituições, lares de idosos) não correspondem às necessidades e por considerarem que os cuidados prestados nessas instituições às pessoas dependentes são de qualidade insuficiente. De acordo com Nolan, Grant & Keady (1996), os cuidadores familiares, perante os dois cenários, optam por cuidar do seu familiar, e no caso de optarem pela instituição, fazem-no com relutância, associado a sentimentos de culpa, uma vez que, pretendem assegurar o bem-estar dos seus familiares dependentes, no sentido em que a sua dignidade seja mantida, que lhes sejam proporcionadas atividades aprazíveis e as suas necessidades satisfeitas.

Importa ainda, referir o contexto da opção pela institucionalização da pessoa dependente, que parece surgir quando o familiar prestador de cuidados considera que os recursos que ativaram nesse exercício se esgotaram (Garcia, 2009). Os familiares prestadores de cuidados de pessoas com dependência no autocuidado após a

institucionalização do seu familiar em lares ou outras de cariz semelhante podem viver, também, um processo de transição. Os familiares que eram cuidadores, após a admissão dos seus parentes em instituições expressam sentimentos de fracasso, de culpa, por sentirem que tomaram uma escolha pressionada e negativa (Kellet, 1999).

O estudo realizado por Gaugler & Ewen (2005), com o objetivo de identificar determinantes facilitadores e inibidores na concretização de relações familiares, após a institucionalização da pessoa, teve como principais achados a necessidade de envolver a família no plano de cuidados de enfermagem.

Os resultados deste estudo expõem a relevância que deverá ser atribuída ao papel dos familiares das pessoas institucionalizadas. Um fator que, aparentemente, tem influência na manutenção das relações que os familiares conservam após a institucionalização é a relação que os próprios familiares desenvolvem com as pessoas que trabalham nas instituições, surgindo como fator facilitador. Os familiares da pessoa institucionalizada, nas suas visitas, têm como principal preocupação preservar a identidade do seu familiar, passando a informação que consideram necessária às pessoas que trabalham na instituição, mas sem envolvimento na prestação de cuidados (Bowers, 1988; Hertzberg, Ekman, & Axelsson, 2001; Sandberg, Nolan & Lundh, 2002).

A decisão de institucionalizar um familiar dependente no autocuidado poderá representar o fim do cuidado familiar. Em muitas circunstâncias, verifica-se que o acompanhamento das famílias à pessoa dependente no autocuidado após a sua institucionalização é pouco frequente, sendo referida como uma situação de abandono.

Os resultados do estudo realizado por Ryan & Scullion (2000) revelam que a perceção da importância do papel das famílias é maior nas famílias que nos enfermeiros, o que poderá sugerir que os enfermeiros poderão ter uma intervenção relevante na integração dos familiares no plano de cuidados do pessoa institucionalizada, com eventuais resultados ao nível do acompanhamento das pessoas dependentes no autocuidado após a institucionalização. As famílias estudadas por estes autores referiram confiar na prestação técnica dos enfermeiros e demonstravam vontade em participar. No entanto, os enfermeiros manifestaram alguma relutância em envolver os familiares na prestação de cuidados, da mesma forma que tinham dificuldades em acreditar na intenção

dos familiares pretenderem um papel mais ativo na prestação de cuidados ou de lhes confiarem intervenções.

Mechanic (1989) refere que deve ser acautelada a diferença entre a manifestação de interesse, de disponibilidade em participar ativamente na prestação de cuidados e a concretização desta intenção, uma vez que devem ser consideradas as barreiras ambientais, as motivações e pressão social.

Os resultados do estudo realizado por Ryan & Scullion (2000) revelam que a maioria das famílias refere que faz tudo o que consegue pelo parente que se encontra institucionalizado, sendo que a sua principal intervenção reside em trazer objetos que considerem necessários, ajudar na alimentação, lavar a cabeça e levar o parente a passear. As famílias envolvidas no estudo referido manifestaram-se satisfeitas com os lares onde se encontravam os seus familiares. Contudo, os profissionais das instituições incluídas no estudo consideraram que as atitudes que tinham para com os familiares das pessoas institucionalizadas nem sempre incentivavam a regularidade das visitas. No mesmo estudo as mulheres constituíam os familiares mais regulares, em que as esposas e as filhas ocupavam um lugar de relevo, sugerindo que quanto maior é a ligação maior é a frequência das visitas.

De acordo com Dobrof (1981) as visitas regulares dos familiares aos parentes institucionalizados influênciam a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da instituição, no sentido, em que as pessoas que recebem visitas regulares recebem melhores cuidados.

Sharp (1990) no estudo que realizou no Norte da Irlanda verificou que muitas famílias manifestaram o desejo de continuar acompanhar os seus familiares após a admissão na instituição, também o estudo realizado por Kane & Penrod (1995) confirmou esta intenção, acrescentando que nove em cada dez famílias continuaram a cuidar dos seus familiares, participando nos cuidados prestados nas instituições desempenharam um papel mais ativo do que apenas o de visitante.

A participação dos familiares poderá constituir uma forma de manter os laços familiares, beneficiando todos os atores envolvidos (Gilhooly, Sweeting, Whittick & McKee, 2004). Neste processo de transição, os resultados do estudo realizado por Nolan,

Grant & Keady (1996) suporta a ideia, de que apesar de demonstrarem disponibilidade para participar, se os enfermeiros considerarem que devem intervir como facilitadores, devem encetar a comunicação nesse sentido, sugere ainda, que as intervenções de enfermagem não serão efetivas enquanto os enfermeiros não se integrarem do histórico de cuidados dos familiares que cuidavam dos seus parentes. O mesmo autor refere que é possível identificar pontos-chave de transição e que estes serão de grande utilidade em determinada altura.

As considerações expostas pretendem constituir os aspetos enquadradores que conduzem ao intuito desta investigação, na medida da aspiração à caracterização da dependência no autocuidado na perspetiva da prestação de cuidados em ambiente familiar e da sua contribuição para o desenvolvimento da enfermagem.

1.6. SÍNTESE SOBRE A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Questões problematizadoras:

- Qual o grau de dependência nas pessoas dependentes no autocuidado integradas no seio da família?
- Qual a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado integrada em ambiente familiar?
- Qual a perceção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel?
- Que tipo de cuidados prestam os familiares prestadores de cuidados à pessoa dependente no autocuidado, numa base diária, semanal e mensal?
- Que recursos materiais, económicos, profissionais e não profissionais são utilizados na assistência, quer à pessoa dependente no autocuidado, quer na facilitação do exercício do papel de prestador de cuidados?
- Será que existe relação entre os cuidados prestados pelo familiar pelo prestador de cuidados e a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado?
- Será que existe relação entre o grau de dependência no autocuidado e a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado?

- Será que existe relação entre os recursos utilizados pelo prestador de cuidados e a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado?
- Será que existe relação entre os cuidados prestados pelo familiar pelo prestador de cuidados e os recursos utilizados na assistência?
- Será que existe relação entre os cuidados prestados pelo familiar pelo prestador de cuidados e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado?
- Será que existe relação entre o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado e os recursos utilizados pelo familiar prestador de cuidados?
- Será que existe relação entre o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado e a percepção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do seu papel?
- Será que existe relação entre a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado e a percepção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do seu papel?
- Será que existe relação entre a percepção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do seu papel e os cuidados que presta na assistência?
- Será que existe relação entre a percepção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do seu papel e os recursos utilizados na prestação de cuidados?

1.7. VISÃO GERAL DA TESE

O relatório que aqui se apresenta encontra-se organizado em 8 capítulos que se podem agrupar, permitindo dizer que é constituído por duas partes:

- A primeira parte do relatório situa a investigação na perspetiva da problemática em estudo e integra os conceitos centrais que permitem circunscrever o objeto de estudo. Nesta primeira parte, inclui-se o primeiro capítulo que visa ilustrar o tema e a opção de abordagem ao mesmo. Desta primeira parte destaca-se o enfoque no envelhecimento associado à dependência no autocuidado, a integração de pessoas

dependentes em seio familiar, a família, a transição para o exercício do papel de familiar prestador de cuidados.

- A segunda parte enquadra as opções metodológicas, como a finalidade do estudo, o desenho da investigação, os procedimentos de recolha e análise dos dados com realce para a composição e organização do instrumento de recolha de dados. Esta informação encontra-se no segundo capítulo. Os capítulos que se seguem reportam-se à apresentação e discussão dos resultados, caracterizando as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado em ambiente familiar, no concelho de Lisboa, tendo por referencial as dimensões em estudo que permitiram caracterizar a pessoa dependente no autocuidado e o membro familiar prestador de cuidados, como sendo, o grau de dependência no autocuidado, a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, a perceção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, os cuidados prestados pelo prestador de cuidados, os recursos utilizados na prestação de cuidados.

Este trabalho está integrado no contexto de outros: foi realizado com igual método um trabalho de investigação no concelho do Porto, bem como, foram realizados seis trabalhos de mestrado no concelho de Lisboa e cinco trabalhos de mestrado no concelho do Porto.

1.8. REFERÊNCIAS

Academia das Ciências de Lisboa (ACL). (2001). *Dicionário de língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo.

ACSS (2010). Codificação dos GDH. On line <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/>.

Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.

Anderson, K.; Cowger, C.; Snively, C. (2006). Assessing strengths: The political context of individual, family, and community empowerment. In Saleebey, D. *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. Boston, MA: Allyn & Bacon, 93-113.

Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados. *Pensar em enfermagem*. 13 (1), 61-71.

- Araújo, I.; Paúl, C.; Martins, M. (2008). Cuidar das Famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à Comunidade – Um desafio. *Referência*. II Série (7), 43-53.
- Archbold, P.; Stewart, B.; Greenlick, M.; Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*. 13, 375–384.
- Attias-Donfunt, C.; Rozenkier, A. (1996). The lineage-structured social networks of older people in France. In Litwib, H. (ed.). *The social networks of older people: a cross-national analysis*. 32-53.
- Backman K.; Hentinen M. (1999). Model for the self-care of homedwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 30, 564-72.
- Backman K.; Hentinen M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal Caring Science*. 15, 195-202.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84, 191-215.
- Barbosa, M. (2010). Procuram-se famílias para acolher idosos. *Primeiro Caderno*. Expresso. 01.05.10.
- Basto, M. (2008). Investigação em Enfermagem - Temáticas actuais a nível académico. *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*. On line www.Ice-mac.org/pdf/colectanea/CI.pdf
- Bowers, B. (1988). Family perceptions of care in a nursing home. *The Gerontologist*. 28(3), 361-368.
- Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Conselho Económico e Social.
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Familiares Cuidadores a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Briz, T. (1999). Longevidade, saúde e sustentabilidade: entre o que temos e o que podemos ter, rentabilizando melhor o conhecimento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 17 (2), 43-46.
- Brown, M. & Stetz, K. (1999). The labor of caregiving: a theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. *Quality Health Response*. 9, 182–197.
- Brown, M.; Powell-Cope, G. (1991). AIDS family caregiving transitions through uncertainty. *Nursing Research*. 450, 337-345.
- Bull, M. (1992). Managing the transitions from hospital to home. *Qualitative Health Reserch*. 2, 27-41.
- Campos, A. (2001). O envelhecimento da população e os gastos com a saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19 (1), 25-27.

Carreira, L.; Rodrigues, R. (2006). Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crónica. *Ciência nos Cuidados de Saúde*. 5, 119-126.

CEDRU – Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano em colaboração com BCG – Boston Consulting Group (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal*. Lisboa.

Chang, C.; White-Means, S.(1991). The men who care: an analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home. *Journal of Applied Gerontology*. 10, 343-358.

Chick, N.; Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In Chinn, P. *Nursing research methodology*. Rockeville: Aspen, 237-257.

Clarke, H. (1987). Cuidados de enfermagem ao idoso. *Enfermagem*. 9, 17-26.

Copstead, L.; Patterson, S. (1986). La familia del anciano. In Carvenali, D. *Tratado de enfermagem geriátrica*. 2ª ed. Interamericana.

Costa, M. (2000). Novos desafios para a excelência dos cuidados de enfermagem. *Servir*. 48, 5-10.

Departamento de Estatísticas Censitárias (DEC). (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*. 32, 185-207. Lisboa: INE.

DGEEP /MTSS – Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento/ Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2007). *Perceção dos utentes – Inquérito à qualidade, adequação e satisfação. Carta Social de 2005*. DGEEP/MTSS. Lisboa.

Dobrof, R.(1981). Guide to practice. In Maintenance of family ties of long term care patients; theory and guide practice. Department of Health and Human Services Publication. Washington, 48-63.

Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patient's carer's perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 31:5, 1165-1173.

Dunnel K.; Dobbs J. (1982). *Nurses Working in the Community*. Social Survey Division, London.

Elkan, R.; Kendrik, D.; Dewey, M.; Hewitt, M.; Robinson, J.; Blair, M. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and metaanalysis. *British Medical Journal*. 323, 719-725.

Fernandes, A. (1999). Reforma, velhice e cidadania: Dúvidas e certezas de um contrato social. *Cadernos de política Social*. Lisboa. 2-3, 9-29.

Figueiredo, A.; Sousa, D. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures.
- Garcia, C. (2009). Tradução e Validação do Consequences of Care Index - Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador. *Pensar em enfermagem*. 13 (1), 39-48.
- Gaugler, J.; Ewen H. (2005). Determinants of staff attitudes toward family members. *Journal of gerontological nursing*. 31(9), 19-26.
- GEP/MTSS - Gabinete de Estatística e Planeamento/ Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2010). Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2009. GEP/MTSS. Lisboa.
- Gerson, L.; Berg, J. (2004). Enhancing self-care in community dwelling older adults. *Geriatric Nursing*. 25(5), 272-276.
- Gilhooly, M.; Sweeting, H.; Whittick, J.; McKee, K. (2004). Family of care in dementing elderly. *International Review of Psychiatry*, 6, 29-40.
- Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais, segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*. 34, 41-59. Lisboa: INE.
- Gonçalves, C. (2004). Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. 35, 143-164. Lisboa: INE.
- Griep, R.; Chor, D.; Faerstein, E.; Werneck, G.; Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para portugueses no estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 21 (3), 703-714.
- Grobe, M.; Ilstrup, D.; Ahmann, D. (1981). Skills needed by family members to maintain the care of an advanced cancer patient. *Cancer Nursing*. 4, 371-375.
- Hainer, S.; Miner, K.; Kreutzer, J. (2001). Long-Term Life Quality and Family Needs After Traumatic Brain Injury. *Journal Head Trauma Rehabilitation*. 16(4), 374-385.
- Haley, W.; Levine, E.; Brown, S.; Bartolucci, A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. In *Psychology Aging*. 2, 323-330.
- Hertzberg, A.; Ekman, S.; Axelsson, K. (2001). Staff activities and behavior are the source of many feelings: Relatives interactions and relationships with staff in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 10(3), 380-388.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. 2ªed. Lusociência.
- Hogstel, M.; Curry, L.; Walker, C. (2001). Caring for older adults: the benefits of informal family caregiving. *The journal of theory construction & testing*. 9 (2), 55-62.

- Honoré, B. (1996). *La santé en project*. Paris: InterEditions.
- Houde, S. (2001). Men providing care to older adult in the home. *Journal of Gerontological Nursing*. 27(8), 13-19.
- Hunt, C. (2003). Concepts in caregiver. *Journal of Nursing Scholarship*. 35(1), 27-32.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2001). *Censos 2001: resultados definitivos: Lisboa. XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*. Instituto Nacional de Estatística. - Lisboa: 8º volume.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2005). *Projeções de população residente em Portugal, 2000-2050*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2007). *As pessoas - 2007*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2007a). *Estatísticas demográficas*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2008). *Estatísticas demográficas*. Lisboa: INE
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2008a). *Inquérito às Despesas das Famílias 2005/2006*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010). *Rendimento e condições de vida. Destaque*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). *Inquérito ao emprego 2011 – documento metodológico*. Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais. Serviço de Estatísticas do Mercado de Trabalho. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). Revista Electrónica: Destaque. On line www.ine.pt/INEWS. Dezembro.2011.
- Instituto Nacional de Estatística / Instituto Nacional de Saúde (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE/INSA.
- Instituto Nacional de Saúde (INSA) (2008). *Uma observação sobre Cuidados Continuados no Domicílio*. Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge.
- Jardim, J.; Pereira, A. (2006). *Competências sociais e pessoais*. Edições Asa: Porto.
- Kane, R.; Penrod, J. (1995). *Family caregiving in an ageing society: policy perspectives*. Sage. California.
- Kellet, U. (1999). Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing*. 29, 1474-1481.
- Kratz, C. (1978). *Care of the Long-Term Sick in the Community*. Churchill Livingstone.

- Lage, L. (2005). Cuidados familiares a idosos. In Paúl C.; Fonseca A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lalanda, P. (2005). A população feminina e as transições familiares através da demografia. *Revista de Estudos Demográficos*. 38 (1). Lisboa: INE.
- Lawton, M.; Kleban, M.; Moss, M.; Rovine, M.; Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal, *Journal of Gerontology: Psychological sciences*. 44(3), 61-71.
- Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In *Health Promotion and Chronic Illness: Discovering a new quality of health*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 11-13.
- Lemos, M. (2005). *As misericórdias portuguesas na assistência aos idosos*. Observatório de Idosos e grandes dependentes. União das Misericórdias Portuguesas. Fundação Oriente.
- Lemos, M. (2011). União das Misericórdias Portuguesas On Line www.socialgest.pt
- Lerais, F.; Liddle, R. (2006). *A realidade social da Europa*. Documento de Consulta Do Gabinete de Conselheiros de Política Europeia (BEPA). On line http://ec.europa.eu/citizens_agenda/social_reality_stocktaking/docs/background_document_pt.pdf
- Levine, C. (1998). *Rough crossings: Family caregivers' odysseys through the health care system*. New York: United Hospital Fund of New York.
- Lucas, S. (1984). Satisfação profissional: problema de gestão ou administração de recursos humanos? O caso da enfermagem. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2 (2), 31-37.
- Martins, T.; Ribeiro J.; Garret, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, saúde & doenças*. 4 (1), 131-148.
- Mechanic, D. (1989). Medical Sociology: some transitions among theory, method and sociology. *Journal of Health and Social Behavior*. 30, 147-160.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing Company.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, H.; DeAnne, K.; Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in nursing science*. 23(1), 12-28.
- Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42, 255-259.
- Michels, N. (1988). The transition from hospital to home. An exploratory study. *Home Health Care Services Quarterly*. 9 (1), 29-44.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. New York: Free Press.

Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3ª Edição. São Paulo Artmed.

Murphy, S. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*. 4 (3), 1-7.

Nardi, E.; Oliveira, M. (2008). Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 29 (1), 47-53.

Nicolaidis-Bouman, A.; van Rossum, E.; Kempen, G.; Knipschild, P. (2004). Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomised clinical trial in the Netherlands. *BMC Health Services Research*. 4(35).

Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Open University Press, Buckingham

Nolan, M.; Keady, J.; Grant, G.; Lundh, U. (2003). Why another book on family care? *Partnerships in family care*. Maidenhead: Open University Press. 1-14.

Nunes, I.; Alves, P.(2003). As dificuldades sentidas pela família do doente com AVC no domicílio – contributos para melhor cuidar. Cuidar do Doente com AVC. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. 15 (153), 10-19.

Observatório Português do Sistemas de Saúde – OPSS (2001). *Conhecer os Caminhos da Saúde*. Relatório de Primavera. Lisboa: OPSS.

Oksoo, K. (1999). Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant women living in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*. 29, 1082-88.

Oliveira, C.; Rosa, M.; Pinto, A.; Botelho, A.; Morais, A.; Veríssimo, A. (2010). *Estudo do perfil de envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Omdahl, B.; O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses, stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (6), 292-297.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2005). *CIPE Versão 1.0 - Classificação internacional para a prática de enfermagem do original International Council of Nurses*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem – do original “ICNP Version 2 – International Classification for Nursing Practice*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2009). *Referencial do enfermeiro – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Conselho de Enfermagem. Ordem dos enfermeiros. On line www.ordemenfermeiros.pt

Orem, D. (1993). *Concepts de enfermaeria en la pratica*. Barcelona. Masson-salvat: Enfermeria.

- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Pearlin, L.; Mullan, J.; Semple, S.; Skaff, M. (1990) Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 30, 583–591.
- Pereira, A. (1992). Coping and stress. *Psicologia militar*. Lisboa, Centro de Estudos Psicotécnicos do Exército. Número especial, 391-397.
- Pereira, J. (2010). *Código Civil - actualizado até Lei n.º 103/2009 de 11 de Setembro*. Verbo Jurídico.
- Pereira, J; Furtado, C. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Alto Comissariado da Saúde On line <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-2011-2016/acesso-aos-cuidados-de-saude/>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, formação e saúde, Lda.
- Pinto, C.; Santos, L.(2009). Prestadores de cuidados quais as suas necessidades? Onco.news. Agosto. On line http://www.aeop.net/fileManager/file/OncoNews_09_2.pdf
- Polit, D.; Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Portugal (2005). Secretariado Nacional de Reabilitação (1995). Inquérito Nacional às Incapacidades Deficiências, e Desvantagens. On line www.portal.ua.pt
- Portugal. Ministério da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. In *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde (2009). Diário da República, 1.ª série, N.º 252, 31 de Dezembro de 2009, Portaria n.º 1458/2009, de 31 de Dezembro.
- Portugal. Ministério da Saúde (2010). Diário da República, 1.ª série, N.º 253, 31 de Dezembro de 2010, Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro.
- Portugal. Ministério da Saúde (2010). Diário da República, 2.ª série, N.º 20, 29 de Janeiro de 2010, Despacho n.º 2027/2010.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2010). Morbilidade Hospitalar do SNS. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa.
- Portugal. Unidade de missão para os cuidados continuados integrados. (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria contínua*. On line www.umcci.min-saude.pt.
- Parceria do Projecto INFORRAIA (2009). *Guia para Prestadores de Cuidados*. Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP; Sub-Região de Saúde da Guarda; Sub-

Região de Saúde de Castelo Branco; Universidade de Évora. On line www.arsalentejo.min-saude.pt.

Raposo, G. (2005). *Envelhecimento activo e educação em saúde*. Online www.Ordemenfermeiros.pt.

Rasulo, D.; Christensen, K.; Tomasini, C. (2005). The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. *The Gerontologis*. 45 (5), 601-608.

Rato, H.; Rodrigues, M.; Rando, B. (2009). *Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Relatório Final*. Instituto Nacional de Administração. Oeiras.

Reinhard, S.; Given, B.; Petlick, N.; Bemis, A. (2008). Supporting family caregivers in providing care. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Hughes RG, editor.

Richards, S. (2010). Self Care: a step in the right direction for patients and professionals. *British Journal of Community Nursing*. 15 (5), 10-17.

Roach, S. (1987). *The Human Act of Caring*. A Blueprint for the Health Professions Ottawa: Publications, Canadian Hospital Association.

Robinson, K. (1989). Predictors of depression among wife caregivers. *Nursing Research*. 38, 359-362.

Rodrigues, M. (2008). O caminho da enfermagem científica moderna. *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*. On line www.Ice-mac.org/pdf/colectanea/CI.pdf.

Ryan, A.; Scullion H. (2000). Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 626-634.

Sandberg, J., Nolan, M.; Lundh, U. (2002). “Entering a new world”: Empathic awareness as the key to positive family/ staff relationships in care homes. *International Journal of Nursing Studies*. 39, 507-515.

Schumacher, K. (1995). Family caregiver role acquisition: Role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practic*. 9, 211-226.

Schumacher, K. (1996). Reconceptualizing family caregiving: family-based illness care during chemotherapy. *Research in Nursing & Health*. 19, 261- 271.

Schumacher, K.; Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarshp*. Indianápolis. 26 (2), 119-127.

Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Journal of Nursing Scholarship*. 30, 63–69.

Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Dodd, M.; Dible, S. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*. 23, 191- 203.

Sharp, T. (1990). Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. *Journal of Advanced Nursing*. 15, 67-73.

Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during ilie transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 619-625.

Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 1, 11-20

Silveira, C.; Budó, M.; Silva, F.; Beuter, M.; Schimith, M. (2009). Rede Social das cuidadoras de familiares com doença crónica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. *Ciência nos Cuidados de Saúde*. 8(4), 667-674.

Silver H.; Wellman, N.; Galindo-Ciocon, D.; Johnson, P. (2004). Family caregivers of older adults on home enteral nutrition have multiple unmet task-related training needs and low overall preparedness for caregiving. *Journal of the American Dietetic Association*. 104 (1): 43-50.

Smeenk, W.; van Haastregt, J.; Gubbels, E.; Crebolder, H. (1998). Care process and satisfaction of a transmural home care program. *International Journal of Nurses Studies*; 35:146-54.

Sorensen, K.; Luckman, J. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Sousa, L.; Figueiredo, D. (2003). (in) Dependência na população idosa: um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*. 33, 109-122.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.

Stuck, A.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C.; Beck, J.; (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *The Journal of the American Medical Association*. 287(8), 1022-1028.

Toseland, R.; McCallion, P.; Smith, T.; Banks, S. (2004). Supporting caregivers of frail older adults in an HMO setting. *American Journal of Orthopsychiatry*. 74, 349-364.

Travis, S.; Bethea, L.; Winn, P. (2000). Medication administration hassles reported by caregivers of dependent elderly persons. *Journal of Gerontology*. 55A(7), 412-417.

Viegas, L. (2006). Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas – um estudo exploratório. *Pensar enfermagem*. 10 (2), 47-57.

Veríssimo, C.(2004). Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados. *Nursing*. 5, 20-24.

Walter, F.; Emery, J.; Braithwaite, D.; Marteau, T. (2004). Lay understanding of familial risk of common chronic diseases: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Annals of Family Medicine*. 2 (6), 583-594.

Watson, J. (1999). *Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

WHO-World Health Organization (2010). Tackling chronic disease in Europe Strategies, interventions and challenges. WHO: Copenhagen, (Observatory Studies Series: 20). On line http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf.

Winslow, B. (2003). Family Caregivers' Experiences with Community Services: A Qualitative Analysis. *Public Health Nursing*. 20 (5), 341–348.

Yaffe, K.; Fox, P.; Newcomer, R.; Sands, L.; Lindquist, K.; Dane, K.; Covinsky, K. (2002). Patients and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Journal American Association*. 287(16), 2090-2097.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. FINALIDADE

A finalidade desta investigação consiste em conhecer os fenómenos da dependência no autocuidado em contexto familiar e o da prestação de cuidados ao familiar dependente, no concelho de Lisboa, contribuindo para o desenvolvimento de modelos de prestação de cuidados de enfermagem promotores de uma melhor resposta a este tipo de necessidades de saúde.

2.1.1. OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivos:

- Caracterizar as famílias que integram dependentes no autocuidado, no concelho de Lisboa:
 - Calcular a proporção de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado;
 - Identificar as características sociodemográficas das famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado;
- Caracterizar a pessoa dependente no autocuidado integrada no contexto familiar, no concelho de Lisboa:
 - Identificar o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado;

- Identificar as características sociodemográficas da pessoa dependente no autocuidado;
- Identificar a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado;
- Identificar os cuidados prestados à pessoa dependente no autocuidado pelo familiar cuidador;
- Caracterizar o familiar prestador de cuidados da pessoa dependente no autocuidado integrada no contexto familiar, no concelho de Lisboa:
 - Identificar as características sociodemográficas do familiar prestador de cuidados (principal);
 - Identificar a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados (principal) relativa ao exercício do papel;
- Caracterizar os recursos utilizados pelo familiar prestador de cuidados da pessoa dependente no autocuidado integrada no contexto familiar, no concelho de Lisboa;
- Caracterizar as famílias residentes no concelho de Lisboa, com parentes próximos dependentes no autocuidado institucionalizados:
 - Identificar as razões para a decisão de institucionalizar;
 - Identificar as características sociodemográficas das famílias residentes no concelho de Lisboa, com parentes próximos dependentes no autocuidado institucionalizados;
- Comparar a pessoa com dependência no autocuidado integrada numa família clássica em Lisboa e no Porto, no que se refere às características sociodemográficas;
- Comparar a pessoa com dependência no autocuidado integrada numa família clássica em Lisboa e no Porto, no que se refere ao grau de dependência;

- Comparar a pessoa com dependência no autocuidado integrada numa família clássica em Lisboa e no Porto, no que se refere à condição de saúde da pessoa dependente;
- Estudar a associação entre cuidados prestados pelo familiar pelo prestador de cuidados e condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado;
- Estudar a associação entre grau de dependência no autocuidado e condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado;
- Estudar a associação entre os recursos utilizados pelo prestador de cuidados e condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado;
- Estudar a associação entre cuidados prestados pelo familiar pelo prestador de cuidados e recursos utilizados na assistência;
- Estudar a associação entre cuidados prestados pelo familiar pelo prestador de cuidados e grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado;
- Estudar a associação entre grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado e recursos utilizados pelo familiar prestador de cuidados;
- Estudar a associação entre grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado e perceção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do seu papel;
- Estudar a associação entre condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado e perceção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do seu papel;
- Estudar a associação entre perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do seu papel e cuidados que presta na assistência;
- Estudar a associação entre perceção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do seu papel e recursos utilizados na prestação de cuidados;

- Estudar a associação das características sociodemográficas das famílias residentes no concelho de Lisboa, com parentes próximos dependentes no autocuidado institucionalizados com a decisão de institucionalizar;
- Estudar a associação das características sociodemográficas dos parentes próximos dependentes no autocuidado institucionalizados com a decisão de institucionalizar.

2.2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

No sentido que visa dar resposta às questões de investigação, considera-se adequado realizar um estudo de carácter exploratório/correlacional, que se caracteriza pelo seu carácter observacional quanto à intervenção do investigador, e transversal no que se refere ao período de recolha da informação. A adoção do paradigma quantitativo pautou-se pela análise de considerandos como a ausência de conhecimento relativo às questões de investigação colocadas, o facto do fenómeno em estudo se dispor à medição empírica e os objetivos propostos se circunscreverem a uma área específica que se presume estável e previsível da perspetiva do planeamento metodológico (Fortin, 2003; Polit & Hungler, 2004). A metodologia a adotar será semelhante à de um inquérito amostral (INE, 2007).

De acordo com Last (1988), a epidemiologia é definida como “o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados de saúde ou acontecimentos a eles associados, em populações específicas, e a aplicação desse estudo ao controlo dos problemas de saúde” (Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom, 2003:2), ou “*como área científica que estuda os fatores associados aos problemas de saúde das pessoas*” (Aguar, 2007:42). O presente estudo poderá, igualmente, ser denominado por inquérito epidemiológico, uma vez que se focaliza na população humana, estudando a situação de saúde das pessoas no seu ambiente natural, tendo em conta a sua distribuição geográfica, sendo utilizado para descrever o estado de saúde de grupos populacionais. Considera-se que “*o volume de doença que afeta uma determinada população é fundamental para as autoridades de saúde, que procuram obter os melhores resultados com recursos sempre limitados,*

selecionando programas prioritários em prevenção e prestação de cuidados” (Beaglehole, Bonita & Kjellstrom, 2003:5).

Da mesma forma, considera-se o inquérito epidemiológico, como o mais apto na identificação dos problemas de saúde e no fornecimento de informação que permita uma base sustentável para avaliação de medidas. Segundo Beaglehole, Bonita & Kjellstrom (2003:41), os dados resultantes de estudos epidemiológicos de carácter transversal “*são úteis na avaliação das necessidades em cuidados de saúde da população*”, e são, frequentemente, considerados como o primeiro passo para a investigação de um acontecimento em saúde, que identifica problemas para outras investigações.

A recolha de informação decorreu entre Junho e Outubro de 2009 e consistiu no inquérito tipo “porta a porta”. Primeiro identificaram-se as famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado. Após, neste subgrupo foi recolhida informação relativa às variáveis associadas a: caracterização demográfica da família e do alojamento que corresponde à parte I do formulário; caracterização do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado; da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado; da perceção da autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel; os recursos utilizados pelo prestador de cuidados na assistência à pessoa dependente no autocuidado e a caracterização dos cuidados prestados pelo familiar à pessoa dependente que integram a parte II do formulário (Anexo I). A parte II do formulário encontra-se organizada por domínio de autocuidado, integrando em cada domínio os itens referentes a cada dimensão em estudo, com exceção das dimensões relativas à avaliação da condição de saúde e dos recursos complementares que se encontram no final do formulário.

No mesmo momento identificaram-se também as famílias com parentes próximos institucionalizados, neste subgrupo foi recolhida informação relativa às características demográficas da família e do alojamento que corresponde à parte I do formulário que é comum aos dois subgrupos, bem como, a parte III do formulário especificamente dedicada à caracterização do parente institucionalizado, os motivos que levaram à decisão de institucionalizar, a satisfação com a instituição e que condições consideram necessárias para integrar a pessoa dependente no ambiente familiar (Anexo I).

2.2.1. RECOLHA DE DADOS

A aplicação dos formulários contou com a colaboração de investigadores que se encontravam a desenvolver trabalhos de mestrado na mesma área de investigação, cujos objetivos e metodologia se compatibilizavam com a presente investigação, tendo sido promovidos encontros visando a formação de todos os participantes na recolha de dados.

Na primeira fase, os formulários foram aplicados à pessoa identificada como representante da família, desde que com idade superior a 18 anos e que dispusesse da informação necessária. Na segunda fase, após a identificação da família integradora de familiar dependente no autocuidado e/ou de família detentora de parente próximo institucionalizado, o formulário foi dirigido ao familiar identificado como principal prestador de cuidados.

O instrumento de recolha de dados foi sujeito a pré-teste para adequação à população a estudar. Com a realização do pré-teste do questionário pretendem-se averiguar:

- Se todas as questões são compreendidas, se são compreendidas por todos da mesma forma e da forma prevista pelo investigador;
- Se a gama de respostas propostas nas perguntas de repostas fechadas cobrem todas as opções possíveis;
- Se a ordem das questões é a mais correta;
- Se existem questões inúteis ou repetitivas;
- Se o tempo para o preenchimento do instrumento de recolha é aceitável;
- Qual o tempo mínimo, máximo e médio de preenchimento.

A versão inicial sujeita a pré-teste, revelou constituir um instrumento adequado para avaliar o grau de dependência, a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, assim como, a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, os recursos utilizados e os cuidados prestados pelos membros familiares cuidadores, tendo sido bem aceite pela população participante, permaneceu inalterada na sua composição global, foram apenas corrigidos os erros dactilográficos identificados. A população participante na realização do pré-teste foi selecionada através da rede de contactos pessoais dos investigadores que colaboraram na

investigação, sendo que a aplicação do formulário foi realizada por outro investigador do grupo, excluindo a possibilidade de um conhecimento pessoal anterior entre o inquiridor e o respondente.

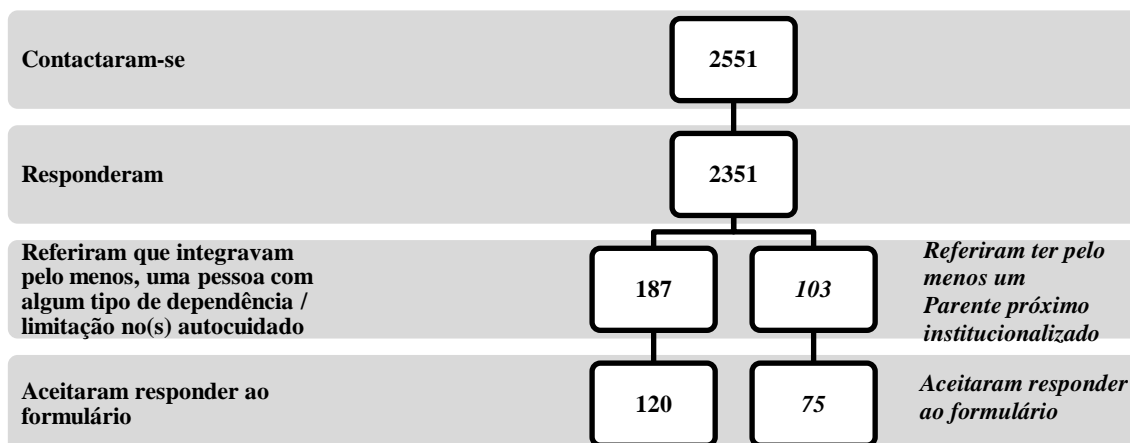
Para aplicação do instrumento de colheita de dados foi solicitada, formalmente, a colaboração da Câmara Municipal de Lisboa. Deste pedido resultou uma reunião com a Senhora Dra. Maria de Lurdes Quaresma, adjunta da Vereadora da Ação e Habitação Social e foi demonstrado o maior interesse na realização do presente estudo.

Elaboraram-se cartas informativas relativamente à realização do presente estudo e à identificação dos investigadores envolvidos no trabalho de campo (nome e número de cédula profissional), que foram enviadas para todas as juntas de freguesia e centros de saúde do concelho de Lisboa.

O período da colheita de dados decorreu no segundo semestre de 2009. O tempo de recolha prolongou-se para além do esperado, devido à dimensão do concelho e à dispersão territorial da amostra selecionada, assim como, à manifesta indisponibilidade da população abordada, possivelmente relacionada com as precauções associadas ao sentimento de insegurança atual.

A aplicação do instrumento de colheita de dados foi feita “porta-a-porta”. O investigador no contacto estabelecido com as pessoas selecionadas para integrar a amostra, primeiramente apresentava-se (nome, enfermeiro), seguida da explicação dos objetivos, da finalidade do estudo, da importância da colaboração solicitada e auscultação da disponibilidade em responder a duas perguntas. Perante uma receção positiva eram efetuadas as perguntas que determinavam se reunia os critérios de inclusão: “se vivia com algum familiar dependente de pessoa e / ou equipamento”; “se tinha algum familiar institucionalizado”. Nas situações em que a resposta a uma destas duas perguntas fosse positiva, era efetuada uma última questão, que permitia aferir a disponibilidade em participar na segunda fase do formulário. No caso de as famílias não integrarem uma pessoa dependente no autocuidado dependente ou não terem um familiar institucionalizado a aplicação do formulário terminava após as primeiras duas questões, uma vez que não reuniam critério para a segunda fase do formulário, integrando apenas primeira fase.

Figura 1- Aplicação do formulário



2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída pelas famílias clássicas com residentes no Concelho de Lisboa. Dada a dimensão da população, 234451 unidades familiares residentes no concelho de Lisboa (Câmara Municipal de Lisboa, 2009), foi designada uma amostra representativa da população residente no Concelho de Lisboa, estratificada por freguesia, para que todas as famílias residentes no concelho de Lisboa dispusessem da mesma probabilidade de participar.

Aguiar (2007) refere que a amostra em estudo, ao ser representativa da população-alvo, permite a generalização para essa população dos resultados obtidos através do estudo da amostra, considerando que a população-alvo é a população mais universal para a qual se pretende generalizar as conclusões do estudo.

O mesmo autor considera que é de extrema importância a definição e compreensão da unidade de investigação num projeto de investigação epidemiológico, em que a unidade elementar de investigação é “todo o indivíduo pertencente à população-alvo”, denominando-a como “tijolo da investigação”. No presente estudo é a família clássica do Concelho de Lisboa, que representa a população-alvo, e para a qual pretendemos generalizar os resultados do estudo amostral. O autor refere ainda, que é condição fundamental nas boas práticas de investigação epidemiológica, que as unidades elementares que constituem a amostra sejam todas independentes entre si, ou seja, cada

família clássica contribui para o estudo como uma unidade de investigação independente, o que implica que a mesma família não entrou no estudo duas vezes como duas unidades de investigação distintas.

De acordo com o desenho da investigação, foram constituídas duas amostras independentes, ou seja, o formulário compreendia duas fases: primeiro pretendia-se identificar as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado; segundo dentro do subgrupo identificado das famílias que integram pessoas com dependência no autocuidado ou com parentes institucionalizados pretendia-se caracterizar as variáveis em estudo. A amostra da segunda fase decorre da identificação realizada na primeira fase do formulário, pelo que as famílias que integram a segunda fase constituíram a primeira. Esta opção metodológica constitui uma vantagem, no sentido em que identifica a população-alvo sem recorrer a qualquer base de dados previamente constituída para outro fim, permite assim, ultrapassar uma das maiores limitações para a constituição da população-alvo. Uma vez que, é frequente os estudos serem realizados com a população-alvo identificável, que corresponde “à população obtida através de fontes de dados populacionais e que é constituída por todos os indivíduos que podem ser identificados na população-alvo, conseqüentemente, a população identificável constitui a população de identificáveis para potencial inclusão no estudo amostral” (Aguiar, 2007:38). O mesmo autor refere que a população-alvo e a população-alvo identificável não devem ser confundidas, uma vez que a população-alvo constitui a população mais universal.

Beaglehole, Bonita & Kjellstrom (2003:52) sugerem a determinação da dimensão da amostra em estudos de saúde de acordo com as fórmulas de Lwanga & Lemeshow (1991:25) publicadas pela Organização Mundial de Saúde, em que $n = Z^2 p (1-p)/d$. A adoção desta fórmula permite calcular o **n** (número de famílias da amostra), determinando o **z** (valor da distribuição normal standard para o nível de confiança) de 95%, o **p** (proporção esperada de prevalentes), uma vez que a prevalência do fenómeno é desconhecida, foi assumido o valor de 50%, que garantiu a maior dimensão amostral requerida para o estudo e o **d** (erro de precisão) de 2%.

A recolha de dados terminou quando se completou o número de famílias respondentes previstas para a amostra (2401), tendo sido calculado uma taxa de não respondentes de 30%, realizou-se o lançamento da amostra para 3121 unidades familiares.

Quadro 2 - Distribuição do número de unidades familiares residentes no Concelho de Lisboa e do número de unidades familiares a incluir na amostra por freguesia

Freguesias	N	n
Ajuda	7475	77
Alcântara	6538	67
Alto do Pina	4308	44
Alvalade	4327	44
Ameixoeira	3575	37
Anjos	4564	47
Beato	5990	61
Benfica	17088	175
Campo Grande	4559	47
Campolide	6581	67
Carnide	6494	67
Castelo	281	3
Charneca	3264	33
Coração de Jesus	2273	23
Encarnação	1523	16
Graça	3134	32
Lapa	3672	38
Lumiar	13925	143
Madalena	196	2
Mártires	164	2
Marvila	12423	127
Mercês	2509	26
Nossa Senhora de Fátima	6645	68
Pena	2995	31
Penha de França	6380	65
Prazeres	3801	39
Sacramento	443	5
Santa Catarina	1951	20
Santa Engrácia	2649	27
Santa Isabel	3229	33
Santa Justa	330	3
Santa Maria de Belém	4007	41
Santa Maria dos Olivais	17541	180
Santiago	385	4
Santo Condestável	8084	83
Santo Estevão	1035	11
Santos o Velho	1819	19
São Cristovão e São Lourenço	853	9
São Domingos de Benfica	14103	144
São Francisco Xavier	3175	33
São João	7336	75
São João de Brito	5690	58
São Jorge de Arroios	4910	50
São João de Deus	8428	86
Santo José	1715	18
São Mamede	2738	28
São Miguel	830	8
São Nicolau	560	6
São Paulo	1528	16
São Sebastião da Pedreira	2542	26
São Vicente de Fora	2052	21
Sé	545	6
Socorro	1289	13
Total	234451	2401

O plano de amostragem “*envolve a seleção aleatória de elementos da população*” (Polit & Hungler, 2004: 230) em que cada elemento da população tem a mesma probabilidade de participar, constituindo o “*único método confiável de obtenção de amostras representativas em estudos quantitativos*” (Polit, & Hungler, 2004: 233). Esta metodologia é considerada muito dispendiosa, no entanto acrescenta elevado rigor científico nos resultados obtidos, o que para os autores referidos constitui uma vantagem assinalável. A opção pela metodologia de amostragem utilizada (aleatorização) confere assim validade ao tratamento estatístico dos dados, pela exclusão da possibilidade de existência do viés de seleção, uma vez que a seleção dos participantes é devida ao acaso, tendo por base a listagem da população (famílias residentes no concelho de Lisboa) permitindo assim a extrapolação dos resultados para população (Mausner & Kramer, 1999).

O modelo de amostragem probabilística selecionado permitiu uma amostra aleatória estratificada por freguesia de residência (o número de famílias selecionadas em cada freguesia será proporcional ao peso que o número de famílias residentes na freguesia exerce no número total famílias do Concelho), através de informação disponível na Câmara Municipal de Lisboa e nos Censos de 2001 (INE, 2002) e da fórmula de Lwanga & Lemeshow (2001:25) para o cálculo de uma amostra estratificada publicadas pela Organização Mundial de Saúde. Este modelo de amostragem permite fortalecer a representatividade da amostra, já que “*a população é dividida em subconjuntos homogéneos dos quais os elementos são selecionados aleatoriamente*” (Polit & Hungler, 2004: 233).

Para o processo de seleção das unidades familiares que integraram a amostra, utilizou-se a Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI) de 2001, que permitiu conhecer a distribuição geográfica das famílias e um Sistema de Informação Geográfico (ArcGis) para a seleção geográfica aleatória de subsecções territoriais.

2.4. FORMULÁRIO

Considerando os objetivos da investigação, assim como as características da população que se pretende estudar, construiu-se um instrumento de recolha de dados que permitisse recolher a informação necessária para responder à finalidade do estudo.

A construção do formulário teve por base a revisão bibliográfica, tendo sido adotada uma estratégia condutora de reflexão crítica através da constituição de um grupo de especialistas, dezassete enfermeiros que se encontram ou encontraram na mesma área de investigação que funcionou como um grupo de peritos. O grupo era constituído por dois Doutores, três doutorandos e doze mestrandos. Neste âmbito, a discussão das opções metodológicas foi constante, reforçando, a credibilidade das opções assumidas. Este método revelou-se igualmente vantajoso na construção do formulário, através dos contributos na seleção dos itens, dada a vasta lista de itens que permitiria avaliar cada dimensão em cada domínio do autocuidado, assim como na composição estrutural do instrumento.

A opção pela construção de um formulário em detrimento da utilização dos que se encontram validados prende-se, essencialmente, com dois argumentos: o primeiro diz respeito à inexistência de um instrumento que permita avaliar todas as dimensões em estudo e o segundo prende-se com os constrangimentos inerentes à utilização de instrumentos como a transversalidade da sua propriedade às diferentes disciplinas. Assim, tendo por base o conceito de autocuidado de Orem (1993) e por fim a avaliação de dimensões (dependência, condição de saúde, recursos, perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, cuidados prestados) em diversos domínios do autocuidado com relevância para a enfermagem, considerou-se necessário aplicar um formulário realizado para o efeito.

Para a construção do instrumento de colheitas de dados, foram selecionadas características sociodemográficas que permitam conhecer a população em estudo. Na variável que permite a caracterização da profissão optou-se por adotar a Classificação Nacional das Profissões, do Instituto de Emprego e Formação Profissional, que permite a organização em grupos reduzidos, acrescentando-se as categorias: desempregado,

reformado, doméstica e estudante. No que concerne às dimensões em estudo e ao domínio do autocuidado, foi realizada pesquisa bibliográfica e encontros com o grupo de peritos.

À primeira versão do formulário, após apreciação do grupo de peritos, foram-lhe retirados vários itens, por possível redundância e na tentativa de o tornar operacional com vista ao tempo previsto para a sua aplicação. Neste processo foram ainda realizadas algumas alterações linguísticas de forma a tornar mais clara a intenção do item. Na maioria, as alterações resumem-se à substituição de algumas palavras por sinónimos, considerados de maior perceção, ou eliminação de palavras que tornaram os itens mais diretos.

2.4. 1. FAMÍLIA

As variáveis de caracterização da família assentam em conceitos definidos pela autoridade estatística nacional (INE) sempre que se encontrassem disponíveis no sítio da internet desta entidade dedicado à definição de conceitos, como seja a caracterização da profissão cujas opções decorrem da Classificação Nacional da Profissões.

Quadro 3 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado

Família		
Tipo de família	Qualitativa ordinal	Clássica sem núcleos Clássica com um núcleo Clássica com dois núcleos Clássica com três núcleos
Rendimentos do agregado/mês	Qualitativa ordinal	Até 250 euros De 251 a 500 euros De 501 a 1000 euros De 1001 a 2000 euros De 2001 a 5000 euros Mais de 5000 euros
Número de membros de família	Quantitativa	Número absoluto

Quadro 4- Variáveis em estudo relativas à caracterização do familiar prestador de cuidados

Familiar Prestador de Cuidados (FPC)		
Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino/Masculino
Residência	Qualitativa nominal	Freguesias do concelho de Lisboa
Estado Civil	Qualitativa nominal	Solteiro Casado/ União de Facto Viúvo Divorciado
Nacionalidade	Qualitativa nominal dicotómica	Portuguesa/Não portuguesa
Parentesco com o dependente	Qualitativa nominal	Conjuge Pai / Mãe Filho(a) Irmão (ã) Outro parentesco Sem parentesco
Nível de Escolaridade	Qualitativa nominal	Nenhuma 1º Ciclo básico 2º Ciclo básico 3º Ciclo básico Secundário Superior
Profissão*	Qualitativa nominal	Membros das forças armadas ¹ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa ¹ Especialistas das profissões intelectuais e científicas ¹ Técnicos e profissionais de nível intermédio ¹ Pessoal administrativo e similares ¹ Pessoal dos serviços e vendedores ¹ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca ¹ Operários, artífices e trabalhadores similares ¹ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem ¹ Trabalhadores não qualificados ¹ Doméstico ² Desempregado ² Pensionista/ Reformado ² Estudante ² Outra
Co-Habitação com a pessoa dependente no autocuidado	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não

**Transformada em: ¹“com ocupação profissional” e ²“sem ocupação profissional”

*Variável sujeita a nova computação **Valor da variável após nova computação simplificada

Quadro 5 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da pessoa dependente no autocuidado

Pessoa Dependente no Autocuidado (PDA)		
Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino/Masculino
Residência	Qualitativa nominal	Freguesias do concelho de Lisboa
Nacionalidade	Qualitativa nominal dicotómica	Portuguesa/Não portuguesa
Estado Civil	Qualitativa nominal	Solteiro Casado/ União de Facto Viúvo Divorciado
Nível de escolaridade	Qualitativa nominal	Nenhuma 1º Ciclo básico 2º Ciclo básico 3º Ciclo básico Secundário Superior
Profissão*	Qualitativa nominal	Membros das forças armadas ¹ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa ¹ Especialistas das profissões intelectuais e científicas ¹ Técnicos e profissionais de nível intermédio ¹ Pessoal administrativo e similares ¹ Pessoal dos serviços e vendedores ¹ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ¹ Operários, artífices e trabalhadores similares ¹ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem ¹ Trabalhadores não qualificados ¹ Doméstico ² Desempregado ² Pensionista/ Reformado ² Estudante ² , ou Outra
<i>**Transformada em: ¹“com ocupação profissional” em ²“sem ocupação profissional”</i>		
Situação que originou a Dependência (Envelhecimento; Acidente Doença aguda; Doença crónica; Outra)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Modo de instalação da dependência	Qualitativa nominal dicotómica	Súbita/Gradual
Tempo de dependência	Quantitativa	Número de Anos ou Meses se inferior a um ano
Consumo de medicamentos	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Variedade de fármacos	Quantitativa	Número absoluto de fármacos diferentes
Fármacos nas tomas/dia	Quantitativa	Número absoluto de fármacos
Internamentos no último ano	Quantitativa	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)
Episódio de recursos ao SU, no último ano	Quantitativa	Nenhuma Uma Duas Três Mais de três (especificar)

**Variável sujeita a nova computação **Valor da variável após nova computação simplificada*

2.4.2. ALOJAMENTO

No que respeita à caracterização do alojamento foi adotada a mesma metodologia descrita no ponto anterior, foram igualmente selecionados os itens considerados indispensáveis para a caracterização do alojamento familiar em função do objeto de estudo.

Quadro 6 - Variáveis em estudo relativas à caracterização do alojamento da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado

Alojamento		
Variável	Tipo	Valor
Edifício de alojamento familiar	Qualitativa nominal	Clássico: moradia Clássico: apartamento Clássico: outro tipo Não clássico
Necessidade de reparações* ** ¹ Grandes ou Muito Grandes; ² Médias; ³ Pequenas ou nenhuma	Qualitativa ordinal	Muito Grandes ¹ Grandes ¹ Médias ² Pequenas ³ Nenhumas ³
Edifício com acessibilidade a PMC	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Alojamento com água canalizada	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Alojamento com instalação de banho ou duche	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Alojamento com aquecimento	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Alojamento com retrete	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Área útil	Quantitativa	Metros quadrados
Número de divisões	Quantitativa	Número absoluto
Número de ocupantes	Quantitativa	Número absoluto

*Variável sujeita a nova computação **Valor da variável após nova computação simplificada

2.4.3. DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

A escala referente à avaliação da dimensão *Dependência no Autocuidado* contempla a dependência em dez domínios do autocuidado – “Tomar banho”, “Vestir-se ou despir-se”, “Alimentar-se”, “Arranjar-se”, “Cuidar da higiene pessoal”, “Elevar-se”,

Quadro 8 - Distribuição dos itens da escala da dependência no autocuidado por domínios

Domínio	Item
Alimentar-se	<p>A PDA prepara os alimentos para ingestão</p> <p>A PDA abre recipientes</p> <p>A PDA utiliza utensílios</p> <p>A PDA coloca o alimento nos utensílios</p> <p>A PDA pega no copo ou chávena</p> <p>A PDA leva os alimentos à boca usando os dedos da mão</p> <p>A PDA leva os alimentos à boca com recipiente</p> <p>A PDA leva os alimentos à boca com os utensílios</p> <p>A PDA bebe por copo ou chávena</p> <p>A PDA coloca os alimentos na boca</p> <p>A PDA conclui uma refeição</p>
Andar	<p>A PDA suporta o próprio corpo na posição de pé</p> <p>A PDA deambula com passadas eficazes, diferentes ritmos</p> <p>A PDA sobe e desce degraus</p> <p>A PDA deambula em aclives e declives</p> <p>A PDA percorre distâncias curtas (<100m)</p> <p>A PDA percorre distâncias moderadas (>100m<500m)</p> <p>A PDA percorre longas distâncias (>500m)</p>
Arranjar-se	<p>A PDA penteia ou escova os cabelos</p> <p>A PDA mantém a higiene oral</p> <p>A PDA barbeia-se</p> <p>A PDA aplica maquilhagem</p> <p>A PDA cuida das unhas</p> <p>A PDA usa um espelho</p> <p>A PDA aplica o desodorizante</p> <p>A PDA limpa a área do períneo</p> <p>A PDA limpa as orelhas</p> <p>A PDA mantém o nariz desobstruído e limpo</p>
Tomar Banho	<p>A PDA obtém objetos para o banho</p> <p>A PDA consegue água</p> <p>A PDA abre a torneira</p> <p>A PDA regula a temperatura da água</p> <p>A PDA regula o fluxo da água</p> <p>A PDA lava-se no chuveiro</p> <p>A PDA lava o corpo</p> <p>A PDA seca o corpo</p>
Usar Cadeira de Rodas	<p>A PDA movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas</p> <p>A PDA transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança</p> <p>A PDA manobra a cadeira de rodas em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida</p>
Uso do sanitário	<p>A PDA ocupa e desocupa o sanitário</p> <p>A PDA tira as roupas</p> <p>A PDA posiciona-se na sanita ou na arrastadeira</p> <p>A PDA faz a higiene íntima após urinar ou evacuar</p> <p>A PDA ergue-se da sanita</p> <p>A PDA ajusta as roupas após a higiene íntima</p>
Tomar medicação	<p>A PDA providencia medicamentos</p> <p>A PDA prepara a medicação</p> <p>A PDA toma a medicação</p>
Transferir-se	<p>A PDA transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão</p> <p>A PDA transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama</p>
Vestir-se	<p>A PDA escolhe as roupas</p> <p>A PDA usa cordões para amarrar</p> <p>A PDA usa fechos</p> <p>A PDA calça as meias</p> <p>A PDA descalça as meias</p> <p>A PDA calça os sapatos</p> <p>A PDA descalça os sapatos</p> <p>A PDA retira as roupas da gaveta e do armário</p> <p>A PDA segura as roupas</p> <p>A PDA veste as roupas na parte superior do corpo</p> <p>A PDA veste as roupas na parte inferior do corpo</p> <p>A PDA despe as roupas na parte superior do corpo</p> <p>A PDA despe as roupas na parte inferior do corpo</p> <p>A PDA abotoa as roupas</p> <p>A PDA desabotoa as roupas</p>

2.4.4. RECURSOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA

Na medida da avaliação dos *Recursos* utilizados pelo familiar na prestação de cuidados na assistência à pessoa dependente no autocuidado, foram selecionados os recursos constantes no catálogo de ajudas técnicas disponível no sítio da ACSS e nos catálogos disponíveis nos estabelecimentos que comercializam os referidos artigos. Assim, a dimensão que reporta à caracterização dos recursos pretende caracterizar os recursos utilizados através de um enunciado de recursos e da menção à sua utilização ou não utilização, perante a segunda opção os motivos da não utilização e se constitui um recurso desejado. Os recursos integram o formulário nos diferentes domínios do autocuidado com referência ao seguinte critério: “necessário”, “utilizado”, “razões da não utilização” e “desejado”, sendo que, relativamente à variável “desejado” considerou-se que não acrescentaria informação à já obtida através das variáveis “necessário” ou “utilizado” quando apresenta o valor “sim” e perante o valor “não” este representa uma opção da “razão da não utilização”. A variável “recursos necessários” assume o valor resultante da contagem do número de recursos identificados como necessários, desagregado por domínio, precedeu-se de igual forma para a variável “recursos utilizados”. No âmbito dos recursos utilizados pelo familiar prestador de cuidados foi computada uma variável denominada por “taxa de utilização de equipamentos considerados necessários” que resulta da razão entre os valores da variável “recursos utilizados” e da variável “recursos necessários” multiplicado por 100, assumindo um valor entre 0 e 100. A variável “taxa global de utilização de equipamentos considerados necessários” foi computada seguindo os procedimentos descritos anteriormente integrando as taxas de utilização dos recursos nos diferentes domínios do autocuidado. Na variável “razões da não utilização” foi calculada a soma do número de casos por razão (valor).

Quadro 9 - Variáveis em estudo relativas à caracterização dos recursos utilizados

Recursos		
Variável	Tipo	Valor
Recursos Necessários	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Recursos Utilizados	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Razões da não utilização	Qualitativa nominal	Desconhece funcionamento Desconhece acesso Económica Não desejado Limitações da residência, Outra

2.4. 5. PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO PRESTADOR DE CUIDADOS RELATIVA AO EXERCÍCIO DO PAPEL

No que se refere à escala que visa a avaliação da *Perceção de autoeficácia* específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, foram adaptados os indicadores de competência de Schumacher e colaboradores (2000) para o fenómeno em estudo, dependência do autocuidado, considerando-se as intervenções descritas na Nursing Outcomes Classification (NOC). A NOC com vista à tradução do nível de competências no processo de cuidar do familiar prestador de cuidados a uma pessoa dependente no autocuidado, reconhecendo-se as nove dimensões identificadas por Schumacher e colaboradores (2000) como sensíveis à prestação de cuidados do objeto de estudo. A NOC é considerada a classificação de resultados de enfermagem de maior dimensão e com maior divulgação internacional, que resulta de um estudo elaborado sobre resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, apresentando indicadores específicos para a avaliação evolutiva das pessoas dependentes no autocuidado (Doran *et al.*, 2001; Moorhead, Johnson & Maas, 2008). No presente estudo foram analisadas 8 dimensões, uma vez que na pesquisa realizada para a elaboração dos indicadores foi identificado que a dimensão interpretar poderia estar traduzida na dimensão ajustar. A justificação poderá estar relacionada com o facto de a dimensão interpretar ser do domínio cognitivo que na exploração da sua tradução para ação os indicadores identificados aproximam-se dos indicadores associados à dimensão ajustar. Os dados resultantes da aplicação da escala conferiam a cada dimensão, pela média dos valores obtida, a possibilidade de obter um valor entre 1 e 4. Assim, as variáveis foram computadas de forma a possibilitar a agregação em 4 decis, definidos como: *Incompetente* - 1-1,75; *Pouco competente* - 1,75-2,5; *Medianamente competente* - 2,5-3,25; *Muito competente* - 3,25-4.

Quadro 10 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da percepção da autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel

Perceção de Autoeficácia específica do PC relativa ao exercício do papel		
Variável	Tipo	Valor
Perceção de autoeficácia (Por domínio do autocuidado: Tomar banho; Alimentar-se; Vestir-se; Usar o sanitário; Virar-se; Transferir-se; Andar; Auto-administração da medicação)	Qualitativa ordinal	Incompetente Pouco competente Competente Muito competente

Quadro 11 - Distribuição dos itens da escala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, por domínios do autocuidado

Domínio	Item	Domínio	Item
Tomar banho	<p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares /amigos para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para pentear o cabelo ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar os dentes ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cortar as unhas ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para barbear o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a participar nos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao FDA pelos profissionais da saúde</p> <p>O PC sente-se competente para negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados ao FDA pelos profissionais</p>	Alimentar-se	<p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de comer ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detectar sinais de desnutrição do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detectar sinais de desidratação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se que o FDA ingere de forma segura alimentos ou líquidos</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para dar de comer / beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA para as refeições</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a comer/beber sozinho</p>
Vestir-se e despir-se	<p>O PC sente-se competente para escolher o vestuário do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa/calçado do FDA estão adequados à temperatura ambiente</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa e o calçado do FDA estão adequados ao seu tamanho</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o vestuário do FDA, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para vestir o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para vestir e calçar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a vestir-se e a calçar-se</p>	Uso do sanitário	<p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de urinar/evacuar do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar se a pele da região perineal do FDA se encontra limpa e seca</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário e o local estabelecidos para o FDA urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para trocar a fralda ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para trocar o coletor urinário</p> <p>O PC sente-se competente para colocar a arrastadeira/urinol ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar a região perineal</p> <p>O PC sente-se competente para colocar o FDA na sanita</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a usar a casa de banho para urinar / evacuar</p>

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

Domínio Autocuidado	Item	Domínio	Item
Virar-se	<p>O PC sente-se competente para detectar sinais precoces úlcera de pressão no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detectar sinais precoces de rigidez articular no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade do FDA mudar de posição</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para definir os posicionamentos adequados/inadequados do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA (para prevenir UP)</p> <p>O PC sente-se competente para executar exercícios articulares ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para massajar os pontos de pressão ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para sentar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e tipos de posicionamentos</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a posicionar-se</p>	Andar	<p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA na deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a duração e o local da deambulação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o FDA deambular</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário, a duração e o local da deambulação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para assistir o FDA a andar</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a andar</p>
Transferir-se	<p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para transferir o FDA da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e a duração da transferência</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a transferir-se</p>	Tomar a medicação	<p>O PC sente-se competente para supervisionar as tomas de medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar efeitos secundários da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a medicação do FDA está a produzir os efeitos desejados</p> <p>O PC sente-se competente para definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário e a dose da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para administrar a medicação ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a preparar e a tomar a medicação</p>

Quadro 12 - Distribuição dos itens da escala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, por domínios de ação

Domínio Ação	Item	Domínio	Item
Monitorizar	<p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de comer ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais de desnutrição do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais de desidratação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se que o FDA ingere de forma segura alimentos ou líquidos</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais precoces úlcera de pressão no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais precoces de rigidez articular no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade do FDA mudar de posição</p> <p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA na deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa/calçado do FDA estão adequados à temperatura ambiente</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa e o calçado do FDA estão adequados ao seu tamanho</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade urinar/evacuar do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar se a pele da região perineal do FDA se encontra limpa e seca</p> <p>O PC sente-se competente para supervisionar as tomas de medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar efeitos secundários da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a medicação do FDA está a produzir os efeitos desejados</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a duração e o local da deambulação do FDA</p>	Trabalhar	<p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a participar nos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a andar</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a preparar e a tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e a duração da transferência</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a transferir-se</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e tipos dos posicionamentos</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a posicionar-se</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a comer/beber sozinho</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a usar a casa de banho para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a vestir-se e a calçar-se</p>
Decidir	<p>O PC sente-se competente para determinar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para definir os posicionamentos adequados/inadequados do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher o vestuário do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação</p>	Ajustar	<p>O PC sente-se competente para modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o vestuário do FDA, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário, a duração e o local da deambulação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS</p>

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

Domínio Ação	Item	Domínio	
Providenciar	<p>O PC sente-se competente para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para pentear o cabelo ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar os dentes ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cortar as unhas ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para barbear o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para vestir e calçar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para dar de comer / beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA para as refeições</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA (para prevenir UP)</p> <p>O PC sente-se competente para executar exercícios articulares ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para massajar os pontos de pressão ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para sentar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para transferir o FDA da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para administrar a medicação ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para trocar a fralda do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para trocar o coletor urinário do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para colocar a arrastadeira/urinol do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar a região perineal do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para colocar o FDA na sanita</p> <p>O PC sente-se competente para assistir o FDA a andar</p>	Aceder	<p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares /amigos para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para vestir o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p>
Negociar	<p>O PC sente-se competente para avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao FDA pelos profissionais da saúde</p> <p>O PC sente-se competente para negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados ao FDA pelos profissionais</p>		

2.4. 6. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR À PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Na objetivação da caracterização dos *Cuidados* prestados à pessoa dependente no autocuidado considerou-se relevante a adoção dos indicadores de negligência de Wilkerson (2004), no sentido de conduzir à identificação dos cuidados preventivos, considerados cuidados essenciais, tendo por base os cuidados descritos por Berger & Mailloux-Poirier (1995), Elkin, Perry & Potter (2005), Dochterman & Bulechek, (2008) para pessoas em situação de dependência em grau reduzido, moderado ou elevado.

Os indicadores de negligência traduzem manifestações que decorrem de atividades do autocuidado, considerando que a negligência na prestação de cuidados, causada pela ausência ou déficit dos cuidados necessários, poderá ocorrer sem a intenção de provocar dano, podendo significar incapacidade do familiar prestador de cuidados no desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa dependente no autocuidado. Estes indicadores refletem a *Higiene deficiente* pela presença de higiene corporal deficiente, roupa suja ou inadequada às condições ambientais; a *Diminuição da integridade da pele* pela presença de úlceras de pressão ou eritemas; a *Mobilidade física reduzida* ou nula pela manifestação de pé equino ou rigidez articular; a *Nutrição deficiente* pela presença de sinais de desidratação ou perda de peso; a *Alteração na eliminação* pela presença de fecalomas; a *Não adesão ao regime terapêutico* pela não administração da medicação, a *Não contactar ou consultar o médico* quando necessário. Na presente investigação a caracterização dos cuidados prestados, revela-se em quatro dimensões: a Intensidade do cuidado que é obtido pela frequência (número de vezes) que o cuidador realiza a atividade; o Incentivo que traduz a realização de atividades que visam a promoção da autonomia do familiar dependente pelo estímulo a autocuidar-se; a Decisão que representa a inclusão da pessoa dependente na tomada de decisão relativa as atividades prestadas no âmbito do autocuidado e o Local de prestação de cuidados revelando a mobilização ou permanência da pessoa dependente relativa aos diversos cuidados.

Algumas das variáveis que caracterizavam os cuidados prestados permitiam a auscultação da frequência de forma livre, assim considerou-se necessário realizar a computação de algumas destas variáveis, pelo que se procedeu ao cálculo do percentil 50

de cada variável selecionada, identificado o valor da variável que se situava no Percentil 50 determinou-se que as que apresentavam menor valor de Percentil 50 assumiram o valor 1 e as que apresentavam maior valor de Percentil 50 assumiram o valor 2, como na “frequência do número de refeições por dia” em que os valores na nova variável se identificaram como sendo “até 4 refeições por dia” e “mais de quatro refeições por dia”.

O procedimento efetuado para a conversão da variável *Intensidade dos cuidados* enquanto variável numérica em variável ordinal, consistiu na recodificação das variáveis. Considerando que o valor final resultou do cálculo da média dos valores obtidos em todos os itens, em que os valores se distribuíam entre 1 e 2, estabeleceram os valores dos percentis 25, 50 e 75, permitindo a construção da seguinte escala ordinal: *Intensidade muito reduzida* - 1-1,1666; *Intensidade reduzida* -1,1667-1,332; *Intensidade moderada* - 1,333-1,499; *Intensidade elevada* - 1,5-2.

A variável *Incentivo à autonomia nos cuidados* prestados permitiu a ordenação na seguinte escala: *nunca* (1), *às vezes* (2) e *sempre* (3). No cálculo da variável *Incentivo global* foi utilizada a média dos incentivos parciais.

Quadro 13 - Variáveis em estudo relativas à caracterização dos cuidados prestados

Cuidados Prestados		
Variável	Tipo	Valor
Intensidade dos cuidados (por Autocuidado: Alimentar-se; Vestir-se; Arranjar-se; Tomar banho; Virar-se; Usar o sanitário; Auto-elevar-se; Andar; Transferir-se; Usar a cadeira de rodas; Auto-administração da medicação)	Qualitativa ordinal	Muito Reduzida Reduzida Moderada Elevada
Incentivo à autonomia nos cuidados (por Autocuidado: Alimentar-se; Vestir-se; Arranjar-se; Tomar banho; Virar-se; Usar o sanitário; Auto-elevar-se; Andar; Transferir-se; Usar a cadeira de rodas; Auto-administração da medicação)	Qualitativa ordinal	Nunca Às vezes Sempre

Quadro 14 – Distribuição dos itens relativos à caracterização dos cuidados prestados

Cuidados			
Domínio	Item	Tipo	Valor
Tomar banho	Frequência com que o PC dá banho ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC lava as mãos e a cara ao FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC lava o cabelo ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Local em que, normalmente, o PC dá banho ao FDA	QN	Cama; Chuveiro/banheira; outro
	Pessoa que decide a frequência/local do banho ao FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro
	O PC incentiva o FDA a lavar as zonas do corpo de que é capaz	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Vestir	Pessoa que escolhe a roupa que o FDA vai vestir	QN	FDA; FPC; outro
	O PC incentiva o FDA a vestir-se e calçar-se sozinho	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC abotoa/desabotoa a roupa ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC calça/descalça o FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC procede a ajustes no vestuário do FDA em função de alterações da temperatura	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Arranjar	Frequência com que o PC arranja as unhas ao FDA	QT	N.º de vezes por mês*
	Frequência com que o PC penteia o cabelo do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC corta/apara a barba ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC aplica maquilhagem ao FDA	QT	N.º de vezes por mês*
	Frequência com que o PC aplica cremes hidratantes ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC aplica desodorizantes/perfumes ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC limpa os ouvidos ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC lava os dentes ao FDA	QT	N.º de vezes por dia*
Alimentar	Número de refeições que o PC fornece ao FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Pessoa que decide a frequência/composição/local das refeições do FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; serviço de refeições ao domicílio; outro
	Local em que o FDA faz as suas refeições	QN	Cama; sala jantar; cozinha; outro
	O PC incentiva o FDA a comer sozinho	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC dá os alimentos à boca ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Usar o sanitário	Local em que, normalmente, o FDA evacua	QN	Fralda; arrastadeira; sanita; outro
	Local em que, normalmente, o FDA urina	QN	Fralda; arrastadeira; sanita; outro
	Pessoa que decide onde o FDA vai urinar / evacuar	QN	FDA; FPC; outro
	O PC lava os genitais ao FDA depois das micções/dejeções	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC posiciona o FDA no sanitário	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a utilizar o sanitário	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Elevar	Frequência com que o PC senta o FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	O PC incentiva o FDA a levantar-se (por de pé)	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a sentar-se	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Frequência com que o PC levanta (por de pé) o FDA	QT	N.º de vezes por dia*
Virar	Frequência com que o PC posiciona o FDA na cama/cadeira	QT	N.º de vezes por dia*
	Pessoa que decide o horário da mudança de posição e a posição a adotar pelo FDA	QN	FDA; FPC; outro
	O PC incentiva o FDA a posicionar-se	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC, nas mudanças de posição do FDA, adota os decúbitos laterais	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Transferir	Frequência com que o PC transfere o FDA da cama para a cadeira/cadeirão	QT	N.º de vezes por dia*
	Pessoa que decide transferir o FDA da cama para a cadeira/cadeirão	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro
	O PC incentiva o FDA a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Usar a Cadeira de Rodas	Frequência com que o PC movimenta o FDA na cadeira de rodas	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC leva o FDA a passear/sair de casa, na cadeira de rodas	QT	N.º de vezes por mês*
	Pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro
	O PC incentiva o FDA a utilizar sozinho a cadeira de rodas	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Andar	Frequência com que o PC assiste o FDA na deambulação	QT	N.º de vezes por dia*
	O PC incentiva o FDA a deambular sozinho	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Pessoa que decide os períodos /locais de deambulação do FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

Cuidados			
Domínio	Item	Tipo	Valor
Administrar medicação	O PC procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a preparar/tomar sozinho os medicamentos	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Cuidados Complementares	O PC respeita a dieta aconselhada ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Pessoa que decide a dieta do FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro
	O PC procede a ajustes na dieta em função das preferências do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Frequência o PC dá água (líquidos) fora das refeições, ao FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	O PC incentiva o FDA a beber água (líquidos) fora das refeições ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma incluir na dieta do FDA frutas/legumes	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o FDA tem dificuldade em deglutir	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC leva o FDA ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma fazer a pesquisa de fealomas ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Frequência com que o PC inspeciona a pele do períneo do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC massaja a pele das proeminências ósseas do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC desenvolve atividades estimulantes da memória com o FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	O PC costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a tossir quando se apercebe que ele tem secreções	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma aspirar as secreções quando o FDA não as consegue eliminar	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do FDA se altera	QO	Sempre; Às vezes; Nunca

Legenda: QT – Quantitativa; QN – Qualitativa Nominal; QND – Qualitativa Nominal Dicotómica; QO – Qualitativa Ordinal

*Valor sujeito a nova computação

Quadro 15 – Valores atribuídos às variáveis sujeitas a nova computação relativos aos cuidados prestados

Cuidados	
Valor da variável	Novo valor da variável
Nº de refeições dia	Até 4 refeições/dia Mais de 4 refeições dia
N.º de vezes por dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Arranja as unhas/mês	Até 2 vezes/mês Mais que 2 vezes/mês
Penteia/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Barbeia/semana	Até 3 vezes/semana Mais que 3 vezes/semana
Maquilha/mês	Maquilha Não Maquilha
Dá banho/semana	Até 3 vezes/semana Mais que 3 vezes/semana
Lava as mãos e a cara/dia	Até 2 vezes/dia Mais que 2 vezes/dia
Lava o cabelo/semana	Até 2 vezes/semana Mais que 2 vezes/semana
Inspeciona as zonas de proeminências ósseas/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Mobiliza os membros inferiores/dia	Não mobiliza Mobiliza
Mobiliza os membros superiores/dia	Não mobiliza Mobiliza
Massaja as zonas de proeminências ósseas/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Estimula a memória/semana	Não estimula Estímula
Dá água fora das refeições/dia	Até 3 vezes/dia Mais que 3 vezes/dia
Inspeciona a pele do períneo/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Movimenta na cadeira de rodas/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Levar a passear na cadeira de rodas/dia	Não leva Leva
Senta o doente/dia	Até 3 vezes/dia Mais que 3 vezes/dia
Levanta o doente/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Aplica cremes hidratantes/semana	Até 4 vezes/semana Mais que 4 vezes/semana
Aplica desodorizante/semana	Até 2 vezes/semana Mais que 2 vezes/semana
Limpa os ouvidos/semana	Até 2 vezes/semana Mais que 2 vezes/semana
Lava os dentes/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Posiciona/dia	Até 2 vezes/dia Mais que 2 vezes/dia
Transfere da cama/dia	Até 2 vezes/dia Mais que 2 vezes/dia

2.4.7. CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

A caracterização dos cuidados prestados é ainda avaliada através da dimensão *Condição de Saúde* da pessoa dependente, numa perspetiva abrangente através de indicadores sensíveis à prestação de cuidados pelo familiar cujo conteúdo foi definido com recurso à NOC, traduzida em oito indicadores: Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele; Presença de sinais aparentes de desidratação; Presença de sinais aparentes de desnutrição; Presença de sinais aparentes de rigidez articular; Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório; Presença de sinais de condição de higiene e asseio deficiente; Presença de sinais alteração do estado de saúde mental e Presença de sinais de condição de vestuário deficiente. Os itens foram agrupados por tipo de condição, considerando-se que teria presença de sinais de compromisso se apresentasse alteração a pelo menos um item. A condição de saúde global resultou da soma do número de valores “sim” do conjunto das variáveis (tipo de condição). Assim, a melhor condição de saúde corresponde à ausência de condições negativas (ausência de “sim”) e a pior condição de saúde corresponde à presença de todas as condições negativas, podendo assumir valores entre 0 e 8.

Quadro 16 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da condição de saúde

Condição de Saúde da Pessoa Dependente no Autocuidado		
Variável	Tipo	Valor
Condição de Saúde (Presença de sinais aparentes de: Desidratação; Desnutrição; Rigidez articular; Compromisso respiratório; Compromisso da integridade cutânea; Condição de higiene e asseio deficiente; Condição de vestuário deficiente; Alteração do estado mental)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não

Quadro 17 – Distribuição dos itens em estudo relativos à caracterização da condição de saúde da pessoa com dependência no autocuidado

Especificação da Variável	Item	Tipo	Valor
Hidratação	Sinais aparentes de desidratação	QND	Sim/Não
	Olhos encovados	QND	Sim/Não
	Pele seca	QND	Sim/Não
	Mucosas secas	QND	Sim/Não
Nutrição	Sinais aparentes de desnutrição	QND	Sim/Não
	Magreza excessiva	QND	Sim/Não
	Obesidade mórbida	QND	Sim/Não
	Índice de Massa Corporal	Quantitativa	Kg/m2
	Perda de peso nos últimos três meses	QND	Sim/Não
Anquilose	Comprometimento da amplitude articular	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Dto	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Edo	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação punho Dto	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação punho Edo	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação anca Dta	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação anca Eda	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação joelho Dto	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação joelho Edo	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Dto (pé equino)	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Edo (pé equino)	QND	Sim/Não
Integridade Cutânea	Pele comprometida	QND	Sim/Não
	Número de úlceras de pressão	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão na região sagrada	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão no trocânter	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão no maléolo	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão no calcâneo	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão noutra local	QND	Sim/Não
	Feridas não tratadas / não cuidadas	QND	Sim/Não
Eritema da fralda	QND	Sim/Não	
Eliminação	Número dejeções	Quantitativa	Número
Respiração	Comprometimento da limpeza das vias aéreas	QND	Sim/Não
	Acumulação de secreções traqueobrônquicas	QND	Sim/Não
	Ruídos respiratórios anormais	QND	Sim/Não
	Aumento frequência respiratória	QND	Sim/Não
	Deglutição comprometida	QND	Sim/Não
Higiene e Asseio	Condição de higiene e asseio	QND	Sim/Não
	Odores corporais	QND	Sim/Não
	Unhas sujas	QND	Sim/Não
	Má higiene oral	QND	Sim/Não
	Secreções oculares	QND	Sim/Não
	Secreções auditivas	QND	Sim/Não
	Secreções nasais	QND	Sim/Não
Sujidade corporal visível	QND	Sim/Não	
Vestuário	Má condição vestuário	QND	Sim/Não
	Roupa suja	QND	Sim/Não
	Roupa desabotoada	QND	Sim/Não
	Roupa inadequada à temperatura ambiente	QND	Sim/Não
	Roupa inadequada à condição antropométrica	QND	Sim/Não
	Roupa inadequada à condição de dependência	QND	Sim/Não
Quedas	Número de quedas no último mês	Quantitativa	Número*
Estado Mental	Sabe em que mês está	QND	Sim/Não
	Sabe em que terra vive	QND	Sim/Não
	Repete três palavras	QND	Sim/Não
	Faz cálculos simples	QND	Sim/Não
	Identifica objetos comuns	QND	Sim/Não

Legenda: QND – Qualitativa Nominal Dicotômica

*Valor sujeito a nova computação, do tipo QND, Sim quando se registou pelo menos 1 e Não se não houve registo de queda no último mês.

2.4. 8. FAMÍLIA COM PARENTE PRÓXIMO INSTITUCIONALIZADO

Os conteúdos e itens incluídos com vista à caracterização da família com parente próximo institucionalizado resulta da revisão da literatura e dos consensos gerados no grupo de peritos.

As variáveis estudadas encontram-se dispostas por alocação ao objeto de estudo que pretendem caracterizar.

Quadro 18 - Variáveis em estudo relativas à caracterização do familiar de parente institucionalizado

Familiar de Parente Institucionalizado		
Variável	Tipo	Valor
Frequência das visitas	Qualitativa ordinal	Pelo menos uma vez por semana Pelo menos uma vez por mês Pelo menos uma vez por ano Nunca
Grau de satisfação com a instituição (qualidade do serviço, condição de saúde, condições hoteleiras, recursos humanos, organização e funcionamento, participação nas decisões, informação disponibilizada)	Qualitativa ordinal	Insatisfeito Pouco satisfeito Medianamente satisfeito Muito satisfeito
Deseja ter a PI no seu domicílio	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Tipos de apoio necessários para acolher a PI no domicílio	Qualitativa nominal	Apoio financeiro Apoio das equipas de saúde Apoio dos serviços sociais Apoio dos familiares, amigos e vizinhos Horário flexível no emprego Alterações na estrutura da casa Outro
Em situação de dependência qual seria a opção	Qualitativa nominal	Ser institucionalizado Ficar com a família, mesmo mudando de residência Ficar em casa, desde que tenha condições Ficar em casa em quaisquer condições
Proximidade e intensidade da relação com a PI	Qualitativa ordinal	Má Fracá Razoável Boa Muito Boa

Quadro 19 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da pessoa institucionalizada

Pessoa Institucionalizada		
Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino/Masculino
Residência	Qualitativa nominal	Concelho de Portugal
Nacionalidade	Qualitativa nominal	Portuguesa/ Não portuguesa
Estado Civil	Qualitativa nominal	Solteiro Casado/ União de Facto Viúvo Divorciado
Nível de escolaridade	Qualitativa nominal	Nenhuma 1º Ciclo básico 2º Ciclo básico 3º Ciclo básico Secundário Superior
Profissão*	Qualitativa nominal	Membros das forças armadas ¹ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa ¹ Especialistas das profissões intelectuais e científicas ¹ Técnicos e profissionais de nível intermédio ¹ Pessoal administrativo e similares ¹ Pessoal dos serviços e vendedores ¹ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ¹ Operários, artífices e trabalhadores similares ¹ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem ¹ Trabalhadores não qualificados ¹ Doméstico ² Desempregado ² Pensionista/ Reformado ² Estudante ² Outra
<i>**Transformada em: ¹“com ocupação profissional” e ²“sem ocupação profissional”</i>		
Tempo de institucionalização	Quantitativa	N.º de Anos/ Meses se inferior a um ano
Concelho da instituição	Qualitativa nominal	Concelhos de Portugal
Tipo de instituição	Qualitativa nominal	Lar Unidade de Cuidados Continuados Família de acolhimento
Pagamento das despesas à instituição	Qualitativa nominal	Estado Comparticipado (Estado/privado) Privado Outro
Familiar coabitava com a FDAI	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Coabitação da FDAI	Qualitativa nominal	Sozinho Familiar Outro
Dependência da FDAI atualmente	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Situação que originou a Dependência (Envelhecimento; Acidente Doença aguda; Doença crónica; Outra)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Modo de instalação da dependência	Qualitativa nominal dicotómica	Súbita/Gradual
Tempo de dependência	Quantitativa	N.º de Anos /Meses se inferior a um ano
Atividades em que era mais notória a dependência (Alimentar-se; Vestir-se; Arranjar-se; Cuidar da higiene pessoal; Tomar banho; Virar-se; Usar o sanitário; Auto elevar-se; Andar; Transferir-se; Usar a cadeira de rodas; Autoadministração da medicação)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não

**Variável sujeita a nova computação **Valor da variável após nova computação simplificada*

Quadro 20 - Variáveis em estudo relativas à caracterização da decisão de institucionalizar, motivos da institucionalização, estratégias utilizadas no processo de institucionalização

Decisão de Institucionalizar, motivos da institucionalização, estratégias utilizadas no processo de institucionalização		
Variável	Tipo	Valor
Decisão de Institucionalizar	Qualitativa nominal	Família (conjunto) Um membro da família Familiar institucionalizado Serviços sociais/saúde
Motivos da institucionalização (Dependência; Déficit de apoio formal; Déficit de apoio informal; Condições económicas; Condições de habitação; Alteração da vida social; Falta de tempo; Outro)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Estratégias utilizadas no processo de institucionalização (Visitas frequentes; Visitas prévias à instituição; Personalização do espaço; Períodos no domicílio; Integração faseada; Outro)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Pessoa Institucionalizada foi contrariada	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Tempo entre a decisão e a institucionalização	Quantitativa	Número de Anos ou Meses se inferior a um ano

2.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O formulário foi estruturado com o apoio do Software Cardiff Teleform®, que possibilita o desenho de formulários, introdução dos dados por leitura ótica, interpretação, verificação e validação dos dados, eliminando os possíveis erros de digitação humana, assim como o possível enviesamento de interpretação do investigador. Desta forma, o processo de introdução dos dados numa base de dados é considerado de elevada fidelidade.

A base de dados foi construída utilizando o programa Microsoft ACCESS e posteriormente validada pela equipa de investigadores.

O tratamento dos dados incluiu uma análise estatística descritiva e inferencial, utilizando-se para o efeito o programa S.P.S.S. (Statistic Package Social Science, versão 17.0), de modo a possibilitar a interpretação dos resultados e o cumprimento dos objetivos do estudo.

2.6. VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A opção pelo instrumento de medida é uma decisão importante, como tal a construção de um formulário e a demonstração da sua validade e fidelidade, constitui um passo relevante no processo de investigação. As características psicométricas de um instrumento, como a validade e fidelidade, constituem os principais critérios a considerar na escolha de um instrumento (Polit & Hunger, 2004).

Segundo Marinho (1980), uma investigação vale pelo seu rigor científico, devendo o seu investigador ter em conta a validade do instrumento de colheita de dados, submetendo as proposições a um teste de consistência. Na opinião do autor referido, uma proposição consistente permite uma alta variabilidade de respostas, dado traduzir um ponto de vista de grande poder discriminativo, enquanto que, uma proposição não consistente traduz baixo ou nulo poder discriminativo, representando apenas o óbvio ou quase o óbvio.

A avaliação da validade do instrumento refere-se à capacidade do instrumento medir o constructo a que se propôs, tendo por base uma escala ou teste de medida que, pela evidência, demonstre rigor relativamente ao conteúdo e ao constructo (Hill & Hill, 2000).

Considerando o exposto a respeito da estratégia adotada na construção do formulário, o facto de se referir a conceitos centrais da disciplina de enfermagem, de se encontrar alicerçado nas classificações de reconhecimento internacional (domínios do autocuidado da CIPE, itens adotados da NOC), assim como aquisição da concordância entre o grupo de peritos constituído para o efeito, entende-se que no que reporta à validade de conteúdo, a mesma poderá ser assumida (Fortin, 2003).

Na mesma linha, a validade de constructo decorre de pressupostos comuns, na medida que os resultados, entendidos como a capacidade de descrição do fenómeno em estudo, devem corresponder ao expectável, tornando-se consistentes com a estrutura teórica, que se pretende sólida (Fortin, 2003).

No estudo de adequação do instrumento de medida, determinou-se a fidelidade do instrumento, que concerne à precisão dos resultados. Tendo em conta as opções metodológicas do estudo, ou seja, a recolha de dados decorre num único momento (transversal) através do contacto de apenas um investigador por família, considerou-se que a fidelidade seria medida pela coerência interna (ou consistência interna) que consiste em verificar se todos os itens abordam aspetos diferentes de um mesmo atributo, o mesmo será dizer que, todos os itens devem correlacionar-se moderadamente com os outros e cada um deve correlacionar-se com o total, sendo que quanto maior a correlação maior a consistência interna (Fortin, 2003; Polit & Hungler, 2004; Vilela, 2009). A avaliação foi realizada através da utilização da técnica Alpha de Cronbach, adequada a instrumentos que utilizam escalas de Likert, ou seja, apresentam diversas opções com vista à criação de scores. Da aplicação da técnica referida resulta um valor numérico compreendido entre 0 e 1, da qual, idealmente, se pretende obter um valor próximo da unidade (correlação perfeita), sendo admissível um valor superior a 0.6 (Hill & Hill, 2000). Um valor negativo representa uma correlação inversa, ou seja, a variação entre as duas variáveis em análise dá-se em sentidos opostos.

O instrumento descrito poderá então ser considerado como multidimensional, assim, avaliou-se a consistência interna de cada uma das dimensões. Neste procedimento foram integradas as respostas obtidas no estudo mencionado anteriormente, que decorreu em paralelo e com as mesmas opções metodológicas, no concelho do Porto.

No estudo metodológico realizado ao instrumento em estudo, os valores de Alpha de Cronbach revelaram uma elevada consistência interna. Na avaliação da escala referente à Dependência no autocuidado obtivemos um valor de Alpha de Cronbach de 0,997, na avaliação inter-itens observamos um valor mínimo de 0,896, permitindo reconhecer a legitimidade do instrumento (Pestana & Gageiro, 2008; Fortin, 2003; Hill & Hill, 2000).

O exposto evidencia a elevada fidelidade e precisão do instrumento, o que permite atestar a veracidade dos resultados, sustentando o estudo de forma robusta. Considera-se que o instrumento desenvolvido para esta investigação constitui um instrumento válido, ao nível da consistência interna e da estrutura fatorial, bem como, um instrumento de enorme utilidade para o estudo das famílias que integram uma pessoa dependente no autocuidado.

2.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O *consentimento informado* é interpretado como a garantia de que todos os participantes estão corretamente informados no que se refere à investigação, que demonstram compreensão sobre a mesma, e apresentam capacidade de decidir livremente sobre a sua participação no estudo (Polit & Hungler, 2004). Relacionado com a investigação proposta, encontra-se o facto de que a recolha de dados decorreu no domicílio familiar, salvaguardando a situação de incómodo, sendo explícito, no início da aplicação do instrumento e recordado sempre que se considerou oportuno, o direito de desistir, o que de acordo com Munhall (1988) estabelece a condição ética necessária.

A confidencialidade da informação na investigação, segundo Polit & Hungler (2004:138) é “*uma garantia de que qualquer informação que o informante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não envolvidas na investigação*” que o possam associar individualmente a essa informação, pelo que o investigador é o único a conhecer a fonte. Os mesmos autores consideram que o anonimato dos participantes ocorre “*quando mesmo o investigador não consegue relacionar um participante com os dados daquela pessoa*” (2004: 137), sendo que, o método de colheita de dados utilizado implica o conhecimento individual dos participantes no momento da aplicação do instrumento para a colheita de dados. Contudo, o anonimato foi assegurado pela codificação dos formulários, impossibilitando assim o investigador de estabelecer uma associação entre os dados resultantes do formulário e cada pessoa individualmente aquando na análise dos dados.

Ramos (1989) refere que a investigação em enfermagem é realizada por enfermeiros, apresentando para o enfermeiro um equilíbrio ténue entre um desempenho rigoroso enquanto investigador científico e a inerente preocupação com o bem-estar da

pessoa, pelo que é aconselhada a permanente ligação ao foco da investigação enquanto decorre a colheita de dados e, após a conclusão da mesma, proceder ao acompanhamento dos assuntos abordados. Ainda que esta preocupação se acentue quando se trata de investigação qualitativa, considera-se que, decorrente da necessidade de recolher informação que implica observação e interação com os participantes e que a mesma acontece no domicílio, deverão ser acauteladas todas as questões associadas à proximidade estabelecida entre o investigador e os participantes.

2.8. REFERÊNCIAS

ACSS (2010). Codificação dos GDH. On line <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/>.

Aguiar, P. (2007). *Guia prático de estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi editores.

Amaral, M.; Vicente, M. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 18 (2), 23-31.

Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellstrom, T. (2003). *Basic Epidemiology*. Geneva: World Health Organization.

Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Dochterman, J.; Bulechek, G. (2008). *Classificação das intervenções de enfermagem*. 4ª Edição Artmed.

Doran, D.; Sidani, S.; Watt-Watson, J.; Laschinger, H.; McGillis H. (2001). A Methodological Review of the Literature on Nursing-Sensitive Outcomes. In Ministry Of Health And Long – Term Care Of Ontario; The Nursing And Effectiveness, Utilization And Outcomes Research Unit Of University Of Toronto – *Invitational Symposium – Nursing and Health Outcomes Project*. Toronto: University of Toronto. On Line <http://www.org.on.ca/health>.

Duque, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado – estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Lisboa.

Elkin, M.; Perry, A.; Potter, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição. Lusociência.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures.

- Hill, M.; Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. 2ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos - Resultados definitivos. Portugal – 2001*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Terminologia estatística*. On line <http://webinq.ine.pt/public/files/terminologiaestatistica.aspx?Id=122>.
- Last, J. (1988). *A Dictionary of Epidemiology*. 2ªed. New York: Oxford University Press.
- Marinho, P. (1980). *A pesquisa em ciências sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Mausner, J.; Kramer, S. (1999). *Introdução à epidemiologia*. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3ª Edição. São Paulo Artmed.
- Moreira, J. (2004). *Questionários teoria e prática*. Almedina, Coimbra.
- Munhall, P. (1988). Ethical Considerations in qualitative reserch. *Western Journal of Nursing Reserch*. 10(2), 150-162.
- Pestana, M.; Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais a complementariedade do SPSS*. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D.; Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ªedição. Porto Alegre: Artmed.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2005). *CIPE Versão 1.0 - Classificação internacional para a prática de enfermagem do original International Council of Nurses*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem – do original “ICNP Version 2 – International Classification for Nursing Practice*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ramos, M. (1989). Some ethical implications of qualitative reserch. *Reserch in Nursing and Health*. 12, 57-63.
- Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Dodd, M.; Dible, S. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*. 23, 191- 203.
- Vilelas, J. (2009). *A investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa, edições Sílabo.
- Wilkerson, G. (2004). O utente idoso. In Rice, R. *Prática de Enfermagem nos cuidados Domiciliários. Conceitos e Aplicação*. 3ª Edição. Loures, Lusociência.

3. FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO, NO CONCELHO DE LISBOA

No sentido do cumprimento dos objetivos e da finalidade propostos no presente trabalho de investigação, o presente capítulo pretende expor a análise do fenómeno em estudo numa perspetiva agrupada dos resultados obtidos, encontrando-se organizado em subcapítulos.

Primeiramente pretende caracterizar-se as amostras estudadas, os resultados apresentados correspondem a uma apresentação majorativa com recurso à análise descritiva dos dados, remetendo para anexo a caracterização detalhada das amostras por se constituir muito extensa, bem como as tabelas que ilustram as correlações. Na análise correlacional efetuada identificaram-se diversas associações, entre as dimensões estudadas e as variáveis de caracterização, e entre as próprias dimensões que caracterizam a dependência da pessoa dependente e os cuidados prestados pelo familiar cuidador, no discurso que suporta o relatório de investigação serão integradas apenas as que se consideram relevantes pela significância estatística, tendo por fim a melhor caracterização dos fenómenos em estudo.

De seguida, pretende expor-se a análise resultante do estudo exploratório do fenómeno com recurso à estatística inferencial. No estudo da relação entre as variáveis de atributo e as dimensões estudadas (grau de dependência no autocuidado, condição de saúde da pessoa dependente, intensidade e incentivo dos cuidados prestados, perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel e recursos utilizados pelo familiar prestador de cuidados) foram exploradas todas as possibilidades de associações, sendo que para efeitos de referência no relatório optou-se por reportar as relações estatisticamente significativas para um nível de significância de 95%. Nas opções estatísticas com vista à análise das relações referidas foram consideradas as características das variáveis em estudo.

Os resultados auferidos da análise efetuada seguem uma linha de apresentação organizada de acordo com as dimensões estudadas, sendo que, alguns resultados serão agrupados e dispostos em dois subcapítulos posteriores, nomeadamente, os resultados que permitem caracterizar o que se definiu como dois contextos, o contexto familiar das pessoas dependentes no autocuidado em situação de dependência alectuada e o contexto das pessoas dependentes no autocuidado em situação de dependência ambulatória.

Por fim, pretende expor-se os resultados relativos às famílias com parente institucionalizado e à análise comparativa, dedicada ao estudo do mesmo fenómeno, nos concelhos de Lisboa e do Porto.

3.1. PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DE LISBOA QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

No concelho de Lisboa foram contactadas 2551 famílias, 2351 famílias aceitaram responder ao formulário preliminar. À questão: “*Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?*” ou “*Vive alguém que precise de ajuda/ para o autocuidado (bengala, barras de apoio)*” responderam de forma positiva 187 (7,95%). Note-se que a resposta às duas questões não era mutuamente exclusiva.

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

Tabela 1 - Distribuição das famílias que integram uma PDA por freguesia

Freguesia	Entrevistas	Aceitaram o formulário	Afirmam integrar, pelo menos, 1 dependente	% agregados familiares que integram, pelo menos, 1 dependente	Aceitaram formulário
Ajuda	78	70	3	4,29%	3
Alcântara	67	57	6	10,53%	1
Alto do Pina	48	44	2	4,55%	0
Alvalade	44	41	1	2,44%	1
Ameixoeira	37	34	1	2,94%	1
Anjos	50	47	10	21,28%	5
Beato	62	55	2	3,64%	2
Benfica	192	179	11	6,15%	10
Campo Grande	51	50	8	16,00%	7
Campolide	67	67	3	4,48%	3
Carnide	79	71	7	9,86%	6
Castelo	3	3	0	0,00%	0
Charneca	35	34	5	14,71%	3
Coração de Jesus	23	23	1	4,35%	1
Encarnação	16	16	0	0,00%	0
Graça	37	32	1	3,13%	1
Lapa	38	38	2	5,26%	2
Lumiar	140	140	2	1,43%	1
Madalena	2	2	0	0,00%	0
Mártires	2	2	0	0,00%	0
Marvila	136	127	7	5,51%	7
Mercês	34	26	2	7,69%	1
Nossa Senhora de Fátima	68	65	2	3,08%	0
Pena	34	32	3	9,38%	3
Penha de França	71	65	10	15,38%	7
Prazeres	42	39	5	12,82%	2
Sacramento	5	5	0	0,00%	0
Santa Catarina	19	18	0	0,00%	0
Santa Engrácia	27	25	1	4,00%	0
Santa Isabel	43	34	1	2,94%	0
Santa Maria de Belém	45	41	4	9,76%	4
Santa Maria dos Olivais	179	144	21	14,58%	1
Santiago	4	4	0	0,00%	0
Santo Condestável	92	84	10	11,90%	7
Santo Estevão	12	12	6	50,00%	5
Santos o Velho	22	18	6	33,33%	5
São Cristóvão e S. Lourenço	9	9	0	0,00%	0
São Domingos de Benfica	169	148	14	9,46%	11
São Francisco Xavier	41	34	2	5,88%	2
São João	75	75	5	6,67%	4
São João de Brito	58	56	5	8,93%	0
São Jorge de Arroios	51	51	4	7,84%	4
São João de Deus	87	87	3	3,45%	3
Santo José	19	19	2	10,53%	1
São Mamede	28	28	0	0,00%	0
São Miguel	8	6	0	0,00%	0
São Nicolau (Lx)	6	6	0	0,00%	0
São Paulo	16	16	1	6,25%	1
São Sebastião da Pedreira	31	27	2	7,41%	1
São Vicente de Fora	25	24	2	8,33%	0
Sé (Lx)	8	7	1	14,29%	1
Socorro	16	14	3	21,43%	3
Lisboa	2551	2351	187	7,95%	120

Dos 120 agregados familiares que tinham pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado a coabitar e aceitaram responder ao formulário, um, tinha 2 pessoas dependentes no autocuidado a coabitar, perfazendo 121 pessoas dependentes no autocuidado amostradas.

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

Tabela 2 - Distribuição do número estimado de famílias que em 2011 integram uma PDA

Freguesia	% de agregados familiares que integram, pelo menos, um dependente	Erro padrão	Famílias - 2011	(1)-Nº estimado de famílias que em 2011 integram um dependente no autocuidado	(1)-Erro padrão	(1)+Erro padrão
Ajuda	4,29%	2,19%	6982	300	147	453
Alcântara	10,53%	1,49%	6592	694	596	793
Alto do Pina	4,55%	0,00%	4648	211	211	211
Alvalade	2,44%	2,27%	4190	102	7	197
Ameixoeira	2,94%	2,70%	4772	140	11	269
Anjos	21,28%	4,29%	4614	982	784	1180
Beato	3,64%	2,26%	5759	210	79	340
Benfica	6,15%	1,61%	16735	1029	760	1298
Campo Grande	16,00%	4,87%	4671	747	520	975
Campolide	4,48%	2,55%	6731	302	130	473
Carnide	9,86%	3,00%	9065	894	622	1166
Castelo	0,00%		191			
Charneca	14,71%	4,80%	3679	541	365	718
Coração de Jesus	4,35%	4,35%	1928	84	0	168
Encarnação	0,00%		1175			
Graça	3,13%	2,70%	2768	87	12	161
Lapa	5,26%	3,67%	3619	190	58	323
Lumiar	1,43%	0,71%	17186	246	123	369
Madalena	0,00%		183			
Mártires	0,00%		184			
Marvila	5,51%	1,90%	14195	782	512	1052
Mercês	7,69%	2,94%	2176	167	103	231
Nossa Senhora de Fátima	3,08%	0,00%	7061	217	217	217
Pena	9,38%	4,94%	2209	207	98	316
Penha de França	15,38%	3,56%	6183	951	731	1171
Prazeres	12,82%	3,33%	3777	484	359	610
Sacramento	0,00%		376			
Santa Catarina	0,00%		1917			
Santa Engrácia	4,00%	0,00%	2680	107	107	107
Santa Isabel	2,94%	0,00%	3173	93	93	93
Santa Maria de Belém	9,76%	4,29%	3804	371	208	534
Santa Maria dos Olivais	14,58%	0,56%	21156	3085	2966	3203
Santiago	0,00%		326			
Santo Condestável	11,90%	2,78%	7357	875	671	1080
Santo Estevão	50,00%	14,86%	849	425	298	551
Santos o Velho	33,33%	9,14%	1936	645	468	822
S Cristovão e S Lourenço	0,00%		676			
São Domingos de Benfica	9,46%	1,90%	15277	1445	1154	1736
São Francisco Xavier	5,88%	3,41%	3342	197	83	310
São João	6,67%	2,61%	7233	482	294	671
São João de Brito	8,93%	0,00%	5220	466	466	466
São Jorge de Arroios	7,84%	3,80%	4603	361	186	536
São João de Deus	3,45%	1,97%	9213	318	137	499
Santo José	10,53%	5,26%	1434	151	76	226
São Mamede	0,00%		2428			
São Miguel	0,00%		872			
São Nicolau	0,00%		457			
São Paulo	6,25%	6,25%	1334	83	0	167
São Sebastião da Pedreira	7,41%	3,23%	2849	211	119	303
São Vicente de Fora	8,33%	0,00%	1842	153	153	153
Sé (Lx)	14,29%	12,50%	457	65	8	122
Socorro	21,43%	10,08%	1470	315	167	463
Santa Justa	0,00%		421			
Lisboa	7,95%	0,42%	243975	19396	18373	20419

Legenda:

(1)-Nº estimado de famílias que em 2011 integram um dependente no autocuidado = % de agregados familiares que integram, pelo menos, um dependente * Famílias - 2011

(1)-Erro padrão = (1)-Nº estimado de famílias que em 2011 integram um dependente no autocuidado - (Erro padrão * Famílias - 2011)

(1)+Erro padrão = (1)-Nº estimado de famílias que em 2011 integram um dependente no autocuidado + (Erro padrão * Famílias - 2011)

No sentido de conhecer a dimensão do fenómeno no concelho de Lisboa, e considerando a viabilidade metodológica subjacente ao estudo, pretende extrapolar-se os resultados obtidos para a população com recurso ao cálculo do erro padrão. Assim, é possível afirmar que em 2011 existem cerca de 19 mil famílias no concelho de Lisboa que integram uma pessoa dependente no autocuidado, considerando um intervalo que situa este valor entre as 18 mil famílias e as 20 mil famílias.

Tabela 3 - Proporção de famílias que integram pessoa dependente por freguesia e ACES

Freguesias / ACES	Frequência (N.º) de formulários Realizados	Frequência absoluta de famílias c/dependente	% Famílias c/ Dependente por freguesia / ACES
LISBOA I NORTE			
Alvalade	44	1	2.27
Ameixoeira	37	1	2.70
Benfica	192	10	5.20
Campo Grande	51	7	13.72
Campolide	67	3	4.47
Carnide	79	6	7.59
Charneca	35	3	8.57
Lumiar	140	1	0.71
São Domingos de Benfica	169	11	6.50
			35.5
LISBOA II ORIENTAL			
Anjos	50	5	10
Beato	62	2	3.22
Graça	37	1	2.70
Marvila	136	7	5.14
Pena	34	3	8.82
Penha de França	71	7	9.85
Santa Maria dos Olivais	179	1	0.55
São João	75	4	5.33
São Paulo	16	1	6.25
Sé	8	1	12.5
Socorro	16	3	18.75
			29.0
LISBOA III CENTRAL			
Ajuda	78	3	3.84
Alcântara	67	1	1.49
Coração de Jesus	23	1	4.34
Lapa	38	2	5.26
Mercês	34	1	2.94
Prazeres	42	2	4.76
Santa Maria de Belém	45	5	11.11
Santo Condestável	92	7	7.60
Santo Estevão	12	5	41.66
Santos o Velho	22	5	22.72
São Francisco Xavier	41	2	4.87
São Jorge de Arroios	51	4	7.84
São João de Deus	87	3	3.44
Santo José	19	1	5.26
São Sebastião da Pedreira	31	1	3.22
			35.5

Na perspetiva da distribuição geográfica da proporção de famílias que integram uma pessoa dependente no autocuidado, a tabela anterior caracteriza o fenómeno em estudo proporcionalmente, ao tamanho da amostra para cada freguesia, permitindo

verificar que a freguesia com a maior proporção de dependentes em relação ao número de famílias da amostra é a de Santo Estevão (41,66%), destacando as freguesias com uma expressão de resultado superior a 10% do total da amostra, identifica-se concretamente: Santos o Velho (22,72%), Socorro (18,75%), Campo Grande (13,72%), Sé (12,5%), Santa Maria de Belém (11,11%) e os Anjos (10%). As restantes freguesias (n=28) apresentavam uma proporção inferior a 10%, sendo que a freguesia do Lumiar constitui-se como a que apresenta menor relevância percentual.

Na tabela as freguesias surgem organizadas por Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), permitindo aferir a proporção de famílias que integram pessoas dependentes em cada um dos 3 ACES do concelho de Lisboa, traduzindo a organização dos cuidados de saúde, no que se refere a cuidados de saúde primários. A presente distribuição permite verificar que o ACES Lisboa I Norte e o ACES Lisboa III Central apresentam a maior proporção de forma equitativa, notando-se que o ACES Lisboa II Oriental é o que apresenta menor proporção de famílias que integram pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado.

No sentido de agrupar as 53 freguesias do concelho de Lisboa com vista a uma análise dos resultados menos escrutinada, realizaram-se dois exercícios, o primeiro agrupou as freguesias tendo em conta um estudo realizado por Santos & Cruz (1990), em que agrupa as freguesias tendo em conta a sua evolução. Assim, obtiveram-se três grupos descritos como: Zona Central (que integra 22 freguesias, centro histórico e a uma parte antiga da cidade, Castelo, Coração de Jesus, Encarnação, Graça, Madalena, Mártires, Mercês, Pena, Sacramento, Santa Catarina, Santa Justa, Santiago, Santo Estêvão, São Cristóvão e São Lourenço, São José, São Mamede, São Miguel, São Nicolau, São Paulo, São Vicente de Fora, Sé e Socorro); Zona intermediária (que integra 17 freguesias, que dizem respeito à primeira fase de crescimento urbano, com início no fim do século XIX até aos anos 40/50, Santa Isabel, São Sebastião da Pedreira, São Jorge de Arroios, Anjos, Santa Engrácia, Santos-o-Velho, Lapa, Beato, Prazeres, Alvalade, Santo Condestável, Campolide, Nossa Senhora de Fátima, Alto do Pina, Penha de França, São João e São João de Deus) e Zona periférica (que integra 14 freguesias, considerada a expansão mais recente, Santa Maria de Belém, Ajuda, Benfica, Carnide, Lumiar, Ameixoeira, Charneca, Santa Maria dos Olivais, Alcântara, Campo Grande, São Francisco Xavier, São Domingos de Benfica, São João de Brito e Marvila).

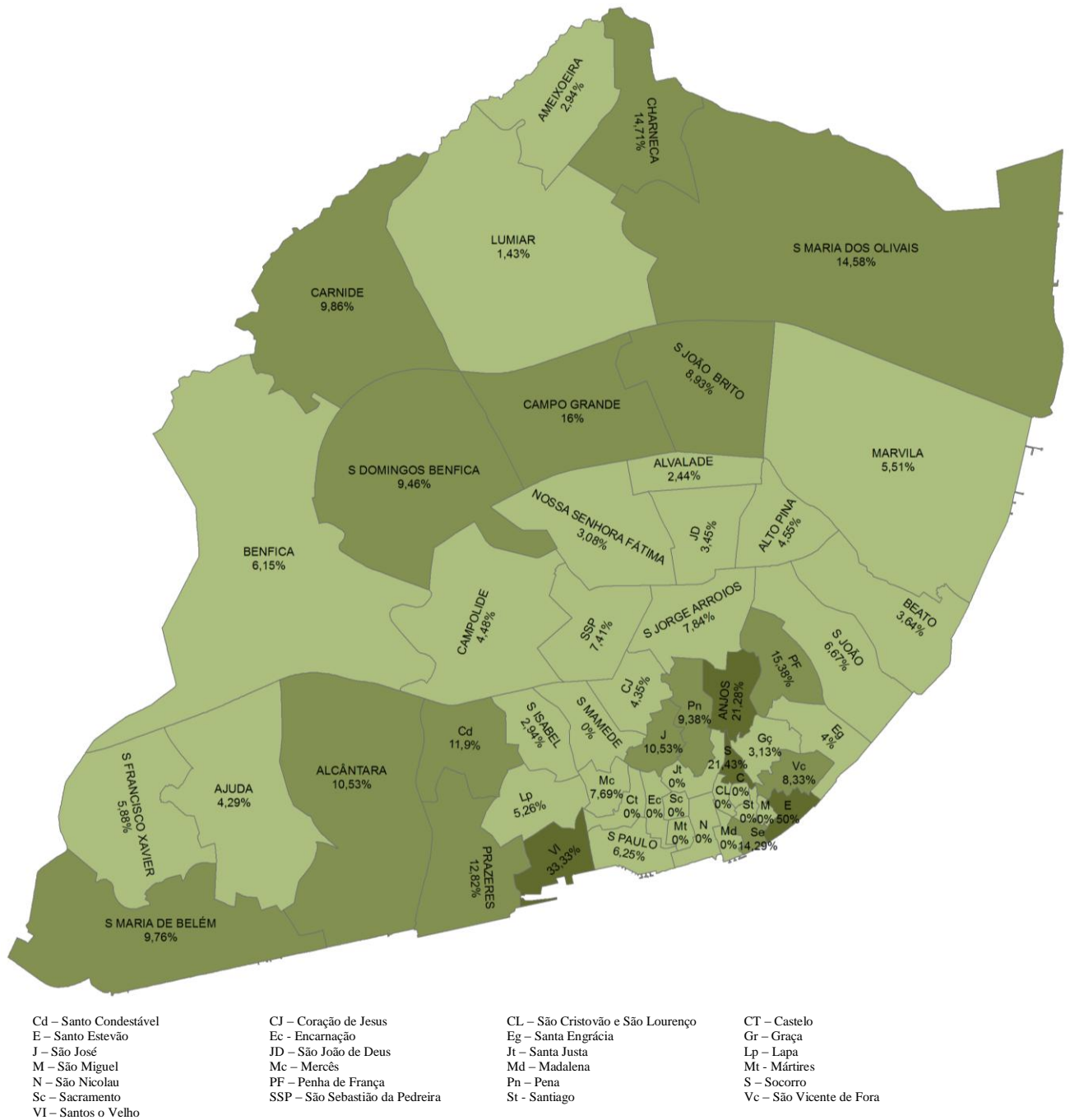
De acordo com este critério de junção, obteve-se uma proporção de famílias que integra pessoa com dependência do autocuidado de 6% (17) na Zona Central, 5% (46), na Zona Intermédia e 5% (58) na Zona Periférica, apesar da densidade populacional ser muito discrepante (n=307; 866 e 1222 respetivamente).

O segundo exercício agrupou as freguesias de acordo com o disposto no Diário da República, 1ª Série, Nº 54 de 18 de Março de 2008, que legisla os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Assim, o concelho de Lisboa dispõe de três ACES que integram as seguintes freguesias: o Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa I — Lisboa Norte (integra as freguesias de Alvalade, Ameixoeira, Benfica, Campo Grande, Campolide, Carnide, Charneca, Lumiar, Nossa Senhora de Fátima, São Domingos de Benfica e São João de Brito), Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa II — Lisboa Oriental (integra as freguesias dos Anjos, Beato, Castelo, Graça, Madalena, Marvila, Pena, Penha de França, Santa Engrácia, Santa Maria dos Olivais, Santiago, Santo Estêvão, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São Miguel, São Nicolau, São Paulo, São Vicente de Fora, Sé e Socorro) e o Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa III — Lisboa Central (integra as freguesias da Ajuda, Alcântara, Alto do Pina, Coração de Jesus, Encarnação, Lapa, Mártires, Mercês, Nossa Senhora de Fátima, Prazeres, Sacramento, Santa Catarina, Santa Isabel, Santa Justa, Santa Maria de Belém, Santo Condestável, Santos-o-Velho, São Francisco Xavier, São João de Deus, São Jorge de Arroios, São José, São Mamede e São Sebastião da Pedreira).

No segundo cenário, apesar da população residente ser similar, verifica-se uma distribuição da proporção de famílias que integra pessoa com dependência do autocuidado semelhante, verificando-se 5% (43) no Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa I — Lisboa Norte, 5% (35) no Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa II — Lisboa Oriental e 5% (43) no Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa III — Lisboa Central.

Neste exercício foram considerados para o cálculo da proporção os casos que aceitaram participar globalmente no estudo.

Figura 2 - Distribuição geográfica da proporção de famílias que integram pessoas dependentes por freguesia no concelho de Lisboa



Ao analisar os dados da distribuição geografia da proporção de famílias que integram pessoas dependentes por freguesia, verifica-se que as freguesias, com maior proporção de famílias com pessoa dependente, tal como descritas na tabela anterior, são mais antigas e que geograficamente se situam mais próximas da zona histórica (Socorro e Santo Estevão) ou correspondendo à primeira fase de crescimento urbano mas próximo da zona ribeirinha (Anjos e Santos o Velho). Esta zona histórica é caracterizada pelo elevado número de freguesias numa dispersão geográfica resumida e que reflete o maior número de freguesias onde não se identificaram famílias com pessoas dependentes na amostra, possivelmente relacionado com a reduzida dimensão populacional residente, o que parece estar na linha da redução do número de freguesias proposta para o concelho de Lisboa que traduz a desertificação de algumas das freguesias mais antigas.

As freguesias que integram a zona periférica, que traduz o crescimento urbano mais recente, apresentam maior dimensão geográfica e populacional, no entanto, em aproximadamente metade das freguesias (8) entre 8% e 16% das famílias residentes integram pessoa dependente no autocuidado, sendo que as freguesias que apresentam menor proporção de famílias com pessoas dependentes correspondem à primeira fase de crescimento urbano (12 freguesias).

3.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS FAMÍLIAS, ALOJAMENTOS, PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO E PRESTADORES DE CUIDADOS

A descrição que aqui se apresenta pretende refletir os principais resultados que permitem caracterizar as famílias com pessoa dependente no autocuidado residentes no concelho de Lisboa.

Tabela 4 - Representação majorativa das variáveis relativas à família

<i>Família</i>	
Clássica sem núcleos ou com um núcleo	87%
Rendimento per capitado/mês do agregado familiar	410 €
Número de membros da família	3,09

A família caracteriza-se por na sua maioria clássica, sem núcleos ou com um núcleo (87%), constituído em média por 3 pessoas, com rendimento familiar per capitado, por mês, inferior a 500€/mês (410 euros).

Tabela 5 - Representação majorativa do alojamento

<i>Alojamento</i>	
Pequena ou nenhuma necessidade de reparações no alojamento	57%
Área útil do alojamento por ocupante do agregado	53 m ²
N.º divisões do alojamento por ocupante do agregado	2

O alojamento é constituído em média por duas divisões por ocupante do agregado familiar, com uma área útil de 53m² por ocupante e em que 57% dos alojamentos necessitam de pequena ou nenhuma necessidade de reparação.

Tabela 6 - Representação majorativa da pessoa dependente no autocuidado

<i>Pessoa Dependente no Autocuidado</i>	
Mais de 80 anos de idade	44%
Instalação gradual da dependência	61%
Tempo de dependência médio	7 anos
Nº de diferentes fármacos que toma por dia	5
Nº total de medicamentos que toma por dia	8
Internamento hospitalar no último ano (1 ou mais)	34%
Episódios de urgência no último ano (1 ou mais)	46%
“Casado/União de facto” (42%) ou Viúvo (41%)	83%
Nenhuma escolaridade ou ensino básico	71%
Sem ocupação profissional	93%
Mulher	60%

As 121 pessoas com dependência no autocuidado integradas em seio familiar caracterizam-se por terem em média, 72,6 anos (com idade mínima e máxima de 19 e 102, respetivamente), em que cerca de 44% tem mais de 80 anos de idade. Na maioria são mulheres (60%), casadas/união de facto (42%) ou viúvas (41%), em que a instalação do quadro de dependência decorreu na maioria de forma gradual (61%), em média há 7 anos. O consumo de medicação caracteriza a esmagadora maioria (94%), que toma em média diariamente 5 tipos de medicação e em média 8 medicamentos por dia. O recurso ao serviço de urgência no último ano registou-se em cerca de metade dos casos (46%) e a admissão ao internamento em 34% dos casos estudados. A esmagadora maioria das pessoas dependentes no autocuidado integradas em ambiente familiar não tem ocupação

profissional (93%). No que se refere às habilitações literárias, 71% da população não tem escolaridade ou tem o ensino básico.

Tabela 7 - Representação majorativa do familiar prestador de cuidados

<i>Familiar Prestador de Cuidados</i>	
Entre os 18 e os 65 anos	56%
Marido/Esposa	42%
Casado/união de facto	73%
Ensino básico	37%
Com ocupação profissional	75%
Mulher	75%
Coabita com o dependente	93%

Os membros familiares prestadores de cuidados têm, em média, 61,2 anos (com idade mínima e máxima de 15 e 94, respetivamente), na maioria são mulheres (75%), cônjuges (42%) (18,8% são filhas, 18% são pais e cerca de 20% tem outro tipo de parentesco), casado ou em união de facto (73%). Cerca 75% tem ocupação profissional, 37% têm um nível de escolaridade equivalente ao ensino básico, e a esmagadora maioria coabita com o dependente (93%).

Apesar da caracterização apresentada note-se que os casos pautam-se pela sua diversidade, no que se refere à sua caracterização, como nas discrepâncias verificadas no rendimento per capitado por mês, por membro do agregado, que varia entre os 83 euros e os 1500 euros, bem como, no número de fármacos nas tomas diárias que chega a registar-se em 43. O mesmo se verifica no tempo mínimo de dependência dos casos estudados, tendo sido identificadas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado há 55 anos, assim como, o número de recursos ao serviço de urgência no último ano, que se registou, em alguns casos, em 8 episódios, e situações que registaram cinco episódios de internamento, no último ano.

3.3. CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

As dimensões em estudo que pretendem caracterizar a pessoa dependente no autocuidado integrada em ambiente familiar e os cuidados prestados na perspetiva do familiar prestador de cuidados obtiveram diferentes números de respostas. Nas variáveis de caracterização a diferença registada relaciona-se com a liberdade do respondente. No que se refere às dimensões que decorrem da dependência no autocuidado, prende-se com o

facto, de o formulário possibilitar a caracterização dos diversos domínios do autocuidado, em que nem todas as pessoas dependentes apresentam dependência a todos os domínios.

3.3. 1. FIABILIDADE DA ESCALA DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Primeiramente analisámos a consistência interna relativa a cada subescala dos diferentes domínios do autocuidado em estudo (onze) de forma independente. As subescalas “Elevar-se” e “Virar-se” não foram sujeitas a análise, por serem constituídas por apenas um item.

Tabela 8 – Alpha de Cronbach por subescala de avaliação da dependência no autocuidado

Dependência no Autocuidado	Nº de itens	Nº de casos	% de casos	α de Cronbach
Tomar banho	8	273	96,1%	0,986
Vestir-se e despir-se	15	252	88,7%	0,990
Arranjar-se	10	64	22,5%	0,998
Alimentar-se	11	264	93,0%	0,979
Uso do sanitário	6	255	89,8%	0,983
Transferir-se	2	255	89,8%	0,999
Usar cadeira de rodas	3	38	13,4%	0,881
Andar	7	249	87,7%	0,961
Tomar a medicação	3	272	95,8%	0,904
<i>Elevar-se</i>	1	-	-	-
<i>Virar-se</i>	1	-	-	-

A tabela apresenta para cada subescala, o número de itens que a compõe, o número de casos incluídos na análise e os valores de Alpha de Cronbach obtidos, pela análise da tabela, verificamos que para a dimensão “Dependência no autocuidado” o Alpha de Cronbach varia entre 0.881 e 0.999, logo podemos considerar que os valores das subescalas apresentam consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008; Fortin, 2003; Hill & Hill, 2000). É de realçar que a generalidade das subescalas apresentam valores superiores a 0.90 o que atesta uma consistência interna muito boa.

Tabela 9 - Análise das componentes principais da escala de dependência no autocuidado

Escala de Dependência no Autocuidado	Extração
Elevar-se	0,862
Virar-se	0,747
Transferir-se	0,883
Alimentar-se	0,683
Andar	0,658
Arranjar-se	0,755
Tomar banho	0,773
Uso do sanitário	0,802
Tomar a medicação	0,678
Vestir-se e despir-se	0,734

A análise da tabela permite constatar que todas as dimensões têm comunalidades elevadas, pelo que se conclui que explicam grande parte da variância, uma vez que, os valores se aproximam mais de 1 do que de 0 (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 10 – Análise das componentes principais da escala da dependência no autocuidado após rotação Varimax

Escala de Dependência no Autocuidado	1	2
Elevar-se	0,299	0,879
Virar-se	0,316	0,805
Transferir-se	0,354	0,870
Alimentar-se	0,785	0,257
Andar	0,221	0,781
Arranjar-se	0,797	0,347
Tomar banho	0,841	0,256
Uso do sanitário	0,647	0,619
Tomar a medicação	0,791	0,228
Vestir-se e despir-se	0,769	0,377

A análise das componentes principais por rotação varimax permitiu verificar que os dados se adequam ao modelo, dado que foram necessárias apenas três iterações para obter a estabilização das estimativas das variâncias nas dimensões explicadas pelo fator. A distribuição das cargas fatoriais realizou-se por dois fatores, uma vez que, pela adoção do critério de Kaiser foram identificadas duas dimensões com valores próprios superiores a 1 (Pestana & Gageiro, 2008).

Da análise da tabela, onde se encontram destacadas as cargas fatoriais com valores superiores a 0,50, poderá dizer-se que *elevar-se*, *virar-se*, *transferir-se* e *andar* associam-se unicamente ao fator 2. De modo semelhante as dimensões *alimentar-se*, *arranjar-se*, *tomar banho*, *tomar a medicação* e *vestir-se e despir-se*, são dimensões do domínio do autocuidado que se associam fortemente ao fator 1 (Moreira, 2004; Pestana & Gageiro,

2008). A dimensão *uso do sanitário* é a única dimensão que se encontra associada aos dois fatores.

A variância total explicada pelos dois fatores é de 75,752%, no entanto, uma análise individualizada permite verificar que o fator 1 explica 63,560% e o fator 2 explica 12,192%, sendo que a explicação dada pelos dois fatores em conjunto ou por cada fator não varia com a rotação.

Considerando o conceito em estudo, dependência no autocuidado, poderá dizer-se que existe a indicação de dois perfis de dependência no autocuidado, o fator 1 tende a explicar a generalidade do conceito pela associação da globalidade das dimensões do autocuidado, sugerindo um perfil de dependência de grau menos elevado, e o fator 2 representa uma explicação específica do conceito pela agregação das dimensões associadas à mobilidade, relacionando-se estas dimensões a uma dependência no autocuidado de grau mais elevado, a designada *pessoa acamada* ou *grande dependente*.

Os resultados obtidos na matriz das componentes pela análise dos *scores* da covariância demonstram que não existe correlação entre o fator 1 e o fator 2 (0,000; 0,000), indicando a existência de dois fatores que influenciam o grau de dependência no autocuidado na população estudada. A matriz das componentes antes da rotação sugeria uma definição clara das dimensões atribuídas a cada fator pela atribuição de um valor negativo às dimensões localizadas no fator 2 que após a rotação se encontram positivamente associadas ao fator 2.

3.3. 2. GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

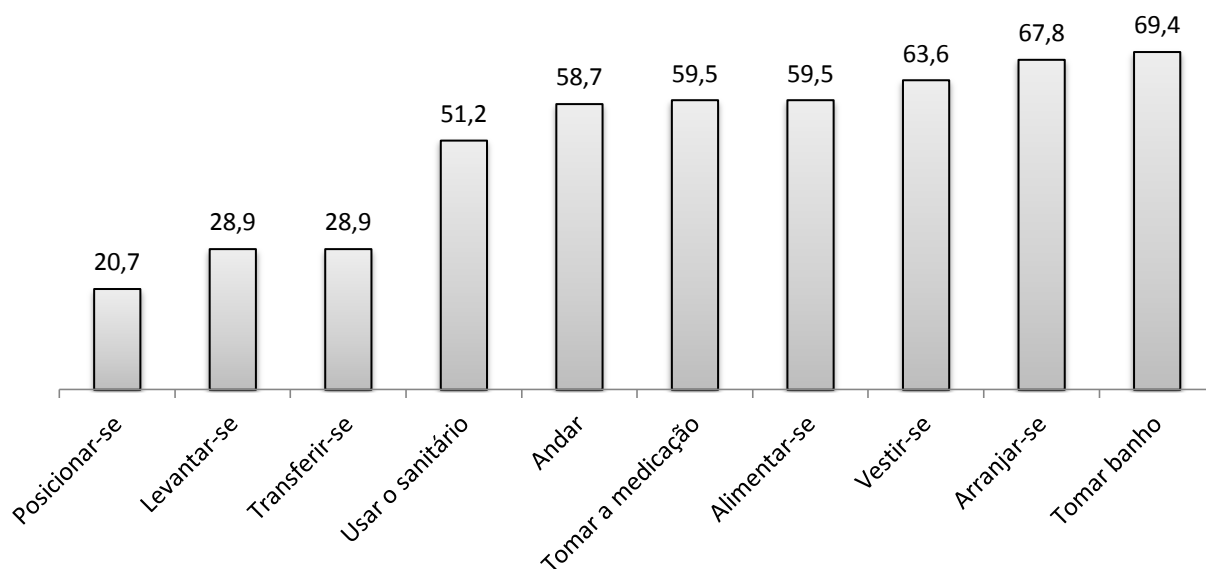
No que concerne à dependência no autocuidado importa notar que para ser considerado dependente no autocuidado é somente necessário apresentar dependência a um, dos onze, domínios estudados.

Tabela 11 - Distribuição das pessoas com dependência no autocuidado por grau de dependência

Pessoa com Dependência no Autocuidado	Frequência	%
Não participa	4	3,3
Nec. ajuda pessoas	105	86,8
Nec. equipamento	12	9,9
Total	121	100,0

Com vista à análise global das pessoas com dependência no autocuidado é considerada a totalidade dos casos que integram a amostra independentemente do tipo de dependência (n=121). Assim, a maioria das pessoas dependentes no autocuidado precisa de ajuda de pessoa (86,8%), cerca de 9,9% necessita de equipamento e 3,3% não participa, ou seja, 90% da população dependente identificada é dependente de pessoa na satisfação do seu autocuidado.

Gráfico 4 - Necessidade de ajuda de pessoas, parcial ou total, por tipo de autocuidado



Decorrente da análise dos resultados, a exposição gráfica observada sugere a disposição da dependência em três grupos: o primeiro grupo representa cerca de 30% da população (entre 20% a 30%), que se caracteriza por apresentar dependência nos domínios posicionar-se, levantar-se e transferir-se, traduzindo os domínios do autocuidado que refletem menor mobilidade, e conseqüentemente, maior dependência, ou seja, refletem uma dependência cumulativa, na medida em que as pessoas dependentes nestes domínios serão possivelmente dependentes na maioria dos domínios; o segundo grupo, cerca de 60% (entre 50% a 60%) apresenta dependência nos domínios usar o sanitário, andar,

tomar banho e alimentar-se; o terceiro grupo apresenta dependência nos domínios vestir-se, arrancar-se e tomar banho, representando cerca de 70% da população (entre 60% e 70%), pelas características dos domínios, estes refletem as pessoas que dependentes apresentam maior mobilidade. Em linguagem corrente colocando o foco da denominação na mobilidade, poderia dizer-se que o primeiro grupo integra “os que não saem da cama”; o segundo grupo “os que não andam sem ajuda” e o terceiro grupo “os que ainda andam sem ajuda”.

Tabela 12 - Diferenças entre prestação de cuidados e grau de dependência no autocuidado

Kruskal Wallis					
	Dependência	N.º	Mean Rank	Chi-Square	p
Intensidade	Não participa	4	31,38	13,425	,001
	Nec. ajuda pessoas	77	46,56		
	Nec. equipamento	5	6,00		
	Total	86			
Incentivo	Não participa	4	10,88	7,448	,024
	Nec. ajuda pessoas	78	45,92		
	Nec. equipamento	5	40,60		
	Total	87			
Taxa global de utilização de equipamentos considerados necessários	Não participa	4	48,38	7,593	,022
	Nec. ajuda pessoas	91	51,20		
	Nec. equipamento	12	77,13		
	Total	107			

Os resultados evidenciam que nas PDA que necessitam de ajuda de pessoa no autocuidado, a intensidade dos cuidados prestados é maior que nas PDA que não participam no autocuidado ($p = 0,001$; $\chi^2_{KW} = 13,425$). Da análise da tabela é ainda possível afirmar, que nas PDA que precisam de ajuda de pessoa ou que necessitam de equipamento no autocuidado, a prestação de cuidados de incentivo para a autonomia é maior que nas PDA que não participam no autocuidado, ou seja, as PDA com maior dependência recebem menos incentivo para a autonomia ($p = 0,024$; $\chi^2_{KW} = 7,448$). No que se refere aos recursos utilizados, nas PDA que necessitam de equipamento a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários é maior que nas PDA que não participam no autocuidado ($p = 0,022$; $\chi^2_{KW} = 7,593$).

Na análise correlacional efetuada identificaram-se diversas associações que se revestem de significado estatístico entre as quais se destacam as que se relacionam com o

grau de dependência, assim ao exposto pela análise inferencial, acresce dizer que quanto maior a dependência da PDA no autocuidado pior a condição de condição de saúde ($p = 0,000$; $R = -0,321$) (anexo XI).

Tabela 13 - Diferenças entre dependência no autocuidado e cuidados prestados pelo FPC

	Dependência	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Aplica desodorizante/semana	Menos	22	17,27	380,00	127,00	,011
	Mais	21	26,95	566,00		
	Total	43				
Inspecciona as zonas de proeminências ósseas/dia	Menos	38	29,09	1105,50	91,50	,002
	Mais	12	14,13	169,50		
	Total	50				
Senta o doente/dia	Menos	24	15,35	368,50	68,00	,050
	Mais	10	22,65	226,50		
	Total	34				
Inspecciona a pele do períneo/dia	Menos	33	31,14	1027,50	127,50	,001
	Mais	18	16,58	298,50		
	Total	51				

Na dimensão dependência importa ter presente que o *score* mais baixo (*score* 1) corresponde ao maior grau de dependência (pessoa que não participa no autocuidado), enquanto que, os *scores* mais elevados (2 e 3) correspondem a menores graus de dependência no autocuidado (pessoa que necessita de ajuda de pessoa e pessoa que necessita de ajuda de equipamento, respetivamente), sendo que, o *score* 4 corresponde ao grau que traduz a independência. Assim, na interpretação dos resultados relativos à dependência é necessário ter presente esta condição, a leitura adequada deverá ser a seguinte: na relação entre a dependência e a presença de sinais de compromisso da integridade da pele, interpreta-se que, maior *score* em dependência não apresenta compromisso, o que permite dizer, menor dependência não apresenta compromisso, sendo possível afirmar de outro modo, maior dependência apresenta compromisso.

Na tabela apresentada é possível observar que, os familiares prestadores de cuidados a pessoas dependentes no autocuidado em situação de maior dependência no autocuidado aplicam menos desodorizante por semana ($p = 0,011$; $MW = 127,00$), sentam menos o doente, ($p = 0,05$; $MW = 68,00$), inspeccionam mais as zonas de proeminência óssea por dia ($p = 0,02$; $MW = 91,50$) e inspeccionam mais a pele do períneo por dia ($p = 0,001$; $MW = 127,50$).

Tabela 14 - Diferenças entre dependência para *vestir-se* e cuidados prestados pelo FPC

	Vestir-se	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Lava os dentes/dia	Menos	27	21,57	582,50	204,50	,035
	Mais	22	29,20	642,50		
	Total	49				

Do que sobressai da análise inferencial entre a dependência global e as restantes dimensões, importa referir os cuidados que se destacam na sua relação específica com os domínios no autocuidado, como sendo o cuidado “lavar os dentes”. Assim, nos cuidados prestados às pessoas dependentes no autocuidado em situação de maior dependência no autocuidado vestir, os resultados demonstram que os familiares lavam menos os dentes por dia ($p = 0,035$; $MW = 204,50$).

Tabela 15 - Diferenças entre dependência para *tomar banho* e cuidados prestados pelo FPC

	Tomar Banho	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Lava os dentes/dia	Menos	27	20,76	560,50	182,50	,008
	Mais	22	30,20	664,50		
	Total	49				

A evidência surge no sentido de que às pessoas dependentes no autocuidado em situação de maior dependência no autocuidado tomar banho, os familiares cuidadores lavam menos os dentes por dia ($p = 0,008$; $MW = 182,50$).

Tabela 16- Diferenças entre dependência para *elevantar-se* e cuidados prestados pelo FPC

	PDA levanta parte do corpo	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
FPC Mobiliza os membros inferiores/dia	Menos	22	23,00	506,00	99,00	,017
	Mais	16	14,69	235,00		
	Total	38				
FPC Mobiliza os membros superiores/dia	Menos	23	23,11	531,50	89,50	,009
	Mais	15	13,97	209,50		
	Total	38				
FPC Levanta a PDA/dia	Menos	12	11,75	141,00	63,00	,009
	Mais	21	20,00	420,00		
	Total	33				

Importa ainda destacar da análise inferencial entre a dependência global e as restantes dimensões, os cuidados específicos com relação estatisticamente significativa

com os domínios no autocuidado, como sendo alguns cuidados que se relacionam com o autocuidado “eivar-se” e “virar-se” cuja diferença não se revelou estatisticamente significativa na análise com a dependência global. Nos cuidados prestados pelos familiares às pessoas em situação de dependência em eivar-se, os familiares mobilizam mais os membros inferiores por dia ($p = 0,017$; $MW=99,00$), o mesmo acontece com os membros superiores ($p = 0,009$; $MW=89,50$). No entanto, levantam menos vezes o familiar dependente por dia ($p = 0,009$; $MW=63,00$).

Tabela 17 - Diferenças entre dependência para *virar-se* e cuidados prestados pelo FPC

	PDA move o corpo, virando um lado para o outro	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
FPC Levanta a PDA/dia	Menos	12	12,00	144,00	66,00	,017
	Mais	21	19,86	417,00		
	Total	33				

Da leitura da tabela surge a evidência de que as pessoas dependentes no autocuidado em situação de maior dependência no autocuidado *move o corpo, virando-o de um lado para o outro*, os familiares levantam menos vezes o familiar dependente por dia ($p = 0,017$; $MW=66,00$).

Tabela 18 - Diferenças entre dependência no autocuidado e condição de saúde da PDA

	Dependência	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Presença sinais ap. compromisso integridade pele	Sim	14	25,89	362,50	257,50	,001
	Não	86	54,51	4687,50		
	Total	100				
Presença de sinais aparentes desnutrição	Sim	12	20,88	250,50	172,50	,014
	Não	53	35,75	1894,50		
	Total	65				
Presença de sinais de alteração do estado mental	Sim	33	28,80	950,50	389,50	,000
	Não	80	68,63	5490,50		
	Total	113				

De acordo com os resultados, as pessoas com dependência no autocuidado em situação de maior dependência no autocuidado: expõem presença de sinais de alteração do estado mental ($p = 0,000$; $MW= 389,50$); apresentam presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele ($p = 0,01$; $MW= 257,50$) e sinais aparentes de desnutrição ($p = 0,014$; $MW= 172,50$).

Tabela 19 - Diferenças entre dependência para *transferir-se* e condição de saúde da PDA

	Transferir-se	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Presença sinais ap. compromisso respiratório	Sim	5	11,50	57,50	42,50	,007
	Não	57	33,25	1895,50		
	Total	62				

Destaca-se da análise inferencial entre a dependência global e as restantes dimensões, a condição de saúde específica, com relação estatisticamente significativa, com o domínio do autocuidado “transferir-se”, cuja evidência não sobressai com a dependência global, como sendo a presença de sinais de compromisso respiratório. Os resultados revelam que as pessoas dependentes no autocuidado em situação de dependência no autocuidado transferir-se, apresentam, na sua condição de saúde, sinais aparentes de compromisso respiratório ($p=0,007$; $MW=42,50$).

Tabela 20 - Diferenças entre dependência no autocuidado e utilização dos recursos pelo FPC

	Dependência	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Utilização do recurso: a cargo da família	Não	95	61,59	5851,50	513,500	,003
	Sim	19	37,03	703,50		
	Total	114				
Utilização do recurso: complemento de dependência	Não	101	61,02	6163,00	402,000	,009
	Sim	14	36,21	507,00		
	Total	115				
Utilização do recurso: cuidados de higiene e conforto	Não	97	61,26	5942,00	363,000	,001
	Sim	16	31,19	499,00		
	Total	113				
Utilização do recurso: enfermeiro	Não	78	64,83	5056,50	1066,500	,009
	Sim	39	47,35	1846,50		
	Total	117				

Na tabela apresentada, os familiares prestadores de cuidados com pessoas dependentes no autocuidado em situação de maior dependência no autocuidado: utilizam os recursos a cargo da família ($p=0,003$; $MW= 513,500$); complemento de dependência ($p=0,009$; $MW= 402,000$); apoio nos cuidados de higiene e conforto ($p=0,001$; $MW= 363,00$) e enfermeiro ($p=0,009$; $MW= 1066,500$).

Tabela 21 - Diferenças entre dependência no autocuidado e características do FPC e do alojamento

		Kruskal-Wallis			
	Dependência	N.º	Mean Rank	Chi-Square	p
Parentesco do FPC	Marido / esposa	42	50,98	14,975	,020
	Pai / mãe	15	32,07		
	Filho / filha	19	58,84		
	Irmão / irmã	5	70,30		
	Afinidade	3	75,67		
	Outro	4	27,00		
	Sem grau de parentesco	13	55,73		
	Total	101			
Necessidade de reparação no alojamento da PDA	Grandes ou muito grandes	21	44,45	10,651	,005
	Médias	30	50,38		
	Pequenas ou nenhuma	67	68,30		
	Total	118			

A leitura da tabela permite observar, que os familiares prestadores de cuidados com pessoas dependentes no autocuidado em situação de maior dependência no autocuidado são os progenitores ou os cônjuges ($p = 0,020$; $\chi^2_{KW} = 14,975$) e que o alojamento familiar apresenta necessidades de reparações no alojamento da PDA de grande ou muito grande dimensão ($p = 0,05$; $\chi^2_{KW} = 10,651$).

Tabela 22 - Diferenças entre dependência no autocuidado e características do agregado familiar

		Kruskal Wallis			
	Dependência	N.º	Mean Rank	Chi-Square	p
Número de membros da família da PDA	Não participa	4	64,88	5,981	,050
	Nec. ajuda pessoas	102	60,61		
	Nec. equipamento	10	34,40		
	Total	116			

Os resultados evidenciam que o número de membros que integra a família é maior nas situações de dependência em que a PDA não participa no autocuidado ($p = 0,05$; $\chi^2_{KW} = 5,981$).

No que se refere às associações decorrentes da análise correlacional nas associações que envolvem as características do agregado familiar, verifica-se que quanto maior a dependência da PDA no autocuidado maior o número de membros da família do agregado familiar ($p = 0,003$; $R = -0,275$) e que quanto maior o número de membros da família do agregado familiar maior o rendimento percapitado/mês do agregado familiar (p

=0,000; R=-0,596). No que se refere às características do alojamento é possível dizer que, quanto maior o número de membros da família do agregado familiar maior a área útil do alojamento da PDA por ocupante do agregado ($p = 0,000$; $R = -0,740$) e maior o número de divisões do alojamento da PDA por ocupante do agregado ($p = 0,000$; $R = -0,752$). Da mesma forma, quanto maior a área útil do alojamento da PDA por ocupante do agregado maior o rendimento percapitado/mês do agregado familiar ($p = 0,000$; $R = 0,424$), sendo que, o mesmo acontece com o número de divisões do alojamento da PDA por ocupante do agregado que aumenta com o maior rendimento percapitado/mês do agregado familiar ($p = 0,004$; $R = 0,350$).

Das associações identificadas na análise correlacional que envolvem as características da pessoa dependente importa ainda mencionar que a dependência da PDA no autocuidado aumenta com o aumento do tempo de dependência (anos) ($p = 0,000$; $R = -0,372$), e que o mesmo acontece com a condição de saúde, que piora quanto maior o tempo de dependência (anos) ($p = 0,042$; $R = 0,185$). Ainda, relativamente ao tempo de dependência, observa-se que associado ao maior o tempo de dependência (anos) se encontra o menor incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC ($p = 0,013$; $R = -0,265$) e a menor taxa de utilização de equipamentos considerados necessários ($p = 0,033$; $R = -0,206$). Por outro lado, o menor tempo de dependência (anos) tem associado maior número de internamentos da PDA no último ano ($p = 0,043$; $R = -0,187$). Quanto ao maior número de internamentos da PDA, no último ano, verifica-se que este se encontra associado: com a pior condição de saúde ($p = 0,007$; $R = 0,246$); com o maior número de fármacos nas tomas por dia ($p = 0,000$; $R = 0,324$) e ao maior o número de episódios de recurso ao serviço de urgência no último ano ($p = 0,000$; $R = 0,530$).

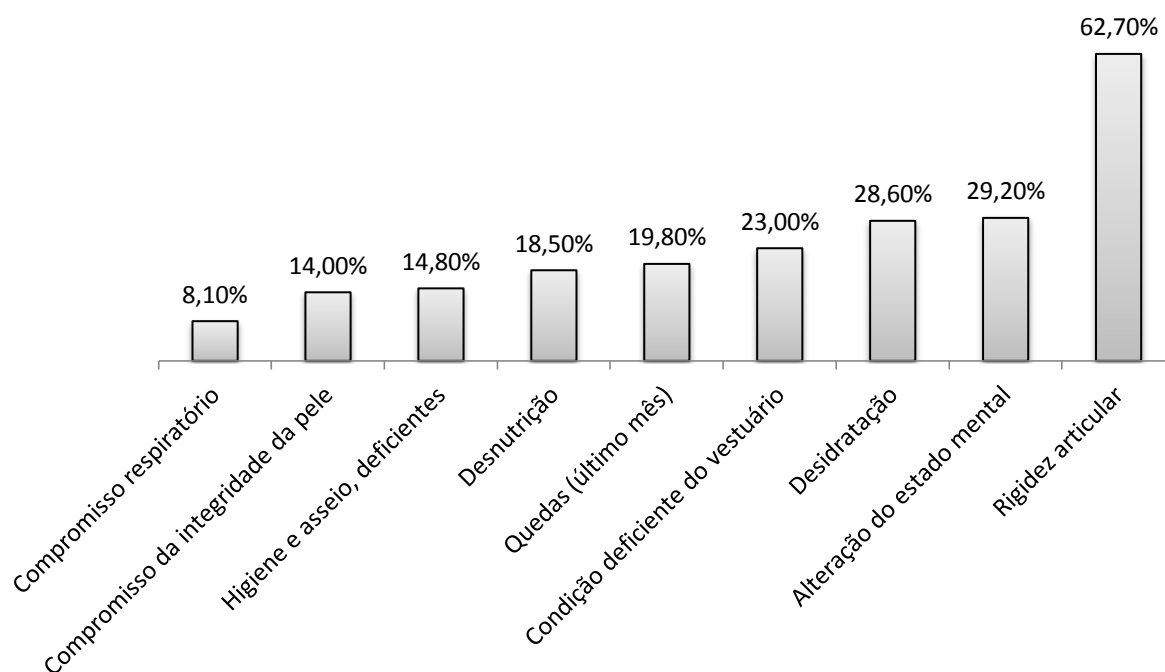
Relativamente ao maior número de fármacos que a PDA ingere nas tomas diárias, verifica-se que este se encontra associado a uma pior condição de saúde ($p = 0,009$; $R = 0,244$) e a um maior o número de episódios de recurso ao serviço de urgência no último ano ($p = 0,000$; $R = 0,530$). Da mesma forma, observa-se que quanto maior o número de fármacos nas tomas por dia maior o rendimento percapitado/mês do agregado familiar ($p = 0,016$; $R = 0,269$) e maior o número de divisões do alojamento da PDA por ocupante do agregado ($p = 0,011$; $R = 0,274$). Verifica-se ainda, que o aumento do número de fármacos nas tomas por dia se relaciona com o aumento da variedade de fármacos ($p = 0,000$;

R=0,811). No entanto, quanto maior o número de fármacos nas tomas por dia menor o número de membros da família do agregado familiar ($p = 0,019$; $R = -0,223$).

3.4. CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Na apresentação dos resultados que permitem a caracterização da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado e com vista a uma interpretação adequada, considera-se necessário referir que os itens que permitiram a caracterização da condição de saúde das pessoas dependentes foram agrupados por tipo de condição, considerando-se, para esta análise, que teria presença de sinais aparentes de compromisso, os casos que apresentassem alteração a pelo menos um item. Importa notar, que a condição de saúde enquanto foco de atenção do presente estudo resulta da situação de dependência, não a provoca, pelas características selecionadas no estudo.

Gráfico 5 - Pessoas dependentes no autocuidado com sinais aparentes de alteração/défi ce na condição de saúde



Da observação do gráfico constata-se que a maioria das pessoas dependentes no autocuidado integradas, em ambiente familiar, apresenta rigidez articular. Identifica-se ainda, que cerca de 30% dos casos apresentam alteração do estado mental e desidratação, cerca de 20% apresenta condição deficiente de vestuário, quedas no último mês e

desnutrição, e cerca de 14% dos casos apresenta condição deficiente de higiene e asseio, e compromisso da integridade da pele. Por último, com menor proporção mas igualmente importante, cerca de 8% dos casos apresenta compromisso respiratório.

Tabela 23 - Diferenças da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado

	Condição de Saúde	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Presença sinais ap. compromisso integridade pele	Sim	14	78,04	1092,50	216,50	,000
	Não	86	46,02	3957,50		
	Total	100				
Presença de sinais aparentes de desidratação	Sim	18	46,86	843,50	137,00	,000
	Não	45	26,06	1172,50		
	Total	63				
Presença de sinais aparentes desnutrição	Sim	12	50,04	600,50	113,50	,000
	Não	53	29,14	1544,50		
	Total	65				
Presença sinais ap. de compromisso respiratório	Sim	5	56,20	281,00	19,00	,001
	Não	57	29,33	1672,00		
	Total	62				
Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente	Sim	9	45,06	405,50	107,50	,007
	Não	52	28,57	1485,50		
	Total	61				
Presença de sinais condição de vestuário deficiente	Sim	14	48,71	682,00	81,00	,000
	Não	47	25,72	1209,00		
	Total	61				
Presença de sinais de alteração do estado mental	Sim	33	77,53	2558,50	642,50	,000
	Não	80	48,53	3882,50		
	Total	113				
Quedas no último mês	Sim	19	62,74	1192,00	461,00	,010
	Não	77	44,99	3464,00		
	Total	96				

Na dimensão condição de saúde, o maior *score* corresponde a pior condição de saúde, assim, na interpretação dos resultados optou-se por referir pior condição de saúde quando se tratar do maior *score*, e melhor condição de saúde quando o resultado seja equivalente a *scores* menores.

Da leitura da tabela é possível afirmar, que as pessoas com dependência no autocuidado com pior condição de saúde: expõem presença de sinais aparentes de desnutrição (p =0,000; MW=113,50); de desidratação (p =0,000; MW=137,00); de

compromisso respiratório ($p = 0,001$; $MW=19,00$); de compromisso da integridade da pele ($p = 0,000$; $MW=216,50$); de condição de higiene e asseio deficiente ($p = 0,007$; $MW=107,50$); de condição de vestuário deficiente ($p = 0,000$; $MW=81,00$); de alteração do estado mental ($p = 0,000$; $MW=642,50$) e com registo de quedas no último mês ($p = 0,010$; $MW=461,00$).

Tabela 24 - Diferenças entre condição de saúde e os cuidados prestados pelo FPC

	Condição de saúde	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Inspecciona as zonas de proeminências ósseas/dia	Menos	38	22,39	851,00	110,00	,006
	Mais	12	35,33	424,00		
	Total	50				
Inspecciona a pele do períneo/dia	Menos	33	23,12	763,00	202,00	,054
	Mais	18	31,28	563,00		
	Total	51				
Lava os dentes/dia	Menos	27	29,20	788,50	183,50	,019
	Mais	22	19,84	436,50		
	Total	49				

De acordo com os resultados expostos poderá afirmar-se, que nas situações de pior condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, os familiares prestadores de cuidados lavam menos vezes os dentes por dia ($p = 0,019$; $MW=183,50$), mas inspecionam mais as zonas de proeminências ósseas por dia ($p = 0,006$; $MW=110,00$) e inspecionam mais vezes a pele do períneo por dia ($p = 0,054$; $MW=202,00$).

Tabela 25 - Diferenças entre condição de saúde e recursos utilizados pelo FPC

	Condição de Saúde	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Utilização do recurso: rendimento trabalho	Não	91	63,32	5762,00	699,000	,002
	Sim	25	40,96	1024,00		
	Total	116				
Utilização recurso: apoio compra artigos alimentares	Não	112	56,90	6372,50	44,500	,025
	Sim	3	99,17	297,50		
	Total	115				

Os resultados evidenciam que, o familiar prestador de cuidados de pessoas com dependência no autocuidado, com pior condição de saúde, não utiliza o recurso rendimento do trabalho ($p = 0,002$; $MW=699,000$), mas utiliza o recurso apoio na compra de artigos alimentares ($p = 0,025$; $MW=44,500$).

Na análise correlacional efetuada relativamente às associações que envolvem a condição de saúde observa-se que quanto pior a condição de saúde menor o incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC ($p = 0,005$; $R = 0,300$) e menor a taxa de utilização de equipamentos considerados necessários ($p = 0,018$; $R = -0,229$). Importa ainda destacar que quanto pior a condição de saúde menor a taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários para tomar banho ($p = 0,027$; $R = -0,259$) e menor a taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários para o regime terapêutico ($p = 0,006$; $R = -0,323$).

3.5. PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO PRESTADOR DE CUIDADOS RELATIVA AO EXERCÍCIO DO PAPEL

3.5. 1. FIABILIDADE DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO PRESTADOR DE CUIDADOS RELATIVA AO EXERCÍCIO DO PAPEL

Tabela 26 – Alpha de Cronbach por subescala de avaliação da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel

Escala de PAE	Nº de itens	Nº de casos	% de casos (n=284)	α de Cronbach
<i>Domínios do Autocuidado</i>				
Tomar banho	16	25	8,8%	0,998
Vestir-se e despir-se	10	48	16,9%	0,946
Alimentar-se	15	42	14,8%	0,974
Uso do sanitário	15	15	5,3%	0,994
Virar-se	16	25	8,8%	0,982
Transferir-se	10	33	11,6%	0,965
Andar	10	45	15,8%	0,983
Tomar a medicação	13	50	17,6%	0,963
<i>Domínios Ação</i>				
Aceder	24	16	5,6%	0,979
Agir	6	21	7,7%	0,929
Ajustar	9	19	6,7%	0,948
Decidir	9	16	5,6%	0,970
Monitorizar	19	25	8,8%	0,967
Negociar	2	60	21,1%	0,894
Providenciar	20	7	2,5%	0,995
Trabalhar	16	18	6,3%	0,966

Pela análise da tabela, verificamos que para a dimensão percepção de autoeficácia (PAE) o Alpha de Cronbach varia entre 0.946 e 0.998 se estruturado pelos domínios do autocuidado e entre 0.894 e 0.995 se estruturado pelos domínios de ação, logo podemos

considerar que os valores das subescalas apresentam consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008; Fortin, 2003; Hill & Hill, 2000).

No sentido de identificar eventuais associações entre as variáveis em estudo foi aplicada uma técnica estatística designada por análise fatorial exploratória. A análise fatorial exploratória consiste num processo de reorganização das variáveis em estudo de modo a facilitar a sua interpretação, possibilitando a criação de variáveis não mensuráveis diretamente à data da colheita de dados, a combinação das variáveis iniciais dão origem aos fatores (Moreira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008).

A análise fatorial apresenta estimativas para fatores e para variâncias, de modo a que as correlações previstas ou as covariâncias se aproximem na sua potencialidade máxima aos valores realmente observados. Para a presente análise optou-se pela aplicação da análise fatorial exploratória através do método das componentes principais.

Como foi anteriormente descrito, o formulário é constituído por cinco dimensões, sendo que duas dimensões são avaliadas por escalas, a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel e a dependência no autocuidado, pretendendo-se a análise fatorial das duas escalas de forma individual, sendo que a descrição será iniciada pelos resultados obtidos da análise à subescala que avalia a perceção de autoeficácia.

A análise fatorial exploratória realizada à subescala da perceção de autoeficácia encontra-se organizada em dezasseis dimensões, considerando que os mesmos itens foram agrupados em dois grupos distintos, de acordo com os conceitos teóricos de Orem (autocuidado) e de Shumacher (autoeficácia), em que cada grupo é composto por oito dimensões que por sua vez integram cento e cinco itens. A principal abordagem apresenta a análise efetuada agregando as dezasseis dimensões, expondo ainda uma breve análise individual por domínio conceptual.

Tabela 27 - Análise das componentes principais da escala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel

	Escala de PAE	Extração
<i>Autocuidado</i>	Tomar banho	0,950
	Vestir-se e despir-se	0,949
	Alimentar-se	0,938
	Uso do sanitário	0,850
	Virar-se	0,824
	Transferir-se	0,949
	Andar	0,608
	Tomar a medicação	0,861
<i>Ação</i>	Aceder	0,910
	Agir	0,964
	Ajustar	0,979
	Decidir	0,974
	Monitorizar	0,976
	Negociar	0,877
	Providenciar	0,957
	Trabalhar	0,968

Na análise fatorial é possível observar o que se denomina por comunalidades e que deve ser entendida como a explicação da proporção da variância obtida para cada variável através das componentes principais. Esta análise permite constatar que todas as dimensões têm comunalidades elevadas, pelo que se conclui que explicam quase a totalidade da variância. Esta interpretação é obtida através da observação dos valores resultantes após o processo de extração, que aproximando-se de 1 explicam a totalidade da variância e aproximando-se de 0 não explicam a variância (Pestana & Gageiro, 2008). Assim, para a análise fatorial foram mantidas todas as dimensões pelo seu contributo positivo numa análise fatorial eficaz.

Tabela 28 – Análise das componentes principais da escala da PAE específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, após rotação Varimax

	Escala de PAE	1	2
<i>Autocuidado</i>	Tomar banho	0,233	0,947
	Vestir-se e despir-se	0,506	0,833
	Alimentar-se	0,726	0,641
	Uso do sanitário	0,651	0,653
	Virar-se	0,861	0,287
	Transferir-se	0,794	0,565
	Andar	0,513	0,588
	Tomar a medicação	0,926	0,060
<i>Ação</i>	Aceder	0,761	0,575
	Agir	0,689	0,700
	Ajustar	0,765	0,627
	Decidir	0,755	0,636
	Monitorizar	0,735	0,660
	Negociar	0,175	0,920
	Providenciar	0,713	0,670
	Trabalhar	0,691	0,700

A análise das componentes principais foi realizada por rotação ortogonal, especificamente por rotação varimax, por ser a opção mais frequente, na medida em que permite visualizar a tentativa de aproximação das dimensões apenas a um fator, facilitando a interpretação dos fatores pela evidência das cargas fatoriais, assim como, perceber que os dados se adequam ao modelo. Tendo sido necessárias apenas três iterações para obter a estabilização das estimativas das variâncias nas dimensões explicadas pelo fator.

A tabela apresenta a distribuição das cargas fatoriais, para cada um dos domínios da subescala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, pelos dois fatores retidos. O número de fatores a reter foi obtido pela adoção do critério de Kaiser através da identificação do número de valores próprios superiores a 1, que para a presente situação foram identificados dois fatores (Pestana & Gageiro, 2008).

Ao realçar as cargas fatoriais com valores superiores a 0,50, poderá dizer-se que *tomar banho*, é a única variável do domínio do autocuidado que se associa unicamente ao fator 2, verificando-se o mesmo para a variável *negociar (Shumacher)* (Moreira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008). As dimensões *tomar a medicação* e *virar-se* são dimensões do domínio do autocuidado que se associam fortemente ao fator 1.

Da análise efetuada observa-se que os dois fatores juntos explicam 90,839% da variância, sendo que o primeiro fator explica 83,400% da variância. A variância total explicada pelos dois fatores, assim como, a explicação dada por cada fator não variam com a rotação.

Ao procedermos à análise das oito dimensões que agrupam os itens de acordo com os domínios do autocuidado (Orem), verifica-se a identificação de apenas um fator que explica 77,242% da variância. O mesmo sucede na análise das dimensões que agrupam os itens de acordo com Shumacher, no entanto, a explicação da variância é de 86,990%.

Considerando os constructos em análise, assim como, o facto de os dois domínios serem constituídos pelos mesmos itens com disposições diferentes nas diversas dimensões será possível reconhecer que os dois domínios tendem a explicar o mesmo conceito e atribuir aos dois fatores a relação de partilha na interpretação do conceito.

Tabela 29 - Correlação entre as dimensões da escala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel para os domínios de ação

Escala de PAE	Aceder	Agir	Ajustar	Decidir	Monitorizar	Negociar	Providenciar	Trabalhar
Aceder	-	0,894	0,933	0,882	0,906	0,700	0,889	0,889
Agir	0,894	-	0,940	0,930	0,884	0,657	0,892	0,875
Ajustar	0,933	0,940	-	0,959	0,943	0,666	0,937	0,895
Decidir	0,882	0,930	0,959	-	0,943	0,627	0,930	0,912
Monitorizar	0,906	0,884	0,943	0,943	-	0,731	0,623	0,597
Negociar	0,700	0,657	0,666	0,627	0,731	-	0,623	0,597
Providenciar	0,889	0,892	0,937	0,930	0,901	0,623	-	0,880
Trabalhar	0,889	0,875	0,895	0,912	0,861	0,597	0,880	-

No entanto, observando-se a tabela é notório que algumas das dimensões, após análise fatorial e submetidas à rotação, apresentam cargas fatoriais localizadas nos dois fatores. No sentido de compreender esta distribuição, efetuou-se a análise das correlações entre as dimensões.

A interpretação das tabelas poderá ser realizada pelo entendimento de que a correlação é traduzida num valor compreendido entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo de -1 ou de 1 maior a possibilidade de associação entre as dimensões e quanto mais próximo de 0 maior a possibilidade de que a variação da dimensão não é acompanhada pela variação da outra dimensão em análise.

Na interpretação das correlações considerou-se a classificação sugerida por Pestana & Gageiro (2008). Assim, entende-se que o valor de correlação inferior a 0,2 representa uma associação muito baixa, entre 0,2 e 0,3 uma associação baixa, entre 0,4 e 0,69 uma associação moderada, entre 0,7 e 0,89 uma associação alta e, por fim, superior a 0,9 uma associação muito alta. Os valores referidos podem apresentar uma configuração positiva ou negativa, sugerindo que a variação ocorre no mesmo sentido ou em sentido contrário.

Assim, apesar dos fatores se revestirem de independência, razão pela qual se optou pela rotação ortogonal, foram identificadas correlações entre as dimensões cujas associações variam de baixas a muito altas na tabela 5 e de moderadas a muito altas na tabela 6. Como a análise fatorial foi baseada na matriz de correlações, as tabelas 5 e 6 revelam as correlações entre as dimensões que integram a subescala, demonstrando a relação dos dois fatores pela existência de cargas fatoriais secundárias partilhadas.

Tabela 30 - Análise da consistência interna da escala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel

	Escola de PAE	R de Person	% de variação das respostas	α de Cronbach se eliminada
Autocuidado	Tomar banho	0,713	0,752	0,954
	Vestir-se e despir-se	0,848	0,899	0,946
	Alimentar-se	0,938	0,915	0,942
	Uso do sanitário	0,897	0,882	0,943
	Virar-se	0,840	0,847	0,946
	Transferir-se	0,921	0,871	0,941
	Andar	0,810	0,672	0,950
	Tomar a medicação	0,717	0,802	0,953
Ação	Aceder	0,938	0,916	0,966
	Agir	0,932	0,908	0,966
	Ajustar	0,966	0,963	0,965
	Decidir	0,949	0,964	0,966
	Monitorizar	0,952	0,940	0,966
	Negociar	0,682	0,609	0,984
	Providenciar	0,926	0,894	0,966
	Trabalhar	0,901	0,875	0,968

A escala da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel apresenta um valor de Alpha de Cronbach de 0,957 quando analisada para os domínios do autocuidado e um valor de 0,978 na análise dos domínios de ação. Na análise dos resultados expostos na tabela 7, a observação dos valores do coeficiente de correlação R de Pearson revela uma boa correlação por apresentar valores compreendidos entre 0,713 e 0,921 nos domínios do autocuidado, e nos domínios de ação 0,682 e 0,966. As percentagens de variação nas respostas de cada dimensão que é explicada pelas restantes dimensões, permitem verificar que no domínio do autocuidado os valores são compreendidos entre 67,2% e 91,5%, enquanto que, no domínio de ação os valores situam-se entre 60,9% e 96,4%, sendo estes os valores que traduzem a variabilidade observada para cada dimensão que pode ser explicada pelas restantes dimensões.

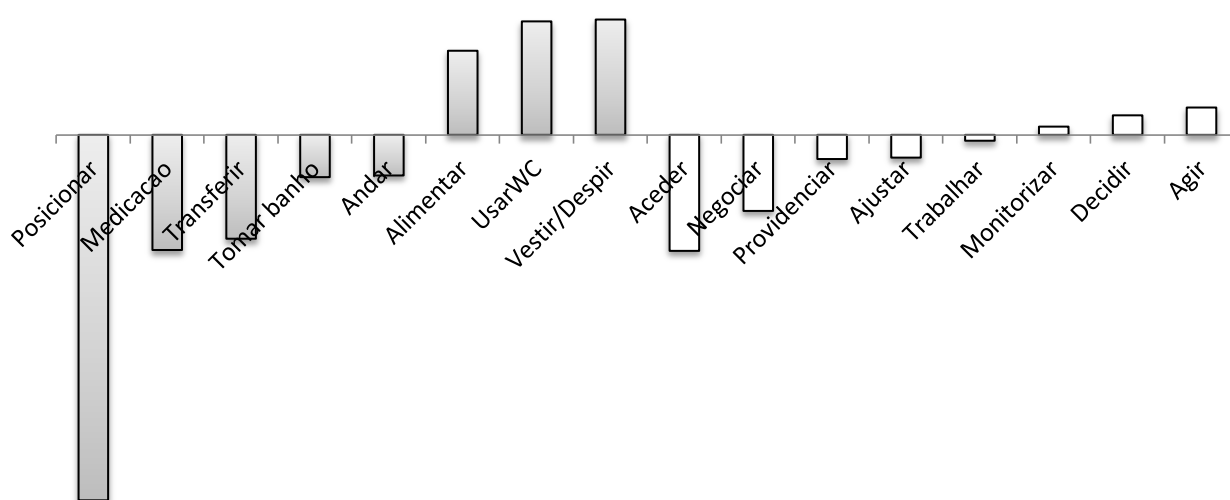
Os valores de Alpha de Cronbach obtidos na identificação da eliminação de dimensões no sentido de aumentar a consistência interna, permitem observar que nos domínios do autocuidado nenhuma dimensão apresenta um valor de Alpha superior a 0,957, enquanto que, na análise dos domínios de ação a dimensão negociar apresenta um valor de Alpha superior a 0,978, sendo que se eliminada esta dimensão o Alpha passaria a apresentar o valor de 0,984. No entanto, confirma-se que a escala apresenta boa consistência.

O formulário apresenta características psicométricas que permitem atestar a sua validade e fidelidade, revelando boa consistência interna em todas as subescalas.

3.5. 2. PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA DO PRESTADOR DE CUIDADOS RELATIVA AO EXERCÍCIO DO PAPEL QUANTO ÀS DIMENSÕES EM ESTUDO

Na análise e interpretação dos resultados que se apresentam deve considerar-se que foi calculado o *score* médio da variável PAE no sentido de possibilitar a interpretação das respostas de cada domínio, em função do *score* global da variável.

Gráfico 6 - Perceção de autoeficácia específica do PC relativa ao exercício do papel por categorias, face ao *score* global de PAE



Observa-se da referida disposição gráfica, que a percepção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel parece apresentar um comportamento ajustado a cada domínio do autocuidado, que numa primeira análise sugere a agregação em três tipos de percepção: uma percepção de autoeficácia específica do FPC relativa ao exercício do papel muito positiva, que se encontra associada aos domínios alimentar-se, usar sanitário e vestir-se; uma percepção de autoeficácia intermédia, associada aos domínios andar e tomar banho e uma percepção de autoeficácia negativa associada aos domínios posicionar, tomar a medicação e transferir-se.

Tabela 31 - Diferenças entre PAE e intensidade dos cuidados prestados pelo FPC, e PAE e incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC

		Kruskal Wallis			
	PAE	N.º	Mean Rank	Chi-Square	p
Intensidade	Pouco competente	4	11,75	15,146	,001
	Medianamente competente	31	34,08		
	Muito competente	49	50,34		
	Total	84			
Incentivo	Pouco competente	4	21,00	6,219	,045
	Medianamente competente	31	38,19		
	Muito competente	50	47,74		
	Total	85			

Da leitura da tabela conclui-se, que a intensidade dos cuidados é maior nos prestadores de cuidados com percepção de autoeficácia de muito competente ($p = 0,001$; $\chi^2_{KW} = 15,146$), e que o incentivo à autonomia da pessoa dependente na prestação de cuidados apresenta o mesmo comportamento quando em função da percepção de autoeficácia, ou seja, o incentivo à autonomia é maior nos cuidados prestados por familiares cuidadores com maior percepção de competência ($p = 0,045$; $\chi^2_{KW} = 6,219$).

No que diz respeito à análise correlacional importa acrescentar que quanto maior a percepção de autoeficácia nos domínios específicos em posicionar ($p = 0,006$; $R = 0,424$), agir ($p = 0,001$; $R = 0,367$), decidir ($p = 0,006$; $R = 0,299$), monitorizar ($p = 0,001$; $R = 0,365$), tomar a medicação ($p = 0,001$; $R = 0,408$), assim como, maior a percepção de autoeficácia em ajustar ($p = 0,012$; $R = 0,277$), providenciar ($p = 0,017$; $R = 0,263$) e trabalhar ($p = 0,047$; $R = 0,220$) maior intensidade dos cuidados.

Tabela 32 - Diferenças entre PAE e cuidados prestados pelo FPC

	PAE	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Arranja as unhas/mês	Menos	36	29,17	1050,00	384,00	,007
	Mais	34	42,21	1435,00		
	Total	70				
Barbeia/semana	Menos	16	10,69	171,00	35,00	,037
	Mais	9	17,11	154,00		
	Total	25				
Limpa os ouvidos/semana	Menos	39	22,85	891,00	111,00	,037
	Mais	10	33,40	334,00		
	Total	49				
Lava os dentes/dia	Menos	27	20,80	561,50	183,50	,022
	Mais	22	30,16	663,50		
	Total	49				

Os resultados permitem afirmar, que o FPC percecionando-se mais competente: arranja mais vezes as unhas por mês ($p = 0,007$; $MW=384,00$); barbeia mais o seu familiar dependente (masculino) por semana ($p = 0,37$; $MW=35,00$); limpa mais vezes os ouvidos à PDA por semana ($p = 0,037$; $MW=111,00$) e lava mais vezes os dentes à PDA por dia ($p = 0,022$; $MW=183,50$).

Tabela 33 - Diferenças entre PAE face à dependência para *transferir-se* e cuidados prestados pelo FPC

	O FPC sente-se competente face à dep. transferir-se	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
FPC Massaja zonas de proeminências ósseas/dia	Menos	24	15,08	362,00	62,00	,013
	Mais	10	23,30	233,00		
	Total	34				
Inspecciona proeminências ósseas/dia	Menos	23	15,24	350,50	74,50	,030
	Mais	11	22,23	244,50		
	Total	34				

Do que sobressai da análise inferencial entre a percepção da autoeficácia global e as restantes dimensões, importa referir os cuidados que se destacam na sua relação específica com a percepção da autoeficácia em domínios do autocuidado, como sendo os cuidados “massaja” e “inspecciona proeminências ósseas” relativamente ao domínio “transferir-se”. Os resultados demonstram, que o familiar prestador de cuidados que se sente competente

face à dependência no autocuidado transferir inspeciona mais as zonas de proeminências ósseas por dia ($p = 0,013$; $MW=62,00$) e massaja mais vezes as zonas de proeminências ósseas por dia ($p = 0,030$; $MW=74,50$).

Tabela 34 - Diferenças entre PAE face à dependência para *posicionar-se* e cuidados prestados pelo FPC

	O FPC sente-se competente face à depend. posicionar	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
FPC Mobiliza os membros superiores/dia	Menos	15	11,33	170,00	50,00	,019
	Mais	13	18,15	236,00		
	Total	28				
FPC Mobiliza os membros inferiores/dia	Menos	14	10,50	147,00	42,00	,006
	Mais	14	18,50	259,00		
	Total	28				
FPC Massaja as zonas de proeminências ósseas/dia	Menos	23	14,46	332,50	56,50	,035
	Mais	9	21,72	195,50		
	Total	32				
FPC Senta a PDA/dia	Menos	24	13,96	335,00	35,00	,015
	Mais	7	23,00	161,00		
	Total	31				

No que toca à relação entre a percepção da autoeficácia global e as restantes dimensões, importa ainda referir os cuidados que se destacam na sua relação específica com a percepção da autoeficácia no domínio do autocuidado *posicionar-se* e que não se evidencia, pela análise da PAE global. De acordo com os resultados expostos, o familiar prestador de cuidados que se sente competente face à dependência no autocuidado para posicionar mobiliza mais os membros inferiores ($p = 0,060$; $MW=42,00$) e superiores ($p = 0,019$; $MW=50,00$) por dia, assim como massaja mais vezes as zonas de proeminências ósseas por dia ($p = 0,035$; $MW=56,50$). Da mesma forma, o FPC que se sente competente face à dependência no autocuidado posicionar senta mais vezes o familiar dependente por dia ($p = 0,015$; $MW=35,00$).

Tabela 35 - Diferenças entre PAE e condição de saúde da pessoa dependente

	PAE	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Presença sinais ap. compromisso integridade pele	Sim	11	23,45	258,00	192,00	,008
	Não	70	43,76	3063,00		
	Total	81				

De acordo com os resultados, a pessoa dependente no autocuidado não apresenta sinais aparentes de compromisso da integridade da pele quando o FPC se percebe mais competente ($p = 0,008$; $MW = 192,00$).

No que se refere aos resultados análise correlacional entre a percepção de autoeficácia e a condição de saúde importa referir que quanto maior a percepção de autoeficácia no tomar banho ($p = 0,013$; $R = 0,299$), usar o sanitário ($p = 0,037$; $R = 0,268$), posicionar ($p = 0,049$; $R = 0,326$), transferir ($p = 0,028$; $R = 0,331$), andar ($p = 0,020$; $R = 0,311$), aceder ($p = 0,029$; $R = 0,263$), ajustar ($p = 0,011$; $R = 0,292$), negociar ($p = 0,021$; $R = 0,351$), trabalhar ($p = 0,013$; $R = 0,285$), agir ($p = 0,008$; $R = 0,322$), monitorizar ($p = 0,012$; $R = 0,286$), providenciar ($p = 0,023$; $R = 0,262$) e decidir ($p = 0,005$; $R = 0,321$), menor a presença de sinais de compromisso da integridade da pele. E que quanto maior a percepção de autoeficácia em monitorizar ($p = 0,035$; $R = 0,318$), tomar a medicação ($p = 0,041$; $R = 0,337$) e providenciar ($p = 0,037$; $R = 0,320$), menor a presença de sinais de compromisso de higiene e asseio deficiente.

Tabela 36 - Diferenças entre PAE e sexo do familiar prestador de cuidados

	PAE	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Sexo FPC	Feminino	73	52,65	3843,50	463,50	,003
	Masculino	22	32,57	716,50		
	Total	95				

Os resultados demonstram que as mulheres enquanto familiares prestadoras de cuidados percebem-se mais competentes que os homens ($p = 0,003$; $MW = 463,50$).

Tabela 37 - Diferenças entre PAE e rendimento do agregado familiar

		Kruskal Wallis			
	PAE	N.º	Mean Rank	Chi-Square	p
Rendimento percapitado/mês do agregado familiar da PDA	Pouco competente	2	33,25	7,162	,028
	Medianamente competente	21	23,71		
	Muito competente	41	36,96		
	Total	64			

Da análise da tabela surge a evidência que o rendimento per capita, por mês, do agregado familiar é superior nos prestadores de cuidados que se percebem muito competentes ($p = 0,028$; $\chi^2_{KW} = 7,162$).

Tabela 38 - Diferenças entre PAE e utilização de recursos pelo FPC

	PAE	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Utilização do recurso: fisioterapeuta	Não	73	43,36	3165,00	464,000	,006
	Sim	21	61,90	1300,00		
	Total	94				

Os resultados permitem afirmar que o familiar da pessoa dependente no autocuidado, que se percebe mais competente, utiliza o recurso fisioterapeuta ($p=0,006$; $MW=464,00$).

3.6. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS

Na exposição dos resultados relativos à avaliação dos cuidados prestados pelo familiar prestador de cuidados na assistência à pessoa dependente no autocuidado optou-se por desagregar a sua apresentação pela regularidade com que cuidados avaliados são prestados, assim os cuidados surgem desagregados por frequência diária, semanal e mensal. No entanto, os cuidados encontram-se desagregados em duas tipologias de cuidados, a intensidade e o incentivo, assim na análise da relação entre a intensidade dos cuidados prestados e os cuidados de incentivo à autonomia da pessoa dependente com as outras variáveis que compõem as restantes dimensões, realizou-se uma análise inferencial com recurso à intensidade global e ao incentivo global que aqui se encontram expostos.

Tabela 39 - Diferenças entre intensidade dos cuidados prestados pelo FPC e condição de saúde da pessoa dependente

	Intensidade	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Presença de sinais condição de vestuário deficiente	Sim	9	13,78	124,00	79,00	,033
	Não	33	23,61	779,00		
	Total	42				
Presença de sinais aparentes de desidratação	Sim	12	15,21	182,50	104,00	,027
	Não	31	24,63	763,50		
	Total	43				
Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente	Sim	5	6,60	33,00	18,00	,004
	Não	37	23,51	870,00		
	Total	42				

Dos resultados expostos é possível dizer, que o familiar que presta cuidados de maior intensidade proporciona na condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado: ausência de sinais aparentes de desidratação ($p = 0,027$; $MW=104,00$); ausência de sinais de condição de higiene e asseio deficiente ($p = 0,004$; $MW=18,00$) e ausência de sinais de condição de vestuário deficiente ($p = 0,033$; $MW=79,00$).

Tabela 40 – Diferença entre intensidade dos cuidados prestados e recursos utilizados pelo FPC

	Intensidade	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Utilização do recurso: subsídio de desemprego	Não	80	42,32	3385,50	14,500	,039
	Sim	2	8,75	17,50		
	Total	82				
Utilização do recurso: 112 INEM	Não	47	35,84	1684,50	556,500	,008
	Sim	36	50,04	1801,50		
	Total	83				
Util. do rec.: apoio técnico adaptação domicílio à condição	Não	79	40,77	3220,50	60,500	,038
	Sim	4	66,38	265,50		
	Total	83				
Utilização do recurso: rendimento trabalho	Não	64	44,32	2836,50	395,500	,043
	Sim	18	31,47	566,50		
	Total	82				
Utilização do recurso: a cargo da família	Não	66	38,58	2546,50	335,500	,052
	Sim	15	51,63	774,50		
	Total	81				
Utilização do recurso: hospital	Não	14	27,93	391,00	286,000	,016
	Sim	69	44,86	3095,00		
	Total	83				

De acordo com os resultados, o familiar que presta cuidados de maior intensidade utiliza os recursos: hospital ($p = 0,016$; $MW=286,00$); 112 INEM ($p = 0,008$; $MW=556,500$); a cargo da família ($p = 0,052$; $MW=335,500$) e apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente ($p = 0,038$; $MW=60,500$). No entanto, não utiliza os recursos rendimento do trabalho ($p = 0,043$; $MW=395,500$) e subsídio de desemprego ($p = 0,039$; $MW=14,500$).

Tabela 41 – Diferença entre intensidade dos cuidados prestados pelo FPC e modo de instalação da dependência da pessoa dependente

	Intensidade	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Modo de instalação da dependência da PDA	Gradual	48	35,77	1717,00	541,00	,003
	Súbita	36	51,47	1853,00		
	Total	84				

A evidência surge no sentido de que, os cuidados prestados pelo familiar prestador de cuidados à pessoa dependente no autocuidado com instalação súbita da dependência se revestem de maior intensidade ($p = 0,003$; $MW = 541,00$).

Tabela 42 – Diferença entre intensidade dos cuidados prestados pelo FPC e rendimento do agregado familiar

	Intensidade	N.º	Mean Rank	Chi-Square	p
Rendimentos/mês do agregado familiar	De 251€ a 500€	6	21,33	11,500	,009
	De 501€ a 1000€	34	27,82		
	1001€ a 2000€	18	36,64		
	De 2001€ a 5000€	4	54,88		
	Total	62			

Da análise da tabela surge a evidência que o rendimento per capita, por mês, do agregado familiar é superior nos familiares que prestam cuidados com maior intensidade ($p = 0,009$; $MW = 11,500$).

Tabela 43 – Diferença entre incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e condição de saúde da pessoa dependente

	Incentivo	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Presença de sinais aparentes de desidratação	Sim	12	16,42	197,00	119,00	,042
	Não	33	25,39	838,00		
	Total	45				
Presença de sinais de alteração do estado mental	Sim	33	30,76	1015,00	454,00	,001
	Não	48	48,04	2306,00		
	Total	81				
Presença de sinais aparentes de desnutrição	Sim	8	13,88	111,00	75,00	,025
	Não	38	25,53	970,00		
	Total	46				
Presença de sinais ap. compromisso integridade pele	Sim	11	19,41	213,50	147,50	,002
	Não	63	40,66	2561,50		
	Total	74				

Os resultados demonstram que, o familiar FPC que presta cuidados de incentivo para autonomia proporciona na condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado: ausência de sinais aparentes de desnutrição ($p = 0,025$; $MW=75,00$); de desidratação ($p = 0,042$; $MW=119,00$); de compromisso da integridade da pele ($p = 0,002$; $MW=147,50$) e de alteração do estado mental ($p = 0,001$; $MW=454,00$).

Tabela 44 – Diferença entre incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e dos recursos utilizados pelo FPC

	Incentivo	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Utilização do recurso: fisioterapeuta	Não	67	38,49	2579,00	301,000	,001
	Sim	18	59,78	1076,00		
	Total	85				

A evidência surge no sentido de que o familiar da pessoa dependente no autocuidado que presta cuidados de maior incentivo para a autonomia utiliza o recurso fisioterapeuta ($p = 0,001$; $MW=301,000$).

Relativamente às associações relacionadas com os cuidados, importa referir que quanto maior o incentivo à autonomia nos cuidados prestados pelo FPC maior a taxa de utilização de equipamentos considerados necessários ($p = 0,046$; $R=0,229$). Os resultados desta análise permitem ainda dizer que quanto maior o incentivo à autonomia nos cuidados prestados pelo FPC maior a taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários para tomar banho ($p = 0,003$; $R=0,382$), para andar ($p = 0,046$; $R=0,317$) e para o regime terapêutico ($p = 0,014$; $R=0,342$).

Tabela 45 - Diferenças entre incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e das características da PDA e do FPC

	Incentivo	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Tipo de família da PDA	Clássica s/ núcleos ou c/ 1 núcleo	72	41,20	2966,50	338,50	,023
	Clássica c/ 2 ou mais núcleos	15	57,43	861,50		
	Total	87				
Modo de instalação da dependência da PDA	Gradual	50	37,98	1899,00	624,00	,025
	Súbita	35	50,17	1756,00		
	Total	85				
Sexo FPC	Feminino	69	47,90	3305,00	352,00	,005
	Masculino	18	29,06	523,00		
	Total	87				

A análise da tabela permite aferir, que nas famílias clássicas com dois ou mais núcleos, o incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados é maior ($p = 0,023$; $MW = 338,50$), o mesmo sucede no modo de instalação da dependência súbita ($p = 0,25$; $MW = 624,00$). Os resultados demonstram ainda que as mulheres prestam cuidados de maior incentivo para a autonomia da pessoa dependente ($p = 0,005$; $MW = 352,00$).

Tabela 46 - Diferenças entre incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e nível de escolaridade e, rendimento familiar

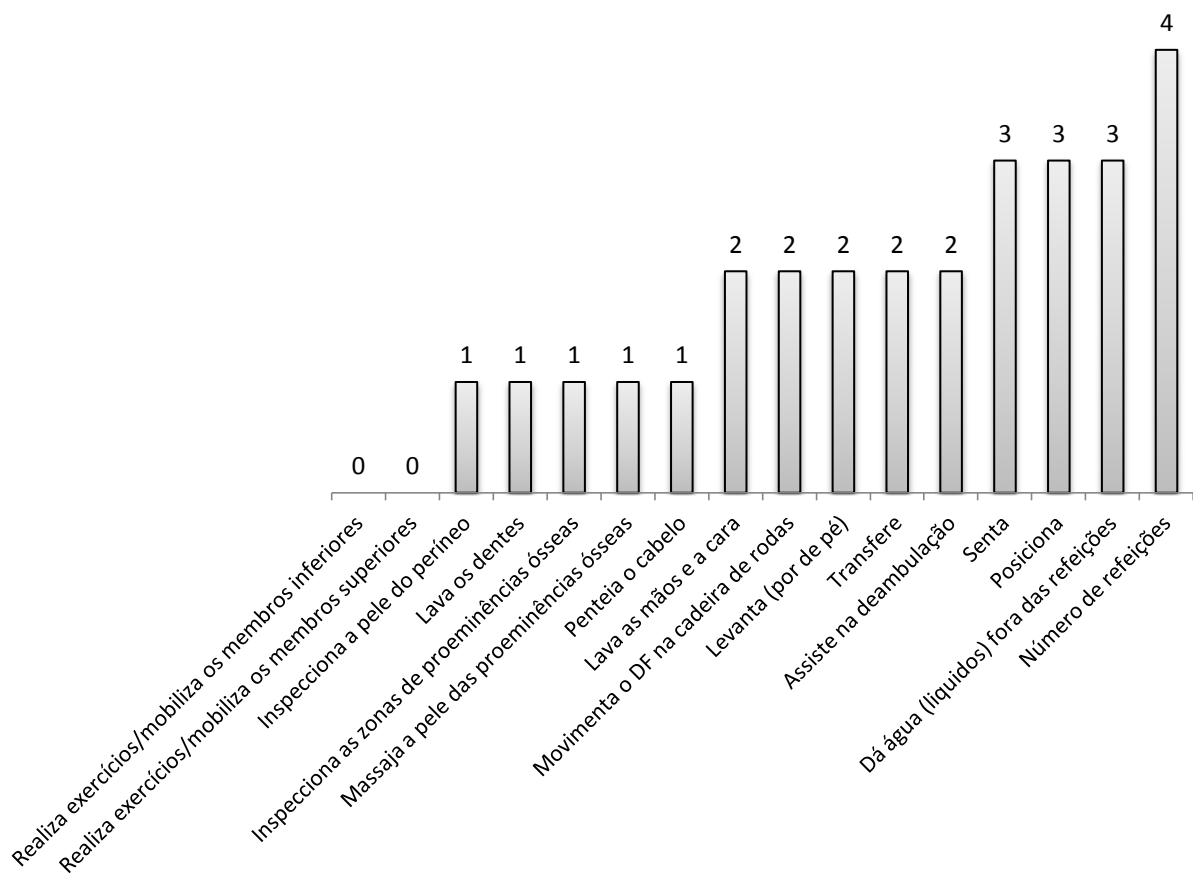
		Kruskal-Wallis			
	Incentivo	N.º	Mean Rank	Chi-Square	p
Rendimentos/mês do agregado familiar	De 251€ a 500€	6	18,67	8,447	,038
	De 501€ a 1000€	33	28,35		
	1001€ a 2000€	19	39,50		
	De 2001€ a 5000€	4	38,75		
	Total	62			
Nível de escolaridade do FPC	Nenhum	7	47,14	11,479	,043
	Ens. básico - 1.º ciclo	31	32,48		
	Ens. básico - 2.º ciclo	12	40,17		
	Ens. básico - 3.º ciclo	16	51,47		
	Ens. secundário	12	55,50		
	Ens. superior	7	49,50		
	Total	85			
Nível de escolaridade da PDA	Nenhum	16	33,78	14,070	,015
	Ens. básico - 1.º ciclo	44	39,69		
	Ens. básico - 2.º ciclo	11	59,86		
	Ens. básico - 3.º ciclo	3	74,83		
	Ens. secundário	7	42,14		
	Ens. superior	5	55,20		
	Total	86			

Da análise da tabela poderá dizer-se que o familiar que presta cuidados de maior incentivo para a autonomia da PDA tem um grau de escolaridade superior (ensino básico 3º ciclo, 2º ciclo ou ensino superior) ($p = 0,015$; $\chi^2_{KW} = 14,070$) e apresenta maior rendimento por mês do agregado familiar ($p = 0,038$; $\chi^2_{KW} = 8,447$). Da mesma forma, que o familiar com um grau de escolaridade de ensino básico 3º ciclo ou ensino secundário prestam cuidados de maior incentivo para a autonomia da PDA ($p = 0,043$; $\chi^2_{KW} = 11,479$).

3.6. 1. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS- FREQUÊNCIA DIÁRIA

No que concerne aos cuidados prestados pelo familiar prestador de cuidados na assistência à pessoa dependente no autocuidado expõem-se, de seguida, os resultados obtidos na análise dos cuidados prestados com uma regularidade diária.

Gráfico 7 - Frequência dos cuidados diários prestados pelo FPC à pessoa dependente



No gráfico observa-se, pelo registo da frequência, a menor intensidade da prestação, nos cuidados que integram os domínios do autocuidado onde o familiar prestador de cuidados se sente menos competente (perceção de autoeficácia inferior), e que na sua maioria se constituem cuidados complementares que visam o incentivo à autonomia e a manutenção da atividade física da pessoa dependente.

Tabela 47- Diferenças do incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e cuidados prestados com frequência diária

	Incentivo	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Assiste na deambulação/dia	Menos	19	14,89	283,00	93,00	,001
	Mais	23	26,96	620,00		
	Total	42				
Lava as mãos e a cara/dia	Menos	31	24,69	765,50	269,50	,012
	Mais	28	35,88	1004,50		
	Total	59				
Senta o doente/dia	Menos	24	14,33	344,00	44,00	,003
	Mais	10	25,10	251,00		
	Total	34				
Levanta o doente/dia	Menos	12	10,00	120,00	42,00	,001
	Mais	21	21,00	441,00		
	Total	33				
Lava os dentes/dia	Menos	27	20,06	541,50	163,50	,007
	Mais	22	31,07	683,50		
	Total	49				

A leitura da tabela permite afirmar, que o familiar da pessoa dependente no autocuidado que presta cuidados de maior incentivo para a autonomia da pessoa dependente: dá mais assistência na deambulação por dia ($p = 0,001$; $MW = 93,00$); lava mais vezes a cara e as mãos por dia ($p = 0,012$; $MW = 269,50$); senta mais vezes por dia ($p = 0,003$; $MW = 44,00$); levanta mais vezes por dia ($p = 0,001$; $MW = 42,00$); lava mais vezes os dentes por dia ($p = 0,007$; $MW = 163,50$).

Tabela 48 – Diferença da intensidade dos cuidados prestados, com frequência diária

	Intensidade	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Lava os dentes/dia	Menos	27	20,15	544,00	166,00	,008
	Mais	22	30,95	681,00		
	Total	49				
Lava as mãos e a cara/dia	Menos	31	18,63	577,50	81,50	,000
	Mais	28	42,59	1192,50		
	Total	59				
Refeições/dia	Menos	42	26,67	1120,00	217,00	,000
	Mais	28	48,75	1365,00		
	Total	70				
Senta o doente/dia	Menos	24	14,67	352,00	52,00	,009
	Mais	10	24,30	243,00		
	Total	34				
Assiste na deambulação/dia	Menos	20	13,78	275,50	65,50	,000
	Mais	23	29,15	670,50		
	Total	43				
Levanta o doente/dia	Menos	12	12,67	152,00	74,00	,053
	Mais	21	19,48	409,00		
	Total	33				
Posiciona/dia	Menos	12	9,75	117,00	39,00	,035
	Mais	13	16,00	208,00		
	Total	25				

Da leitura da tabela é possível dizer, que o familiar que presta cuidados de maior intensidade: lava mais vezes os dentes por dia (p =0,008; MW= 166,00); lava mais vezes a cara e as mãos por dia (p =0,000; MW=81,50); maior número de refeições por dia (p =0,000;MW=217,00); senta mais vezes o doente por dia (p =0,009; MW=52,00); dá mais assistência na deambulação por dia (p =0,000;MW=65,50); levanta mais vezes o doente por dia (p =0,053; MW=74;00) e posiciona mais vezes por dia (p =0,035; MW=39,00).

Tabela 49 - Diferença da intensidade dos cuidados complementares prestados, com frequência diária

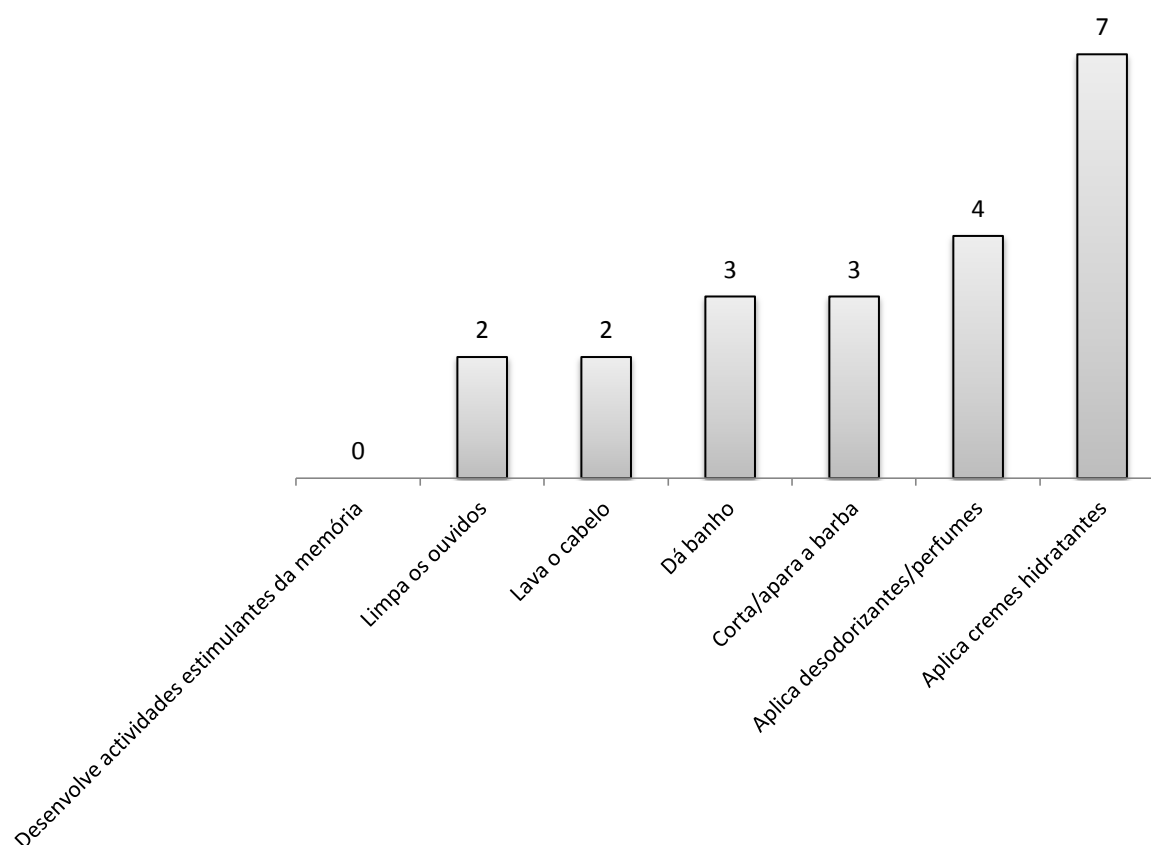
	Intensidade	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Massaja as zonas de proeminências ósseas/dia	Menos	38	20,92	795,00	54,00	,000
	Mais	11	39,09	430,00		
	Total	49				
Mobiliza os membros superiores/dia	Menos	23	15,65	360,00	84,00	,008
	Mais	15	25,40	381,00		
	Total	38				
Mobiliza os membros inferiores/dia	Menos	22	14,73	324,00	71,00	,001
	Mais	16	26,06	417,00		
	Total	38				
Inspecciona as zonas de proeminências ósseas/dia	Menos	38	22,16	842,00	101,00	,004
	Mais	12	36,08	433,00		
	Total	50				
Inspecciona a pele do períneo/dia	Menos	33	22,70	749,00	188,00	,032
	Mais	18	32,06	577,00		
	Total	51				
Dá água fora das refeições/dia	Menos	26	21,46	558,00	207,00	,000
	Mais	34	37,41	1272,00		
	Total	60				

Os resultados demonstram que o familiar que presta cuidados complementares de maior intensidade: inspecciona mais as zonas de proeminência óssea por dia ($p = 0,004$; $MW=101,00$); inspecciona mais a pele do períneo por dia ($p = 0,032$; $MW=188,00$); mobiliza mais vezes os membros inferiores por dia ($p = 0,001$; $MW=71,00$); mobiliza mais vezes os membros superiores por dia ($p = 0,008$; $MW=84,00$); massaja mais as zonas de proeminência óssea por dia ($p = 0,000$; $MW=54,00$) e dá mais vezes água fora das refeições por dia ($p = 0,000$; $MW=207,00$).

3.6. 2. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS-FREQUÊNCIA SEMANAL

No que concerne aos cuidados prestados pelo familiar prestador de cuidados na assistência à pessoa dependente no autocuidado expõem-se, de seguida, os resultados obtidos na análise dos cuidados prestados com uma regularidade semanal.

Gráfico 8 - Frequência dos cuidados semanais prestados pelo FPC à pessoa dependente



Da leitura do gráfico, importa realçar a ausência de atividades desenvolvidas que visam a estimulação da memória da pessoa dependente no autocuidado e a prestação de cuidados regulares de substituição. Considerando que os cuidados se reportam a uma frequência semanal, os resultados são sugestivos de que a maioria dos cuidados descritos não são diários, especificamente, o banho e aplicação de desodorizante.

Tabela 50 - Diferença do incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC e cuidados prestados com frequência semanal

	Incentivo	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Aplica desodorizante/semana	Menos	22	18,34	403,50	116,00	,005
	Mais	21	25,83	542,50		
	Total	43				
Limpa os ouvidos/semana	Menos	39	22,73	886,50	106,50	,026
	Mais	10	33,85	338,50		
	Total	49				

Da análise da tabela é possível dizer que o familiar da pessoa dependente no autocuidado que presta cuidados de maior incentivo para a autonomia da PDA aplica mais vezes desodorizante por semana ($p = 0,005$; $MW=116,00$) e limpa mais vezes os ouvidos por semana ($p = 0,026$; $MW=106,50$).

Tabela 51 - Diferença da intensidade dos cuidados prestados, com frequência semanal

	Intensidade	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Limpa os ouvidos/semana	Menos	39	22,04	859,50	79,50	,003
	Mais	10	36,55	365,50		
	Total	49				
Aplica desodorizante/semana	Menos	22	17,27	380,00	117,00	,006
	Mais	21	26,95	566,00		
	Total	43				
Barbeia/semana	Menos	16	10,00	160,00	24,00	,005
	Mais	9	18,33	165,00		
	Total	25				
Lava o cabelo/semana	Menos	35	27,54	964,00	334,00	,001
	Mais	35	43,46	1521,00		
	Total	70				
Dá banho/semana	Menos	37	27,12	1003,50	300,50	,000
	Mais	36	47,15	1697,50		
	Total	73				
Aplica cremes hidratantes/semana	Menos	26	20,04	521,00	170,00	,000
	Mais	33	37,85	1249,00		
	Total	59				

Da leitura da tabela é possível dizer, que o familiar que presta cuidados de maior intensidade: limpa mais vezes os ouvidos por semana ($p = 0,003$; $MW=79,50$); aplica mais desodorizante por semana ($p = 0,006$; $MW=117,00$); barbeia mais o seu familiar dependente (masculino) por semana ($p = 0,005$; $MW=24,00$); lava mais o cabelo por semana ($p = 0,001$; $MW=334,00$); dá mais vezes banho por semana ($p = 0,000$; $MW=300,50$); aplica mais cremes hidratantes por semana ($p = 0,000$; $MW=170,00$).

Tabela 52 - Diferença da intensidade dos cuidados complementares prestados, com frequência semanal

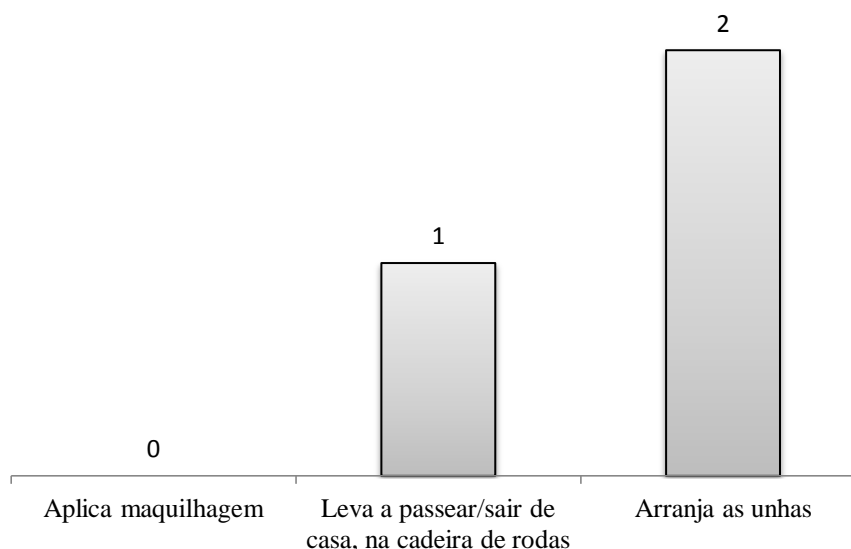
	Intensidade	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Estimula a memória/semana	Menos	22	14,11	310,50	57,50	,001
	Mais	14	25,39	355,50		
	Total	36				

Os resultados expostos na tabela demonstram que o familiar que presta cuidados complementares de maior intensidade: estimula mais a memória por semana ($p = 0,001$; $MW = 57,50$).

3.6. 3. CUIDADOS PRESTADOS PELO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS-FREQUÊNCIA MENSAL

No que concerne aos cuidados prestados pelo familiar prestador de cuidados na assistência à pessoa dependente no autocuidado expõem-se, de seguida, os resultados obtidos na análise dos cuidados prestados com uma regularidade diária.

Gráfico 9 - Frequência dos cuidados mensais prestados pelo FPC à pessoa dependente



Os resultados representados no gráfico revelam que as pessoas dependentes no autocuidado, integradas em ambiente familiar, com necessidade de ajuda de pessoa na sua deslocação, saem de casa uma vez por mês.

Tabela 53 - Diferença da intensidade dos cuidados prestados, com frequência mensal

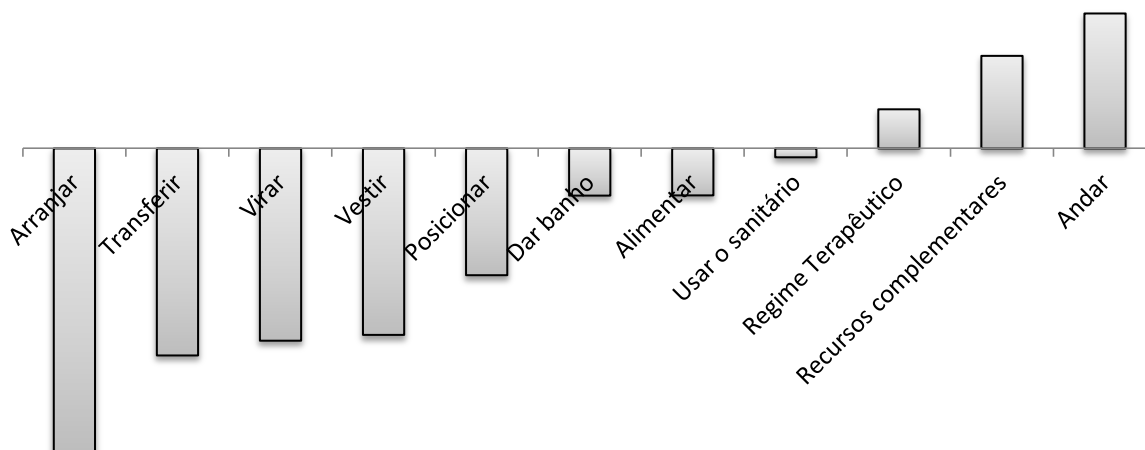
	Intensidade	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Arranja as unhas/mês	Menos	36	25,01	900,50	234,50	,000
	Mais	34	46,60	1584,50		
	Total	70				

Da leitura da tabela é possível dizer, que os familiares que prestam cuidados de maior intensidade arranjam mais as unhas da pessoa dependente no autocuidado por mês (p =0,000; MW=234,50).

3.7. RECURSOS UTILIZADOS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA À PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

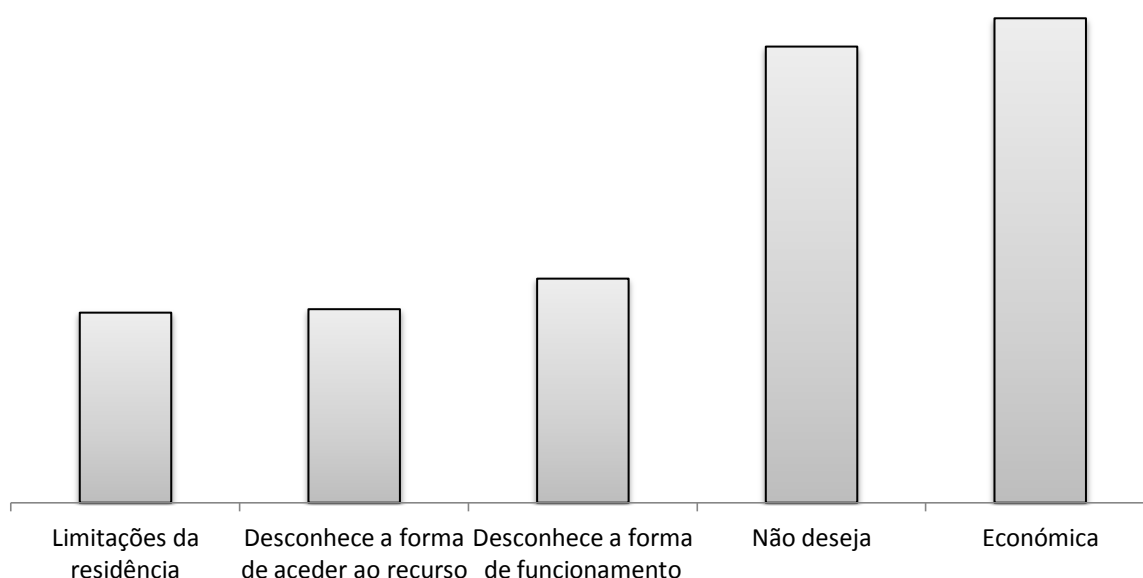
No presente subcapítulo pretende expor-se os resultados relativos aos recursos utilizados pelas famílias clássicas, do concelho de Lisboa, na assistência à pessoa dependente no autocuidado que integram no seio familiar. Primeiramente, é apresentada a análise descritiva dos resultados que permite a caracterização dos recursos, após, procede-se à apresentação dos resultados da análise inferencial com expressão estatística na perspetiva da significância estatística.

Gráfico 10 - Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários por domínios do autocuidado, face à taxa global



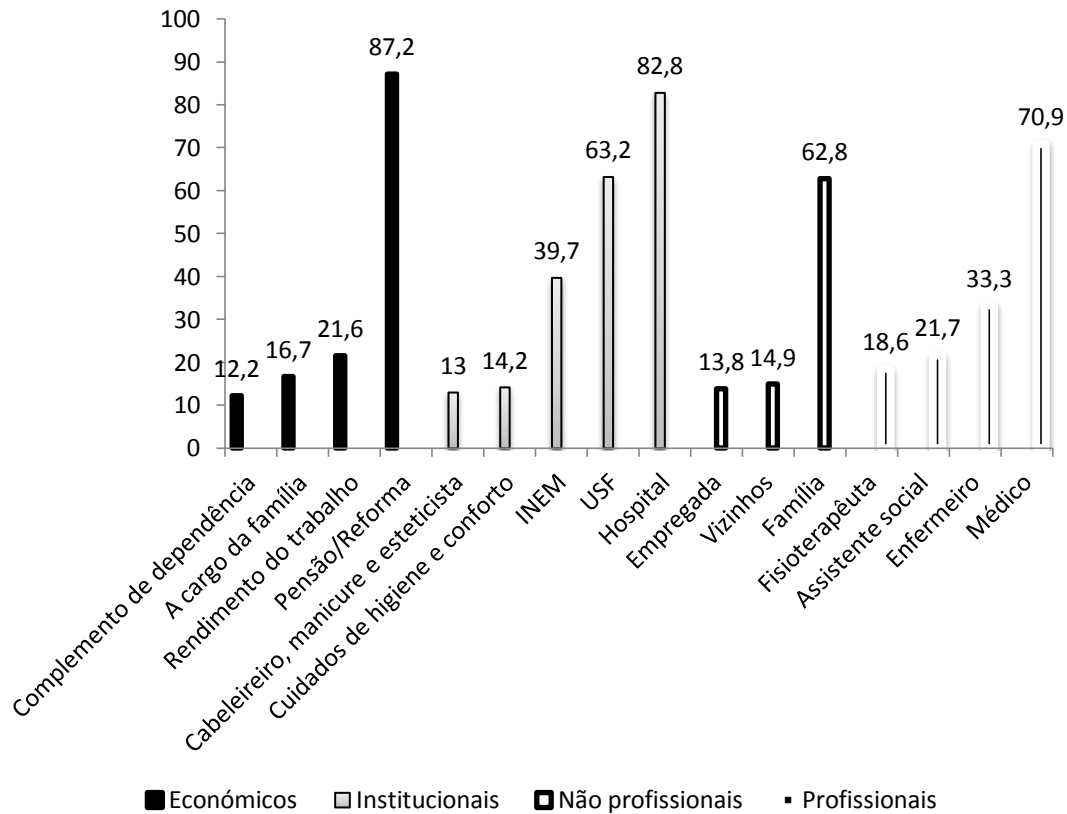
Na análise do gráfico deve considerar-se que foi calculada a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários, no sentido, de possibilitar a interpretação das respostas de cada domínio em função da taxa global da variável. Assim, verifica-se um défice da taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários face à taxa global de utilização na maioria dos domínios, com exceção do regime terapêutico, recursos complementares e andar. Os resultados traduzem a ausência da ativação de ajuda ao prestador de cuidados, pela não utilização de recursos que facilitam a prestação de cuidados na maioria dos domínios, com especial enfoque nos domínios que implicam maior esforço, como sendo transferir e dar banho. Está igualmente subjacente a ausência de recurso a equipamentos que promovem a autonomia da pessoa com dependência, como sendo o domínio vestir-se e arranjar-se, que constituem domínios com enorme variedade de equipamentos para complemento da atividade da pessoa dependente.

Gráfico 11 - Razões para a não utilização de equipamentos considerados necessários



Através do gráfico identifica-se o fator económico como a principal razão para a não utilização de equipamentos que foram considerados necessários. Admite-se que a opção não deseja poderá incluir algum desconhecimento do recurso, ainda que constem duas opções relativas ao desconhecimento (do funcionamento e de aceder ao recurso).

Gráfico 12 - Recursos económicos, institucionais, não profissionais e profissionais - utilizados por mais de 10% das famílias



Verifica-se que o recurso profissional mais utilizado é o médico, por oposição ao enfermeiro. No que concerne aos recursos não profissionais, a família constitui o principal recurso, sendo que os vizinhos e a empregada apresentam uma distribuição semelhante, com a ressalva de que um dos principais recursos não profissionais é remunerado (empregada). Os recursos institucionais acentuam o cenário que se desejaria diferente, na medida, do hospital ser indicado como principal recurso institucional, reflexo do elevado número de episódios de urgência e de internamentos referidos, e da grande solicitação do INEM. Identifica-se ainda, que uma parte das famílias recorre a um recurso remunerado para a prestação de cuidados de higiene e conforto. Na abordagem aos recursos económicos identifica-se com grande destaque a pensão/reforma como principal recurso, sendo consonante com a idade média da pessoa dependente e do prestador de cuidados.

Tabela 54 - Diferença entre recursos utilizados e cuidados prestados pelo FPC

	Tx. Global util equip. consid. necessários	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Refeições/dia	Menos	38	27,22	1034,50	293,50	,032
	Mais	23	37,24	856,50		
	Total	61				
Arranja as unhas/mês	Menos	35	26,30	920,50	290,50	,006
	Mais	28	39,13	1095,50		
	Total	63				
Dá água fora das refeições/dia	Menos	24	20,92	502,00	202,00	,004
	Mais	31	33,48	1038,00		
	Total	55				
Aplica desodorizante/semana	Menos	22	17,64	388,00	134,00	,047
	Mais	21	26,57	558,00		
	Total	43				
Lava os dentes/dia	Menos	22	18,41	405,00	152,00	,035
	Mais	22	26,59	585,00		
	Total	44				

Os resultados evidenciam, que o familiar da pessoa dependente no autocuidado que globalmente utiliza mais equipamentos considerados necessários na prestação de cuidados: dá mais vezes água fora das refeições por dia ($p = 0,004$; $MW = 202,00$); arranja mais as unhas por mês ($p = 0,006$; $MW = 290,50$); lava mais vezes os dentes por dia ($p = 0,035$; $MW = 152,00$); dá mais refeições por dia ($p = 0,032$; $MW = 293,50$) e aplica mais vezes desodorizante por semana ($p = 0,047$; $MW = 134,00$).

Tabela 55 - Diferença entre recursos necessários na dependência para *posicionar* e os cuidados prestados pelo FPC

	Tx. util equip. consid. necessários	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Inspeciona proeminências ósseas/dia	Menos	10	7,15	71,50	16,50	,042
	Mais	7	11,64	81,50		
	Total	17				
FPC Massaja zonas de proeminências ósseas/dia	Menos	13	8,04	104,50	32,50	,037
	Mais	5	13,30	66,50		
	Total	18				
FPC Levanta a PDA/dia	Menos	8	12,50	100,00	16,00	,020
	Mais	10	7,10	71,00		
	Total	18				

Do que sobressai da análise inferencial entre a taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários e as restantes dimensões, importa referir os cuidados que se destacam na sua relação específica com a taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários em domínios do autocuidado, como sendo os cuidados “massaja” e “inspecciona proeminências ósseas” relativamente ao domínio “posicionar-se”. Os resultados revelam, que perante a maior taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para posicionar, as zonas de proeminências ósseas são mais vezes inspeccionadas e massajadas por dia pelo familiar ($p = 0,042$; $MW = 16,50$; $p = 0,037$; $MW = 32,50$). Contudo, na maior taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para posicionar o familiar não levanta mais vezes o familiar dependente por dia ($p = 0,020$; $MW = 16,00$).

Tabela 56 – Diferença entre recursos utilizados pelo FPC e condição de saúde da PDA

	Tx. Global util equip. consid. necessários	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Presença de sinais aparentes de desidratação	Sim	18	20,00	360,00	189,00	,002
	Não	42	35,00	1470,00		
	Total	60				
Presença de sinais condição de vestuário deficiente	Sim	14	20,36	285,00	180,00	,020
	Não	44	32,41	1426,00		
	Total	58				

Os resultados expostos na tabela permitem afirmar, que o familiar prestador de cuidados que globalmente utiliza mais equipamentos considerados necessários, as PDA não apresentam sinais aparentes de desidratação ($p = 0,002$; $MW = 189,00$) nem sinais de condição de vestuário deficiente ($p = 0,020$; $MW = 180,00$).

Tabela 57 – Diferença entre recursos para *tomar a medicação* e condição de saúde da PDA

	Tx. util equip. considerados neces. p/ regime terapêutico	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Presença de sinais ap. de compromisso da integridade pele	Sim	10	22,45	224,50	169,50	,055
	Não	54	34,36	1855,50		
	Total	64				

Destaca-se ainda da análise inferencial entre a taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários e as restantes dimensões, a condição de saúde que sobressai na sua relação específica com a taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários

em domínios do autocuidado, como sendo a presença de sinais de compromisso da integridade da pele relativamente ao domínio “tomar a medicação”. Os resultados revelam que as pessoas dependentes no autocuidado que não apresentam presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele têm maior taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para o regime terapêutico ($p = 0,055$; $MW=169,50$).

Tabela 58 – Diferença entre recursos utilizados e a utilização de recursos específicos pelo FPC

	Tx. Global util equip. consid. necessários	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Utilização do recurso: rendimento social de inserção	Não	97	50,79	4926,50	20,500	,050
	Sim	2	11,75	23,50		
	Total	99				
Utilização do recurso: enfermeiro	Não	68	58,53	3980,00	746,000	,002
	Sim	35	39,31	1376,00		
	Total	103				

Da análise da tabela é possível dizer, que o familiar prestador de cuidados que globalmente utiliza equipamentos considerados necessários, não utiliza o recurso enfermeiro ($p = 0,002$; $MW=746,000$) e não utiliza o rendimento social de inserção ($p = 0,050$; $MW=20,500$).

Tabela 59 – Diferença entre recursos utilizados pelo FPC e características da família e do FPC

	Tx gl utilização equip consid necessários	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Tipo de família da PDA	Clássica sem núcleos ou com um núcleo	93	56,87	5288,50	384,50	,013
	Clássica com dois ou mais núcleos	14	34,96	489,50		
	Total	107				
Sexo FPC	Feminino	68	41,09	2794,00	448,00	,005
	Masculino	22	59,14	1301,00		
	Total	90				

Os resultados demonstram que, nas famílias clássicas sem núcleos ou com um núcleo a taxa de utilização de equipamentos considerados necessários é maior ($p = 0,013$;

MW=384,50), e que os homens prestadores de cuidados utilizam mais os equipamentos considerados necessários ($p = 0,005$; MW=448,00).

No que se refere à análise correlacional as associações que se relacionam com os recursos e com as características do prestador de cuidados, identifica-se que quanto maior o desconhecimento relativo à forma de funcionamento do recurso maior o desconhecimento relativo à forma de aceder ao recurso ($p = 0,001$; $R=0,980$). Por outro lado, quanto maior o desconhecimento relativo à forma de funcionamento do recurso maiores as limitações da residência ($R=1,000$), e quanto maiores as limitações da residência mais o FPC deseja os recursos ($p = 0,03$; $R=-0,757$).

3.8. FAMÍLIAS CLÁSSICAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO: DOIS TIPOS DE SITUAÇÃO

A análise *two step cluster* consiste num método exploratório, que tem como objetivo a criação de um modelo explicativo, pela constituição de aglomerados (*cluster*) com base nas semelhanças dos casos que cada aglomerado agrega, permitindo a organização dos casos pelo seu perfil nas variáveis em análise. O número de aglomerados resultante deve esgotar as possibilidades de agrupamento dos casos, em função de um perfil comum, traduzido por cada aglomerado.

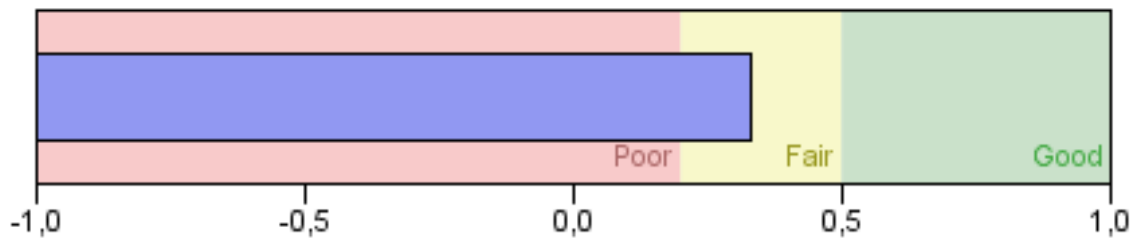
Tabela 60 - Resumo do modelo de aglomerados

Algorithm	TwoStep
Inputs	6
Clusters	2

A tabela resumo do modelo indica, que através do algoritmo de agrupamento utilizado (*two step*) foram identificados dois aglomerados (*clusters*) com base nas características das entradas selecionadas (variáveis). As seis variáveis selecionadas para o modelo foram a dependência no autocuidado, a condição de saúde da pessoa dependente, a intensidade dos cuidados prestados pelo familiar prestados de cuidados, os cuidados de

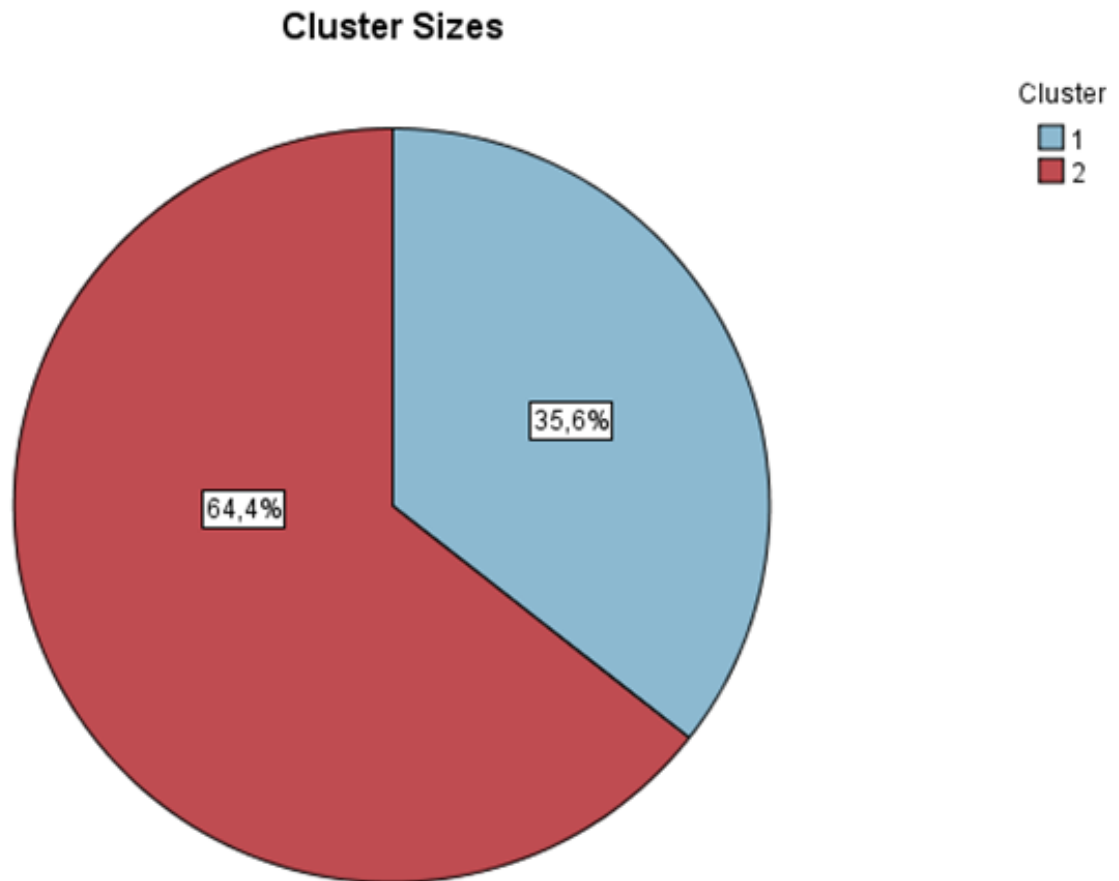
incentivo à autonomia da pessoa dependente prestados pelo familiar prestados de cuidados, a percepção de autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel e a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários.

Gráfico 13 - Qualidade global do modelo de aglomerados



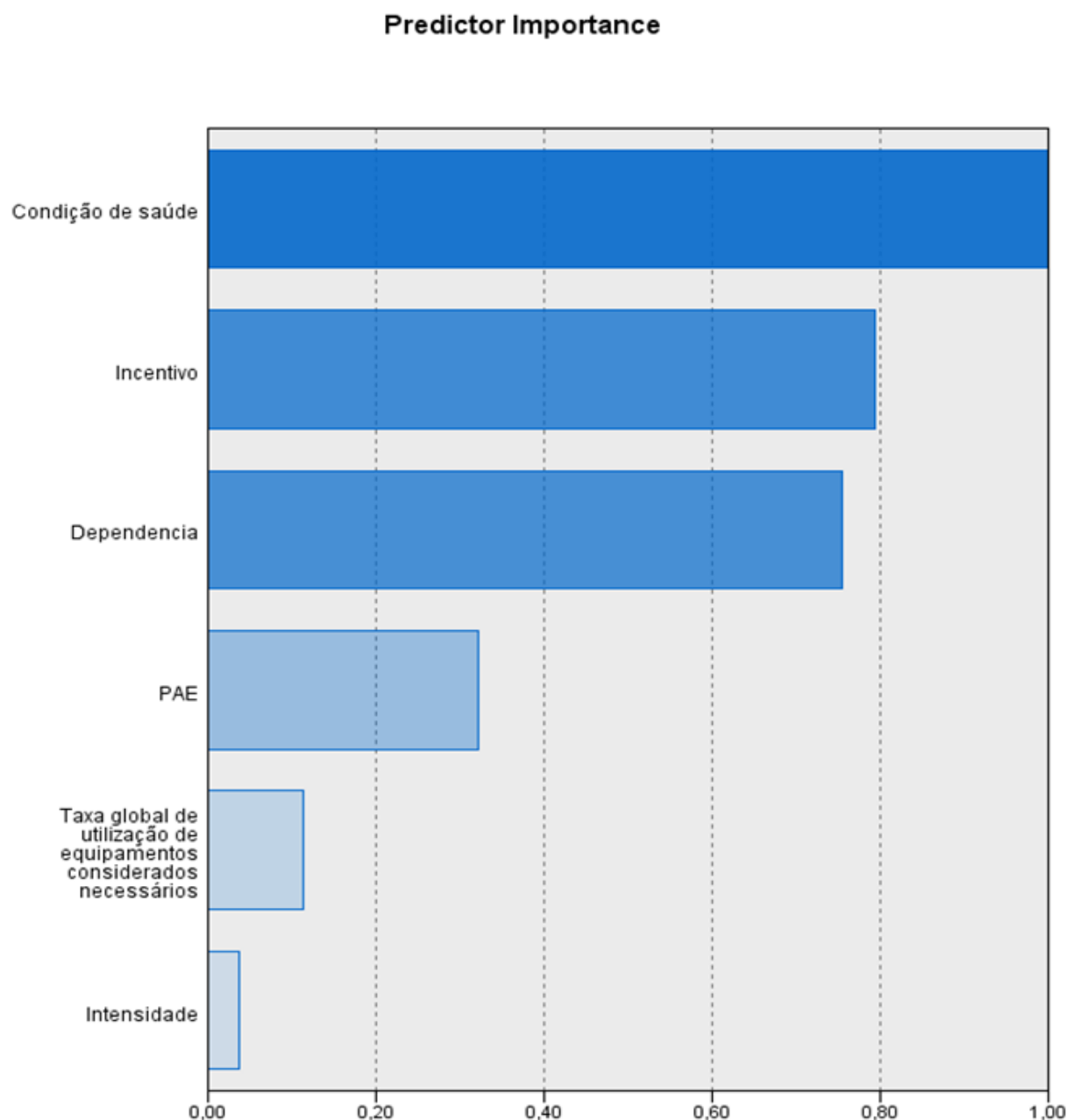
O gráfico de qualidade do modelo indica a qualidade global traduzida numa classificação de regular (*fair*, próximo de 0.5, num intervalo entre -1 e 1, Kaufman & Rousseeuw, 1990). Esta avaliação mede a distância entre a média de cada caso e o centro do aglomerado em que foi integrado, comparativamente, com a distância entre a média de cada caso e o centro do outro aglomerado, o valor de 1 significa que todos os casos se encontram no centro do aglomerado que integram. Considerando que, os casos são agrupados em função da afinidade das suas características, e que quanto maior for a afinidade do caso com o seu aglomerado mais próximo está do respetivo centro, poderá concluir-se que a qualidade do modelo é aceitável.

Gráfico 14 - Distribuição dos casos por aglomerado



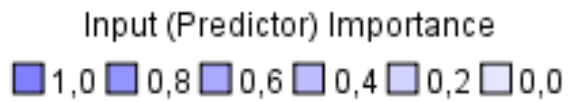
O gráfico mostra a frequência obtida em cada aglomerado, cerca de 36% dos casos integram o aglomerado 1 e cerca de 64% dos casos incorporam o aglomerado 2.

Gráfico 15 - Distribuição das dimensões pela importância no modelo



Este gráfico evidencia a importância relativa de cada variável na construção do modelo em análise, assim, a condição de saúde da PDA, o incentivo à autonomia nos cuidados prestados pelo FPC e a dependência no autocuidado constituem por esta ordem as dimensões de maior importância na formação do modelo, seguidos pela percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, a taxa global de equipamentos considerados necessários e a intensidade dos cuidados prestados, respetivamente.

Gráfico 16 - Distribuição global das dimensões por aglomerado

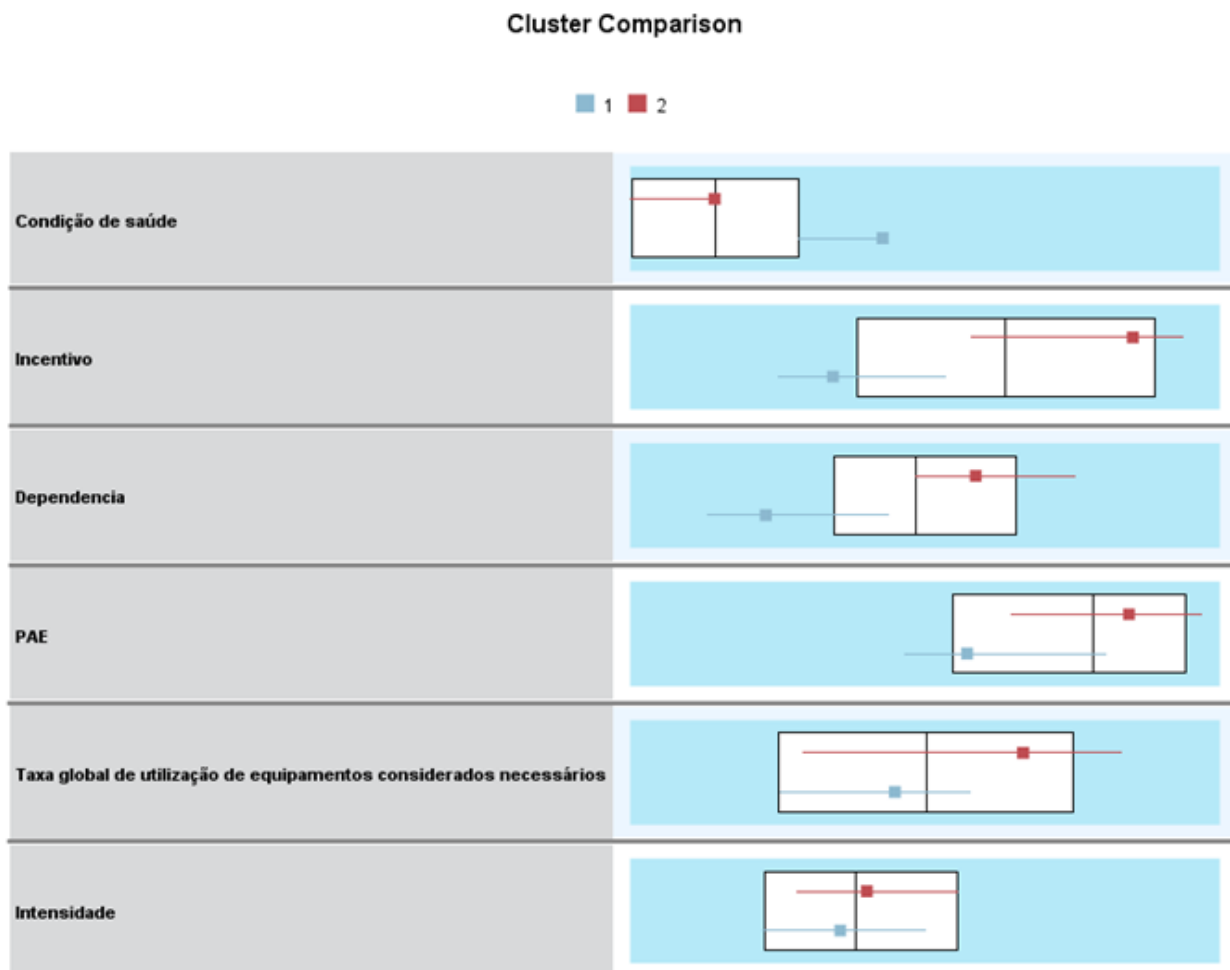


Cluster	2	1
Label		
Description		
Size	 64.4% (47)	 35.6% (26)
Inputs	Condição de saúde 0.74	Condição de saúde 2.85
	Incentivo 2.52	Incentivo 1.73
	Dependencia 2.77	Dependencia 1.82
	PAE 3.55	PAE 3.10
	Taxa global de utilização de equipamentos considerados 56.09	Taxa global de utilização de equipamentos considerados 41.56
	Intensidade 1.42	Intensidade 1.36

Os meios de fragmentação próprios do método utilizado sugerem que os aglomerados resultantes do processo se encontram bem separados, evidenciando que as principais dimensões para a formação do modelo são as que apresentam diferenças mais acentuadas numa análise comparativa entre o aglomerado 1 e o aglomerado 2. Pela observação da figura identificam-se especificidades próprias de cada *cluster* que compõe o modelo, apurando assim, que o modelo apresenta dois aglomerados com características distintas: o perfil do aglomerado 1, as PDA apresentam pior condição de saúde, maior dependência; os FPC realizam cuidados de menor incentivo para a autonomia da PDA, apresentam menor PAE, menor intensidade de cuidados e menor taxa de utilização de equipamentos e o perfil do aglomerado 2, em que as PDA apresentam melhor condição de saúde, menor dependência, e os FPC realizam mais cuidados de incentivo para a autonomia da PDA, apresentam maior PAE, maior intensidade de cuidados e maior taxa de utilização de equipamentos.

Este modelo permite aferir que centrando a análise nos casos e não nas variáveis, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (aglomerado 1 e aglomerado 2). Com base nas características descritas, o aglomerado 1 parece poder designar-se de famílias que integram pessoas com dependência alectuada e o aglomerado 2 parece poder designar-se de famílias que integram pessoas com dependência não alectuada.

Gráfico 17 - Comparação dos aglomerados relativamente às dimensões



A comparação entre os aglomerados de forma gráfica permite evidenciar o que os distingue, observando-se que o aglomerado 1 apresenta maior dispersão dos casos principalmente, ao nível da condição de saúde da pessoa dependente, incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados, dependência no autocuidado e percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel. Sendo que, as variáveis com mais dispersão são a dependência no autocuidado e a percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, sugerindo que, é possível assumir que nos casos que compõem o aglomerado 1, que tendencialmente apresentam menor percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, também existirão casos com percepção de autoeficácia elevada.

Caracterização dos aglomerados resultantes do modelo

O modelo permite a cada caso posicionar-se, relativamente às características que compõem o modelo, no aglomerado 1 (*cluster 1*) ou no aglomerado 2 (*cluster 2*).

O perfil do *cluster 1* parece integrar as pessoas dependentes no autocuidado que apresentam pior condição de saúde e maior dependência, e os familiares prestadores de cuidados que realizam cuidados de menor incentivo para a autonomia da PDA, com menor perceção de autoeficácia específica do PC relativa ao exercício do papel, menor intensidade de cuidados e menor taxa de utilização de equipamentos. Enquanto que, o perfil do *cluster 2* parece enquadrar as pessoas dependentes no autocuidado que apresentam melhor condição de saúde e menor dependência, e os familiares prestadores de cuidados que realizam cuidados de maior incentivo para a autonomia da PDA, com maior perceção de autoeficácia específica do PC relativa ao exercício do papel, maior intensidade nos cuidados prestados e maior taxa de utilização de equipamentos. De seguida, procedeu-se à análise inferencial com vista à confirmação da significância estatística proposta no modelo.

Tabela 61 – Relação entre aglomerados e a dependência para *levantar-se* ou *posicionar-se* ou *transferir-se*

			Aglomerados			Chi- Square	
			1	2	Total	Chi-Square	p
Dependência para:	Sim	N.º	12	44	56	21,109	,000
		%	21,4%	78,6%	100%		
levantar-se ou	Não	N.º	14	3	17		
		%	82,4%	17,6%	100%		
posicionar-se ou							
transferir-se							
	Total		26	47	73		

No que se refere à dependência da pessoa dependente no autocuidado, a maioria das pessoas dependentes no autocuidado que integra o aglomerado 1 (82,4%) apresenta dependência para *levantar-se*, ou *posicionar-se*, ou *transferir-se* ($p = 0,000$; $\chi^2 = 21,109$). Na dependência da pessoa dependente no autocuidado, a maioria das pessoas dependente no autocuidado que integra o aglomerado 2 (78,6%) não tem dependência para *levantar-se*, ou *posicionar-se*, ou *transferir-se* ($p = 0,000$; $\chi^2 = 21,109$). Esta análise permite afirmar que existe uma associação estatisticamente significativa entre os aglomerados e o contexto

das famílias com pessoa dependente confinada ao leito, em que um dos aglomerados agrupa a grande maioria dos casos que não se levanta ou não se posiciona ou não se transfere, comumente designados por acamados por não saírem da cama.

Tabela 62 – Relação entre aglomerados e a condição de saúde da PDA

			Aglomerados			Chi- Square	
			1	2	Total	Chi-Square	p
Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele	Sim	N.º	10	0	10	17,646	,000
		%	100,0%	,0%	100%		
	Não	N.º	15	37	52		
		%	28,8%	71,2%	100%		
Total			25	37	62		
Presença de sinais aparentes de desidratação	Sim	N.º	9	3	12	6,007	,014
		%	75,0%	25,0%	100%		
	Não	N.º	10	20	30		
		%	33,3%	66,7%	100%		
Total			19	23	42		
Presença de sinais aparentes de desnutrição	Sim	N.º	7	1	8	6,637	,010
		%	87,5%	12,5%	100%		
	Não	N.º	13	22	35		
		%	37,1%	62,9%	100%		
Total			20	23	43		
Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório	Sim	N.º	5	0	5	6,243	,012
		%	100,0%	,0%	100,0%		
	Não	N.º	15	22	37		
		%	40,5%	59,5%	100,0%		
Total			20	22	42		
Presença de sinais de alteração do estado mental	Sim	N.º	18	8	26	17,685	,000
		%	69,2%	30,8%	100,0%		
	Não	N.º	8	35	43		
		%	18,6%	81,4%	100,0%		
Total			26	43	69		

Na condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, a totalidade das pessoas dependentes no autocuidado que integra o aglomerado 1 (100%) expõe presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele ($p = 0,000$; $\chi^2 = 17,646$) e presença de sinais aparentes de compromisso respiratório ($p = 0,012$; $\chi^2 = 6,243$). A maioria (87,5%) das pessoas dependentes no autocuidado que integra o aglomerado 1: expõe presença de sinais aparentes de desnutrição ($p = 0,010$; $\chi^2 = 6,637$); de desidratação (75,0%) ($p = 0,014$; $\chi^2 = 6,004$) e apresenta de sinais de alteração do estado mental (69,2%) ($p = 0,000$; $\chi^2 = 17,685$).

=0,000; $\chi^2=17,685$). Na condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado a maioria (81,4%) das pessoas dependentes no autocuidado que integra o aglomerado 2: não expõe presença de sinais de alteração do estado mental ($p=0,000$; $\chi^2=17,685$); de compromisso da integridade da pele (71,2%) ($p=0,000$; $\chi^2=17,646$); de desidratação (66,7%) ($p=0,014$; $\chi^2=6,004$); de desnutrição (62,9%) ($p=0,010$; $\chi^2=6,637$) e de compromisso respiratório (59,5%) ($p=0,012$; $\chi^2=6,243$).

Tabela 63 – Relação entre aglomerados e cuidados prestados pelo FPC

			Aglomerados			Chi- Square	
			1	2	Total	Chi-Square	p
Inspeciona as zonas de proeminências ósseas/dia	Menos	N.º	13	24	37	4,869	,027
		%	35,1%	64,9%	100%		
	Mais	N.º	8	3	11		
		%	72,7%	27,3%	100%		
	Total		21	27	48		
Inspeciona a pele do períneo/dia	Menos	N.º	10	21	31	3,871	,049
		%	32,3%	67,7%	100%		
	Mais	N.º	11	7	18		
		%	61,1%	38,9%	100%		
	Total		21	28	49		
Aplica desodorizante/semana	Menos	N.º	14	6	20	10,798	0.001
		%	70,0%	30,0%	100%		
	Mais	N.º	4	17	21		
		%	19,0%	81,0%	100%		
	Total		18	23	41		
Lava os dentes	Menos	N.º	16	6	22	7,379	,007
		%	72,7%	27,3%	100,0%		
	Mais	N.º	7	15	22		
		%	31,8%	68,2%	100,0%		
	Total		23	21	44		

No que concerne aos cuidados prestados pelo familiar prestador de cuidados, na maioria (72,7%) dos familiares prestadores de cuidados que integra o aglomerado 1 inspeciona mais as zonas de proeminências ósseas/dia ($p=0,027$; $\chi^2=4,869$) e inspeciona mais a pele do períneo/dia (61,1%) ($p=0,049$; $\chi^2=3,871$). A maioria (70,0%) dos familiares prestadores de cuidados que integra o aglomerado 1 aplica menos desodorizante/semana ($p=0,001$; $\chi^2=10,798$) e lava menos vezes os dentes/dia (72,7%) ($p=0,007$; $\chi^2=7,379$).

No que diz respeito aos cuidados prestados pelo familiar prestador de cuidados, a maioria (81,0%) dos familiares prestadores de cuidados que integra o aglomerado 2 aplica mais desodorizante/semana ($p = 0,001$; $\chi^2 = 10,798$) e lava mais os dentes/dia (68,2%) ($p = 0,007$; $\chi^2 = 7,379$). Por outro lado, a maioria (67,7%) dos familiares prestadores de cuidados que integra o aglomerado 2 inspeciona menos a pele do períneo/dia ($p = 0,049$; $\chi^2 = 3,871$) e inspeciona menos as zonas de proeminências ósseas/dia (64,9%) ($p = 0,027$; $\chi^2 = 4,869$).

Contexto das famílias clássicas do concelho de Lisboa que integram pessoas com dependência no autocuidado do aglomerado 1

Considerando as características expostas relativas ao aglomerado 1, no presente estudo, este passará a designar-se por contexto das famílias que integram pessoas com dependência no autocuidado em situação de dependência alectuada, entendido como estado de confinamento ao leito (ACSS, 2010).

Contexto das famílias clássicas do concelho de Lisboa que integram pessoas com dependência no autocuidado do aglomerado 2

Considerando as características expostas relativas ao aglomerado 2, no presente estudo, este parece representar as famílias que integram pessoas com dependência no autocuidado em situação de dependência não alectuada, traduzindo um perfil de dependência designado de menor estado de confinamento ao leito, nesse sentido, passará a designar-se o aglomerado 2 por contexto das famílias que integram pessoa em situação de dependência ambulatória (ACSS, 2010).

3.9. REFERÊNCIAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2010). Codificação dos GDH. On line <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/>.

4. FAMÍLIAS CLÁSSICAS COM UM PARENTE PRÓXIMO INSTITUCIONALIZADO

No que se refere à análise dos resultados decorrentes do formulário subordinado às famílias que referiram ter um parente dependente institucionalizado pretende apresentar-se a caracterização famílias, do alojamento, da instituição, das pessoas dependentes, a decisão de institucionalizar, bem como, os resultados com significado estatístico, na perspectiva exploratória das relações das variáveis.

4.1. PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DE LISBOA QUE TÊM UM PARENTE PRÓXIMO INSTITUCIONALIZADO

Os resultados do estudo permitem aferir que das 2345 famílias inquiridas, 103 famílias responderam afirmativamente à questão “... *tem algum familiar directo institucionalizado*”, permitindo dizer que a proporção de famílias clássicas do concelho de Lisboa que têm um parente próximo institucionalizado é de 4,4%. No entanto, apenas 75 famílias se disponibilizaram a responder à terceira parte do formulário que permitiria caracterizar a família, o alojamento, a instituição a pessoa dependente e a decisão de institucionalizar, pelo que os dados que se apresentam se reportam às 75 famílias.

Tabela 64 – Distribuição das famílias com parente próximo institucionalizado por freguesia

Freguesia	n	%
Ajuda	5	6,7
Alvalade	4	5,3
Anjos	3	4,0
Beato	1	1,3
Benfica	5	6,7
Campo Grande	2	2,7
Campolide	1	1,3
Carnide	3	4,0
Charneca	2	2,7
Encarnação	1	1,3
Lapa	1	1,3
Lumiar	3	4,0
Marvila	3	4,0
Mercês	1	1,3
Penha de França	1	1,3
Prazeres	5	6,7
Santa Engrácia	1	1,3
Santa Isabel	2	2,7
Santa Maria de Belém	2	2,7
Santa Maria dos Olivais	3	4,0
Santo Condestável	3	4,0
Santos o Velho	1	1,3
São Cristóvão São Lourenço	2	2,7
São Domingos de Benfica	4	5,3
São Francisco Xavier	2	2,7
São João	2	2,7
São Jorge de Arroios	2	2,7
São João de Deus	3	4,0
São Nicolau	2	2,7
São Paulo	2	2,7
São Sebastião da Pedreira	2	2,7
Sé	1	1,3
Total	75	100,0

A tabela exposta permite analisar a distribuição da proporção das famílias clássicas de Lisboa que referiram ter um parente próximo institucionalizado e aceitaram responder ao formulário que permite a respetiva caracterização. Assim, as freguesias que se destacam pela maior proporção de famílias com parente próximo institucionalizado são: Ajuda, Benfica e Prazeres com 6,7% cada freguesia; seguidas de Alvalade e São Domingos de Benfica (5,3% cada) e de Anjos, Carnide, Lumiar, Marvila, Santa Maria dos Olivais, Santo Condestável e São Jorge de Arroios (4% cada).

4.2. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA, PESSOA DEPENDENTE, INSTITUIÇÃO E DECISÃO DE INSTITUCIONALIZAR

Tabela 65 - Caracterização do “Familiar Respondente” das famílias com parente institucionalizado

<i>Familiar Respondente</i>	
Mulher	71,6%
Idade	59 anos
Casada/união de facto	57,4%
Filho/Filha; Irmão/Irmã	25,7%; 20,3%
Ens. Básico (1º ciclo); Ens. Superior	26,7%; 24%
Reformado; Trabalhador	34,7%; 58%

Da leitura da tabela verifica-se que o familiar respondente das famílias que refeririam ter um parente próximo institucionalizado é na maioria dos casos mulher (71,6%), casada ou em união de facto (57,4%), trabalhadora (58%) ou reformada (34,7%), concluiu o 1º ciclo do ensino básico (26,7%) ou o ensino superior (24%), a idade média é de 59 anos. O grau de parentesco do familiar respondente encontra-se distribuído maioritariamente pelos filhos (25,7%) e pelos irmãos (20,3%).

Tabela 66 - Caracterização dos parentes próximos institucionalizados

<i>Parente Institucionalizado</i>	
Mulher	64,9%
Idade	83 anos
Viúva	65,7%
Ens. Básico (1º ciclo)	38,9%
Tempo de Dependência (anos)	7 anos (79%)
Tempo de Dependência (meses)	2 meses

Relativamente ao parente próximo institucionalizado é na maioria dos casos mulher (64,9%), viúva (83%), concluiu o 1º ciclo do ensino básico (38,9%), a idade média é de 83 anos. No que se refere ao tempo de dependência, a maioria era dependente há mais de 1 ano quando decorreu a institucionalização, sendo que a média é de 7 anos, nas situações em que dependência era inferior a um ano, o tempo médio de dependência até à institucionalização foi de 2 meses.

Tabela 67 – Caracterização da dependência da pessoa institucionalizada

<i>Dependência</i>		n	%
Motivo da dependência*	Envelhecimento	35	53,8
	Acidente	6	10
	Doença aguda	12	20
	Doença crónica	26	41,3
	Outra	3	5,9
Modo de instalação da dependência	Súbita	13	21,3
	Gradual	48	78,7
	Total	61	100
Atividades em que era notória a dependência**	Alimentar-se	31	49,2
	Transferir-se	32	50
	Usar a cadeira de rodas	19	31,7
	Auto administração de medicação	50	80,6
	Vestir-se	41	65,1
	Arranjar-se	35	55,6
	Cuidar da higiene pessoal	44	69,8
	Tomar banho	54	84,4
	Virar-se	19	30,6
	Usar o sanitário	36	57,1
	Auto elevar-se	35	55,6
	Andar	43	67,2

* Nota: os motivos da Dependência não são mutuamente exclusivos

**As percentagens apresentadas tomam por referência números (n) diferentes de casos (com respostas válidas). Os diferentes domínios do autocuidado não são, necessariamente, mutuamente exclusivos.

Na caracterização da dependência da pessoa institucionalizada verifica-se que o principal motivo de dependência é o envelhecimento (53,8%), seguido da doença crónica (41,3%) e da doença aguda (20%). Relativamente ao modo de instalação da dependência, a maioria das situações relaciona-se com a instalação gradual (78,7%). As atividades em que era notória a dependência, importa destacar “tomar banho” (84,4%) e a “autoadministração de medicação” (80,6%).

Tabela 68 - Caracterização da instituição de institucionalização

<i>Instituição</i>	
Lar	76,7%
Localizado noutra concelho que não Lisboa	50,7%
Concelho do parente institucionalizado é Lisboa	61,1%
Não coabitava com o familiar respondente	81,1%
Mudança de concelho com a institucionalização	54,2%
Tempo de institucionalização	4%

Quanto ao tipo de instituição em que o parente institucionalizado se encontra, observa-se que a maioria se encontra num lar (76,7%), localizado fora do concelho de Lisboa (50,7%), sendo que o concelho de origem do parente institucionalizado é concelho de Lisboa na maioria das situações (61,1%) e que, também, na maioria das situações a institucionalização implicou a mudança de concelho (54,2%). Relativamente à coabitação, a maioria dos parentes institucionalizados não coabitavam com o familiar respondente (81,1%) antes da institucionalização. Acresce ainda dizer, que o tempo médio de institucionalização dos parentes destes familiares respondentes é em média 4 anos.

Tabela 69 – Caracterização dos motivos para institucionalizar

		Nº “Respostas válidas”	Nº respostas “Sim”	%*
Motivos da institucionalização	Dependência no Autocuidado	74	55	74,3
	Défice de apoio informal	72	32	44,4
	Défice de apoio formal	73	30	41,1
	Falta de tempo do respondente	72	25	34,7
	Condições económicas	73	22	30,1
	Alterações da vida social do respondente	73	20	27,4
	Condições de habitação	73	17	23,3
	Outro	54	26	48,1

*Os diferentes motivos para a institucionalização não são mutuamente exclusivos. As percentagens obtidas para cada um dos diferentes motivos derivam de números de “respostas válidas” diferentes.

Relativamente aos motivos da institucionalização assumem maior destaque os que se relacionam com a dependência (74,3%) e as limitações de apoio, seja informal (44,4%) ou formal (41,1%).

Tabela 70 – Caracterização da decisão de institucionalizar

Decisão de institucionalizar	
Família; Parente institucionalizado	51,4%; 27%
Parente institucionalizado foi contrariado	32,4%

No que concerne à decisão de institucionalizar verifica-se que a família (no conjunto) é referida como a principal responsável pela decisão de institucionalizar (51,4%). Note-se que 27% dos parentes institucionalizados foram os principais responsáveis pela decisão. Importa ainda realçar que 32,4% dos parentes institucionalizados, de acordo com o familiar respondente, foram contrariados quanto ao facto de serem institucionalizados.

Tabela 71 – Caracterização dos motivos da escolha e responsabilidade nos custos

		n	%*
Motivos da escolha da instituição	Económicos	26	40
	Proximidade do domicílio	32	47,8
	Qualidade dos serviços	30	46,2
	Outro	14	28
Responsável pelos custos	Comparticipado	9	13,8
	Estado	18	27,7
	Privado	27	41,5
	Outro	11	16,9
Total		65	100

*Os valores percentuais apurados resultam da circunstância do número de respostas válidas para cada item ser diferente e variável.

Da análise da tabela verifica-se que os motivos se encontram distribuídos pela proximidade do domicílio (47,8%), qualidade dos serviços (46,2%) e questões económicas (40%) de forma aproximada pela ordem apresentada. Quanto à responsabilidade pelos custos associados à institucionalização, estes são assegurados pelas famílias (41,5%) e numa segunda posição pelo estado (27,7%).

Tabela 72 – Caracterização do rendimento em função da residência da pessoa dependente

Residência do dependente		Casa		Instituição		Total	
		n	%	n	%	n	%
Rendimento/mês do agregado familiar	Até 250 €	2	2,4	2	4,1	4	3
	De 251€ a 500€	14	16,5	5	10,2	19	14,2
	De 501€ a 1000€	42	49,4	15	30,6	57	42,5
	De 1001€ a 2000€	23	27,1	19	38,8	42	31,3
	De 2001€ a 5000€	4	4,7	6	12,2	10	7,5
	Mais de 5000€	0	0	2	4,1	2	1,5

Relativamente ao rendimento do agregado familiar por mês da família com parente institucionalizado optou-se por apresentar os resultados em paralelo com os resultados dos agregados familiares que integram uma pessoa dependente em ambiente domiciliar, assim importa destacar que a maioria (68,3%) das famílias cujas pessoas dependentes se encontram em casa integradas na família tem rendimentos inferiores a 1000€ (49,4% dos casos do agregado familiar tem rendimentos mensais de 501€ a 1000€, 27,1% tem um

rendimento de 1001€ a 2000€ e 4,7% entre 2001€ e 5000€). No entanto, a maioria das famílias com “parentes institucionalizados” tem rendimentos acima dos 1001€ mensais (57,1%).

4.3. INSTITUCIONALIZAR OU MANTER EM CASA A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO: INFLUÊNCIA DA IDADE E DO ESTADO CIVIL DA PESSOA DEPENDENTE E DO RENDIMENTO/MÊS DO AGREGADO FAMILIAR

Tabela 73 - Diferença entre integração familiar da PDA/ institucionalização e idade

					T - Student	
	PDA	N.º	Média	DP	t-test	p
Idade	Casa	122	72,57	18,94	-5,198	,000
	Instituição	75	83,08	9,26		

Da análise dos resultados referentes às famílias que referiram ter parente dependente no autocuidado institucionalizado, importa realçar, que os familiares com mais idade tendem a institucionalizar o parente dependente no autocuidado ($p = 0,000$; $t = -5,198$).

Tabela 74 - Diferença entre integração familiar da PDA/ institucionalização e estado civil

			PDA			Chi- Square		
			Casa	Instituição	Total	Chi-Square	p	
Estado Civil	Casado	N.º	51	16	67	11,73	,008	
		%	42,9%	22,9%	35,4%			
	Divorciado	N.º	4	1	5			
		%	3,4%	1,4%	2,6%			
	Solteiro	N.º	16	7	23			
		%	13,4%	10,0%	12,2%			
	Viúvo	N.º	48	46	94			
		%	40,3%	65,7%	49,7%			
	Total			119	70			189
				100,0%	100,0%			100,0%

Os resultados revelam que os familiares viúvos tendem a institucionalizar o parente dependente no autocuidado, enquanto que, os familiares casados tendem a integrar o parente dependente no autocuidado no domicílio familiar ($p = 0,008$; $\chi^2 = 11,73$).

Tabela 75 - Diferença entre integração familiar da PDA/ institucionalização e rendimento do agregado

	PDA	N.º	Mean Rank	Kruskal Wallis	
				Chi-Square	p
Rendimento/mês do agregado familiar da PDA	Casa	85	61,52	6,195	,013
	Instituição	49	77,87		

Da leitura da tabela é possível afirmar, que os resultados obtidos demonstram que as famílias com maior rendimento por mês no agregado familiar tendem a institucionalizar ($p=0,013$; $\chi^2_{KW}=6,195$).

5. A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO COMPARAÇÃO DE RESULTADOS DOS CONCELHOS: LISBOA E PORTO

No início do presente relatório foi referido que este estudo, no que concerne aos objetivos e metodologia, foi igualmente realizado no concelho do Porto, por outro investigador, no âmbito do mesmo programa de doutoramento e sob a mesma orientação. Na posse dos resultados foi decidido na equipa de investigação proceder-se a uma análise comparativa entre os dois concelhos, assim, a realização e divulgação da referida análise é partilhada pelos dois investigadores de acordo com o seguinte critério: o investigador de Lisboa dedica a análise comparativa entre os dois concelhos à pessoa dependente no autocuidado integrada em ambiente familiar, envolvendo as variáveis de caracterização da pessoa dependente, tais como variáveis sociodemográficas (incluindo as características do alojamento), a dependência no autocuidado e a condição de saúde, enquanto o investigador do Porto se dedica às variáveis de caracterização do familiar prestador de cuidados, que incluem as variáveis sociodemográficas, a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, os cuidados prestados e os recursos utilizados.

5.1. ALOJAMENTO, FAMÍLIA E PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Tabela 76 – Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e alojamento

	Concelho	N.º	Média	DP	T-Student	
					t-test	p
N.º divisões alojamento/ ocupante agregado	Lisboa	88	1,98	1,19	-3,378	,015
	Porto	132	2,61	1,57		

Relativamente às características do alojamento da família que acolhe a pessoa dependente no autocuidado, em Lisboa e no Porto, poderá dizer-se que são semelhantes.

As diferenças identificadas estatisticamente significativas reportam-se ao número de divisões do alojamento na relação com o número de ocupantes do agregado familiar, que se verifica superior no Porto, sendo possível afirmar que as famílias clássicas no concelho do Porto que acolhem uma pessoa dependente no autocuidado residem num alojamento com maior número de divisões por ocupante do agregado (média de 2.6 divisões por ocupante, com desvio padrão de 1.6 e em Lisboa 1.9 divisões por ocupante, com desvio padrão de 1.2) ($p = 0,015$; $t = -3,378$).

Tabela 77 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e tempo de dependência da PDA

					T-Student	
	Concelho	N.º	Média	DP	t-test	p
Tempo de dependência em anos	Lisboa	121	6,93	9,93	1,239	,004
	Porto	162	5,61	7,06		

O mesmo sucede no que se refere ao perfil de dependência da pessoa dependente no autocuidado integrada em ambiente familiar, que é semelhante nas duas cidades, identificando-se apenas diferenças, estatisticamente significativas, no que se refere ao tempo de dependência, podendo dizer-se que os familiares dependentes no autocuidado acolhidos pelas famílias em Lisboa apresentam maior tempo de dependência no autocuidado que as pessoas dependentes no autocuidado integradas nas famílias do concelho do Porto (em média 6.9 anos em Lisboa e 5.6 anos no Porto, com um desvio padrão de 9.9 e 7 respetivamente) ($p = 0,004$; $t = 1,239$).

Tabela 78 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e nível de escolaridade da PDA

	Concelho	N.º	Mean Rank	Soma Ordens	Mann-Whitney	p
Nível de escolaridade	Lisboa	119	156,26	18594,50	6514,50	,000
PDA	Porto	151	119,14	17990,50		

Os resultados expostos na tabela demonstram, que o nível de escolaridade da pessoa dependente no autocuidado integrada em ambiente familiar difere nos dois concelhos, podendo dizer-se que o nível de escolaridade da pessoa dependente no

autocuidado integrada em ambiente familiar é superior no concelho de Lisboa ($p = 0,000$; $MW=6514,50$).

Tabela 79 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e características da pessoa dependente no autocuidado

			Concelhos		Chi- Square	
			Lisboa	Porto	Chi-Square	<i>p</i>
PDA						
Tipo de família	Clássica s/ núcleos ou c/ 1 núcleo	N.º	105	153	6,045	,014
		%	86,8%	95,0%		
	Clássica c/ 2 ou mais núcleos	N.º	16	8		
		%	13,2%	5,0%		
	Total		121	161		
		%	100,0%	100,0%		
Idade	18-65	N.º	28	19	7,173	,028
		%	23,3%	11,7%		
	65-80	N.º	39	54		
		%	32,5%	33,3%		
	> 80	N.º	53	89		
		%	44,2%	54,9%		
	Total	N.º	120	162		
		%	100,0%	100,0%		
Modo de instalação da dependência	Gradual	N.º	71	109	3,038	,054
		%	60,7%	70,8%		
	Súbita	N.º	46	45		
		%	39,3%	29,2%		
	Total	N.º	117	154		
		%	100,0%	100,0%		
Estado civil	Casado / união facto	N.º	49	51	3,999	,059
		%	41,9%	32,3%		
	Divorciado	N.º	4	3		
		%	3,4%	1,9%		
	Solteiro	N.º	16	22		
		%	13,7%	13,9%		
	Viúvo	N.º	48	82		
		%	41,0%	51,9%		
	Total	N.º	117	158		
		%	100,0%	100,0%		

As características da pessoa dependente no autocuidado no contexto familiar são idênticas nos dois concelhos, com exceção: do nível de escolaridade, analisado anteriormente; da idade, em que nos dois concelhos a maioria das pessoas dependentes no autocuidado, no contexto em estudo, apresenta idade igual ou superior a 80 anos, apesar de que, em Lisboa existem mais pessoas dependentes no autocuidado com idade entre os 18 e os 65 anos (23.3%) do que no Porto (11.7%) ($p = 0,025$; $MW=7,173$) e do estado civil, em que, nos dois concelhos a maioria das pessoas dependentes no autocuidado é casada ou viúva, contudo, em Lisboa existem mais pessoas dependentes no autocuidado casadas (Lisboa tem 41.9% e o Porto 32.3%) e no Porto mais pessoas dependentes no autocuidado viúvas (Porto tem 51.9% e Lisboa 41%) ($p = 0,054$; $MW=3,038$).

No que se refere ao tipo de família, nos dois concelhos a maioria das famílias que integra pessoa dependente no autocuidado é do tipo sem núcleos ou com um núcleo, no entanto, Lisboa tem maior número de famílias com dois ou mais núcleos que integra pessoas dependentes no autocuidado (13.2%) do que o Porto (5%) ($p = 0,014$; $MW=6,045$).

No que diz respeito ao modo de instalação da dependência, verifica-se que, nos dois concelhos a maioria das situações de dependência decorre de instalação gradual, no entanto, Lisboa apresenta mais situações em que a instalação assume uma expressão súbita (39,3% em Lisboa e 29.2% no Porto) e o Porto mais situações de instalação gradual (70.8% no Porto e 60.7% em Lisboa) ($p = 0,059$; $MW=3,999$).

5.2. DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Tabela 80 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e dependência para *alimentar-se*

Domínios	Concelhos		Chi- Square		p	
	Lisboa	Porto	Chi-Square			
Dependência						
Alimentar-se	Não participa	N.º	16	22	7,818	,050
		%	13,2%	13,7%		
	Nec. ajuda pessoas	N.º	56	97		
		%	46,3%	60,2%		
	Nec. equipamento	N.º	1	0		
		%	,8%	,0%		
	Independente	N.º	48	42		
	%	39,7%	26,1%			
Total	N.º	121	161			
	%	44,4%	22,7%			

No estudo comparativo do grau de dependência em pessoas dependentes no autocuidado integrados em ambiente familiar, observado nos dois os concelhos, poderá dizer-se que na globalidade, considerando as características da dependência estudadas, o perfil da dependência é muito semelhante. No entanto, identificam-se algumas especificidades com diferenças estatisticamente significativas que valerá a pena reportar, nomeadamente, no que se refere à dependência no autocuidado no domínio alimentar-se, em que se verifica que os dois concelhos apresentam uma distribuição de pessoas dependentes no autocuidado que não participam em proporções semelhantes (13.2% em Lisboa e 13.7% no Porto), contudo, o Porto regista maior número de pessoas dependentes no autocuidado que necessitam de ajuda neste domínio (60.2%) do que Lisboa (46.3%), enquanto que, Lisboa tem mais pessoas que necessitam de equipamento neste domínio (8%) do que o Porto (0%) e mais pessoas independentes neste domínio (39.7%) que o Porto (26.1%) ($p=0,050$; $\chi^2=7,818$).

Tabela 81 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e dependência para *usar a cadeira de rodas*

Domínios		Concelhos		Chi- Square		
		Lisboa	Porto	Chi-Square	p	
Dependência						
Usar a cadeira de rodas	Não participa	N.º	7	16	7,893	,048
		%	38,9%	72,7%		
	Nec. ajuda pessoas	N.º	8	5		
		%	44,4%	22,7%		
	Nec. equipamento	N.º	0	1		
		%	,0%	4,5%		
	Independente	N.º	3	0		
	%	16,7%	,0%			
Total	N.º	18	22			

A dependência no autocuidado no domínio que integra o uso da cadeira de rodas apresenta uma distribuição própria em cada concelho. Em Lisboa, as pessoas com dependência no autocuidado, que usam mais a cadeira de rodas necessitando de ajuda de pessoa, são em maior proporção (44.4%) do que no Porto (22.7%). O cenário repete-se nas pessoas dependentes no autocuidado que são independentes no uso da cadeira de rodas, em Lisboa são 16.7% e no Porto não se registou nenhum caso. No Porto, as pessoas dependentes no autocuidado, que não participam neste domínio, usam mais a cadeira de rodas que em Lisboa (72.7% no Porto e 38.9% em Lisboa), o mesmo acontece com as pessoas que necessitam de equipamento (Porto 4.5% e Lisboa 0%) ($p=0,048$; $\chi^2=7,893$).

Tabela 82 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e dependência para *uso do sanitário*

Domínios		Concelhos		Chi- Square		
		Lisboa	Porto	Chi-Square	p	
Dependência						
Uso do sanitário	Não participa	N.º	15	30	12,847	,005
		%	12,4%	18,6%		
	Nec. ajuda pessoas	N.º	47	43		
		%	38,8%	26,7%		
	Nec. equipamento	N.º	11	4		
		%	9,1%	2,5%		
	Independente	N.º	48	84		
	%	39,7%	52,2%			
Total	N.º	121	161			

No domínio uso do sanitário observa-se igualmente, uma distribuição distinta entre os dois concelhos. O Porto apresenta maior proporção de pessoas dependentes no autocuidado que que não participam (18.6% e Lisboa 12.4%). Contudo, em Lisboa identificam-se mais pessoas dependentes no autocuidado que necessitam de ajuda de pessoas neste domínio (38.8% e no Porto 26.7%). Da mesma forma, que em Lisboa existem mais pessoas que necessitam de equipamento neste domínio (9.1%) que no Porto (2.5%). Verificando-se ainda, que no Porto existem mais pessoas dependentes no autocuidado que são independentes no uso do sanitário (52.2%) que em Lisboa (39.7%) ($p = 0,005$; $\chi^2 = 12,847$).

5.3. CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

No que concerne à condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado em contexto familiar, verifica-se que nos dois concelhos a condição de saúde é semelhante. Contudo, identificam-se algumas diferenças, apesar de não se constituírem diferenças estatisticamente significativas, permitindo revelar aquilo que pode constituir um efeito substantivo, ou seja, que poderemos estar na presença de diferenças sem “evidência suficientemente forte para provar que essas diferenças eram significativas” (Loureiro & Gameiro, 2011:159).

Tabela 83 - Relação entre concelhos (Lisboa e Porto) e condição de saúde da PDA

		Concelhos		Chi- Square		
		Lisboa	Porto	Chi-Square	p	
Quedas no último mês	Sim	N.º	19	39	1,19	0,175
		%	19,80%	25,80%		
	Não	N.º	77	112		
		%	80,20%	74,20%		
	Total	N.º	96	151		
Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele	Sim	N.º	14	26	0,282	0,365
		%	14,00%	16,50%		
	Não	N.º	86	132		
		%	86,00%	83,50%		
	Total	N.º	100	158		
Presença de sinais aparentes de desidratação	Sim	N.º	18	23	3,096	0,06
		%	28,60%	17,60%		
	Não	N.º	45	108		
		%	71,40%	82,40%		
	Total	N.º	63	131		
Presença de sinais aparentes de desnutrição	Sim	N.º	12	7	8,654	0,005
		%	18,50%	5,30%		
	Não	N.º	53	125		
		%	81,50%	94,70%		
	Total	N.º	65	132		
Presença de sinais aparentes de rigidez articular	Sim	N.º	42	86	0,043	0,477
		%	62,70%	64,20%		
	Não	N.º	25	48		
		%	37,30%	35,80%		
	Total	N.º	67	134		
Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório	Sim	N.º	5	10	0,014	0,555
		%	8,10%	7,60%		
	Não	N.º	57	122		
		%	91,90%	92,40%		
	Total	N.º	62	132		
Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente	Sim	N.º	9	27	0,893	0,23
		%	14,80%	20,50%		
	Não	N.º	52	105		
		%	85,20%	79,50%		
	Total	N.º	61	132		
Presença de sinais condição de vestuário deficiente	Sim	N.º	14	24	0,600	0,278
		%	23,00%	18,20%		
	Não	N.º	47	108		
		%	77,00%	81,80%		
	Total	N.º	61	132		
Presença de sinais de alteração do estado mental	Sim	N.º	33	47	0,138	0,408
		%	29,20%	31,30%		
	Não	N.º	80	103		
		%	70,80%	68,70%		
	Total	N.º	113	150		

Assim, o Porto: no número de quedas no último mês (à data da colheita de dados), regista maior número de quedas (25.8%) que em Lisboa (19.8%); regista ainda maior número de pessoas com dependência no autocuidado com presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele (16.5%, Lisboa com 14%); maior número de casos com presença de sinais de rigidez articular (64.2%) que Lisboa (62.7%); maior número de casos com presença de sinais aparentes de condição de higiene e asseio deficiente (20.5%, Lisboa com 14.8%) e maior número de casos com presença de sinais aparentes de alteração do estado mental (31.3%, Lisboa com 29.2%).

Por outro lado, em Lisboa: registam-se maior número de pessoas dependentes no autocuidado com presença de sinais aparentes de desidratação (28.3%) que no Porto (17.6%); maior número de casos com presença de sinais aparentes de compromisso respiratório (8,1%) que no Porto (7.6%); maior número de casos com presença de sinais aparentes de condição de vestuário deficiente (23%) que no Porto (18.2%) e maior número de casos com presença de sinais aparentes de desnutrição (18,5%) que no Porto (5.3%), neste caso com diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,005$; $\chi^2 = 8,654$).

6. CONTEXTO DAS FAMÍLIAS CLÁSSICAS DE LISBOA QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

As respostas à transição demográfica e familiar retratada no enquadramento teórico deste trabalho registam-se no aumento do número e das diferentes estruturas residências para idosos que decorrem do aumento da procura desses serviços. No entanto, apesar dos apoios públicos e governamentais atribuídos a estas estruturas, não existe evidência de que estas constituem as melhores respostas, a realidade traduz que os cuidados prestados em residências seniores são multidimensionais, com instalações físicas e dinâmicas de prestação de serviços díspares entre si, podendo ser considerado o contexto político, social e económico em que surgem (Unruh, Zhang & Wan, 2006; Innes, 2011). A família enquanto contexto de cuidados, pode constituir uma resposta acreditada mediante o debate aprofundado dedicado às características dos seus utilizadores e do apoio que se considera adequado ao serviço que desempenha na sociedade.

Figura 3 - Contexto da família clássica que integra a pessoa dependente no autocuidado, análise multidimensional



A figura apresentada pretende expor graficamente a abordagem multidimensional do fenómeno em estudo, enquanto perspectiva integradora que se considera premente no âmbito da assistência de enfermagem.

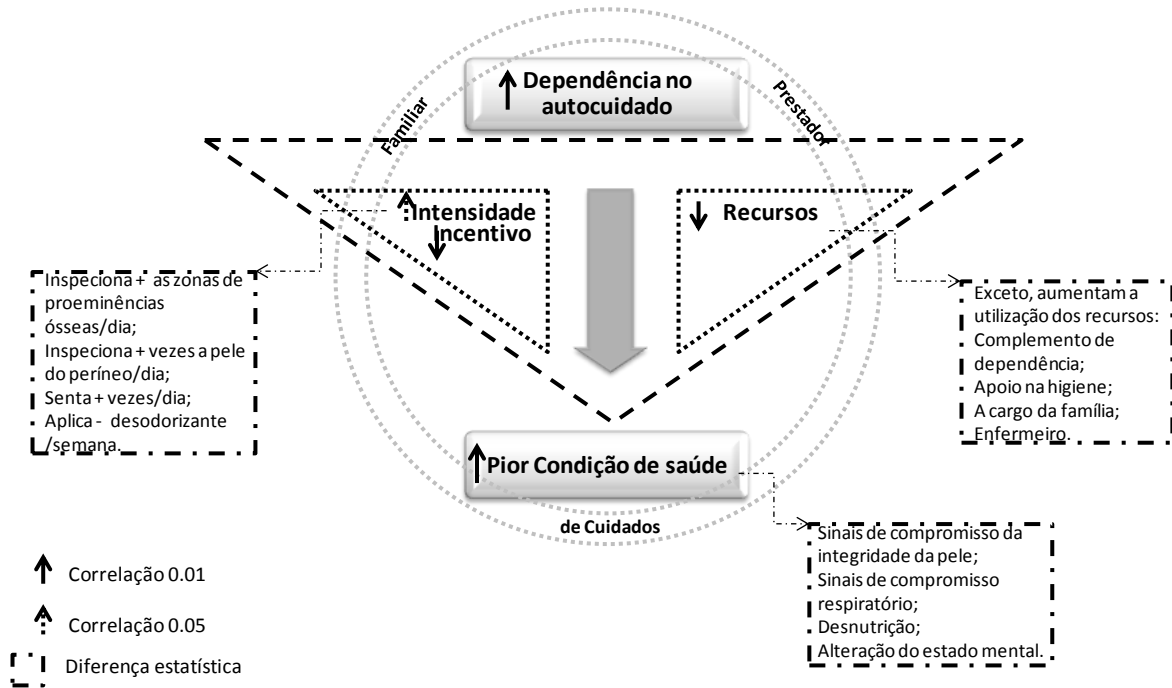
Nos resultados que traduzem a prestação do familiar cuidador importa notar que nela devem estar refletidas as especificidades do parente dependente, uma vez que, a prestação de cuidados implicou a integração do conhecimento sobre a pessoa dependente, como as características da sua identidade, preocupações e conhecimento específico relativo à doença crónica (Schumacher *et al.*, 2000).

Contexto da dependência da pessoa dependente no autocuidado em seio familiar

O estudo de Backman & Hentinen (1999) revela que a alteração das atividades de autocuidado, na perspectiva da diminuição do cuidado a si próprio (abandono de algumas práticas diárias) está relacionado com o sentimento de solidão, percecionado pelas pessoas idosas, que por sua vez, parece estar relacionado com a diminuição da capacidade funcional (Oksoo, 1999). O aspeto referido releva pelas características do familiar prestador de cuidados que tende a ser de idade avançada, o que também acontece no estudo que aqui se reporta, em que 46% dos familiares cuidadores tem mais de 65 anos. Olivera *et al.* (2010) e Amaral & Vicente (2000) nos seus estudos constataram que a relação entre as variáveis dependência funcional e grupo etário se reflete de significado estatístico, as pessoas mais velhas apresentam maior dependência funcional.

No entanto, no presente estudo esta relação (idade do prestador e cuidados prestados) não se verifica, as diferenças identificadas nos cuidados prestados relacionam-se com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado.

Figura 4 - Análise do contexto de maior dependência no autocuidado



A figura apresentada pretende expor de forma resumida os principais resultados obtidos relativos ao grau de dependência e como este se relaciona com as outras dimensões. Nesta linha, importa então dizer que os resultados evidenciam diferenças no grau de dependência da pessoa dependente e nos cuidados prestados às PDA, assim, nas PDA que necessitam de ajuda de pessoa, a intensidade dos cuidados prestados é maior que nas PDA que não participam ($p = 0,001$; $\chi^2_{KW} = 13,425$).

A evidência suporta que na situação de maior dependência a prestação de cuidados reveste-se de maior intensidade no que se refere a inspecionar mais as zonas de proeminência óssea ($p = 0,02$; $MW = 91,50$) e a pele do períneo por dia ($p = 0,001$; $MW = 127,50$), a aplicar menos desodorizante por semana ($p = 0,011$; $MW = 127,00$) e sentar menos vezes o doente por dia ($p = 0,05$; $MW = 68,00$). É ainda possível afirmar que nas PDA que precisam de ajuda de pessoa ou que necessitam de equipamento, o incentivo à autonomia da pessoa dependente na prestação de cuidados é maior que nas PDA que não participam, ou seja, as PDA com maior dependência recebem cuidados de menor incentivo para a autonomia ($p = 0,024$; $\chi^2_{KW} = 7,448$). Encontrando-se em linha com Sequeira (2007) ao referir que os cuidados inerentes à situação do doente influenciam o desempenho da prestação de cuidados do cuidador. Nos cuidados à pessoa dependente no autocuidado em

situação de maior dependência, o padrão de cuidados prestados identificado não visa o incentivo para a autonomia da pessoa dependente, considera-se que esta constitui uma necessidade de intervenção, na medida em que é conhecido que apesar do processo natural de envelhecimento ter associado um determinado grau de diminuição do desempenho físico, a conservação da atividade física permite adiar esse declínio funcional que decorre da idade avançada (Frisard *et al.*, 2007).

No que se refere aos recursos utilizados, também se identificam diferenças em relação ao grau de dependência, sendo que, nas PDA que necessitam de equipamento no seu autocuidado a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários é maior que nas PDA que não participam no autocuidado ($p = 0,022$; $\chi^2_{KW} = 7,593$).

Os resultados apurados permitem ainda verificar diferenças entre a situação de dependência e a condição de saúde da PDA, de forma que as PDA com maior dependência no autocuidado expõem pior condição de saúde, na medida em que apresentam sinais aparentes de compromisso da integridade da pele ($p = 0,01$; $MW = 257,50$), de desnutrição ($p = 0,014$; $MW = 172,50$), de compromisso respiratório e de alteração do estado mental ($p = 0,000$; $MW = 389,50$).

Nas PDA com dependência no autocuidado do tipo necessidade de equipamento, a prestação de cuidados caracteriza-se por ser em menor intensidade, possivelmente pelo tipo de dependência lhes conferir a possibilidade de se autocuidarem apenas com recurso a equipamento. Em harmonia com estes resultados surge a evidência de que as pessoas com este nível de dependência apresentam maior taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários que as que não participam no autocuidado ($p = 0,022$; $\chi^2_{KW} = 7,593$) e que os equipamentos utilizados se associam a pessoas com menor dependência, como os equipamentos de suporte na deambulação. Assim, poderá dizer-se, que parece existir um tipo de dependência em que o recurso a equipamentos parece corresponder às suas necessidades de autocuidado. Os resultados demonstram ainda diferenças entre o tipo de família e a taxa de utilização de recursos, sendo que nas famílias clássicas sem núcleos ou com um núcleo a taxa de utilização de equipamentos considerados necessários é maior ($p = 0,013$; $MW = 384,50$), o que poderá ser concernente com a tendência de famílias mais numerosas acolherem pessoas dependentes em situação de dependência menos elevada.

Percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel no contexto da dependência da pessoa dependente no autocuidado em seio familiar

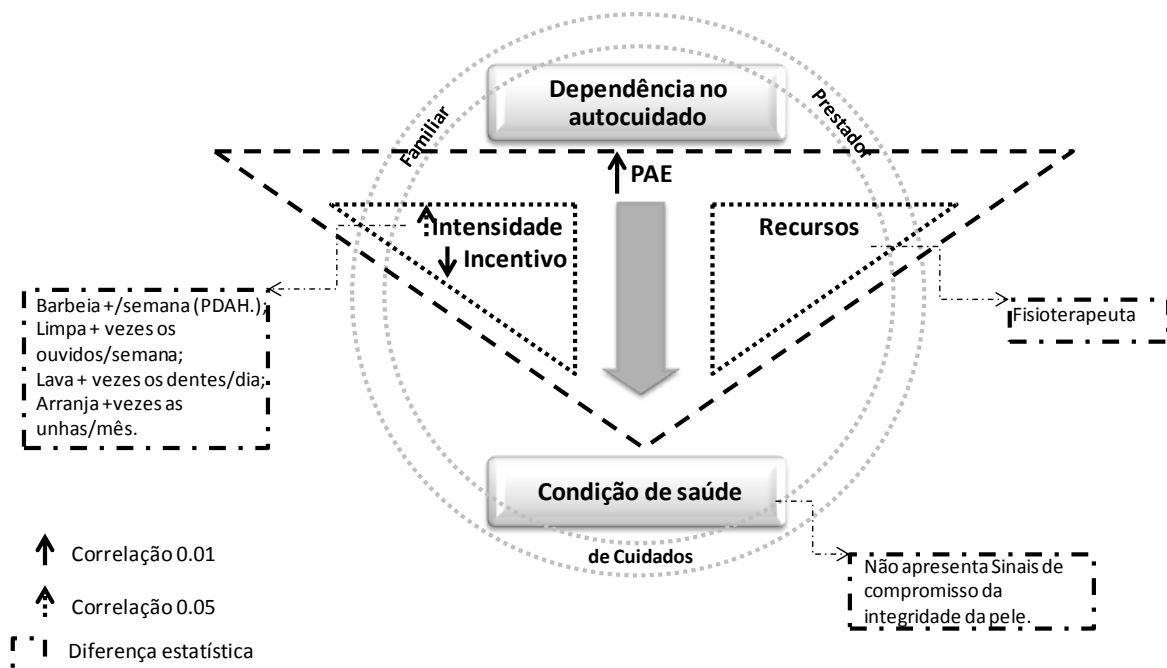
No âmbito da prestação de cuidados em ambiente familiar, os familiares prestadores de cuidados podem apresentar diferentes níveis de competência nos diferentes domínios (Schumacher *et al.*, 2000), assim, para além da análise global, a análise da competência foi realizada por domínio do autocuidado, possibilitando a identificação de perfis de competência, tal como se verifica relativamente aos domínios de percepção de autoeficácia em alimentar-se, usar o sanitário e vestir-se, onde os familiares estudados apresentam uma percepção de autoeficácia muito positiva. Por outro lado, nos domínios andar e tomar banho, reveladores de maior dependência, os familiares apresentam uma percepção de autoeficácia intermédia e nos domínios tomar a medicação, transferir e posicionar, os familiares cuidadores apresentam uma percepção de autoeficácia inferior, podendo considerar-se que estes últimos domínios se encontram associados a uma dependência do tipo acamado, ou grande dependente. Importa notar que os domínios aceder, negociar, providenciar e ajustar apresentam igualmente, uma percepção de autoeficácia desfavorável. A análise descritiva efetuada parecia sugerir o agrupamento da PAE em função dos 3 grandes grupos de dependência identificados: entre 20% a 30% dos casos apresentam dependência nos domínios posicionar-se, levantar-se e transferir-se, traduzindo os domínios do autocuidado que refletem menor mobilidade e conseqüentemente maior dependência; entre 50% a 60% dos casos apresentam dependência nos domínios usar o sanitário, andar, tomar banho e alimentar-se; entre 60% e 70% dos casos apresentam dependência nos domínios vestir-se, arranjar-se e tomar banho, refletindo as pessoas dependentes que apresentam maior mobilidade. Na linha desta equação poderia dizer-se que é sugestivo que a PAE do familiar cuidador seja muito positiva na prestação de cuidados a pessoas dependentes no autocuidado que andam sem ajuda, que a PAE do familiar cuidador seja intermédia na prestação de cuidados a pessoas dependentes no autocuidado que andam com ajuda e que a PAE do familiar cuidador seja negativa na prestação de cuidados a pessoas dependentes no autocuidado que não andam.

Decorrente desta análise importa dizer que o familiar prestador de cuidados pode ser competente no agir e providenciar sem ser competente na aquisição de serviços ou na negociação com o sistema de saúde, e que nesse sentido, se reveste de importância o

acompanhamento e avaliação da competência do prestador de cuidados com vista a conduzi-lo num percurso evolutivo da sua prestação de cuidados (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990).

Pelos resultados obtidos, identificando os domínios e as atividades em que os familiares prestadores de cuidados referem menor perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, esta constitui uma necessidade na perspetiva da intervenção de enfermagem, em que o enfermeiro deverá atuar no sentido de capacitar o prestador de cuidados e de permitir que o próprio reconheça a sua habilidade. Esta análise encontra-se em linha com Bandura (1997), no sentido em que, segundo este o prestador de cuidados agirá em função da convicção que possui na sua competência para o desempenho de determinada tarefa, uma vez que, a perceção de autoeficácia regula a motivação para o desempenho das atividades, ajustando as aspirações e os resultados esperados em consequência do investimento realizado pela pessoa.

Figura 5 - Análise do contexto de maior PAE na situação da pessoa com dependência no autocuidado



Por outro lado, Schumacher, Stewart & Archbold (1998), consideram, que a autoeficácia é insuficiente para o conhecimento da qualidade dos cuidados prestados do membro familiar prestador de cuidados, podendo a sua perceção de autoeficácia ser

elevada, sentir-se bem preparado para prestar bons cuidados e, no entanto, os resultados não serem coincidentes com esta percepção. A este propósito procedeu-se à análise das dimensões mencionadas, tal como se encontra traduzido na figura. Assim, a evidência que decorre da presente investigação suporta que existem diferenças entre os cuidados prestados e a percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, podendo dizer-se que a intensidade dos cuidados é maior nos prestadores de cuidados com percepção de muito competente ($p = 0,001$; $\chi^2_{KW} = 15,146$), e que o incentivo à autonomia da pessoa dependente na prestação de cuidados apresenta o mesmo comportamento quando em função da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, ou seja, o incentivo à autonomia é maior nos cuidados prestados por familiares cuidadores com maior percepção de competência ($p = 0,045$; $\chi^2_{KW} = 6,219$).

Nos resultados obtidos, a maior percepção de competência do familiar reflete-se em diferenças na intensidade dos cuidados prestados, concretamente, o familiar prestador de cuidados que se percebe mais competente barbeia mais o seu familiar dependente (masculino) por semana ($p = 0,37$; $MW = 35,00$), limpa mais vezes os ouvidos por semana ($p = 0,037$; $MW = 111,00$), lava mais vezes os dentes por dia ($p = 0,022$; $MW = 183,50$) e arranja mais as unhas por mês ($p = 0,007$; $MW = 384,00$).

No que concerne aos domínios específicos da dependência no autocuidado identificam-se diferenças entre a percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel e os cuidados prestados, nomeadamente, face à dependência transferir-se, o familiar prestador de cuidados que se sente mais competente face à dependência no autocuidado transfere inspeciona mais as zonas de proeminências ósseas por dia ($p = 0,013$; $MW = 62,00$) e massaja mais vezes as zonas de proeminências ósseas por dia ($p = 0,030$; $MW = 74,50$); face à dependência no autocuidado para posicionar, mobiliza mais os membros inferiores ($p = 0,060$; $MW = 42,00$) e superiores ($p = 0,019$; $MW = 50,00$) por dia, assim como, massaja mais vezes as zonas de proeminências ósseas por dia ($p = 0,035$; $MW = 56,50$) e senta mais vezes o familiar dependente por dia ($p = 0,015$; $MW = 35,00$).

Para Schumacher *et al.* (2000) o desenvolvimento de habilidades entre os familiares prestadores de cuidados requer prática e experiência, sugerindo que podem

mudar com o tempo. Também Benner, Tanner & Chesla (1996) sugerem que o desenvolvimento de competências dos familiares prestadores de cuidados, à semelhança do que acontece em outras situações, também exige prática e experiência, pelo que a sua aquisição poderá decorrer ao longo dos anos. Grobe, Ilstrup & Ahmann (1981) no estudo que realizaram com cuidadores de pessoas com cancro em fase de evolução avançada identificaram diversos tipos de competências necessárias, sendo que os cuidadores estudados referiram que a sua aprendizagem se processou através de tentativa e erro.

Os resultados da investigação que aqui se reporta não demonstram que a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel ou a condição de saúde, enquanto possíveis indicadores de mestria do familiar prestador de cuidados, se relacionem com maior experiência, na perspetiva da dimensão temporal, no exercício do papel de cuidador, ou seja, não fica demonstrada que cuidadores mais experientes se percecionem mais competentes e que a pessoa dependente no autocuidado cuidada por familiares mais experientes apresente melhor condição de saúde.

Contudo, a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel pode ser elevada e os resultados não demonstram competência, da mesma forma, a perceção de autoeficácia pode ser reduzida e os resultados demonstrarem competência. É neste sentido que se equaciona a condição de saúde como indicador de mestria do prestador de cuidados.

A propósito dos resultados não revelarem que o aumento da experiência do cuidador aumenta a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel ou apresenta implicações favoráveis na condição de saúde da pessoa, este facto é revelador da necessidade de intervenção. De acordo com o estudo de Figueiredo (2007) e Santos & Peixoto (2009) a perceção de competência do cuidador permite-lhe acreditar nas suas capacidades, constituindo uma das estratégias de *coping* mais eficazes, permitindo igualmente que intervenções profissionais baseadas na capacitação e reconhecimento das competências do cuidador alcancem melhores resultados (Nolan, Grant & Keady, 1996). As estratégias de *coping* devem ser alvo de intervenção dos profissionais na medida da sua ativação ou reajuste com vista a melhorar a sua competência. O investimento no aumento da perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel constitui igualmente uma

área que poderá ser âmbito de intervenção da enfermagem, no sentido de conferir, ao prestador, confiança no seu desempenho pela eficácia das suas atividades.

No âmbito da avaliação de autoeficácia, Campbell *et al.* (2007) sugerem que esta se encontra negativamente associada com a depressão, ansiedade e fadiga do prestador de cuidados, na medida em que a perceção de autoeficácia elevada conduz a uma melhor adaptação aos sintomas da pessoa dependente, permitindo-lhe continuar a cuidar, confirmado por Ducharme *et al.* (2007) acrescenta que a autoeficácia atua como moderadora na perceção da carga associada ao papel de prestador de cuidados.

Considerando a possibilidade das doenças crónicas estarem fortemente relacionadas com o processo de envelhecimento, associando o facto de os FPC serem na maioria pessoas envelhecidas, é possível refletir que grande parte dos FPC estudados apresenta doença crónica, assim de acordo com Bandura (2004) as pessoas com uma elevada perceção de autoeficácia detentores de doença crónica apresentam estratégias mais eficazes perante as dificuldades, podendo levar a que permaneçam cuidadores mesmo sem a perceção de competência e com apoios reduzidos.

No que se reporta à presente investigação os resultados revelam que se verificam diferenças na perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel e no rendimento auferido, sendo que o familiar cuidador se sente mais competente em situações que detém mais rendimento ($p = 0,028$; $\chi^2_{KW} = 7,162$). Na medida em que os recursos económicos não constituem um constrangimento, o prestador de cuidados percebe-se mais competente, eventualmente relacionado com as possibilidades que equaciona, ainda que sem a respetiva ativação, em parte relacionado com o desconhecimento da sua existência e do seu funcionamento. Os recursos económicos, materiais e sociais, como os rendimentos, alojamento e rede social, enquanto recursos externos, funcionam como potenciais estratégias de *coping* (Lazarus, 1993; Quine & Pahl, 1991). Esta consideração encontra-se exposta nos resultados da presente investigação na medida em que os familiares prestadores de cuidados com mais rendimento por membro do agregado familiar percebem maior autoeficácia.

Independente do rendimento, os resultados demonstram diferenças entre a perceção de autoeficácia e ser prestador masculino ou feminino, sustentando que as mulheres se percebem mais competentes que os homens ($p = 0,003$; $MW = 463,50$). O facto de as

mulheres se perceberem mais competentes parece estar de acordo com o referido por Schumacher *et al.* (2000), no sentido em que afirma, que a prestação de cuidados é mais eficaz nas dimensões em que o prestador de cuidados apresenta características inatas para o desempenho habitual de atividades relacionadas, precedentes ao papel de prestador de cuidados. Assim, um prestador de cuidados competente na gestão do regime terapêutico pode sugerir que tinha competência no âmbito da gestão doméstica. O que poderá igualmente corroborar as diferenças identificadas nos resultados do presente trabalho reveladores de que os homens, enquanto familiares cuidadores, integram mais recursos na prestação de cuidados ($p = 0,005$; $MW = 448,00$), possivelmente relacionado com o facto de que tradicionalmente os homens se encontram mais associados a profissões mecanizadas e a profissões que envolvam coordenação (Houde, 2001).

Da mesma forma, no que concerne aos recursos, identificam-se diferenças na PAE, podendo dizer-se que o familiar da pessoa dependente no autocuidado que se percebe mais competente utiliza o recurso fisioterapeuta ($p = 0,006$; $MW = 464,00$). Importa notar a ausência à referência do recurso ao enfermeiro.

A evidência resultante do estudo que aqui se reporta, sustenta que a percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel se reflete na condição de saúde, identificam-se diferenças no sentido em que a pessoa dependente no autocuidado não apresenta sinais aparentes de compromisso da integridade da pele quando o FPC se percebe mais competente ($p = 0,008$; $MW = 192,00$).

No entanto, a condição de saúde da pessoa dependente não reflete benefícios da experiência do familiar prestador de cuidado, pelo contrário, verificaram-se associações que sugerem que quanto maior o tempo de dependência pior a condição de saúde ($p = 0,042$; $R = 0,185$), assumindo que desde a instalação da dependência a pessoa dependente é cuidada por um prestador, parece que os cuidados prestados não relevam no sentido da manutenção da sua condição de saúde. Da mesma forma, por via das associações, parece que perante a instalação da situação de dependência não se vislumbra, no processo de dependência, redução da mesma, uma vez que com o aumento do tempo de dependência aumenta a dependência ($p = 0,000$; $R = -0,372$).

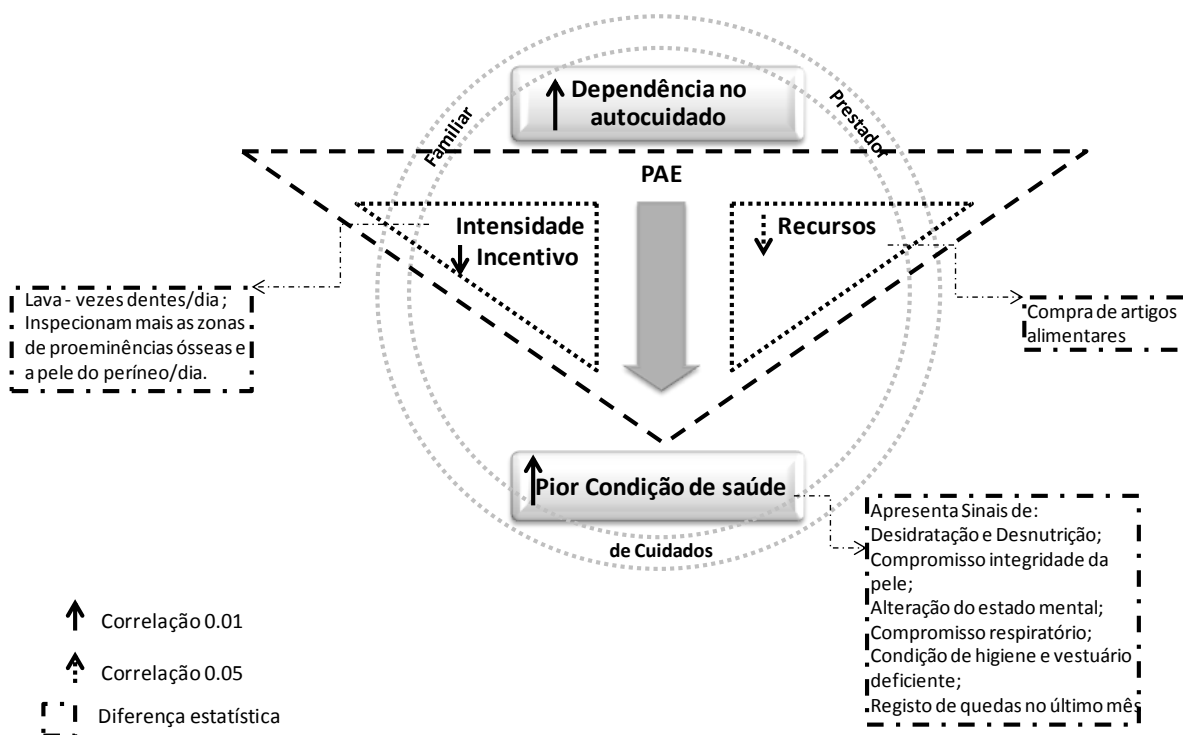
A propósito do maior tempo de dependência, este parece estar associado a menor incentivo à autonomia nos cuidados prestados pelo PC à pessoa dependente ($p = 0,013$;

R=-0,265), a menor taxa de utilização de equipamentos considerados necessários (p =0,033; R=-0,206) e maior o número de internamentos da PDA no último ano (p =0,043; R=-0,187).

*Contexto da dependência da pessoa dependente no autocuidado em seio familiar –
Condição de saúde*

Na medida em que se considera fundamental conhecer a condição de saúde, seja na perspetiva da caracterização da pessoa dependente com vista à identificação das suas necessidades de cuidados, ou na perspetiva de indicador de resultado dos cuidados prestados, a condição de saúde, tal como foi referido anteriormente, encontra-se associada à dependência, aos cuidados prestados e aos recursos utilizados.

Figura 6 - Análise do contexto da pior condição de saúde da pessoa com dependência no autocuidado



A figura tenta espelhar a análise das relações da condição de saúde com as restantes dimensões, bem como, as diferenças estatísticas identificadas. Considerando a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, identificam-se diferenças no que se refere às condições específicas, assim, as situações de pior condição de saúde das pessoas dependentes caracterizam-se por apresentar sinais aparentes de comprometimento da

integridade da pele ($p = 0,000$; $MW=216,50$), desidratação ($p = 0,000$; $MW=137,00$), desnutrição ($p = 0,000$; $MW=113,50$), compromisso respiratório ($p = 0,001$; $MW=19,00$), condição de higiene e asseio deficiente ($p = 0,007$; $MW=107,50$), condição de vestuário deficiente ($p = 0,000$; $MW=81,00$), alteração do estado mental ($p = 0,000$; $MW=642,50$) e com registo de quedas no último mês ($p = 0,010$; $MW=461,00$).

Nas situações de pior condição de saúde observam-se diferenças no que concerne à intensidade dos cuidados, como sendo, os familiares lavam menos os dentes por dia ($p = 0,019$; $MW=183,50$), inspecionam mais as zonas de proeminências ósseas por dia ($p = 0,006$; $MW=110,00$) e inspecionam mais vezes a pele do períneo por dia ($p = 0,054$; $MW=202,00$).

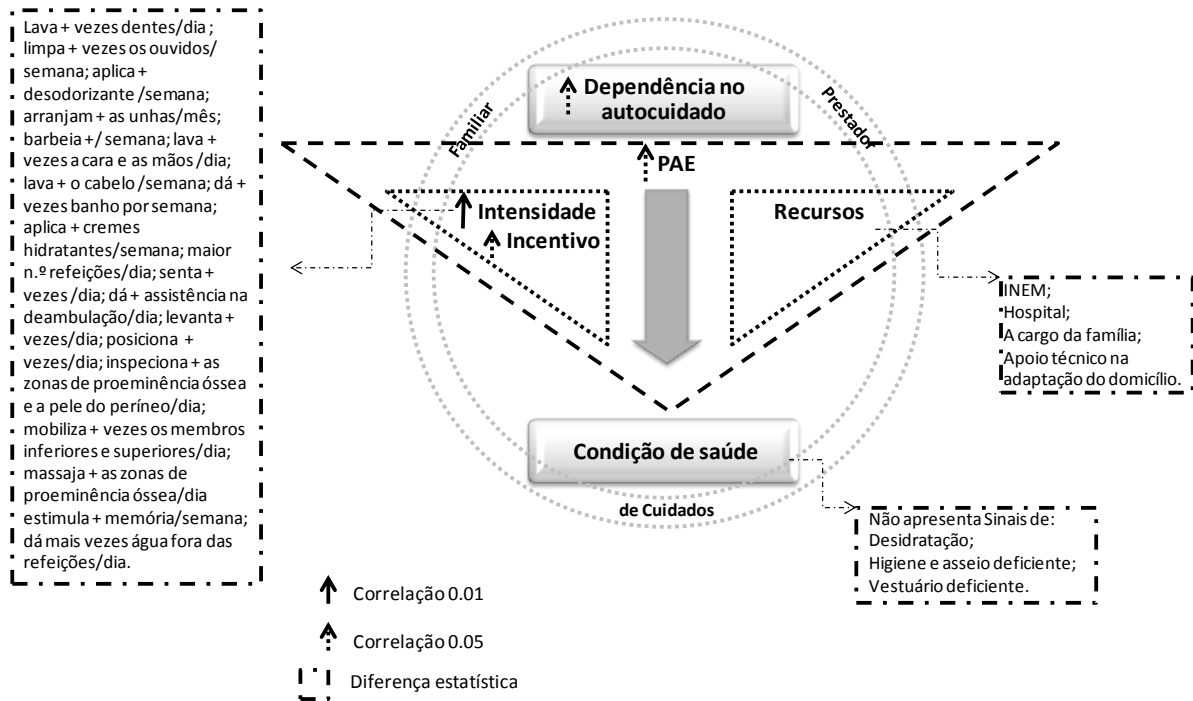
O mesmo acontece no que se refere aos recursos, nomeadamente, o familiar prestador de cuidados de pessoas com dependência no autocuidado com pior condição de saúde não utiliza o recurso rendimento do trabalho ($p = 0,002$; $MW=699,000$), mas utiliza o recurso apoio na compra de artigos alimentares ($p = 0,025$; $MW=44,500$). Estes resultados estão em linha com os 25% que referiram não ter ocupação profissional e que possivelmente, correspondem aos familiares cuidadores de maior dependência, o que se enquadra na proporção de famílias com pessoa em situação de maior dependência, entre 20% e 30% dos casos.

Cuidados Prestados pelo familiar cuidador no contexto da dependência da pessoa dependente no autocuidado em seio familiar

Shumacher *et al.* (2000) considera no seu estudo que os conceitos apresentados, competência e mestria, não traduzem os resultados obtidos propondo o conceito de *caregiving skills*, habilidade dos cuidados prestados, colocando o enfoque nos cuidados mais do que no cuidador. Torna-se por isso relevante avaliar a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, a sua consistência com os cuidados prestados e a condição de saúde enquanto indicadores de competência. Da mesma forma, poderá verificar-se uma baixa perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, em que o familiar cuidador se sente mal preparado, e os resultados serem reveladores de bons cuidados (Archbold, Stewart, Greenlick & Harvath, 1990). Também nestas situações se

identifica a necessidade de intervenção de enfermagem, pela insegurança demonstrada na perspetiva do reconhecimento dos cuidados prestados pelo cuidador.

Figura 7 - Análise do contexto de cuidados de maior intensidade prestados à pessoa com dependência no autocuidado



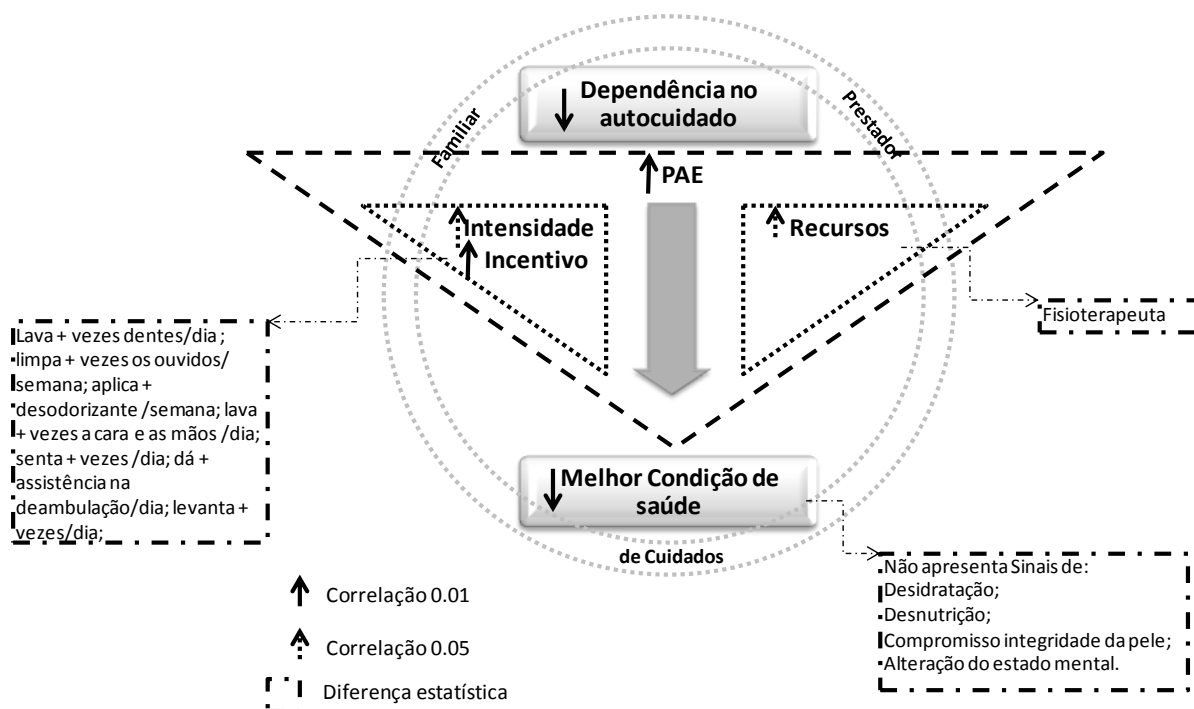
De uma forma global, tal como se pretende transmitir pela figura apresentada, observam-se diferenças nos cuidados prestados nas situações em que o familiar PC presta cuidados de maior intensidade, como sendo, maior número de refeições por dia ($p=0,000$; $MW=217,00$), lava mais vezes a cara e as mãos por dia ($p=0,000$; $MW=81,50$), dá mais assistência na deambulação por dia ($p=0,000$; $MW=65,50$), posiciona mais a PDA por dia ($p=0,035$; $MW=39,00$), inspeciona mais as zonas de proeminência óssea por dia ($p=0,004$; $MW=101,00$), inspeciona mais a pele do períneo por dia ($p=0,032$; $MW=188,00$), mobiliza mais vezes os membros inferiores por dia ($p=0,001$; $MW=71,00$), massaja mais as zonas de proeminência óssea por dia ($p=0,000$; $MW=54,00$), dá mais vezes água fora das refeições por dia ($p=0,000$; $MW=207,00$), limpa mais vezes os ouvidos por semana ($p=0,003$; $MW=79,50$); aplica mais desodorizante por semana ($p=0,006$; $MW=117,00$); barbeia mais o seu familiar dependente (masculino) por semana ($p=0,005$; $MW=24,00$); lava mais o cabelo por semana ($p=0,001$; $MW=334,00$); dá mais vezes banho por semana ($p=0,000$; $MW=300,50$); aplica mais cremes hidratantes por

semana ($p = 0,000$; $MW=170,00$), estimula mais a memória por semana ($p = 0,001$; $MW=57,50$) e arranja mais as unhas por mês ($p = 0,000$; $MW=234,50$).

Os resultados revelam ainda que existem diferenças entre a intensidade dos cuidados e a condição de saúde, assim, o familiar PC que presta cuidados de maior intensidade proporciona na condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado ausência de sinais aparentes de desidratação ($p = 0,027$; $MW=104,00$), ausência de sinais de condição de higiene e asseio deficiente ($p = 0,004$; $MW=18,00$) e ausência de sinais de condição de vestuário deficiente ($p = 0,033$; $MW=79,00$).

A evidência suporta que existem diferenças na intensidade dos cuidados e a utilização de alguns recursos, especificamente, o familiar PC que presta cuidados de maior intensidade utiliza os recursos hospital ($p = 0,016$; $MW=286,00$), 112 INEM ($p = 0,008$; $MW=556,500$), a cargo da família ($p = 0,052$; $MW=335,500$) e apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente ($p = 0,038$; $MW=60,500$). Contudo, não utiliza os recursos rendimento do trabalho ($p = 0,043$; $MW=395,500$) nem subsídio de desemprego ($p = 0,039$; $MW=14,500$).

Figura 8 - Análise do contexto de cuidados de maior incentivo para a autonomia da pessoa com dependência no autocuidado



No que se refere aos cuidados de incentivo para a autonomia da pessoa dependente, nas situações em que se verificam cuidados de menor incentivo, a evidência suporta que se verificam diferenças na condição de saúde, assim, o familiar PC que presta cuidados de menor incentivo à autonomia as PDA apresentam sinais aparentes de desnutrição ($p = 0,025$; $MW=75,00$), desidratação ($p = 0,042$; $MW=119,00$), compromisso da integridade da pele ($p = 0,002$; $MW=147,50$) e de alteração do estado mental ($p = 0,001$; $MW=454,00$).

Relativamente aos cuidados específicos, também se observam diferenças, sendo que, o familiar da pessoa dependente no autocuidado que presta cuidados de maior incentivo para a autonomia dá mais assistência na deambulação por dia ($p = 0,001$; $MW=93,00$), lava mais vezes a cara e as mãos por dia ($p = 0,012$; $MW=269,50$), senta mais vezes por dia ($p = 0,003$; $MW=44,00$), levanta mais vezes por dia ($p = 0,001$; $MW=42,00$), lava mais vezes os dentes por dia ($p = 0,007$; $MW=163,50$), aplica mais vezes desodorizante por semana ($p = 0,005$; $MW=116,00$) e limpa mais vezes os ouvidos por semana ($p = 0,026$; $MW=106,50$).

No que concerne aos recursos, identificam-se diferenças no incentivo à autonomia realizado, podendo dizer-se que o familiar da pessoa dependente no autocuidado que presta cuidados de maior incentivo para a autonomia da pessoa dependente utiliza o recurso fisioterapeuta ($p = 0,001$; $MW=301,000$). Este resultado parece fazer sentido, note-se porém, a ausência do recurso ao enfermeiro na prestação de cuidados de maior incentivo para a autonomia.

O membro da família prestador de cuidados apresenta face aos cuidados assegurados, um perfil de substituição ou de suporte (assistência, supervisão), conforme promova ou não a participação do seu familiar dependente nas atividades referentes ao seu autocuidado, tendo sempre em consideração o nível de dependência do seu familiar. Os resultados sugerem um perfil de cuidados de substituição no cuidado à pessoa com maior dependência no autocuidado (Proot, Crebolder, Abu-Saad & Meulen, 1998).

Ainda a propósito das diferenças identificadas na prestação de cuidados realizada por cuidadores masculinos ou femininos, acresce dizer, que se verificam diferenças nos cuidados de incentivo para a autonomia da pessoa dependente, uma vez que as mulheres prestam cuidados de maior incentivo para a autonomia que os homens ($p = 0,005$; $MW=352,00$).

Os resultados da presente investigação demonstram diferenças entre o rendimento e os cuidados prestados, posicionando o rendimento como um fator relevante, quer na perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel quer na intensidade dos cuidados, como já foi referido, bem como, nos cuidados de incentivo para a autonomia ($p = 0,038$; $\chi^2_{KW} = 8,447$), o exposto encontra-se alinhado com o referido por Mullan (1993).

O rendimento encontra-se igualmente, associado ao número de fármacos que a pessoa dependente toma ($p = 0,016$; $R = 0,269$), sendo maior a quantidade e variedade de fármacos quanto maior o rendimento. Na medida em que os fármacos estão geralmente associados a uma prescrição médica, esta situação sugere que existirão situações de menor rendimento em que fármacos prescritos não serão ingeridos, podendo também este facto influenciar a condição de saúde da pessoa dependente. Por outro lado, como é esperado, a maiores rendimentos encontra-se associado maior número de divisões de alojamento por membro do agregado ($p = 0,004$; $R = 0,350$) e maior área no alojamento ($p = 0,007$; $R = 0,424$). Os resultados obtidos relativos aos rendimentos e ao agregado familiar revelam ainda, que a maioria da população estudada se encontra em risco de pobreza, considerando que o rendimento da maioria das famílias se situa nos 410 euros por membro do agregado por mês e que a definição adotada no INE coloca o limite mínimo para risco de pobreza nos 414 euros, por adulto, por mês (INE, 2010).

A taxa de risco de pobreza em Portugal regista-se nos 18% sendo que, para os idosos é de 20% (INE, 2010). Ao considerar a pobreza como uma fragilidade acrescida para a população envelhecida, analisaram-se os dados disponíveis no INE (2010), que se referem à taxa de pobreza de acordo com o rendimento. Verificou-se que, no que concerne aos 10% da população com maior taxa de pobreza, 27,1% são pessoas idosas com mais de 65 anos, em que 95,7% refere uma perceção geral de saúde pouco favorável.

Recursos utilizados nos cuidados prestados pelo familiar cuidador no contexto da dependência da pessoa dependente no autocuidado, em seio familiar

Considerando o perfil dos familiares cuidadores, mulher, cônjuge ou filha, com ocupação profissional e baixa escolaridade, os resultados aferidos referentes à caracterização socio demográfica dos familiares cuidadores são globalmente semelhantes

aos de outros estudos (Imaginário, 2004; Figueiredo, 2007; Marques, 2007; Petronilho, 2007; Romão & Pereira, 2008).

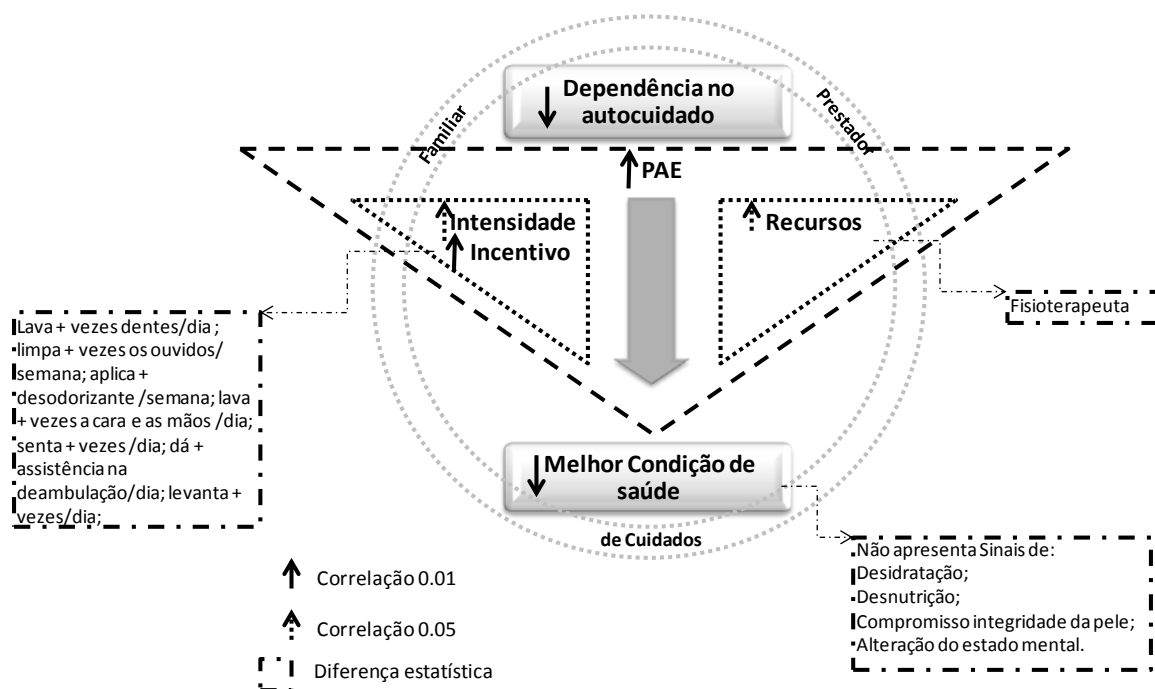
Segundo o INE (2008) apenas 30% da população residente em Portugal completou o ensino secundário, sendo este um acontecimento ainda ligado à população mais jovem, no mesmo sentido, acrescenta Oliveira *et al.* (2010) ao constatar um menor do número de anos de escolaridade completos com o aumento da idade da população estudada.

As mulheres constituem as principais cuidadoras na maioria das situações de dependência em contexto familiar (75%), tal como foi mencionado, pelo que valerá a pena referir que de acordo com os resultados do estudo de Oliveira *et al.* (2010), as mulheres encontram-se numa situação mais desfavorável que os homens no que se refere ao isolamento social, sendo que, esta tendência acompanha o envelhecimento, tornando-se mais desfavorável nas mulheres mais envelhecidas. Assim, as mulheres e as pessoas mais envelhecidas apresentam uma situação desfavorável no que se refere à rede social. O estudo mencionado corrobora os resultados da presente investigação no que se refere aos recursos humanos não profissionais utilizados, como sendo, apenas 63% utiliza a família como recurso, 15% refere os vizinhos como recurso e 14% refere que a empregada constitui um recurso (sendo que constitui um recurso remunerado). Também Buchanan, Radin, Chakravorty & Tyry (2009) no estudo que realizaram em pessoas com esclerose múltipla, com prestador de cuidados familiar em ambiente domiciliário, verificaram que a maioria dos cuidadores recorria ao apoio de outros familiares, que na maioria das vezes eram os filhos, sendo que alguns referiram ajuda da empregada.

Os estudos de Heidrich (1996) e Bondevik & Skogstad (1998) sugerem que, a diminuição da capacidade funcional pode conduzir a maior relação social e por sua vez à diminuição do sentimento de solidão, possivelmente relacionado com pessoas que viviam sozinhas e passaram a ter ajuda em algumas atividades, e por conseguinte companhia. Na presente investigação, como se expôs anteriormente, os recursos humanos utilizados são muito reduzidos.

A respeito do reduzido apoio referido pela população estudada, considerando os estudos de Alarcão (1998), esta deve constituir outra necessidade de intervenção na medida em que se constitui terapêutico, com benefícios na saúde do cuidador e também da pessoa cuidada (Sluzki, 1996).

Figura 9 - Análise do contexto da maior utilização de recursos na situação da pessoa com dependência no autocuidado



Os resultados da presente investigação evidenciam que existem diferenças na composição do agregado familiar, na medida em que, o número de membros que integra a família é maior nas situações de dependência em que a PDA que não participa no autocuidado ($p = 0,050$; $\chi^2_{KW} = 5,981$). O que parece concernente com os resultados que demonstram existir diferença nos recursos utilizados, evidenciando que, as pessoas com maior dependência se encontram a cargo da família ($p = 0,003$; $MW = 513,500$), sendo os restantes familiares identificados como recurso nas situações de maior dependência. Figueiredo (2007) corrobora exposto, afirmando que, no que se refere às redes sociais dos cuidadores familiares, estas são reduzidas e integram essencialmente outros familiares, verificando-se que quanto maior o grau de dependência da pessoa menor o tamanho da rede.

O estudo realizado por Winslow (2003) refere igualmente, que a utilização dos recursos pelos familiares prestadores de cuidados é muito limitada e que frequentemente, acontece tardiamente, ou seja, já decorrido algum tempo do exercício de cuidador. Os resultados do estudo referido sugerem que as dificuldades para a utilização dos recursos residem no receio do familiar prestador de cuidados relativamente, à qualidade dos cuidados prestados por outras pessoas e nas questões financeiras. Acresce dizer que, os

prestadores de cuidados que utilizam apoios de profissionais referem que foi vantajoso pela aquisição de conhecimento e que os seus familiares dependentes beneficiaram, reconhecendo que o benefício poderia ter sido antecipado às situações de crise que originaram o recurso (Winslow, 2003; Wiles, 2003).

Given, Given & Kozachik (2001) corroboram os resultados obtidos na perspetiva da reduzida utilização de recursos, na medida em que, o principal cuidador é maioritariamente o cônjuge e segundo estes autores, os cônjuges tendem a solicitar menos apoios que os outros familiares cuidadores. O outro estudo realizado por Harrison & Neufeld (1997) sugere que os familiares prestadores de cuidados preferem que o apoio lhes seja oferecido, em vez de o pedirem, e que na população estudada, um dos motivos para a não utilização de recursos residia na falta de informação sobre os serviços e o respetivo acesso. O exposto corrobora a tese que a integração da assistência de enfermagem, de forma continuada no processo de cuidar da família em contexto de dependência, seria promotor da melhoria dos cuidados e facilitador na gestão das dificuldades. Ainda no que concerne à falta de informação, o estudo revela que o desconhecimento do funcionamento do recurso e de acesso ao recurso encontra-se diretamente relacionado com o constrangimento nas condições do alojamento, sugerindo que os PC residentes em alojamentos com menos condições, apesar de desejarem os recursos, têm menos informações relativamente ao funcionamento dos recursos disponíveis e de como aceder aos mesmos ($p = 0,000$; $R = 1,000$). A isto acresce dizer que nas situações de maior dependência o alojamento da pessoa dependente apresenta necessidades de reparações de grande ou muito grande dimensão ($p = 0,05$; $\chi^2_{KW} = 10,651$) e que os alojamentos das pessoas idosas apresentam as piores condições dos alojamentos (INE, 2010).

Poderá entender-se que a reestruturação dos serviços (RNCCI, Unidades de Cuidados na Comunidade) e a sua inclusão de uma forma concertada no sistema nacional de saúde são um indicador da importância que se reconhece a esta temática, principalmente se considerarmos o enquadramento económico atual, pautado pela tentativa de contenção de custos na saúde. No entanto, apesar dos serviços de apoio ao domicílio disponíveis, a maioria dos cuidados a pessoas idosas é prestada pelos membros da família (Nolan & Grant, 1989; Yamamoto & Wallhagen, 1997). Tal como se verifica pelo que tem vindo a ser descrito, os resultados do presente estudo corroboram os autores

mencionados, na medida em que se verificam diferenças na utilização dos recursos, concretamente, do recurso a cargo da família.

No estudo que aqui se reporta, identificam-se diferenças na utilização de outros recursos específicos, constata-se que os familiares prestadores de cuidados com pessoas dependentes no autocuidado, em situação de maior dependência, utilizam os recursos complemento de dependência ($p = 0,009$; $MW = 402,000$), ($p = 0,001$; $MW = 363,00$) e enfermeiro ($p = 0,009$; $MW = 1066,500$).

Na perspetiva descritiva dos recursos profissionais, acresce dizer que 71% dos familiares refere que recorre ao médico, 33% refere que recorre ao enfermeiro, 22% ao assistente social e 19% ao fisioterapeuta. Estes resultados encontram-se alinhados com Spillman & Pezzin (2000) que referem que cerca de 70% da população que está a ser cuidada por cuidador familiar não tem apoios profissionais no cuidado.

Considerando que a evidência suporta que o enfermeiro constitui um recurso nas situações de maior dependência, e que as situações de maior dependência parecem cifrar-se próximo dos 30% das famílias estudadas, todos os resultados são consistentes, na medida que, também se verifica que 33% dos familiares, refere que recorreu ao enfermeiro, o que mais uma vez corrobora a necessidade de mudança na perspetiva da assistência da enfermagem. Note-se como seria relevante alguma evolução neste sentido, ou seja, que as famílias que referem recurso ao enfermeiro apresentassem diferenças no que se refere a outros indicadores estudados, o que por si, confirma a intervenção limitada que atualmente está associada à enfermagem, pelo que, considerando as competências do enfermeiro, muito mais pode ser feito pelo cidadão em particular e pela enfermagem no geral.

Relativamente aos resultados desta investigação, destaca-se ainda, que nos recursos utilizados pelo familiar prestador de cuidados, os resultados revelam que existem diferenças na condição de saúde da pessoa dependente, nomeadamente, o familiar prestador de cuidados que globalmente, utiliza menos equipamentos considerados necessários as PDA apresentam sinais aparentes de desidratação ($p = 0,002$; $MW = 189,00$) e sinais de condição de vestuário deficiente ($p = 0,020$; $MW = 180,00$). No que se refere aos cuidados prestados, também se observam diferenças, como sendo, o familiar da pessoa dependente no autocuidado que globalmente utiliza mais equipamentos considerados

necessários na prestação de cuidados dá mais vezes água fora das refeições por dia ($p = 0,004$; $MW = 202,00$), arranja mais as unhas por mês ($p = 0,006$; $MW = 290,50$), lava mais vezes os dentes por dia ($p = 0,035$; $MW = 152,00$), dá mais refeições por dia ($p = 0,032$; $MW = 293,50$) e aplica mais vezes desodorizante por semana ($p = 0,047$; $MW = 134,00$).

A assistência de enfermagem está alinhada com a satisfação das necessidades evidenciadas pela investigação realizada, seja na perspectiva da intervenção direta ou no sentido da preparação dos prestadores pela via do treino de competência ou da informação necessária para a prestação de cuidados, bem como, para aceder aos recursos considerados necessários. A este propósito também Sequeira (2007) e Marques (2007) afirmam que as principais dificuldades dos prestadores estão relacionadas com a insuficiente informação e escasso apoio dos profissionais de saúde.

Modelo de análise do contexto de dependência no autocuidado em seio familiar

O modelo de análise estudado, que originou a perceção dos aglomerados relativamente ao tipo de dependência, releva pelo contributo na organização dos casos estudados, possibilitando a identificação de duas tipologias, que através da análise multidimensional das características constituintes, situam o contexto da dependência no autocuidado em ambiente familiar em dois tipos, o contexto da família que cuida de pessoa em situação de dependência alectuada, associada ao denominado grande dependente ou acamado, e o contexto da situação de dependência ambulatória relativa às pessoas, que dependentes no autocuidado, deambulam.

No quadro da referida exposição, importa dedicar agora, alguma atenção às dimensões identificadas como de maior importância na construção do modelo. Da análise efetuada torna-se necessário indagar as possibilidades de mudança nas principais dimensões que influenciam a formação do modelo, neste confronto identificam-se as dimensões sensíveis à mudança na perspectiva da possibilidade, oportunidade e ganhos decorrentes da mudança. A identificação da condição de saúde da pessoa dependente, da dependência no autocuidado e do incentivo para a autonomia da pessoa dependente como as principais dimensões para a formação do modelo, em associação com os resultados obtidos nos principais significados estatísticos estimados em função da dependência, sugerem que a possibilidade de equacionar um maior investimento nos cuidados de incentivo para a autonomia poderia traduzir-se numa opção a considerar. Das três

principais dimensões, o incentivo é a que se caracteriza por traduzir a ação do prestador de cuidados, seja de forma direta ou indireta, por incentivar ou garantir que outra pessoa incentive. Na medida em que, a condição de saúde é também resultado da ação do prestador de cuidados poderá pensar-se se uma intervenção na perspectiva do entendimento do incentivo para a autonomia da pessoa dependente, e da sua concretização, não poderiam beneficiar a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado.

O aglomerado 2, designado pelas características que o constituem, como contexto das famílias que cuidam de pessoa em situação de dependência ambulatoria, apresenta mais incentivo à autonomia nos cuidados, melhor condição de saúde e menor dependência no autocuidado. Admitindo que o incentivo para a autonomia da pessoa dependente poderá não ser traduzido em ganhos acentuados ao nível da dependência, o que se equaciona é a dissipação do regime de substituição padronizado na globalidade do processo das intervenções e os resultados na condição de saúde.

Evoluindo neste propósito, surge a reflexão sobre qual será o limite da prestação de cuidados por um cuidador familiar, tratando-se de um leigo em cuidados de saúde. Nesta linha de pensamento surge o conceito de preparação do regresso a casa na competência da enfermagem. Parece necessário refletir-se, se no pressuposto desta intervenção de enfermagem estará subjacente a transferência de competências de enfermagem, pela formação instantânea que se pretende profissionalizante, de um prestador de cuidados. Na convicção de que o exposto não reflete a pretensão que subjaz a intervenção referida, então deve ser equacionada como pode a enfermagem incluir na preparação do regresso a casa a parceria, entre enfermeiro e prestador. O investimento realizado no estabelecimento de uma parceria na prestação de cuidados teria também como propósito introduzir a possibilidade de recurso à enfermagem nas intervenções para as quais está habilitada, e como consequência, o respetivo reconhecimento de atuação nesta área da prestação de cuidados.

Deste modelo poderá surgir a hipótese de reforçar os denominados ensinamentos de enfermagem na perspectiva da necessidade de cuidados de incentivo à autonomia da pessoa dependente no autocuidado pelo prestador de cuidados. O entendimento suportado neste trabalho, segue uma orientação sugestiva de que os prestadores de cuidados se esgotam neste papel, tornando-se inoportuno com uma tentativa de profissionalização, e

ineficaz num ensino que visa a preparação do cuidador num curto período de tempo estimado (15 a 30 minutos), período dedicado à preparação de um prestador de cuidados. Importa afirmar, que não obstante ao empenho na melhoria da preparação do prestador de cuidado nas intervenções que aqui se revelaram fragilizadoras da condição de saúde, o sentido do exposto é consistente com a avocação de uma enfermagem cujas competências lhe permite fazer mais pelos prestadores de cuidados e pelas pessoas dependentes no autocuidado.

No âmbito dos ensinamentos de enfermagem, o estudo de Azevedo (2010) revela que em cerca de 60% dos casos analisados os enfermeiros registaram que o prestador de cuidados não adquiriu habilidade no ensino ministrado, no entanto, a notificação com vista ao encaminhamento para os cuidados continuados não foi realizada. A isto acresce notar a importância no envolvimento do familiar cuidador ainda mesmo durante o internamento, considerando que este facto pode ser determinante na preparação do regresso a casa (Henriques & Jorge, 1999). Por certo, que por detrás do desconhecimento da existência e do funcionamento dos recursos, encontra-se o desconhecimento das necessidades dos parentes de que cuidam. Este conhecimento está implícito à competência da enfermagem, assim como, a preparação adequada do familiar cuidador.

Note-se ainda, que a informação registada decorrente dos ensinamentos realizados indicava “a não preparação de diversos prestadores de cuidados para lidar com a condição de saúde do doente” Azevedo (2010:128).

Contexto das famílias clássicas do concelho de Lisboa que integram pessoa em situação de dependência alectuada e dependência ambulatória em seio familiar

A investigação suporta, que no cuidado à pessoa dependente, as famílias apresentam maior necessidade de ajuda em domínios do autocuidado reveladores de maior dependência, em dependência alectuada, uma vez relacionada com a prestação de cuidados no domínio elevar-se, transferir-se e posicionar-se. Discroll (2000) também identificou que os maiores problemas dos prestadores de cuidados se relacionavam com as necessidades de ajuda nos autocuidados. Augusto & Carvalho (2005) acrescentam que as maiores dificuldades dos cuidadores se prendem com a ajuda na mobilização e posicionamentos. Poderá dizer-se que o reconhecimento de maiores dificuldades e necessidades associadas à dependência alectuada, enquanto estado de confinamento ao

leito, surge exposto no Decreto-Lei n.º 265/99 pelo estabelecimento da atribuição do complemento de dependência de acordo com o grau de dependência, sendo que institui a classificação em dois graus, constando no 2º grau os “*indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave*”, no 1º grau constam “*indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal*” (Ministério do Trabalho e Solidariedade, 1999:4398).

Apesar da literatura já mencionada anteriormente, referir a possibilidade de mudança das necessidades dos familiares prestadores de cuidados, ao longo do tempo no exercício do seu papel, as diferenças encontradas decorrem do tipo de dependência do parente que cuidam, verificando-se diferenças entre o tipo de situação de dependência alectuada e o tipo de situação de dependência ambulatória nos cuidados prestados, na condição de saúde e nos recursos utilizados.

Importa agora expor, de entre as diferenças observadas, o que distingue os dois tipos de situação de dependência ambulatória e de dependência alectuada. O principal destaque incide no facto de que na situação de dependência alectuada a maioria (82,4%) das pessoas dependentes apresenta dependência para levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se ($p = 0,000$; $\chi^2 = 21,109$) e na situação de dependência ambulatória a maioria (78,6%) das pessoas dependentes não apresenta dependência para levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se.

Nos cuidados prestados, pelo familiar, à pessoa dependente no autocuidado em situação de dependência ambulatória, os resultados obtidos demonstram que o familiar lava mais vezes os dentes por dia ($p = 0,007$; $\chi^2 = 7,379$) e aplica mais desodorizante por semana ($p = 0,001$; $\chi^2 = 10,798$), enquanto que, o prestador de cuidados à PDA em dependência alectuada presta estes cuidados com menos frequência. Por outro lado, o prestador de cuidados à PDA em dependência alectuada inspeciona mais vezes a pele do períneo ($p = 0,049$; $\chi^2 = 3,871$) e as zonas de proeminências ósseas por dia ($p = 0,027$; $\chi^2 = 4,869$) enquanto que o familiar prestador de cuidados à PDA em situação de dependência ambulatória presta estes cuidados em menor número de vezes.

No que se refere à condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado em contexto familiar, os resultados permitem afirmar que na situação de dependência ambulatoria a pessoa dependente apresenta presença de sinais aparentes de desnutrição ($p = 0,010$; $\chi^2 = 6,637$). As pessoas em situação de dependência alectuada apresentam presença de sinais aparentes de compromisso respiratório ($p = 0,012$; $\chi^2 = 6,243$), possivelmente decorrente do efeito da imobilidade e confinamento ao leito, mas não apresentam condição de higiene e asseio deficiente, possivelmente resultante da tipologia de cuidados de conforto e da intensidade dos cuidados neste âmbito.

Famílias com parente próximo institucionalizado – tendências de institucionalização

No que se refere às famílias com parente dependente no autocuidado institucionalizado, a situação descrita é coerente com o perfil do familiar prestador de cuidados, filhos (as) que cuidam dos pais dependentes no autocuidado, na maioria casados (as), ou de cônjuges que cuidam do companheiro (a) e portanto igualmente casado (a). Pela análise, verifica-se que as pessoas que institucionalizam são tendencialmente mais idosas ($p = 0,000$; $t = -5,198$), o que por si, poderá estar relacionado com a maior probabilidade de falecimento do cônjuge, possivelmente, com o falecimento dos maridos, uma vez que, os homens apresentam menor esperança de vida, comparativamente, com as mulheres (INE, 2008; Oliveira *et al.*, 2010). Os resultados permitem assim dizer que as famílias que têm mais rendimentos ($p = 0,013$; $\chi^2_{KW} = 6,195$), em que o principal cuidador tem mais idade e é viúvo institucionalizam mais os seus parentes dependentes no autocuidado ($p = 0,008$; $\chi^2 = 11,73$).

No contexto apresentado, o familiar de idade avançada e sem cônjuge para partilhar a responsabilidade e a carga inerente aos cuidados, perante a decisão de acolher um parente dependente no autocuidado, ou de permanecer cuidador, decide institucionalizar.

Os resultados são sugestivos de que a opção de integrar o familiar no domicílio decorre, na realidade, da ausência de recursos económicos, o que poderá significar que, possivelmente, em alguns casos, integrar o parente no agregado familiar não constitui uma opção, mas falta de opção. Assim, na certeza de que as famílias que referem disponibilidade para integrar a pessoa dependente no autocuidado, no domicílio,

pretendem prestar os cuidados necessários e bons cuidados, aos seus familiares, a evidência resultante na presente investigação suporta que as famílias o fazem com baixos rendimentos e com poucos recursos (Schumacher *et al.*, 2000).

6.1. INTEGRAÇÃO NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

De acordo com a Comissão Europeia (European Commission, 2008), entende-se por cuidados continuados, os serviços de saúde e sociais prestados a pessoas dependentes em atividades de vida diária. De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (Portugal, 2006:3857), cuidados continuados integrados envolvem o “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

A RNCCI constitui a resposta do Sistema Nacional de Saúde às necessidades no âmbito descrito, tendo como principal objetivo a prestação de cuidados a pessoas dependentes com vista ao seu regresso e permanência em casa.

No entanto, a referenciação e consequentemente admissão na RNCCI é determinada por critérios de admissão e de exclusão. Considerando os critérios de referenciação expostos na Diretiva Técnica N.º1/UMCCI/2008 (Portugal, 2008a), analisaram-se as 121 PDA, no sentido de identificar a possibilidade de referenciação para as unidades que integram a RNCCI:

Unidades de Internamento (UI)

Na referenciação para uma *Unidade de Convalescença* (UC) (até 30 dias de internamento), é considerado critério específico para admissão o facto de a situação de dependência ser recente e decorrer de um episódio agudo, que apresente pelo menos uma das condições descritas na Diretiva Técnica e cujos cuidados não possam ser prestados no domicílio. Na população estudada identificaram-se treze PDA que decorreram de doença

aguda e com menos de dez meses de dependência, sendo que, dependendo da definição de dependência recente poderia referenciar-se cinco PDA com dependência inferior a um mês, se o período se estender aos três meses poderiam referenciar-se seis PDA e se o período for alargado para seis meses identificam-se nove PDA. No entanto, para referenciação terá que apresentar uma de entre algumas condições descritas. De entre as nove PDA identificam-se: sete que apresentam úlceras de pressão; uma que apresenta sinais aparentes de estado de consciência alterado; sendo que destas, três apresentam compromisso nas duas condições descritas.

Em *Unidades de Média Duração e Reabilitação* (UMDR) (internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias) poderá considerar-se que muitas das PDA do presente estudo reúnem critérios para admissão de acordo com os seguintes requisitos: nenhuma das PDA era acompanhada por equipas de cuidados continuados integrados; doze pessoas apresentam sinais aparentes de desnutrição; dezoito PDA (28,6%) apresentam sinais aparentes de desidratação; cinco PDA (8,1%) sinais aparentes de compromisso respiratório; sessenta e seis PDA (54,5%) apresentam úlceras; quatro PDA (3,3%) apresentam ferida não tratada.

Para prevenção de úlceras considera-se 90% (109 PDA) da população estudada, ou seja, todos os que não participam no autocuidado de uma forma global (7,4%; 9 PDA) e os que necessitam de ajuda de pessoas (82,6%; 100 PDA). Numa análise mais limitada, poder-se-ia considerar apenas 30% da população (32 PDA), todos os que não participam no autocuidado transferir-se ou elevar-se, que equivalem a 13% da população estudada (15 PDA) e os 17% que necessitam de ajuda neste domínio do autocuidado (17 PDA).

No entanto, o critério de referenciação específico para admissão a esta unidade, possivelmente funcionaria como critério de exclusão para a maioria das pessoas, relacionado com o facto, de na situação atual, não estar na sequência de uma doença aguda ou agudização de uma doença crónica.

Para *Unidades de Longa Duração e Manutenção* (ULDM), de acordo com o critério que se refere, que estas unidades apenas se destinam a doentes crónicos cujos cuidados não podem ser prestados no domicílio, nenhuma das PDA do presente estudo poderia ser admitida, se for considerado que o facto de estarem a ser cuidadas no

domicílio significa que podem ser cuidadas no domicílio, apesar da condição de saúde e das características do cuidador e do alojamento. No entanto, considerando que estas unidades podem proporcionar internamento a doentes cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, assim poderá notar-se que todas as PDA que não participam no autocuidado e todas as que precisam de ajuda, ou seja, 109 pessoas da população estudada, poderiam beneficiar deste serviço.

Unidades de Ambulatório (UA)

Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia (UDPA) visam a prestação de cuidados integrados de suporte, promoção de autonomia e apoio social, o que abrange parte da população estudada, no entanto, é ainda referido como critério o facto de não possuir condições para serem cuidadas no domicílio o que nos remete para diversos tipos de condições, sendo que apenas 4,1% (4) da população refere utilizar o recurso apoio social, apenas 13,2% (16) utiliza apoio nos cuidados de higiene e conforto, apenas 3,3% (4) utiliza apoio técnico na adaptação do domicílio à condição da PDA, apenas 9,7% (15) tem alojamento tem acessibilidade PMR, apenas cerca de 50% considera que utiliza os recursos que considera necessários face ao necessário.

Equipas domiciliárias (ECCI)

Atendendo ao critério de referenciação se prender com o facto de apresentar situação de dependência e condições domiciliárias para a prestação de cuidados, considera-se que todas as PDA estudadas poderiam ser referenciadas.

Da leitura efetuada à Diretiva Técnica N.º1/UMCCI/2008, entende-se que a referenciação para unidades de convalescença e unidades de média duração e reabilitação, em norma, decorrerão de um internamento hospitalar. A referenciação para as restantes unidades (unidades de longa duração e manutenção, unidades de ambulatório e equipas domiciliárias) que não apresentam como critério de admissão o facto de decorrerem de um episódio agudo e recente, poderão também decorrer dos Centros de Saúde. No entanto, a análise evolutiva de 2010, comparativamente com 2009, demonstra que apesar de todo o crescimento da RNCCI, a todos os níveis avaliados, a exceção verifica-se na referenciação de pessoas dependentes pelos Centros de saúde (31% para 29%). Considerando que não se

assistiu à diminuição do número de pessoas dependentes, e das suas necessidades, coloca-se a possibilidade de existir maior número de pessoas sem apoio.

O acesso à referenciação e às respostas promovidas pela RNCCI aos familiares prestadores de cuidados em ambiente domiciliário de uma pessoa dependente no autocuidado, releva pela importância nos benefícios ao familiar e à pessoa com dependência no autocuidado, assim como, pela necessidade dos cuidadores usufruírem de uma pausa no papel que desempenham, permitindo a perceção de um apoio social eficaz (Kuipers & Bebbington, 2005).

No âmbito do tema em análise identificam-se carências nas respostas do Sistema Nacional de Saúde, no que se refere às instituições e ao apoio social aos familiares prestadores de cuidados. Ainda que, numa primeira abordagem pareçam surgir políticas de apoio pensadas em benefício do cuidador, deixam dúvidas se na sua essência os integram como principal objeto de cuidado, na medida em que, muitos se encontram excluídos das soluções propostas. Se por outro lado se pensou que as respostas se mantinham dirigidas aos doentes, aqui pessoas dependentes no autocuidado, considera-se que nos cenários de exclusão, não estão apenas excluídos os familiares prestadores de cuidados, mas também as pessoas dependentes no autocuidado e por conseguinte dependentes do familiar prestador de cuidados.

6.2. REFERENCIAÇÃO PARA A RNCCI DO CONCELHO DE LISBOA

Com vista a uma análise mais detalhada do possível impacto da RNCCI nas famílias que integram uma pessoa dependente no autocuidado residentes no concelho de Lisboa, foi solicitada à RNCCI informação referente à população referenciada pelas Equipas de Gestão de Altas dos Hospitais (EGAS) e pelos Centros de Saúde (CS) do concelho de Lisboa, assim os resultados que se seguem resultam da análise e tratamento aos dados cedidos. Sempre que se considerou possível e pertinente apresentam-se dados comparativos de 2009 e 2010.

Em 2009, foram referenciados para a RNCCI do concelho de Lisboa 1224 pessoas residentes no concelho de Lisboa. Sendo que 1027 é o número de pessoas referenciada pelas EGAS/CS do concelho de Lisboa (foram excluídos para esta análise os 138

referenciados por EGAS/CS de outros concelhos e os 59 que não continham menção da unidade a que seriam referenciados).

Do total de pessoas referenciadas (1027), 193 foram referenciadas pelos Centros de Saúde do concelho de Lisboa (três Centros de Saúde), que corresponde a 18,8% dos utentes referenciados para a RNCCI do concelho de Lisboa, os restantes foram referenciados pelas EGAS (hospitais).

As pessoas referenciadas caracterizavam-se por ser maioritariamente do sexo feminino (59,9%), cerca de 44% eram casadas/união de facto, 21% viúvas, 21% solteiras e 6% divorciadas/separadas.

Em 2010, foram referenciados para a RNCCI do concelho de Lisboa 1112 pessoas residentes no concelho de Lisboa. Sendo que 961 é o número de pessoas referenciada pelas EGAS/CS do concelho de Lisboa (foram excluídos para esta análise os 134 episódios criados mas não referenciados, talvez por não apresentarem critérios ou outros motivos, e os 17 referenciados por EGAS/CS de outros concelhos).

Do total de pessoas referenciadas (961), 178 foram referenciados pelos Centros de Saúde do concelho de Lisboa (nove centros de saúde), que correspondem a 18,5% dos utentes referenciados para a RNCCI do concelho de Lisboa, a maioria foi referenciada pelos hospitais.

As pessoas referenciadas caracterizavam-se por ser maioritariamente do sexo feminino (60,7%), cerca de 43% eram casadas, 32% viúvas, 13% solteiras e 12% divorciadas.

No concelho de Lisboa existiam em 2009/2010, 12 camas de Unidade de Longa Duração e manutenção e 25 camas de Unidade de Convalescença.

Entendeu-se fazer uma análise mais detalhada dos dados de 2010, pela distribuição alargada no que se refere à referenciação por maior número de CS.

Nas freguesias de influência dos nove centros de saúde, na amostra estudada na investigação a que se reporta à presente tese foram identificadas 60 famílias que integram

PDA. No entanto, nem todas as famílias estudadas apresentam critérios de inclusão nas unidades de internamento, mas todas apresentam critérios para referência para a ECCI.

Assumindo que a proporção de famílias que integram uma PDA obtida na presente investigação poderá ser extrapolada para a população, perante a estimativa de que cerca de 5% das famílias residentes no concelho de Lisboa integram uma pessoa dependente no autocuidado, nas famílias residentes nas freguesias de influência destes centros de saúde (Alvalade, Coração de Jesus, Lapa, Lumiar, Penha de França, Mamede, Santo Condestável e Sete Rios) poderiam ser aproximadamente, 5500 famílias com pessoa dependente no autocuidado.

Em 2010, foram referenciados para a RNCCI 178 utentes, o que poderá representar 0,3% da população residente com mais de 65 anos, na área de influência destes Centros de Saúde.

Para a ECCI foram referenciados 35 utentes, considerando a estimativa de 5500 famílias com pessoa dependente no autocuidado, representaria apenas 1% da população.

Considerando que foram identificadas na presente investigação 60 famílias residentes na área de influência destes centros de saúde e que todas reuniam critérios para ser referenciadas.

No sentido de perspetivar o tipo de causa que motivou a referência foram analisadas 163 situações (15 não continham informação relativa à causa), verificando-se que 8,6 % foram referenciados para descanso do cuidador (14), o que revela um aumento acentuado comparativamente a 2009, em que apenas três utentes foram referenciados por este motivo (1,6%). Em 2010, as pessoas referenciadas pelo centro de saúde são maioritariamente mulheres (60,7%), contudo na referência para descanso do cuidador a distribuição por sexo é homogénea (50% de mulheres e 50% de homens).

O motivo mais enunciado no domínio das *peças idosas em situação de fragilidade* (159) é o de dependência nas atividades de vida diárias (AVD) (91,8%), seguido de deterioração cognitiva (3,8%) e desnutrição (1,3%). A distribuição proporcional é semelhante a de 2009.

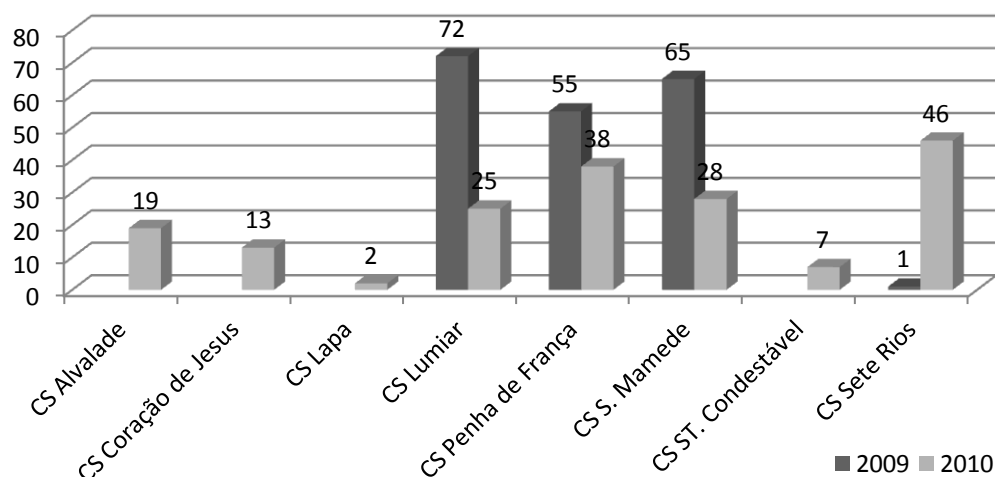
Na referenciação por motivo de *agudização de doença crónica* (119) das que assumem maior destaque 31,9%, é por doença cardiovascular, 4,6% por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e 0,9% por hepatopatia. A distribuição proporcional é semelhante a de 2009.

No que se refere ao domínio da *continuidade de cuidados no domicílio*, (155) 68,4% está relacionado com a reabilitação, 24,5% com a gestão do regime terapêutico, 10,3% com o tratamento de feridas/úlceras de pressão e 1,3% com a manutenção de dispositivos. A distribuição proporcional é semelhante a de 2009 com exceção ao tratamento de feridas/úlceras de pressão que apresenta maior expressão em 2009, que a gestão do regime terapêutico.

No domínio da *necessidade de vigilância de tratamentos complexos* (86), 30,2% relacionam-se com pós cirurgia, 10,5% pós traumático, 8,1% com presença de múltiplas úlceras de pressão e 5,8% relacionam-se com a presença de sonda nasogástrica. Em 2009, a distribuição proporcional é diferente, uma vez que presença de sonda nasogástrica e a presença de múltiplas úlceras de pressão assumem uma expressão superior à situação pós traumática.

No domínio da *necessidade de ensino aos cuidadores* (136), 65% relacionam-se com o autocuidado, 16,2% com a execução de técnicas, 12,5% com regime terapêutico e 0,7 % com hábitos de risco. Em 2009, a distribuição proporcional é diferente no que se refere ao regime terapêutico que representa o segundo motivo.

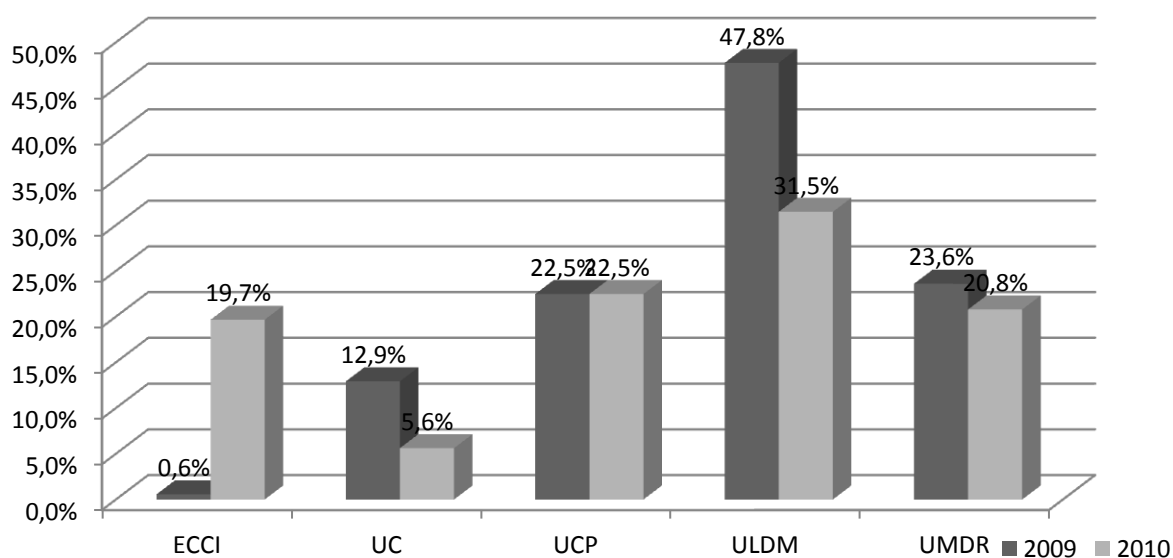
Gráfico 18 - Distribuição dos utentes referenciados à RNCCI por Centro de saúde, no Concelho de Lisboa, em 2009 e 2010



Fonte: RNCCI

O gráfico permite observar a distribuição do número de utentes referenciados à RNCCI no concelho de Lisboa, em números absolutos, notando-se a evolução ao nível da referenciação por mais CS, o que parece sugerir uma distribuição da capacidade de referenciação pelas restantes instituições sem que aumentasse o número de utentes referenciados.

Gráfico 19 - Distribuição dos utentes referenciados à RNCCI por tipo de unidade, no Concelho de Lisboa, em 2009 e 2010

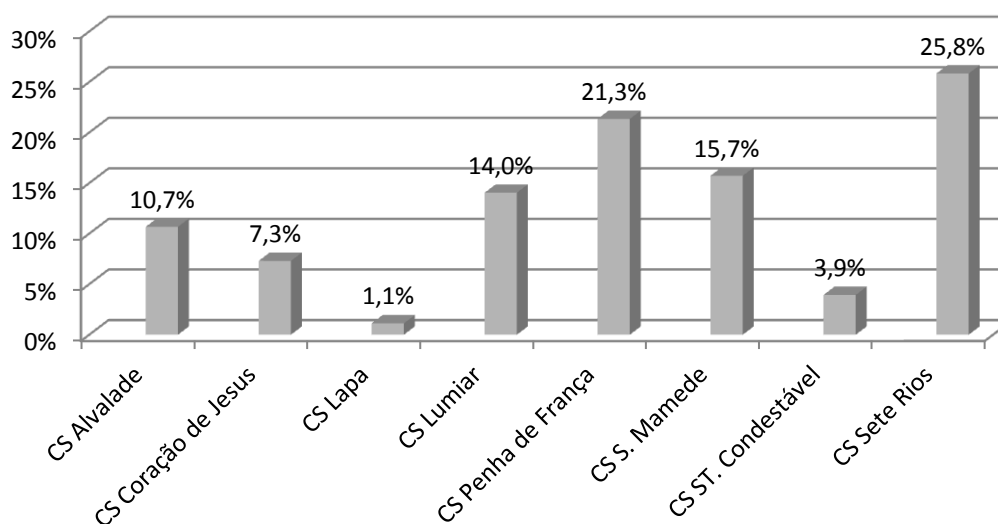


Fonte: RNCCI

O gráfico demonstra a evolução da referenciação realizada pelos CS, por tipo de unidade, verificando-se um aumento na referenciação para ECCI e uma diminuição acentuada na UC e ULDM.

A unidade com maior número de utentes referenciados no concelho de Lisboa, proveniente de CS, em 2010, foi a ULDM (56 utentes), com exceção de um CS todos referenciaram para este tipo de unidade, o mesmo se verificou com a UMDR (37 utentes), e com a UC (10 utentes). As UCP (40 utentes) receberam utentes referenciados de todos os CS. No que se refere à ECCI (35 utentes) foi o CS de Sete Rios que mais contribuiu, sendo que, somente dois outros CS referenciaram para este tipo de unidade.

Gráfico 20 - Distribuição dos utentes referenciados à RNCCI por Centro de saúde, relativamente ao total de referenciação pelos Centros de Saúde no Concelho de Lisboa, em 2010



Fonte: RNCCI

O gráfico apresenta a distribuição dos utentes referenciados à RNCCI por Centro de Saúde (CS), o que reflete alguma discrepância entre os diversos Centros de Saúde, contudo se for considerada a população estimada por área de influência com idade igual ou superior a 65 anos, o CS de Sete Rios tem o maior número de residentes (14986), seguido pelo CS de Alvalade (11077), CS da Penha de França (8622), CS do Lumiar (7313), CS da Lapa (5638), CS Santo Condestável (4977), CS Coração de Jesus (2905) e CS de São Mamede (2733). Assim, o CS de S. Mamede comparativamente, aos restantes CS é o que tem menor número população na sua área de influência, sendo o terceiro CS com maior número de utentes referenciados, por oposição o CS de Alvalade tem a

segunda maior área de influência em termos populacionais e é quinto no número de utentes referenciados.

Por outro lado, se for considerada a estimativa de famílias que integram pessoas com dependência no autocuidado no concelho de Lisboa e que poderia reunir algum requisito para referenciação (descanso do cuidador, ensino, entre outras) cerca de 1500 famílias residem na área de influência do CS de Sete Rios, sendo que, em 2010 foram referenciadas 46 (3%).

6.3. PROJEÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO, NO CONCELHO DE LISBOA, PARA O ANO 2050

Considerando a possibilidade de extrapolação da proporção encontrada na presente investigação, onde se calcula que 7.95% das famílias residentes no concelho de Lisboa integram no seio familiar uma pessoa dependente no autocuidado, através de um cálculo simples, estima-se que em 2011, 19396 famílias no concelho de Lisboa integrem (pelo menos) uma pessoa dependente no autocuidado.

Os valores obtidos através do cálculo do intervalo de confiança permitem dizer que a proporção de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado encontra-se entre 3.5% e 12.4%.

Esta operação permite dizer que a seleção aleatória de 100 amostras de 2401 famílias residentes no concelho de Lisboa, juntamente, com o cálculo da respetiva proporção e intervalo de confiança, sugerem que a proporção de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado (7.95%) estaria contida em 95 dos 100 intervalos de confiança obtidos.

As estimativas realizadas com vista à projeção do envelhecimento para o ano de 2050, referem que a proporção de pessoas idosas duplicará. Considerando que em 2050, em Portugal, a população total terá uma diminuição de 1,14% e que a percentagem da população idosa duplicará (32%), se as famílias mantiverem a intenção de cuidar dos familiares dependentes no autocuidado, o número de pessoas com mais de 65 anos, com dependência no autocuidado integrada no seio familiar residente no concelho de Lisboa

poderá ser de 22789 pessoas. Esta estimativa prevê o aumento de 3393 pessoas com dependência no autocuidado integradas no seio familiar residentes no concelho de Lisboa (INE, 2007).

Por outro lado, dado que no concelho de Lisboa em 2001 (Censos, 2001) a proporção de pessoas idosas (24%) era superior ao valor nacional (17%), se a duplicação for realizada tendo em conta o valor encontrado para Lisboa (48%), então o número de pessoas com dependência no autocuidado integrada no seio familiar residente no concelho de Lisboa será de 29034 pessoas. Esta estimativa prevê o aumento de 9698 pessoas com dependência no autocuidado integradas no seio familiar residentes no concelho de Lisboa.

Em Portugal, de acordo com a última análise censitária (INE, 2011), comparativamente com 2001, a população aumentou 2% e o número de famílias aumentou 12%. No entanto, no concelho de Lisboa, apesar de o número de pessoas residentes ter diminuído 3%, o número de famílias aumentou 5%. O aumento do número de famílias verificou-se em 22 freguesias, localizadas na sua maioria na Zona periférica e na Zona intermediária do concelho de Lisboa, sendo que, as diferenças mais significativas ocorreram na Zona Periférica, Santa Maria dos Olivais, Lumiar, Carnide, Marvila, Ameixoeira e São Domingos de Benfica, referidas em ordem decrescente. É de referir que Marvila e São Domingos de Benfica, apesar do aumento do número de famílias apresentam menor número de residentes que em 2001.

Assim, a projeção do número de famílias que poderão integrar uma pessoa dependente no autocuidado em 2050 no concelho de Lisboa, teve por base a projeção obtida para o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, prevendo-se que em 2050 existirão 153753 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (de acordo com a projeção estimada de 32%) ou 230630 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (de acordo com a projeção estimada de 48%) sendo que em 2010, existiam 130859 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Os valores referidos tiveram por base a projeção do número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos para 2050, ao invés da projeção do número de famílias residentes no concelho de Lisboa, por se considerar que o aumento do número de pessoas envelhecidas constitui uma premissa para o aumento do número de pessoas com

dependência no autocuidado e que a situação de pessoas dependentes no autocuidado gera a necessidade de respostas para a prestação de cuidados, sendo que, as famílias constituem uma possibilidade de resposta. Assim, com maior ou menor número de famílias, com mais disponibilidade ou obrigatoriedade, as famílias integram uma opção no contexto de cuidar dos seus familiares dependentes no autocuidado, pelo que, considerando que o número de pessoas envelhecidas aumenta, e conseqüentemente, o número de pessoas com dependência no autocuidado, a probabilidade de uma família cuidar de um familiar em situação de dependência aumenta. Decorrente do exposto, diminuindo ou aumentando o número de famílias, poderá aumentar ou diminuir a proporção de famílias que cuidam, respetivamente.

O cenário apresentado é facilmente alterado uma vez que se refere a um período temporal alargado (40 anos), pelo que, as mudanças de contexto social e económico poderão influenciar as respostas familiares, sociais e de cuidados de saúde, apresentando outras opções e por conseguinte cenários diferentes.

6.4. CONTEXTO FAMILIAR COMO RESPOSTA À SITUAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO – SÍNTESE REFLEXIVA

Pela análise efetuada, o contexto familiar parece constituir uma resposta à situação de dependência no autocuidado, contudo, os resultados parecem sugerir que esta resposta não pode coexistir isoladamente exigindo uma reorganização dos cuidados na comunidade, no sentido de alargar a sua intervenção a todas as famílias em contexto de dependência, integrando-as de forma permanente e continuada na carteira de clientes da equipa profissional. Os resultados parecem delimitar o espectro de intervenção do familiar na perspetiva do próprio, auscultando a sua perceção de competência e áreas específicas, tal como refere Figueiredo (2007).

Por outro lado, a caracterização dos cuidados prestados confirmam a perceção de competência do cuidador e dão corpo ao resultado traduzido na condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado em ambiente familiar, sugerindo uma transição que beneficiaria da intervenção da enfermagem.

Os processos de transição integram situações de estabilidade e instabilidade, enquanto processos dinâmicos (Murphy, 1990; Chick & Meleis, 1986). A intervenção da enfermagem no processo de transição vivido pelos familiares prestadores de cuidados visa o alcance do ponto de equilíbrio entre as situações descritas, com vista a preservar as situações de estabilidade vividas pelo prestador e a uma melhor prestação de cuidados à PDA (Shyu, 2000).

Carter & Mcgoldrick (1995) comparam a família a um sistema aberto e dinâmico com propriedades específicas, podendo considerar-se que os significados atribuídos às transições possam mudar dentro da própria família, numa perspetiva temporal, e variem de família para família. Na perspetiva apresentada, considera-se que a situação da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado deve ser acompanhada por um profissional de enfermagem, pelas características desta população e pelas competências da enfermagem, a assistência planeada e ajustada às necessidades no contexto domiciliar implicaria menor acesso aos serviços de saúde como se verifica nas associações identificadas, principalmente, no que se refere aos primeiros anos da instalação da dependência ($p < 0.05$) (Proctor, Wilcockson, Pearson & Allgar, 2000). O número de episódios de recurso ao serviço de urgência encontra-se igualmente relacionado com o número de internamentos da PDA no último ano, o que poderá sugerir que o recurso ao serviço de urgência é seguido de internamento, revelando ainda que, a necessidade de recurso ao serviço de urgência poderá consistir numa necessidade de cuidados que o prestador de cuidados não tem competência para prestar (e não é suposto que tenha), mas que a enfermagem tem, assim, admite-se que alguns episódios de recurso ao serviço de urgência e alguns internamentos seriam evitados mediante o acompanhamento da enfermagem nos cuidados da pessoa dependente no autocuidado no domicílio.

Os resultados suportam esta defesa, na medida em que se verifica que pior condição de saúde conduz a maiores recursos de saúde, no acesso a unidades de saúde e a profissionais de saúde ao domicílio. A situação descrita implicaria uma possível reorganização dos serviços de saúde, com vista a uma abordagem integrada da família que acolhe a pessoa dependente no domicílio, colocando, efetivamente, a pessoa no centro dos cuidados e por conseguinte no centro do sistema, conduzindo a melhor condição de saúde e por isso ganhos em saúde. Por outro lado, considerando a conjuntura atual nacional, o

investimento na preparação dos prestadores de cuidados poderia traduzir, também, ganhos económicos ao serviço nacional de saúde (Ermida, 1996).

Os resultados revelam que existe relação entre os cuidados prestados pelos familiares prestadores de cuidados e a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, e que estes cuidados diferem consoante o tipo de dependência da pessoa dependente no autocuidado, sendo que há cuidados, que necessários, são menos prestados na situação de maior dependência, contribuindo para pior condição de saúde das pessoas com maior dependência no autocuidado, integradas em ambiente familiar.

Sustentada pela evidência, importa referir que cuidados adequados implicam melhor condição de saúde, e que com vista a uma melhor condição de saúde deve investir-se em mais cuidados. O estudo suporta esta tese para os cuidados prestados pelo familiar prestador de cuidados. Na medida da ambição dos ganhos em saúde desejados para as pessoas com dependência do autocuidado deverá ser equacionada quão melhor seria a condição de saúde se os cuidados fossem prestados por enfermeiros, ou no limite, com o acompanhamento da enfermagem.

Van Haastregt, Diederiks, van Rossum, Witte & Crebolder (2000) decorrente da realização de uma meta análise com revisão sistemática de 15 estudos sobre visita domiciliária a pessoas idosas que residiam em suas casas, destacam como principais resultados os efeitos favoráveis na avaliação do estado funcional, do estado psicossocial, prevenção de quedas, diminuição da admissão a instituições de cuidados a idosos, e diminuição na taxa de mortalidade.

Os ganhos em saúde são entendidos como “ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devidas à doença, traumatismos ou suas sequelas, pelo aumento da funcionalidade física ou psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável pela melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde” (União Europeia, 2000:23). Considerando os resultados apresentados e a perspectiva apresentada do que se entende por ganhos em saúde, o presente trabalho poderia fundamentar uma proposta de investigação que tivesse por base um estudo experimental do tipo ensaio clínico, uma vez que, este é o tipo de estudo que confere maior evidência nos resultados obtidos. Assim, na realização deste estudo existiria o grupo caso,

constituído por famílias integradoras de pessoa dependente no autocuidado no domicílio que dispusessem de um serviço de enfermagem, de forma permanente e contínua, no âmbito da elaboração de um plano de cuidados integrador do fenómeno transicional da pessoa dependente no autocuidado e da família prestadora de cuidados, ambas objeto de cuidados do enfermeiro, e ainda um grupo controlo, em tudo igual ao grupo caso, exceto na intervenção de enfermagem. No entanto, o contexto de um estudo experimental desenvolve-se sob a premissa da existência da certeza indispensável de que não provoca malefícios e a dúvida suficiente de que provoca benéficos, isto porque é necessária alguma dúvida para justificar a não inclusão de todos os participantes no grupo alvo de intervenção, uma vez que, no ensaio clínico todos os participantes estão doentes (famílias com dependentes) e todos poderiam beneficiar da intervenção no caso das vantagens demonstradas. O que permite afirmar, que de acordo com esta última premissa, não existiria fundamentação para a realização de um estudo que promova melhor evidência, sobre os benefícios verso malefícios de intervenção de enfermagem, pela certeza que a enfermagem detém competência no cuidado humano nas áreas identificadas.

O fenómeno estudado pela abordagem selecionada permite aferir que a intervenção da enfermagem pode ser, no campo de atuação que lhe é próprio, geradora de ganhos em saúde nos familiares prestadores de cuidados e na pessoa dependente no autocuidado.

Considerando as características do cuidador, principalmente, no que se refere à idade, é por certo evidente que este deverá ser igualmente detentor de alguma doença crónica e talvez de alguma dependência no seu autocuidado. Na perspetiva de que a doença do cuidador constitui frequentemente o motivo de institucionalização, cuidar do cuidador permitiria, no mesmo plano de cuidados, obter mais ganhos em saúde.

As famílias que integram uma pessoa dependente no autocuidado devem ser identificadas e integradas na carteira de clientes das Unidades de cuidados na comunidade, devendo permanecer como clientes, ajustando as intervenções de acordo com a dimensão temporal do cuidado, de modo a permitir a monitorização do processo transicional dos cuidadores e da pessoa dependente no autocuidado.

Numa perspetiva comparativa da necessidade de avaliação e acompanhamento das famílias que cuidam de uma pessoa dependente no autocuidado parece pertinente fazer referência aos processos de avaliação de desempenho, que na atualidade ganharam ênfase

no desempenho profissional. Assim, toma-se como exemplo os enfermeiros, enquanto profissionais que após uma formação graduada com duração de quatro anos (e pós-graduada em grande parte dos profissionais) dispõem de entrevistas de orientação e identificação de necessidades de formação, com objetivo de alcançar cuidados de excelência. Neste ponto, poderá questionar-se se este desempenho pode ser assumido por um familiar, sem experiência ou graduação na área, que após o momento de preparação para o regresso a casa, parece dispor do conhecimento necessário para uma prestação de cuidados que assegure ao familiar dependente no autocuidado, através da adequação de recursos e cuidados, uma condição de saúde ausente de compromissos. Ou, com vista a resultados de excelência, seria de considerar a avaliação de desempenho dos familiares prestadores de cuidados, onde seriam indispensáveis algumas visitas, onde o acompanhamento e orientação fluiriam para resultados que beneficiariam todos os participantes.

A respeito de um acompanhamento profissional adequado, Proot *et al.* (2003) referem a necessidade de uma intervenção que envolve três componentes: a componente instrumental, que visa identificar e providenciar o alívio da carga física do familiar cuidador e os cuidados necessários fora da competência do prestador; a componente emocional, na identificação, no apoio e solução das preocupações do familiar cuidador em manter o equilíbrio na sua vida, como atividades, contatos sociais, e manutenção da esperança, e a componente informativa que visa a preparação adequada do familiar prestador de forma dinâmica, de acordo com as necessidades expressas e identificadas. Nesta intervenção importa sublinhar a importância de envolver ativamente na definição de objetivos, estratégias e resultados esperados, os atores centrais do processo, a pessoa dependente no autocuidado e o familiar prestador de cuidados, da mesma forma, que será decisiva a articulação entre os profissionais envolvidos (Coleman, 2004; American Geriatrics Society, 2007).

Na perspetiva de constituir as famílias em contexto de dependência no autocuidado objeto de cuidados, realça-se a necessidade da inclusão do familiar prestador de cuidados e da pessoa dependente no mesmo processo de cuidar, notando que incapacidade não se pode confundir com dependência, “*que é um estado em que se encontram as pessoas que, por razões relacionadas com a falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência a fim de realizar os atos correntes da vida*”

(Conselho da Europa, 1999:71), e que as situações de dependência não são inevitavelmente acompanhadas por incapacidade, assim como, as alterações do estado mental, associadas em parte à fisiologia do envelhecimento, não constituem por si só indicação de incapacidade.

Ainda, relativamente ao registo da escassa solicitação do enfermeiro, deverá ser motivo de reflexão para enfermagem, na medida em que, a procura de serviços regula a oferta, surge a possibilidade da reduzida procura se relacionar com a ausência de reconhecimento da enfermagem enquanto solução para as necessidades da família que integra a pessoa dependente no autocuidado no seu domicílio. No entanto, por desconhecimento da família ou inexistência de divulgação dos serviços de enfermagem que se adequam às suas necessidades, poderá deduzir-se que na perspetiva da família a enfermagem não constitui a principal opção para as suas dificuldades, por não lhes proporcionar o que necessitam. A enfermagem deve assumir-se como promotora, prestadora e facilitadora neste processo.

Da análise comparativa dos dois concelhos, Lisboa e Porto, poderá dizer-se que são semelhantes relativamente ao fenómeno em estudo, conferindo maior sustentabilidade ao instrumento criado e aos resultados apresentados. Na análise comparativa dos dois concelhos, importa notar que as diferenças dos resultados podem decorrer da relação estabelecida entre o investigador e a família, na perspetiva da empatia estabelecida, condutora à exposição de acontecimentos reveladores de menor êxito nas práticas exercidas pelo familiar cuidador, especulando-se, no que se refere à condição de saúde registada, que os resultados do concelho de Lisboa se aproximem mais dos resultados do concelho do Porto onde os investigadores tiveram mais oportunidades de registar a condição de saúde com base na observação do que através dos factos relatados pelo familiar prestador de cuidados. Importa ainda realçar, que independentemente das diferenças, 20% das PDA integradas no domicílio no concelho de Lisboa caíram no último mês, ou seja, uma em cada cinco famílias parece precisar de ajuda neste domínio e muitos outros. A diminuição da mobilidade assiste a maioria das pessoas dependentes conferindo-lhes maior probabilidade de ocorrência de quedas, este facto é corroborado pelo estudo de Oliveira e colaboradores (2010) ao relatar o acontecimento de quedas por motivos relacionados com a própria pessoa em 44% da população estudada. Ainda assim, acredita-

se que os recursos e as reparações no alojamento inerentes à segurança das pessoas com mobilidade reduzida não se encontram ativos nestas residências.

Em suma, este estudo pretende ser um contributo no sentido de melhorar a assistência às famílias que cuidam de pessoa dependente no autocuidado em ambiente domiciliar, onde se entende que esteja implícita a necessidade de reconhecimento que a intervenção da enfermagem transcende a realização de pensos, algaliações e hígienes, tal como é referido em alguns estudos (Palma, 1999; Figueiredo, 2007). No sentido da mudança, a mesma pode decorrer por via da oferta, pela demonstração da vantagem, ou/e por via da procura, pelo reconhecimento da necessidade, aqui, o ponto reside na alteração das expetativas atribuídas aos profissionais de enfermagem. Considera-se que a par das reformas que se assistem nos cuidados de saúde, mantendo as pessoas com dependência na comunidade, torna-se imperativo trazer para a comunidade os profissionais que se responsabilizam e asseguram a prestação de cuidados de forma contínua e permanente no domínio da dependência nos restantes contextos de cuidados, os enfermeiros.

No reconhecimento das famílias como uma resposta comunitária no cuidado às pessoas dependentes, ajustada à opção da família e às políticas sociais e de saúde, deverá estar incluída a assistência ajustada às necessidades das famílias, onde se preconiza uma abordagem integrada da pessoa cuidadora e da pessoa dependente.

Na perspetiva do apoio à opção familiar em integrar o parente dependente, note-se que alguns dos motivos apontados pelas famílias se prende com a garantia da pessoa ter os melhores cuidados, pela manutenção dos laços ou devido a inevitabilidade da situação (Imaginário, 2004; Veríssimo & Moreira, 2004; Machado, Jorge & Freitas, 2009; Romão & Pereira, 2008). Importa, portanto, conjeturar políticas que permitam aos cidadãos a liberdade das suas escolhas com a garantia da qualidade dos cuidados, ao mesmo tempo, que prestam um serviço. O direito à saúde expõe tacitamente o acesso à assistência necessária, não se identificando neste contexto nenhuma condição de exceção, parece relevante a exposição realizada.

Mediante os resultados apresentados, ficam claras as características que envolvem a prestação de cuidados em contexto familiar e as dificuldades inerentes ao desempenho do papel de familiar cuidador de uma pessoa dependente no autocuidado, consistindo um

contributo no planeamento da assistência a prestar às famílias que acolhem uma pessoa dependente no autocuidado no concelho de Lisboa.

Os resultados obtidos são sugestivos de que os familiares prestadores de cuidados também constituem uma opção no processo de cuidar no domicílio de pessoas com níveis de dependência elevados e intermédios em que se verifica a necessidade de ajuda de pessoa. No entanto, quando a PDA evolui para um grau de dependência mais elevado, em que se verifica ausência na participação das atividades inerentes ao seu autocuidado, os cuidados de incentivo para a autonomia na prestação de cuidados do familiar cuidador diminuem.

Os cuidados em que o prestador revela maior intensidade são tradutores de um perfil de cuidados, que no plano de maior dependência, visam a substituição no exercício do autocuidado fora de um plano de cuidados que proporcione a melhoria da condição de dependência pelo reflexo obtido de intervenções que se dispõem ao incentivo da autonomia. Considerando o perfil de cuidados prestados em associação com os recursos utilizados poderá dizer-se que o prestador de cuidados segue como linha de cuidados o conforto à pessoa dependente no autocuidado, na situação de dependência alectuada.

No âmbito da presente discussão importa centrar os cuidados de incentivo como parte integrante das competências do enfermeiro nas intervenções subordinadas à promoção da autonomia, pelo que, releva a necessidade de refletir o papel do familiar prestador de cuidados no contexto dos cuidados e dos profissionais de saúde, na medida do que será expectável e aceitável do seu desempenho numa perspetiva de suplemento e complemento da pessoa dependente no autocuidado.

Os resultados acrescentam ainda, a possibilidade de que este registo de prestação de cuidados às pessoas com dependência no autocuidado seja acompanhado de uma pior condição de saúde, confirmado pela análise inferencial. Assim, com base nos resultados descritos parece surgir um cenário ajustado ao limite da competência dos familiares prestadores de cuidados com vista à melhor condição de saúde da PDA. Nolan & Grant (1989) reforçam a necessidade dos familiares identificarem os seus limites, a importância de solicitar apoio, o tipo de apoio a que devem recorrer e como o fazer. Confirmam ainda a necessidade de informação referida pelos familiares prestadores em relação aos profissionais de saúde.

Pelo exposto, e em conjunto com a descrição efetuada dos recursos profissionais utilizados considerados necessários, poderá equacionar-se, se no limite se considera que todas as competências dos enfermeiros poderão ser transferidas para o familiar prestador de cuidados, ou se pela evidência, é reconhecido que num tipo de dependência alectuada está inerente a necessidade de cuidados que o familiar prestador de cuidados não realiza, na certeza de que a maioria desses cuidados é da competência do enfermeiro.

Perante o cenário apresentado, ao decidir que será desejável que o prestador de cuidados dê resposta a todas as necessidades da pessoa dependente no autocuidado no estado de maior dependência, será expectável a evolução do prestador de cuidados para que nível de competência? Será aceitável esperar do prestador de cuidados uma competência profissional?

Conhecedor das competências de enfermagem e não reconhecendo a necessidade de intervenção da enfermagem na realidade descrita, só será possível num alinhamento em que é considerada adequada a profissionalização dos prestadores de cuidados, ou no reconhecimento que a enfermagem não se reveste de competências que compõem uma profissão que vida o cuidado à pessoa dependente no autocuidado.

Apreciando o propósito deste estudo, as competências do enfermeiro e os resultados obtidos na condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado e a percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, considera-se que o recurso ao enfermeiro é inferior ao que se considera adequado.

Com base nos resultados observados poderão surgir dois caminhos, que podendo ser complementares são distintos no percurso que se pretende para enfermagem. No concreto, poder-se-á considerar um maior investimento na preparação dos prestadores de cuidados, que será seguramente um bom caminho, na medida da melhoria do seu desempenho. Contudo, no contexto da preparação dos familiares prestadores de cuidados, deverá ser considerada a integração da enfermagem como recurso, em que na situação de prestador de cuidados de uma PDA que não participa, a percepção de muito competente possa traduzir o reconhecimento dos profissionais competentes na área, que se admite, que por inerência de funções face às necessidades, se traduza no profissional de enfermagem. Por oposição à delegação de competências de enfermagem em familiares prestadores de

cuidados no processo de cuidar da PDA integrada em meio familiar, ainda que, muito preparados.

Por fim, considera-se que o familiar prestador de cuidados não constitui, sem recurso ao enfermeiro, uma solução adequada para todas as situações de pessoa dependente no autocuidado integrada no domicílio.

6.5. REFERÊNCIAS

- Alarcão, M. (1998). Malha a malha se tece a teia. *Interações*. 7, 93-102.
- American Geriatrics Society (2007). Improving de quality of transitional care for persons with complex care needs. *Assisted Living Consult*. March/April, 30-32.
- Archbold, P., Stewart, B., Greenlick, M.; Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*. 13, 375–384.
- Augusto, B.; Carvalho, R. (2005). *Cuidados Continuados, família, Centro de saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. 2ª ed. Coimbra: Formasau.
- Azevedo, P. (2010). *Partilha de informação de enfermagem sobre prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Backman K.; Hentinen M. (1999). Model for the self-care of homedwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 30, 564-72.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy, the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Educ Behav*. 31 (2), 131-143.
- Benner, P., Tanner, C.; Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.
- Bondevik, M.; Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Journal of Reserch Nursing*. 20, 325-43.
- Buchanan, R.; Radin, D.; Chakravorty, B.; Tyry, T. (2009). Informal Care Giving to More Disabled People with Multiple Sclerosis. *Disability and Rehabilitation*. 31 (15), 1244-1256.
- Campbell, L.; Keefe, F.; McKee, D.; Edwards, C.; Herman, S.; Johnson, H.; Colvin, M.; McBride, C.; Donattuci, C. (2004). Prostate cancer in African Americans: Relationship of

patient and partner self-efficacy to quality of life. *Journal Pain Symptom Manage.* 28, 433-444.

Carter, B.; McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Chick, N.; Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In Chin. P. *Nursing research methodology*. Aspen, 237-257.

Coleman, E. (2004). One patient, many places: managing health care transitions, part II: practitioner skills and patient and caregiver preparation. *Annals of Long-Term Care.* 12 (9), 25-32.

Conselho da Europa (1999). *Recomendação nº R (99) 4 do Comité de Ministros aos Estados membros sobre os Princípios relativos à protecção jurídica dos Maiores Incapazes* On line http://www.coe.int/t/E/Committee_of_Ministers/public/Documents/.

Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patient's carer's perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing.* 31 (5), 1165-1173.

Ducharme, F.; Lévesque, L.; Lachance, L.; Gangbè, M.; Zarit, S.; Vézina, J. (2007). Older husbands as caregivers – factors associated with health and the intention to end home caregiving. *Research on Aging.* 29 (1), 3-31.

Ermida, J. (1996). Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. *Revista de Geriatria.* 9 (85), 13-23.

European Commission – Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2008). *Long-Term Care in the European Union*. On line <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Frisard, M.; Fabre, J.; Russell, R.; King, C.; DeLany, J.; Wood, R. (2007). The Louisiana healthy aging study. Physical activity level and physical functionality in nonagenarians compared to individuals aged 60-74 years. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences.* 62 A(7), 783-788.

Given, B.; Given, C.; Kozachik, S. (2001) Family support in advanced cancer. *A Cancer Journal for Clinicians.* 51, 213-231.

Grobe, M.; Ilstrup, D.; Ahmann, D. (1981). Skills needed by family members to maintain the care of an advanced cancer patient. *Cancer Nursing.* 4, 371–375.

Harrison, M.; Neufeld, A. (1997). Women's experiences of barriers to support while caregiving. *Health Care for Women International.* 18, 591–602.

Heidrich S. (1996). Mechanisms related to psychological wellbeing in older women with chronic illnesses: age and disease comparisons. *Reserch Nursing Health.* 19, 225-35.

Henriques, A.; Jorge, M. (1999). Dificuldades Sentidas pela Família após a Alta Hospitalar. *Enfermagem: revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros*. 13, 22-29.

Houde, S. (2001). Men providing care to older adult in the home. *Journal of Gerontological Nursing*. 27 (8), 13-19.

Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Innes, A. (2011) Dementia care environments: Physical design, direct care delivery, and the wider context of care. *Journal of Care Services Management*. 5 (3),125-127.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010). Rendimento e condições de vida. *Destaque*. Lisboa: INE. On Line <http://ine.pt/>.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). Censos - Resultados provisórios – 2011. Lisboa: INE. On Line <http://ine.pt/>.

Kaufman, L.; Rousseeuw, P. (1990). *Finding Groups in Data: An Introduction to Cluster Analysis*. A Wiley Interscience Publication. Belgium.

Kuipers, E.; Bebbington, P. (2005). Research on Burden and Coping Strategies in Families of People with Mental Disorders: Problems and Perspectives. In Sartorius, N.; Leff, J.; Lopez, J. (2005) *Families and Mental Disorders*. John Wiley & Sons On line <http://books.mydump.nl/Psychology%20Complete/Applied%20psychology/Psychiatry/Families%20and%20Mental%20Disorder%20From%20Burden%20to%20Empowerment%20-%20Norman%20Sartorius.pdf>.

Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. *Health Promotion and Chronic Illness: Discovering a new quality of health*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 11-13.

Loureiro, L.; Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*.. III Série, 3, Mar.,151-162.

Machado, A.; Jorge, M.; Freitas, C. (2009). A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. *Revista Brasileira de Enfermagem*.. 62 (2), 246-251.

Marques, S. (2007). *Os cuidadores Informais de doentes com Acidente Vascular cerebral*. Coimbra: Formasau.

Mercer, R.; Nichols, E.; Doyle, G. (1988). Transitions over the life cycle: A comparison of mothers and non mothers. *Nursing Research*. 37 (3), 144-151.

Murphy, S. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practic.*, 4 (3), 1-7.

Nolan, M.; Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: A neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 14, 950–961.

Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Open University Press, Buckingham.

Oksoo K. (1999). Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant women living in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*. 29, 1082-88.

Oliveira, C.; Rosa, M.; Pinto, A.; Botelho, A.; Morais, A.; Veríssimo, A. (2010). *Estudo do perfil de envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Palma, M. (1999). A família com idosos dependentes. Que expectativas? *Enfermagem Agora. Associação Portuguesa de Enfermeiros*. 27-44.

Pearlin, L.; Mullan, J.; Semple, S.; Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 30, 583-591.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra. Formasau.

Portugal (1999). *Ministério do Trabalho e Solidariedade. Decreto-Lei n.º 265/99. 4397-4401*.

Portugal. Ministério da Saúde (2006). Decreto-Lei n.º 101/06. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República. 1ª Série, (109), 6 de Junho de 2006, p.3856-3865.

Portugal. Ministério da Saúde (2008). Diário da República, 1ª Série, Nº 54 de 18 de Março de 2008. Agrupamento de Centros de Saúde – ACES. 1729-1737.

Portugal. Ministério da Saúde (2008a). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Directiva Técnica N.º1/UMCCI/2008. On line www.rncci.min-saude.pt.

Proctor, S.; Wilcockson, J.; Pearson, P.; Allgar, V. (2000). Adequacy of home care and hospital Readmission for elderly congestive heart failure patients. *Health & Social Work*. 25(2), 87-97.

Proot, I.; Crebolder, H.; Abu-Saad, H; Ter Meulen, R.(1998). Autonomy in the rehabilitation of stroke patients in nursing homes. A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 12 (3),139-145.

Proot, I.; Huijjer, A.; Crebolder, H.; Goldsteen, M.; Luker, K.; Widdershoven, G. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home: balancing between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 17, 113-121.

Quine, L.; Pahl, J. (1991). Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: a test of Lazarus transactional model of coping. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 1, 57-70.

Rodrigues, M. (2008).O caminho da enfermagem científica moderna. *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*. On line www.Ice-mac.org/pdf/colectanea/CI.pdf.

- Romão, A.; Pereira, A. (2008). Cuidadores Informais de Idosos. Cidade Solidária – *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. 19, 40-43.
- Santos, A.; Cruz, M. (1990). Crescimento urbano e dinâmica populacional: análise da cidade de Lisboa a partir dos últimos recenseamentos. *Actas do Congresso Viver (n)a Cidade*. LNEC, 353-369.
- Santos, C.; Peixoto, M. (2009) Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos da Saúde*. 2 (2), 87-93.
- Schoenfelder, D.; Swanson, E; Specht, J.; Maas, M.; Johnson, M. (2000). Outcome Indicators for Direct and Indirect Caregiving. *Clinical nursing research*. 9 (1), 47-69.
- Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Journal of Nursing Scholarship*. 30, 63–69.
- Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Dodd, M.; Dible, S. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*. 23, 191- 203.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e Intervenções*. Coimbra. Quarteto.
- Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during ilie transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (3), 619-625.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la practica sistémica*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Spillman, B.; Pezzin, L. (2000). Potential and active family caregivers: Changing networks and the “sandwich generation.” *Milbank Memorial Fund Quaterly*. 78, 347-74.
- União Europeia. (2000). Saúde XXI - *Programa Operacional de Saúde*. On line <http://www.qca.pt/pos/download/2000/saude.pdf>.
- Unruh, L.; Zhang, N.; Wan, T. (2006). Predictors of Resident Outcome Improvement in Nursing Homes. *West J Nurs Res*. 28 (8), 974-993.
- Van Haastregt, J.; Diederiks, J.; van Rossum, E.; Witte, L.; Crebolder, H. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal*., 320, 754-758.
- Veríssimo, C.; Moreira, B. (2004). Os cuidadores familiares/ Informais, cuidar do doente idosos em domicílio. *Pensar em Enfermagem*.. 8 (1), 60-65.
- Wiles, J. (2003). Informal caregivers’ experiences of formal support in a changing context. *Health and Social Care in the Community*. 11(3), 189-207.
- Winslow, B. (2003) Family Caregivers’ Experiences with Community Services: A Qualitative Analysis. *Public Health Nursing*. 20 (5), 341–348.

Yamamoto, N.; Wallhagen, M. (1997). The continuation of family caregiving in Japan. *Journal of Health and Social Behavior*. 38, 164–176.

7. CONCLUSÕES

No que reporta às limitações associadas à aplicação do instrumento, na medida em que as respostas tiveram por base a perceção do respondente, deve ser tido em consideração que não existiu oportunidade para proceder à observação de práticas ou da pessoa dependente no autocuidado. Assim, poderá parecer que o método de colheita de dados não foi facilitador da criação de um ambiente permissivo de abertura no domicílio do familiar prestador de cuidados. Neste contexto, é de considerar, como possível opção para futuras investigações, a integração do investigador numa equipa de visitaçao domiciliar. No entanto, a limitação apontada não compromete a investigação, no sentido que se considera, igualmente, importante conhecer o fenómeno na perspectiva do prestador de cuidados, constituindo uma característica transversal a todas as questões de investigação.

Os formulários baseados na perceção do respondente não garantem a precisão das respostas, no entanto, o facto de terem sido preenchidos por enfermeiros, considera-se assegurada a coerência no preenchimento, bem como o enquadramento em que este foi preenchido.

A taxa de não resposta obtida, apesar de concertante com as taxas de não resposta relatadas em estudos que utilizaram a mesma metodologia de colheita de dados, pela aplicação de formulários ao domicílio, pode conduzir a resultados sugestivos de uma situação discrepante da realidade, na perspectiva de que os resultados obtidos constituem uma sub-representação dos casos existentes, uma possibilidade, será o facto de os familiares prestadores de cuidados serem na sua maioria mulheres de idade mais avançada, constituindo assim um grupo de maior vulnerabilidade, que conscientes disso poderão levar em consideração, e para sua protecção, recusar o contacto com pessoas estranhas no seu domicílio e inviabilizando o diálogo e a receção do investigador.

Na medida em que a prestação de cuidados entre o cuidador e a pessoa dependente é um processo ativo e dinâmico, deve ser considerado que o estudo não esgota todas as

possibilidades de perfil de prestador de cuidados, tão pouco teve como objetivo o estudo da compatibilidade e dos processos relacionais entre a pessoa cuidadora e a pessoa cuidada.

No que releva como conclusões, o trabalho que aqui se apresenta pretende expor o percurso realizado no estudo das famílias que integram a pessoa dependente no autocuidado em ambiente domiciliar nas famílias clássicas residentes no concelho de Lisboa. A investigação encontra-se alicerçada numa abordagem multidimensional das famílias na perspetiva da caracterização do fenómeno da dependência, pela análise do grau de dependência e da condição de saúde da pessoa dependente, e da caracterização do fenómeno da prestação de cuidados ao familiar dependente, através do escrutínio de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, dos cuidados prestados e dos recursos utilizados pelo familiar cuidador. Surge assim o momento de apresentar as principais conclusões da investigação desenvolvida.

A orientação demográfica sugere o aumento de famílias que estará disposta a assumir os cuidados de um parente dependente no autocuidado, ainda que motivados por diferentes perspetivas, dever familiar, económico ou outros. O desafio para a enfermagem será o de acompanhar as necessidades dos prestadores de cuidados familiares e dos parentes dependentes, pela adoção de modelos adequados, por forma a tornar os familiares que assumam o papel de prestadores, em cuidadores eficazes e saudáveis na que concerne à transição para o exercício do papel.

Considerando as tendências de saúde e as respetivas implicações na elaboração do planeamento e das políticas de saúde, a medição da saúde deve envolver diferentes formas de avaliação integrando a pessoa, o cuidador e o investigador (Hickey, Speers & Prohaska 1997; Stewart, Hays & Ware, 1998).

A presente investigação pretende demonstrar a pertinência do tema abordado enquanto problemática e a necessidade de estudos desta natureza, sendo que inerente ao trabalho aqui apresentado, existe a crença absoluta de que a investigação focada na caracterização dos familiares prestadores de cuidados e nas pessoas dependentes no autocuidado em ambiente domiciliar pode contribuir para o desenvolvimento de mais enfermagem.

De acordo com as projeções realizadas para o envelhecimento da população, existe uma forte possibilidade de a par com o número de pessoas idosas, se verifique o aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado, assim como, o número de famílias que decidem assumir o papel de cuidadores, estimando-se que em Lisboa, em 2011, se cifrem nas 19396, o que corrobora a necessidade de produção de conhecimento que permita a identificação das necessidades de intervenção da enfermagem, que permitirá a prestação de cuidados mais ajustados.

Neste sentido, considera-se que o trabalho realizado se insere, como importa para enfermagem, na designada dimensão de investigação que visa a caracterização das pessoas/famílias e das suas necessidades em cuidados, na perspetiva de gerar conhecimento de enfermagem e para a enfermagem, com vista à sua aplicabilidade (Meleis, 2010).

Também Rodrigues (2008), sugere que a investigação em enfermagem deve priorizar as problemáticas que possibilitem melhorar a intervenção às pessoas mais carenciadas, como sendo os mais pobres, as pessoas com limitações físicas e psíquicas entre outras. E que em paralelo, deve ser desenvolvida investigação alinhada com as políticas envolventes.

A prestação de cuidados à pessoa dependente no autocuidado prevê o desempenho de atividades de vida diária, designadas por “tarefas físicas e atividades de cuidados pessoais básicas, de forma independente, com ou sem ajuda de acessórios” Moorhead, Johnson & Maas (2008: 213) inerentes a todos os domínios do autocuidado “tomar banho, lavar-se, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto-elevar, usar o sanitário, transferir-se, virar-se e usar a cadeira de rodas” OE (2006: 46), de acordo com o grau de dependência da pessoa.

O processo de transição associado ao exercício do papel de prestador de cuidados tem por inerência uma situação de um familiar que apresenta algum nível de dependência, pelo que pode ser considerado como um período de vulnerabilidade, ainda que decorra de situações já notificadas e, por isso, aguardadas, uma vez que as doenças crónicas acompanham a pessoa até mesmo antes do diagnóstico clínico, pois o início da sua convivência acontece com o aparecimento dos sintomas.

Uma parte das pessoas com dependência no autocuidado que depende de outra, ou de equipamentos, encontra-se em contexto domiciliar, na sua residência ou na residência

de um familiar. Importa caracterizar estas pessoas que são cuidadas por um familiar e estas pessoas que cuidam dos seus familiares sem profissionalização ou remuneração e, em algumas circunstâncias, sem garantia da eficácia dos cuidados que prestam. O perfil do familiar prestador de cuidados descreve-o como sendo na maioria uma pessoa com idade superior a 50 anos e portanto, também confrontado com a possibilidade de transição associada ao processo de envelhecimento descrito anteriormente que, cumulativamente, passaram a exercer o papel de cuidadores.

Das pessoas com dependência no autocuidado, que não se encontram em instituições, a maioria tem família que presta algum tipo de apoio e algumas pessoas têm família que prestam ou asseguram a prestação de todos os cuidados necessários.

Apesar do presente estudo não incidir nas mudanças que ocorrem na vida do prestador de cuidados em consequência do exercício do papel de prestador de cuidados, essas alterações encontram-se descritas na literatura como podendo ser significativas do ponto vista social, familiar, profissional e da sua saúde.

O conceito de autocuidado é visto por Holstein, Hickey & Kathryn (1986) como sendo semelhante ao que se entende por cuidados de saúde, no sentido em que têm a intenção de melhorar a saúde, prevenir a doença, avaliar os sintomas e restabelecer a saúde (Dean, 1986). Na perspetiva que o autocuidado é exercido pelo próprio e os cuidados de saúde são exercidos pelos profissionais de saúde, sendo certo que a alteração ao estado de autocuidado é objeto de interesse e de intervenção da enfermagem. As presentes considerações levam a refletir sobre o enquadramento do familiar prestador de cuidados, que não sendo profissional de saúde exerce o papel do próprio na situação da sua incapacidade e o papel dos profissionais de saúde na ausência destes. Assim, no âmbito do interesse pelo autocuidado, a enfermagem tem como unidade de intervenção a pessoa dependente no autocuidado e também o familiar prestador de cuidados à pessoa dependente no autocuidado. A evidência resultante da presente investigação suporta que o enfermeiro constitui, nas famílias estudadas, um recurso nas situações de maior dependência ($p = 0,009$; $MW = 1066,500$), o que alicerçado nas necessidades identificadas e nas competências que transcrevem a enfermagem, parece ser insuficiente.

Interessa notar, que é do interesse da enfermagem desenvolver todo o seu potencial nesta matéria, constituindo uma premissa para esse fim, o conhecimento específico das necessidades dos familiares prestadores de cuidados, para o qual a presente investigação

pretende contribuir. Assim como, ajudar a perspetivar intervenções de enfermagem tendo por base o paradigma da transição, como fator facilitador no processo de transição da pessoa que está para além de um processo de cura, como se entende que seja a pessoa dependente no autocuidado e o familiar prestador de cuidados.

Os cuidados de enfermagem, com vista à intervenção nos diferentes tipos de transição, podem ser abordados tendo em conta as diferentes fases do ciclo de vida da pessoa e de toda a sua envolvente ambiental (social, económica, biológica e cultural). Assumindo que a família constitui a unidade basilar da sociedade, por ser também entendida como o contexto fundamental para o desenvolvimento da pessoa, é sugerido que se integre a família no objeto de cuidados de enfermagem (Murphy, 1990).

O papel de membro familiar prestador de cuidados reveste-se de complexidade, talvez por isso, a investigação tenha descurado até à data uma avaliação multidimensional do fenómeno e se tenha debruçado, sobretudo, ao estudo da sobrecarga do cuidador (Figueiredo, 2007). No entanto, é importante considerá-lo como objeto de avaliação pelos enfermeiros para seja possível identificar necessidades de intervenção (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd & Dible, 2000).

Na perspetiva dos cuidados centrados na pessoa dependente e na família e o conseqüente aumento dos cuidados domiciliários, deve estar implícita a avaliação dos mesmos e a monitorização das necessidades daqueles que são os consumidores destes cuidados, pessoas com dependência no autocuidado a residir em ambiente familiar, de forma a garantir a eficácia nos cuidados e a promover a qualidade dos mesmos (Applebaum, Kunkel & Wilson, 2007).

A intervenção da enfermagem incide na preparação dos familiares prestadores de cuidados no sentido de aumentar a sua competência no desempenho do papel de prestadores, não relevando a sua intervenção elementar na promoção da autonomia no autocuidado junto da pessoa dependente (OE, 2001; Pereira, 2007; Silva, 2007).

No sentido da avaliação do fenómeno, considerando a finalidade do estudo, tornou-se necessário construir um instrumento que desse resposta aos objetivos propostos. O formulário desenvolvido revelou-se como um instrumento válido, com nível de fidelidade elevado, constituindo uma opção válida na avaliação da dependência no autocuidado da pessoa adulta, da condição de saúde face à dependência apresentada, dos cuidados

prestados pelo familiar na perspectiva da intensidade e do incentivo à autonomia aplicado, da percepção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel e dos recursos utilizados, considerando a situação de dependência em cada um dos domínios do autocuidado. Permite ainda, a avaliação das famílias com parentes institucionalizados na perspectiva do conhecimento relativo à caracterização, aos motivos e às necessidades expressas com vista à sua integração no domicílio. Importa reconhecer o instrumento desenvolvido como uma ferramenta de utilidade clínica na caracterização das necessidades reais da pessoa dependente no autocuidado e do prestador de cuidados em contexto familiar.

O aperfeiçoamento dos instrumentos de medição ocorre através de aplicações sucessivas que permitem revisões subsequentes, pelo que se espera que este seja o primeiro estudo do instrumento criado e que as suas futuras aplicações permitam a sua modificação e refinamento.

O relatório que aqui se apresenta descreve o que poderá ser considerado como o primeiro estudo de base populacional, realizado no Concelho de Lisboa, que incide sobre a problemática da “Dependência no autocuidado” em ambiente familiar, relevando pela abordagem integrada que dedica à pessoa dependente e ao familiar prestador de cuidados. Acresce dizer, que a metodologia adotada para a presente investigação confere a mesma probabilidade de inclusão a todas as famílias, possibilitando a caracterização das famílias que não estão identificadas pelos serviços de saúde e as que tendo sido identificadas não reuniam critérios de referência.

O estudo constitui um importante contributo no domínio do conhecimento, sendo que uma das suas vantagens reside nas opções metodológicas, como sendo, a natureza e o processo de amostragem utilizado, na medida em que, permite extrapolar os resultados para a população, ou seja, inferir os resultados para as famílias que residem no concelho de Lisboa. A presente investigação contribui igualmente com valor científico que revestem os resultados apresentados.

No que concerne à enfermagem, o conhecimento das famílias que integram um familiar dependente, assim como as famílias que têm um familiar institucionalizado representa um importante foco de atenção. A presente investigação contribui para o conhecimento quantitativo das variáveis estudadas possibilitando aos decisores a oportunidade de um planeamento ajustado à realidade, mas também contribui para o

conhecimento da realidade de cada família estudada, permitindo a sua abordagem pelo conhecimento da família e da pessoa dependente no autocuidado que integra, no todo, e não apenas pela análise de variável a variável.

O contexto familiar que acolhe a pessoa dependente no autocuidado no concelho de Lisboa caracteriza-se por globalmente ter como principal cuidador um parente feminino, com ocupação profissional (75%), com idade superior a 65 anos (47%) e uma situação desfavorável no que se refere aos apoios que os envolvem. O estudo revela a maioria da população estudada se em risco de pobreza, considerando que o rendimento da maioria das famílias se situa nos 410, que os recursos humanos não profissionais destes cuidadores são muito reduzidos e que se circunscrevem essencialmente à família, ainda assim, apenas 63% utiliza a família como recurso, 15% refere os vizinhos e 14% refere a empregada. A isto acresce dizer que nas situações de maior dependência o número de membros que integra a família é maior ($p=0,050$; $\chi^2_{KW}=5,981$), bem como, é identificado que se encontram a cargo da família ($p=0,003$; $MW=513,500$).

Os resultados permitem notar o elevado grau de dependência das pessoas que residem em ambiente familiar, com dependência no autocuidado, no concelho de Lisboa, deixando transparecer as inerentes necessidades de cuidados que se inscrevem, sobretudo, no domínio da enfermagem.

No que se refere às relações das dimensões em estudo verifica-se que quanto maior a dependência da PDA no autocuidado pior a condição de condição de saúde ($p=0,000$; $R=-0,321$), maior a intensidade dos cuidados prestados pelo FPC ($p=0,001$; $\chi^2=13,425$), menor o incentivo à autonomia da pessoa dependente nos cuidados prestados pelo FPC ($p=0,024$; $\chi^2=7,448$) e menor a taxa de utilização de equipamentos considerados necessários ($p=0,022$; $\chi^2=7,593$).

Os domínios transferir-se, elevar-se e virar-se, tal como foi referido na análise fatorial, pela proximidade conjunta identificada, refletem a capacidade da pessoa se posicionar e deslocar do local onde se encontra (cama/cadeira) traduzindo um perfil de dependência designado por alectuado enquanto estado de confinamento ao leito (ACSS, 2010), ou como tradicionalmente é referido, pessoa acamada ou grande dependente. Por outro lado, a análise da matriz correlacional conferiu consistência a esta interpretação na medida da associação verificada, configurando-se diretamente proporcional, assim, o

aumento do grau de dependência num dos autocuidados tem implícito o aumento nos dois outros autocuidados. Numa perspetiva agrupada dos casos que necessitam de ajuda de pessoas e dos casos que não participam, totalmente dependentes, nos três domínios referidos, constata-se a existência de um elevado número de famílias com pessoas em situação de dependência alectuada, situando-se entre os 20% e os 30% das famílias com pessoas dependentes no autocuidado no concelho de Lisboa.

Por outro lado, a análise das correlações dos domínios tomar banho e vestir-se sugerem associações semelhantes dos dois domínios, no que se refere ao nível de dependência da pessoa dependente no autocuidado, à perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel e equipamentos utilizados pelo familiar prestador de cuidados.

A evidência permite assim, que numa perspetiva macro se designe dois principais tipos de situação de dependência. No contexto das famílias que integram uma pessoa em situação de dependência alectuada a pessoa dependente apresenta pior condição de saúde, concretizando, a totalidade das pessoas (100%) expõe presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele ($p=0,000$; $\chi^2=17,646$) e presença sinais aparentes de compromisso respiratório ($p=0,012$; $\chi^2=6,243$), a grande maioria (87,5%) expõe presença de sinais aparentes de desnutrição ($p=0,010$; $\chi^2=6,637$), sinais aparentes de desidratação (75,0%) ($p=0,014$; $\chi^2=6,004$) e apresenta de sinais de alteração do estado mental (69,2%) ($p=0,000$; $\chi^2=17,685$). No que concerne aos cuidados prestados pelo familiar cuidador no contexto de dependência alectuada, estes caracterizam-se por ser de menor incentivo para a dependência e de menor intensidade no que se refere ao facto, de a maioria (70,0%) dos familiares aplicar menos desodorizante/semana ($p=0,001$; $\chi^2=10,798$) e lavar menos vezes os dentes/dia (72,7%) ($p=0,007$; $\chi^2=7,379$) à pessoa dependente. Contudo, revelam maior intensidade em cuidados específicos, como sendo, 72,7% inspeciona mais as zonas de proeminências ósseas/dia ($p=0,000$; $\chi^2=17,685$) e 61,1% inspeciona mais a pele do períneo/dia ($p=0,049$; $\chi^2=3,871$).

No que se refere à condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado observa-se que quanto pior a condição de saúde menor o incentivo à autonomia nos cuidados prestados pelo FPC ($p=0,005$; $R=0,300$) e menor a taxa de utilização de equipamentos considerados necessários ($p=0,018$; $R=-0,229$). Por outro lado, também no que diz respeito aos cuidados prestados, os resultados sugerem um perfil de cuidados de

substituição da pessoa com maior dependência no autocuidado na perspectiva de que os cuidados de incentivo para a autonomia e a taxa global de equipamentos considerados necessários utilizados são maiores em situações de menor dependência ($p = 0,046$; $R = 0,229$).

Os resultados demonstram que nas famílias clássicas sem núcleos ou com um núcleo, a taxa de utilização de equipamentos considerados necessários é maior ($p = 0,013$; $MW = 384,50$), sendo concertante com o facto de que os equipamentos utilizados são na maioria no domínio do autocuidado andar, corrobora a conclusão de que famílias com menor número de elementos no agregado familiar acolhem uma PDA com menor dependência.

Esta investigação providencia evidência na relação entre PAE e os cuidados prestados no sentido em que a perceção de maior competência implica a prestação de cuidados de maior intensidade e incentivo para a autonomia ($p = 0,001$; $\chi^2_{KW} = 15,146$; $p = 0,045$; $\chi^2_{KW} = 6,219$), refletindo-se de forma concreta no facto de o familiar prestador de cuidados que se percebe mais competente barbear mais o seu familiar dependente (masculino) por semana, limpar mais vezes os ouvidos por semana, lavar mais vezes os dentes por dia e arranjar mais as unhas por mês.

Da mesma forma, que sustenta que a perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel se reflete na condição de saúde da pessoa dependente, no sentido em que o familiar prestador de cuidados que se percebe mais competente a pessoa dependente no autocuidado não apresenta sinais aparentes de compromisso da integridade da pele ($p = 0,008$; $MW = 192,00$).

Por outro lado, a evidência suporta que o familiar PC que presta cuidados de maior intensidade apresenta maior rendimento por mês do agregado familiar ($p = 0,009$; $MW = 11,500$), e que na situação de maior intensidade de cuidados a pessoa dependente apresenta condição de saúde sem sinais aparentes de desidratação ($p = 0,027$; $MW = 104,00$), de condição de higiene e asseio deficiente ($p = 0,004$; $MW = 18,00$), bem como ausência de condição de vestuário deficiente ($p = 0,033$; $MW = 79,00$). O familiar PC que presta cuidados de maior intensidade utiliza o recurso hospital ($p = 0,016$; $MW = 286,00$), o 112 INEM ($p = 0,008$; $MW = 556,500$) e apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente ($p = 0,038$; $MW = 60,500$). E, uma vez que a intensidade dos

cuidados e a utilização dos recursos parecem encontrar-se relacionadas com os rendimentos do agregado, o familiar PC que presta cuidados de maior intensidade não utiliza o recurso rendimento do trabalho nem o subsídio de desemprego.

O desempenho do papel de membro familiar prestador de cuidados é revestido de imprevisibilidade, uma vez que o papel é desenvolvido de acordo com a especificidade do familiar cuidador e da pessoa dependente no autocuidado (Schumacher, 1996). Assim, não se verifica um único perfil de cuidados prestados, de recursos utilizados, de perceção de autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel equivalentes a uma transição saudável e a uma situação de condição de saúde da pessoa dependente ausente de compromissos, a isto poderá dever-se a interação referida, assim como as características dos dois atores envolvidos.

Perante a variabilidade dos cuidados prestados, considerando as características intrínsecas do familiar cuidador e da pessoa dependente, devem avaliar-se os cuidados prestados, no sentido de garantir bons cuidados. Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd & Dible (2000) consideram que a avaliação da perceção da autoeficácia específica do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel constitui um modo de medição como parte do papel da enfermagem. A imprevisibilidade mencionada, no que se refere à prestação de cuidados de uma família, corrobora a necessidade de acompanhamento por parte da equipa profissional de forma transcendente à prática do denominado ensino de enfermagem como meio e fim em si mesmo da preparação do familiar prestador de cuidados.

No que diz respeito ao conhecimento das características específicas da dependência e da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, integrada no seio das famílias clássicas de Lisboa, este é corroborado pela análise comparativa realizada com a mesma população residente no concelho do Porto, cuja informação foi recolhida e analisada com igual método viabilizando a comparação. A investigação que se apresenta permite afirmar que o grau de dependência observado nos dois os concelhos, poderá dizer-se que na globalidade, considerando as características da dependência estudadas, o perfil da dependência é muito semelhante. A mesma conclusão decorre da análise da condição de saúde.

Os resultados aferidos do presente estudo revestem-se de um potencial importante nas implicações para a organização dos cuidados de enfermagem, no âmbito da prestação domiciliar às pessoas dependentes no autocuidado e aos seus cuidadores familiares.

A reforma da rede cuidados de saúde primários que se encontra em desenvolvimento tem por objetivo “*promover a acessibilidade dos cidadãos a este nível de cuidados e melhorar a quantidade e qualidade dos cuidados e serviços prestados à população*” (MS, 2012:11). Apesar de todo investimento que tem vindo a ser feito neste sentido, é possível afirmar que a população estudada constitui uma “minoría”, que representa 10% da população de cada uma de duas principais cidades metropolitanas de Portugal (Lisboa e Porto), a qual se encontra ainda carenciada deste tipo cuidados, considerando que se trata do “*pilar central do sistema de saúde português, constituindo o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, e assumindo importantes funções de (...) ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados*” (MS, 2012:11), com especial ênfase nas Unidades de Cuidados na Comunidade, “*que prestam cuidados de saúde e de apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário*” (MS, 2012:11).

Pelo que exposto ao longo do estudo que aqui se reporta, as dificuldades e as possíveis complicações resultantes da prestação de cuidados de um familiar que não reúne toda a informação e conhecimento necessários são geradores de preocupação e da necessidade de intervenção.

A existência de familiares prestadores de cuidados detentores do conhecimento útil ao seu desempenho, como avaliação da condição de saúde da pessoa de quem cuida a possibilidade de apresentar compromisso seria menor, uma vez que, seriam conhecedores dos sinais de alerta e a quem recorrer. Da mesma forma, a maior utilização de recursos poderia ser uma mais-valia, na medida em que, têm como objetivo facilitar a atividade de cuidar ao MFPC e à PDA de ser cuidado.

O conhecimento adquirido permite, deste modo, identificar áreas de atenção específica, que devem ser acauteladas na preparação dos familiares prestadores de cuidados à pessoa dependente em contexto domiciliar. Considera-se fundamental o investimento realizado nos familiares prestadores de cuidados, no sentido da melhoria dos cuidados prestados e porque se entende que constitui um foco de intervenção da enfermagem importante, com possibilidade de ganhos em saúde para o prestador de cuidados e para a pessoa dependente no autocuidado.

O sistema nacional de saúde, tendo em linha de conta os seus valores, ganhos em saúde, qualidade e segurança nos cuidados prestados, beneficiaria dos resultados obtidos de um modelo que visasse no seu foco de ação, as famílias que integram familiares dependentes no autocuidado, cujo principal cuidador é um membro da família.

Os resultados do estudo permitem ainda conhecer que 4,4% das famílias clássicas do concelho de Lisboa têm um parente próximo institucionalizado. A este respeito importa notar que os familiares com mais idade ($p = 0,000$; $t = -5,198$) viúvos ($p = 0,008$; $\chi^2 = 11,73$) e famílias com maior rendimento por mês no agregado familiar tendem a institucionalizar mais os parentes próximos ($p = 0,013$; $\chi^2_{KW} = 6,195$).

Os resultados revelados deixam transparecer a necessidade de identificar as famílias que integram no seu seio pessoas dependentes no autocuidado, no sentido de avaliar a condição de saúde da pessoa dependente e agir em conformidade, ou seja, providenciar os recursos considerados necessários e incidir na preparação adequada do membro familiar prestador de cuidados.

Na atual conjuntura social e económica, os resultados apresentados confirmam as famílias como um contexto de resposta à pessoa dependente no autocuidado, no entanto, constituem uma forte evidência da necessidade de cuidados de saúde na comunidade com o indiscutível contributo da enfermagem pelas competências em que assenta o exercício profissional e que permeabilizam o desenvolvimento de modelos de intervenção centrados na perspetiva transicional da pessoa, enquanto objeto de cuidados da enfermagem.

Os resultados apurados relevam, pela representatividade, na concretização das necessidades das famílias que integram uma pessoa dependente no autocuidado no concelho de Lisboa e pelo desafio lançado às possibilidades de intervenção de mais enfermagem numa abordagem integrada das famílias e da pessoa dependente.

Este estudo poderá ser considerado como um passo em frente no conhecimento da realidade que envolve a prestação de cuidados em ambiente domiciliário, por um membro da família, que integra a pessoa dependente no seu seio. Do mesmo modo que, alicerçado na mesma disciplina que guiou a presente investigação, e para a qual tinha como propósito contribuir, as considerações obtidas parecem constituir um ponto de partida, para o que poderão vir a ser, outros desenvolvimentos na mesma linha de investigação.

7.1. REFERÊNCIAS

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2010). Codificação dos GDH. On line <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/>.
- Applebaum, R.; Kunkel, S.; Wilson, K. (2007). Transforming Data Into Practical Information: Using Consumer Input to Improve Home Care Services. *The Gerontologist*. 47 (1), 116-122.
- Dean, K. (1986). Self-care behaviour: implications for aging. *Self-Care and Health in Old Age*. Croom Helm.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hickey, T.; Speers, M.; Prohaska, T. (1997). *Public health and aging*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Holstein, B.; Hickey, T.; Kathryn, D. (1986). Emerging trends in gerontology and geriatrics: implications for the self care of the elderly. *Soc.Sci Med*. 23 (12), 1363-1369.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing Company.
- Ministério da Saúde. (2012). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS*. On line <http://portaldasaude.min-saude.pt>.
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3ª Edição. São Paulo Artmed
- Mullan, J. (1993). Barriers to the use of formal services among Alzheimer's caregivers. In: Zarit, S. Pearlin, L.; Schaie, W. (1993). *Caregiving Systems: Informal and Formal Helpers*, 241–259.
- Murphy, S. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*. 4 (3), 1-7.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade de Enfermagem*. Divulgar. Dezembro de 2001. On line <http://ordemdosenfermeiros.pt>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2005). *CIPE Versão 1.0 - Classificação internacional para a prática de enfermagem do original International Council of Nurses*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem – do original “ICNP Version 2 – International Classification for Nursing Practice*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, F. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. (Dissertação de Doutoramento, ICBAS). Porto.

Rodrigues, M. (2008). O caminho da enfermagem científica moderna. *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*. On line www.Ice-mac.org/pdf/colectanea/CI.pdf.

Schumacher, K. (1996). Reconceptualizing family caregiving: family-based illness care during chemotherapy. *Research in Nursing & Health*. 19, 261- 271.

Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Dodd, M.; Dible, S. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*. 23, 191- 203.

Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 1, 11-20.

Stewart, A.; Hays, R.; Ware, J. (1988). The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validity in a patient population, *Medical Care*. 26, 724-35.

8. BIBLIOGRAFIA

Academia das Ciências de Lisboa (ACL). (2001). *Dicionário de língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo.

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2010). Codificação dos GDH. On line <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/>.

Aguiar, P. (2007). *Guia prático de estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi editores.

Alarcão, M. (1998). Malha a malha se tece a teia. *Interações*, 7, 93-102.

Amaral, M.; Vicente, M. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 18 (2) 23-31.

American Geriatrics Society (2007). Improving de quality of transitional care for persons with complex care needs. *Assisted Living Consult*. March/April, 30-32.

Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.

Anderson, K.; Cowger, C.; Snively, C. (2006). Assessing strengths: The political context of individual, family, and community empowerment. In Saleebey, D. *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. Boston, MA: Allyn & Bacon. 93-113.

Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados. *Pensar em enfermagem*. 13 (1), 61-71.

Applebaum, R.; Kunkel, S.; Wilson, K. (2007). Transforming Data Into Practical Information: Using Consumer Input to Improve Home Care Services. *The Gerontologist*. 47 (1), 116-122.

Araújo, I., Paúl, C.; Martins, M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciência nos Cuidados de Saúde*. 8 (2), 191-197.

Araújo, I.; Paúl, C.; Martins, M. (2008). Cuidar das Famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à Comunidade – Um desafio. *Referência*. II Série (7), 43-53.

Archbold, P.; Stewart, B.; Greenlick, M.; Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*. 13, 375–384.

Attias-Donfunt, C.; Rozenkier, A. (1996). The lineage-structured social networks of older people in France. In Litwib, H. (ed.). *The social networks of older people: a cross-national analysis*. 32-53.

Augusto, B.; Carvalho, R. (2005). *Cuidados Continuados, família, Centro de saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. 2ª ed. Coimbra: Formasau.

Azevedo, P. (2010). *Partilha de informação de enfermagem sobre prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

Backman K.; Hentinen M. (1999). Model for the self-care of homedwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 30, 564-72.

Backman K.; Hentinen M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal Caring Science*. 15, 195-202.

Bandura A. (1986). From thought to action: mechanisms of personal agency. *New Zealand Journal Psychology*. 10, 1-17.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84, 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37, 122-147.

Bandura, A. (1982). The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 13, 195-199.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy, the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Educ Behav*. 31 (2), 131-143.

Banks, I.; Baker, P.; Dixon, M.; Fradd, S.; Haslam, D.; Kelly, S.; Chisholm, J.; Mitra, G.; Patel, R.; Pringle, M.; Richards, S.; Smith, P.; Smallwood, D.; Sparrow, N.; Stillman, P.; Summers, S.; Young, L. (2009). *Self Care: Na ethical Imperative. Serf-Care Campaign*. London. Online http://www.selfcarecampaign.org/uploads/20100316_self_care_campaign_white_paper.pdf.

Barbosa, M. (2010). Procuram-se famílias para acolher idosos. *Primeiro Caderno*. Expresso. 01.05.10.

Basto, M. (2007). Editorial. *Pensar Enfermagem*. 11 (1), 1º Semestre.

Basto, M. (2008). Investigação em Enfermagem - Temáticas actuais a nível académico. *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*. On line www.Ice-mac.org/pdf/colectanea/CI.pdf.

Basto, M.; Carvalho, Z. (2003). A produção do conhecimento em enfermagem: o que escrevem os enfermeiros portugueses? *Pensar Enfermagem*. 7 (2), 2-14.

Basto, M.; Magão, M. (2001). Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. *Investigação em Enfermagem*. 4, Agosto, 3-11.

- Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellstrom, T. (2003). *Basic Epidemiology*. Geneva: World Health Organization.
- Belcher, J.; Fish, L. (2000). Hildegard E. Peplau. In George, J. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas. 45-58.
- Benner, P., Tanner, C.; Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.
- Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bondevik M.; Skogstad A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal Nursing Reserch*. 20, 325-43.
- Bowers, B. (1988). Family perceptions of care in a nursing home. *The Gerontologist*. 28(3), 361-368.
- Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Conselho Económico e Social.
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Familiares Cuidadores a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Briz, T. (1999). Longevidade, saúde e sustentabilidade: entre o que temos e o que podemos ter, rentabilizando melhor o conhecimento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 17 (2), 43-46.
- Brown, M.; Stetz, K. (1999). The labor of caregiving: a theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. *Quality Health Response*. 9, 182-197.
- Brown, M.; Powell-Cope, G. (1991). AIDS family caregiving transitions through uncertainty. *Nursing Research*. 450, 337-345.
- Buchanan, R.; Radin, D.; Chakravorty, B.; Tyry, T. (2009). Informal Care Giving to More Disabled People with Multiple Sclerosis. *Disability and Rehabilitation*. 31 (15), 1244-1256.
- Bull, M. (1992). Maniging the transitions from hospital to home. *Qualitative Health Reserch*. 2, 27-41.
- Bury, J. (1995). *Education pour la Santé: concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles: Boeck-Wesmael.
- Campbell, L.; Keefe, F.; McKee, D.; Edwards, C.; Herman, S.; Johnson, H.; Colvin, M.; McBride, C.; Donattuci, C. (2004). Prostate cancer in African Americans: Relationship of patient and partner self-efficacy to quality of life. *Journal Pain Symptom Manage*. 28, 433-444.
- Campos, A. (1997). Perspetivas e desafios da reforma administrativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 15 (3), 21-25.

- Campos, A. (2001). O envelhecimento da população e os gastos com a saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19 (1), 25-27.
- Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carpenito, L. (1997). *Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carreira, L.; Rodrigues, R. (2006). Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crónica. *Ciência nos Cuidados de Saúde*. 5, 119-126.
- Carrilho, M; Patrício, L. (2009). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. 46, 59-98.
- Carter, B.; McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CEDRU – Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano em colaboração com BCG – Boston Consulting Group (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal*. Lisboa.
- Chang, C.; White-Means, S. (1991). The men who care: an analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home. *Journal of Applied Gerontology*. 10, 343-358.
- Chick, N.; Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In Chin, P. *Nursing research methodology*. Aspen, 237-257.
- Clarke, H. (1987). Cuidados de enfermagem ao idoso. *Enfermagem*. 9, 17-26.
- Cohen, C.; Colantonio, A.; Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17, 184-188.
- Coleman, E. (2004). One patient, many places: managing health care transitions, part II: practitioner skills and patient and caregiver preparation. *Annals of Long-Term Care*. 12 (9), 25-32.
- Coleman, E.; Chalmers, S. (2006). Transitional care in later life: improve the move. *Generations*. 43(3), 86-90.
- Collière, M. (1996). *Promover a Vida*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho da Europa (1999). *Recomendação nº R (99) 4 do Comité de Ministros aos Estados membros sobre os Princípios relativos à protecção jurídica dos Maiores Incapazes* On line http://www.coe.int/t/E/Committee_of_Ministers/public/Documents/.
- Copstead, L.; Patterson, S. (1986). La familia del anciano. In Carvenali, D. *Tratado de enfermagem geriátrica*. 2ª ed. Interamericana.

- Costa, M. (2000). Novos desafios para a excelência dos cuidados de enfermagem. *Servir*. 48, 5-10.
- Dean, K. (1986). Self-care behaviour: implications for aging. *Self-Care and Health in Old Age*. Croom Helm.
- Departamento de Estatísticas Censitárias (DEC). (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*. 32, 185-207. Lisboa: INE.
- DGEEP /MTSS – Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento/ Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2007). *Percepção dos utentes – Inquérito à qualidade, adequação e satisfação. Carta Social de 2005*. DGEEP/MTSS. Lisboa.
- Dobrof, R. (1981). Guide to practice. In: *Maintenance of family ties of long term care patients; theory and guide practice*. Department of Health and Human Services Publication. Washington. 48-63.
- Dochterman, J.; Bulechek, G. (2008). *Classificação das intervenções de enfermagem*. 4ª Edição Artmed.
- Donabedian, A. (1997) Special article: The quality of care: How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 121, 11, ProQuest Nursing Journals.1145-1150.
- Doran, D.; Sidani, S.; Watt-Watson, J.; Laschinger, H.; Mcgillis H. (2001). A Methodological Review of the Literature on Nursing-Sensitive Outcomes. In Ministry Of Health And Long – Term Care Of Ontario; The Nursing And Effectiveness, Utilization And Outcomes Research Unit Of University Of Toronto – *Invitational Symposium – Nursing and Health Outcomes Project*. Toronto: University of Toronto. On Line <http://www.org.on.ca/health>.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patient's carer's perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 31 (5), 1165-1173.
- Ducharme, F.; Lebel, P.; Lachance, U.; Trudeau, D. (2004). Implementations and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly at home: a mixed research design. *Research in Nursing & Health*. 29, 427-441.
- Ducharme, F.; Lévesque, L.; Lachance, L.; Gangbè, M.; Zarit, S.; Vézina, J. (2007). Older husbands as caregivers – factors associated with health and the intention to end home caregiving. *Research on Aging*, 29 (1), 3-31.
- Dunnel K.; Dobbs J. (1982). *Nurses Working in the Community*. Social Survey Division, London.
- Duque, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado – Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Lisboa.

- Elkan, R.; Kendrik, D.; Dewey, M.; Hewitt, M.; Robinson, J.; Blair, M. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and metaanalysis. *British Medical Journal*. 323, 719-725.
- Elkin, M.; Perry, A.; Potter, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição. Lusociência.
- Ermida, J. (1996). Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. *Revista de Geriatria*. 9 (85), 13-23.
- European Commission – Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2008). *Long-Term Care in the European Union*. On line <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>.
- Fernandes, A. (1999). Reforma, velhice e cidadania: Dúvidas e certezas de um contrato social. *Cadernos de política Social*. 2-3, 9-29.
- Figueiredo, A.; Sousa, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37(3), 364-71.
- Figueiredo, A.; Sousa, D. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures.
- Fortin, M. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta
- Frisard, M.; Fabre, J.; Russell, R.; King, C.; DeLany, J.; Wood, R. (2007). The Louisiana healthy aging study. Physical activity level and physical functionality in nonagenarians compared to individuals aged 60-74 years. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 62 A(7), 783-788.
- Garcia, C. (2009). Tradução e Validação do Consequences of Care Index - Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador. *Pensar em enfermagem*. 13 (1), 39-48.
- Gaugler, J.; Anderson, K.; Zarit, S.; Pearlin, L. (2004). Family involvement in nursing homes: effects on stress and well-being. *Aging and Mental Health*. 8 (1), 65-75.
- Gaugler, J.; Ewen H. (2005). Determinants of staff attitudes toward family members. *Journal of gerontological nursing*. 31(9), 19-26.
- George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- GEP/MTSS - Gabinete de Estatística e Planeamento/ Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2010). Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2009. GEP/MTSS. Lisboa.

GEP/MTSS – Gabinete de Estatística e Planeamento/ Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. GEP/MTSS. Lisboa.

Gerson, L.; Berg, J. (2004). Enhancing self-care in community dwelling older adults. *Geriatric Nursing*. 25(5), 272-276.

Gilhooly, M.; Sweeting, H.; Whittick, J.; McKee, K. (2004). Family of care in dementing elderly. *International Review of Psychiatry*. 6, 29-40.

Given, B.; Given, C.; Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *A Cancer Journal for Clinicians*. 51, 213-231.

Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais, segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*. 34, 41-59.

Gonçalves, C. (2003a). Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001. *Revista de Estudos Demográficos*. 33, 69-94.

Gonçalves, C. (2004). Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. 35, 143-164.

Gonçalves, C. (2006). Hospitalização do idoso: cuidadores em parceria no cuidar. *Revista portuguesa*. 8, 11-14.

Gonçalves, C.; Carrilho, M. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*. 40, 21-38.

Griep, R.; Chor, D.; Faerstein, E.; Werneck, G.; Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para português no estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 21 (3), 703-714.

Grobe, M.; Ilstrup, D.; Ahmann, D. (1981). Skills needed by family members to maintain the care of an advanced cancer patient. *Cancer Nursing*. 4, 371–375.

Guimarães, R.; Cabral, J. (1999). *Estatística*. Edição Revista. McGraw-Hill, Amadora

Hainer, S.; Miner, K.; Kreutzer, J. (2001). Long-Term Life Quality and Family Needs After Traumatic Brain Injury. *Journal Head Trauma Rehabilitation*. 16(4), 374–385.

Haley, W.; Levine, E.; Brown, S.; Bartolucci, A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. In *Psychology Aging*. 2, 323–330.

Harrison, M.; Neufeld, A. (1997). Women's experiences of barriers to support while caregiving. *Health Care for Women International*. 18, 591–602.

Heidrich S. (1996). Mechanisms related to psychological wellbeing in older women with chronic illnesses: age and disease comparisons. *Reserch Nursing Health*. 19, 225-35.

- Henriques, A.; Jorge, M. (1999). Dificuldades Sentidas pela Família após a Alta Hospitalar. *Enfermagem: revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros*. 13, 22-29.
- Hertzberg, A.; Ekman, S.; Axelsson, K. (2001). Staff activities and behavior are the source of many feelings: Relatives interactions and relationships with staff in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 10 (3), 380-388.
- Hickey, T.; Speers, M.; Prohaska, T. (1997). *Public health and aging*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Hill, M.; Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. 2ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. 2ªed. Lusociência.
- Hogstel, M.; Curry, L.; Walker, C. (2001). Caring for older adults: the benefits of informal family caregiving. *The journal of theory construction & testing*. 9 (2), 55-62.
- Holstein, B.; Hickey, T.; Kathryn, D. (1986). Emerging trends in gerontology and geriatrics: implications for the self care of the elderly. *Soc.Sci Med*. 23 (12), 1363-1369.
- Honoré, B. (1996). *La santé en project*. Paris: InterEditions.
- Houde, S. (2001). Men providing care to older adult in the home. *Journal of Gerontological Nursing*. 27(8), 13-19.
- Hung, L.; Chaudhury, H. (2010). Exploring personhood in dining experiences of residents with dementia in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*. 25, 1–12.
- Hunt, C. (2003). Concepts in caregiver. *Journal of Nursing Scholarship*. 35(1), 27-32.
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, glossário*. Lisboa: Edinova.
- Innes, A. (2011). Dementia care environments: Physical design, direct care delivery, and the wider context of care. *Journal of Care Services Management*. 5 (3),125-127.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2001). *Censos 2001: resultados definitivos: Lisboa. XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*. Instituto Nacional de Estatística. - Lisboa: 8º volume.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2002). *Censos - Resultados definitivos. Portugal – 2001*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2005). *Projecções de população residente em Portugal, 2000-2050*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2007). *As pessoas - 2007*. Lisboa: INE.

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2007a). *Estatísticas demográficas*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2008). *Estatísticas demográficas*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2008a). *Inquérito às Despesas das Famílias 2005/2006*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010). *Rendimento e condições de vida. Destaque*. Lisboa: INE. On Line <http://ine.pt/>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Censos - Resultados provisórios – 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). *Inquérito ao emprego 2011 – documento metodológico*. Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais. Serviço de Estatísticas do Mercado de Trabalho. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Revista Electrónica: Destaque*. On line www.ine.pt/INEWS. Dezembro.2011.
- Instituto Nacional de Estatística / Instituto Nacional de Saúde (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE/INSA.
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). *Terminologia estatística*. On line <http://webinq.ine.pt/public/files/terminologiaestatistica.aspx?Id=122>.
- Instituto Nacional de Saúde (INSA) (2008) - *Uma observação sobre Cuidados Continuados no Domicílio*. Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge.
- Jardim, J.; Pereira, A. (2006). *Competências sociais e pessoais*. Edições Asa: Porto.
- Kane, R.; Penrod, J. (1995). *Family caregiving in an ageing society: policy perspectives*. Sage. California.
- Karsch, Ú. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*.19 (3), 861-866.
- Kaufman, L.; Rousseeuw, P. (1990). *Finding Groups in Data: An Introduction to Cluster Analysis*. A Wiley Interscience Publication. Belgium.
- Kellet, U. (1999). Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing*. 29, 1474-1481.
- Kendall, S. (1985). Health – the nursing contributions. In Schober, J.; Hinchliff, S. (edit.). *Towards Advanced Nursing Practice. Key concepts for health care*. London, Arnold, 1-28.
- Kratz, C. (1978). *Care of the Long-Term Sick in the Community*. Churchill Livingstone.
- Kuipers, E.; Bebbington, P. (2005). Research on Burden and Coping Strategies in Families of People with Mental Disorders: Problems and Perspectives. In Sartorius, N.; Leff, J.;

- Lopez, J. (2005) *Families and Mental Disorders*. John Wiley & Sons On line <http://books.mydump.nl/Psychology%20Complete/Applied%20psychology/Psychiatry/Families%20and%20Mental%20Disorder%20From%20Burden%20to%20Empowerment%20-%20Norman%20Sartorius.pdf>.
- Lage, L. (2005). Cuidados familiares a idosos. In Paúl C.; Fonseca A. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lalanda, P. (2005). A população feminina e as transições familiares através da demografia. *Revista de Estudos Demográficos*. 38, 5-30.
- Last, J. (1988). *A Dictionary of Epidemiology*. 2ªed. New York: Oxford University Press.
- Lawton, M.; Kleban, M.; Moss, M.; Rovine, M.; Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal, *Journal of Gerontology: Psychological sciences*. 44 (3), 61-71.
- Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. *Health Promotion and Chronic Illness: Discovering a new quality of health*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 11-13.
- Lemos, M. (2005). *As misericórdias portuguesas na assistência aos idosos*. Observatório de Idosos e grandes dependentes. União das Misericórdias Portuguesas. Fundação Oriente.
- Lemos, M. (2011). União das Misericórdias Portuguesas On Line www.socialgest.pt
- Lerais, F.; Liddle, R. (2006). *A realidade social da Europa*. Documento de Consulta Do Gabinete de Conselheiros de Política Europeia (BEPA). On line http://ec.europa.eu/citizens_agenda/social_reality_stocktaking/docs/background_document_pt.pdf
- Levine, C. (1998). *Rough crossings: Family caregivers' odysseys through the health care system*. New York: United Hospital Fund of New York.
- Lopes, M.; Mendes, F.; Escoval, A.; Agostinho, M.; Vieira, C.; Vieira, I.; Sousa, C.; Cardoso, S. (2010). *Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro*. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde.
- Loureiro, L.; Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, 3, Mar., 151-162.
- Lucas, S. (1984). Satisfação profissional: problema de gestão ou administração de recursos humanos? O caso da enfermagem. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2 (2), 31-37.
- Lucas, S. (1984). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: teorias e conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2 (1), 63-68.
- Lwanga, S.; Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies*. Geneva, World Health Organization.

- Machado, A.; Jorge, M.; Freitas, C. (2009). A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62 (2), 246-51.
- Marinho, P. (1980). *A pesquisa em ciências sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores Informais de doentes com Acidente Vascular cerebral*. Coimbra: Formasau.
- Marriner, A.(1989). *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: Ediciones Rol.
- Martins, T.; Ribeiro J.; Garret, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, saúde & doenças*. 4 (1), 131-148.
- Mausner, J.; Kramer, S. (1999). *Introdução à epidemiologia*. 2.^a ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mechanic, D. (1989). Medical Sociology: some transitions among theory, method and sociology. *Journal of Health and Social Behavior*. 30, 147-160.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: development and progress* (3^a ed.). Philadelphia: Linnincont.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing Company.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, H.; DeAnne, K.; Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in nursing science*. 23(1), 12-28.
- Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42, 255-259.
- Mendes, F. (2005). Doenças crônicas: A prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados. *Pensar enfermagem*. 9 (1), 42-47.
- Mercer, R.; Nichols, E.; Doyle, G. (1988). Transitions over the life cycle: A comparison of mothers and non mothers. *Nursing Research*. 37 (3), 144-151.
- Michels, N. (1988). The transition from hospital to home. An exploratory study. *Home Health Care Services Quarterly*. 9(1), 29-44.
- Ministério da Saúde. (2012). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS*. On line <http://portaldasaude.min-saude.pt>.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. New York: Free Press.
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3^a Edição. São Paulo Artmed.

- Moreira, J. (2004) *Questionários teoria e prática*. Almedina, Coimbra.
- Mullan, J. (1993). Barriers to the use of formal services among Alzheimer's caregivers. In: Zarit, S. Pearlin, L.; Schaie, W. (1993). *Caregiving Systems: Informal and Formal Helpers*. 241–259.
- Munhall, P. (1988). Ethical Considerations in qualitative reserch. *Western Journal of Nursing Reserch*. 10(2), 150-162.
- Murphy, S. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*. 4 (3), 1-7.
- Nardi, E.; Oliveira, M. (2008). Conhecendo o apoio social ao cuidados familiar do idoso dependente. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 29 (1), 47-53.
- Natário, A. (1992). Envelhecimento em Portugal: uma realidade e um desafio. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10 (3), 47-55.
- Nicolaides-Bouman, A.; van Rossum, E.; Kempen, G.; Knipschild, P. (2004). Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomised clinical trial in the Netherlands. *BMC Health Services Research*. 4(35), 1-10.
- Nogueira, J. (2009). *Cuidados Continuados desafios*. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. On line www.rncci.min-saude.pt .
- Nolan, M.; Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: A neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 14, 950–961.
- Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Open University Press, Buckingham.
- Nolan, M.; Keady, J.; Grant, G.; Lundh, U. (2003). Why another book on family care? In *Partnerships in family care*. Maidenhead: Open University Press. 1-14.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2000). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 1999-2000*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nunes, I.; Alves, P.(2003). As dificuldades sentidas pela família do doente com AVC no domicílio – contributos para melhor cuidar. Cuidar do Doente com AVC. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. 15 (153), 10-19.
- Observatório Português do Sistemas de Saúde – OPSS (2001). *Conhecer os Caminhos da Saúde*. Relatório de Primavera. Lisboa: OPSS.
- Observatório Português do Sistemas de Saúde – OPSS (2002). *O estado da Saúde e a Saúde do Estado, Relatório de Primavera*. Lisboa: OPSS.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.

Oksoo K. (1999). Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant women living in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*. 29, 1082-88.

Oliveira, C. (2006). O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada. *Pensar enfermagem*. 10 (1), 2-11.

Oliveira, C.; Rosa, M.; Pinto, A.; Botelho, A.; Morais, A.; Veríssimo, A. (2010). *Estudo do perfil de envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Omdahl, B.; O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses, stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (6), 292-297.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). *Padrões de Qualidade de Enfermagem*. Divulgar. Dezembro de 2001. On line <http://ordemdosenfermeiros.pt>.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2005). *CIPE Versão 1.0 - Classificação internacional para a prática de enfermagem do original International Council of Nurses*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2009). *Referencial do enfermeiro – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Conselho de Enfermagem. Ordem dos enfermeiros. On line www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem – do original “ICNP Version 2 – International Classification for Nursing Practice*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (1993). *Concepts de enfermaeria en la pratica*. Barcelona. Masson-salvat: Enfermeria.

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

Organização Mundial de Saúde (2008). *Cuidados de Saúde Primários Agora Mais do que Nunca*. Geneva. On line www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.

Ory, M.; Hoffman, I.; Yee, J.; Tennstedt, S.; Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving. *The Gerontologist*. 39, 177-185.

Palma, M. (1999). A família com idosos dependentes. Que expectativas? *Enfermagem Agora*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. 27-44.

Parlamento Europeu (2008). *Relatório de recomendações à Comissão Europeia sobre a Protecção legal dos adultos: repercussões transfronteiriças* – Comissão dos Assuntos Jurídicos. Online <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=PT&reference=A6-460/2008>. Acedido a 14.12.10.

Parlamento Europeu (2010). Protecção legal dos adultos: repercussões transfronteiriças. In *Jornal Oficial da União Europeia*, C 45 E/71. On line

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=PT&reference=A6-460/2008>.
Acedido a 14.12.10.

Parry, C.; Coleman, E.; Smith, J.; Frank, J.; Kramer, A.(2003). The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. *Home Health Care Services Quarterly*. 22 (3), 1 – 18.

Pasquali, L. (1999). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília,

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, C.; Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi

Pearlin, L.; Mullan, J.; Semple, S.; Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 30, 583–591.

Pereira, A. (1992). Coping and stress. *Psicologia militar*. Lisboa, Centro de Estudos Psicotécnicos do Exército. Número especial. 391-397.

Pereira, F. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. (Dissertação de Doutoramento, ICBAS). Porto.

Pereira, H. (2006). Subitamente cuidadores informais da incerteza ao(s) ponto(s) de equilíbrio. *Pensar enfermagem*. 10 (2), 19-31.

Pereira, J. (2010). *Código Civil - actualizado até Lei n.º 103/2009 de 11 de Setembro*. Verbo Jurídico.

Pereira, J; Furtado, C. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Alto Comissariado da Saúde On line <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-2011-2016/acesso-aos-cuidados-de-saude/>.

Pestana, M.; Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais a complementariedade do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra. Formasau.

Pinto, C.; Santos, L.(2009). Prestadores de cuidados quais as suas necessidades? *Onco.news*. Agosto. On line http://www.aeop.net/fileManager/file/OncoNews_09_2.pdf.

Polít, D.; Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ªed). Porto Alegre: Artmed.

Portugal (1999). *Ministério do Trabalho e Solidariedade. Decreto-Lei n.º 265/99. 4397-4401*.

Portugal (2005). Secretariado Nacional de Reabilitação (1995). Inquérito Nacional às Incapacidades Deficiências, e Desvantagens. On line www.portal.ua.pt.

Portugal. (2008). RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2008) *Relatório semestral de desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2008*. On line www.rnssi.pt.

Portugal. Ministério da Saúde (1998). *Saúde em Portugal, uma estratégia para o virar do século – 1998-2002*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. In *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde (2005). Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005. Diário da República, 1ª Série-B, de 27 de Abril de 2005.

Portugal. Ministério da Saúde (2006). Decreto-Lei n.º 101/06. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República. 1ª Série, (109), 6 de Junho de 2006, p.3856-3865.

Portugal. Ministério da Saúde (2008) Diário da República, 1ª Série, Nº 54 de 18 de Março de 2008. Agrupamento de Centros de Saúde – ACES. 1729-1737.

Portugal. Ministério da Saúde (2008a). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Directiva Técnica N.º1/UMCCI/2008.

Portugal. Ministério da Saúde (2009). Diário da República, 1.ª série, N.º 252, 31 de Dezembro de 2009, Portaria n.º 1458/2009, de 31 de Dezembro.

Portugal. Ministério da Saúde (2010). Diário da República, 1.ª série, N.º 253, 31 de Dezembro de 2010, Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro.

Portugal. Ministério da Saúde (2010). Diário da República, 2.ª série, N.º 20, 29 de Janeiro de 2010, Despacho n.º 2027/2010.

Portugal. Ministério da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Cuidados de Saúde Hospitalares. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde.

Portugal. Ministério da saúde (2010). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 1º Semestre de 2010. On line

Portugal. Ministério da Saúde. (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. (s.d.). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n.º 195/90, I-A Série*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011). Tabelas de reembolso. On line <http://www.acss.minsaude.pt/DownloadsePublica%20C3%A7%20B5es/TabelaseImpressos/TabeladeReembolsos/tabid/144/language/pt-PT/Default.aspx>

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2010). Morbilidade Hospitalar do SNS. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa.

Portugal. Ministério do Trabalho e da Segurança Social. CNA (2008) Catálogo Nacional de Ajudas Técnicas. On line <http://www.ajudastecnicas.gov.pt/Search.action>

Portugal. Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Instituto da Segurança Social I.P. (2008). Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos. Lisboa

Portugal. Ministério do Trabalho e Segurança Social. DGEEP/MTSS - Direcção Geral De Estudos, Estatística E Planeamento (2007). *Creche, Centro de Atividades Ocupacionais e Lar para Idosos: A Perceção dos Utentes - Um Inquérito à Qualidade, Adequação e Satisfação – Carta Social 2005*. DGEEP/MTSS, Lisboa.

Portugal. Secretariado Nacional de Reabilitação (SNR). (1995). Projecto QUANTI. On line www.portal.ua.pt

Portugal. Unidade de missão para os cuidados continuados integrados. (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria contínua*. On line www.umcci.min-saude.pt.

Proctor, S.; Wilcockson, J.; Pearson, P.; Allgar, V. (2000). Adequacy of home care and hospital Readmission for elderly congestive heart failure patients. *Health & Social Work*. 25(2), 87-97.

Parceria do Projecto INFORRAIA (2009). *Guia para Prestadores de Cuidados*. Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP; Sub-Região de Saúde da Guarda; Sub-Região de Saúde de Castelo Branco; Universidade de Évora. On line www.arsalentejo.min-saude.pt.

Proot, I.; Crebolder, H.; Abu-Saad, H; Ter Meulen, R.(1998). Autonomy in the rehabilitation of stroke patients in nursing homes. A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 12 (3),139-145.

Proot, I.; Huijer, A.; Crebolder, H.; Goldsteen, M.; Luker, K.; Widdershoven, G. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home: balancing between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 17, 113-121.

Quill, T. (1993). *Death and dignity*. New York: Norton.

Quine, L.; Pahl,J. (1991). Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: a test of Lazarus transactional model of coping. *Journal of Community and Applied Social Psychology*.1, 57-70.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em ciências sociais*.2ª ed. Lisboa: Gradiva.

Ramos, M. (1989). Some ethical implications of qualitative reserch. *Reserch in Nursing and Health*. 12, 57-63.

Raposo, G. (2005). *Envelhecimento activo e educação em saúde*. Online www.Ordemenfermeiros.pt.

Rasulo, D.; Christensen, K.; Tomasini, C. (2005). The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. *The Gerontologis*. 45 (5), 601-608.

- Rato, H.; Rodrigues, M.; Rando, B. (2009). *Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Relatório Final*. Instituto Nacional de Administração. Oeiras.
- Reilly,S.; Abendstern,M.; Hughes,J.; Challis,D.; Venables,D.; Pedersen,I. (2006). Quality in long term care homes for people with dementia: an assessment of specialist. *Aging&Society*. 26; 649-668.
- Reimer, M.; Slaughter, S.; Donaldson, C.; Currie, G.; Eliasziw, M. (2004). Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudi-nal Study of Quality of Life. *Journal American Geriatric Sociology*. 52:1085-1092
- Reinhard, S.; Given, B.; Petlick, N.; Bemis, A. (2008). Suporting family caregivers in providing care. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Hughes RG, editor.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi
- Richards, S. (2010). Self Care: a step in the right direction for patients and professionals. *British Journal of Community Nursing*. 15 (5), 250-261.
- Roach, S. (1987). *The Human Act of Caring*. A Blueprint for the Health Professions Ottawa: Publications, Canadian Hospital Association.
- Robinson, K. (1989). Predictors of depression among wife caregivers. *Nursing Research*. 38, 359-362.
- Rodrigues, M. (2008).O caminho da enfermagem científica moderna. *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*. On line www.ice-mac.org/pdf/colectanea/CI.pdf .
- Romão, A.; Pereira, A. (2008). Cuidadores Informais de Idosos. *Cidade Solidária – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, 19, 40-43.
- Rosa, M. (2000). Notas sobre a população – Lisboa: Área metropolitana e cidade. *Análise Social*. XXXIV (153), 1045-1055.
- Ryan, A.; Scullion H. (2000). Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 626-634.
- Sandberg, J., Nolan, M.; Lundh, U. (2002). “Entering a new world”: Empathic awareness as the key to positive family/ staff relationships in care homes. *International Journal of Nursing Studies*. 39, 507-515.
- Santos, A.; Cruz, M. (1990). Crescimento urbano e dinâmica populacional: análise da cidade de Lisboa a partir dos últimos recenseamentos. *Actas do Congresso Viver (n)a Cidade*. LNEC, 353-369.
- Santos, C.; Peixoto, M. (2009). Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos da Saúde*. 2 (2), 87-93.

- Schoenfelder, D.; Swanson, E.; Specht, J.; Maas, M.; Johnson, M. (2000). Outcome Indicators for Direct and Indirect Caregiving. *Clinical nursing research.*, 9 (1), 47-69.
- Schumacher, K. (1995). Family caregiver role acquisition: Role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practic.* 9, 211-226.
- Schumacher, K. (1996). Reconceptualizing family caregiving: family-based illness care during chemotherapy. *Research in Nursing & Health.* 19, 261- 271.
- Schumacher, K.; Beidler, S.; Beeber, A.; Gambino, P. (2006). A transactional model of cancer, family caregiving skills. In: *Advances in Nursing Science.* 29 (3), 271-286.
- Schumacher, K.; Dodd, M.; Paul, S. (1993). The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health.* 16, 395-404.
- Schumacher, K.; Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarshp.* 26 (2), 119-127.
- Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Journal of Nursing Scholarship.* 30, 63–69.
- Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Dodd, M.; Dible, S. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health.* 23, 191- 203.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e Intervenções.* Coimbra. Quarteto.
- Sharp, T. (1990). Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. *Journal of Advanced Nursing.* 15, 67-73.
- Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during ilie transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of AdvancedNursing.* 32 (3), 619-625.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem – uma teoria explicativa da mudança.* Coimbra: Formasau.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir.* 1, 11-20.
- Silva, H. ; Coutinho, L. (2000). E para si, o que é a saúde? Contributos para a construção de um instrumento. *Nursing.* 140, 36-40.
- Silveira, C.; Budó, M.; Silva, F.; Beuter, M.; Schimith, M. (2009). Rede Social das cuidadoras de familiares com doença crónica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. *Ciência nos Cuidados de Saúde.* 8(4), 667-674.
- Silver H.; Wellman, N.; Galindo-Ciocon, D.; Johnson, P. (2004). Family caregivers of older adults on home enteral nutrition have multiple unmet task-related traing needs and low overall preparedness for caregiving. *Journal of the American Dietetic Association.* 104 (1): 43-50.

- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la practica sistémica*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Smeenk, W.; van Haastregt, J.; Gubbels, E.; Crebolder, H. (1998) Care process and satisfaction of a transmural home care program. *International Journal of Nurses Studies*. 35:146-54.
- Sorensen, K.; Luckman, J. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. (2003). (in) Dependência na população idosa: um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*. 33, 109-122.
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar.
- Spillman, B.; Pezzin, L.(2000). Potential and active family caregivers: Changing networks and the “sandwich generation.” *Milbank Memorial Fund Quaterly*. 78, 347-74.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Stewart, A.; Hays, R.; Ware, J. (1988).The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validity in a patient population, *Medical Care*. 26, 724-35.
- Streiner, D. ; Norman, G. (1998). *Epidemiology*. 2ª Ed., Hamilton, Decker.
- Stuck, A.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C.; Beck, J.; (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *The Journal of the American Medical Association*. 287(8), 1022-1028.
- Talento, B. (2000). Jean Watson. In George, J. *Teorias de enfermagem – os fundamentos à pratica profissional* (4ªed). Porto Alegre: Artes médicas.
- Taylor, S. (2004). Teoria do Défice de autocuidado de Enfermagem. In Tomey, A.; Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência. 211-235.
- Toseland, R.; McCallion, P.; Smith, T.; Banks, S. (2004). Supporting caregivers of frail older adults in an HMO setting. *American Journal of Orthopsychiatry*. 74, 349-64.
- Travis, S.; Bethea, L.; Winn, P. (2000). Medication administration hassles reported by caregivers of dependent elderly persons. *Journal of Gerontology*. 55A(7), 412-7.
- União Europeia. (2000). Saúde XXI - *Programa Operacional de Saúde*. On line <http://www.qca.pt/pos/download/2000/saude.pdf>.
- Unruh, L.; Zhang, N.; Wan, T. (2006). Predictors of Resident Outcome Improvement in Nursing Homes. *West J Nurs Res*. 28 (8), 974-993.

- Van Haastregt, J.; Diederiks, J.; van Rossum, E.; Witte, L.; Crebolder, H. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal*. 320, 754-758.
- Varanda, J. (1991). O fenómeno da desospitalização – financiamento e técnicas de gestão associados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9 (4), 5-16.
- Veríssimo, C.(2004). Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados. *Nursing*. 5, 20-24.
- Veríssimo, C.; Moreira, B. (2004). Os cuidadores familiares/ Informais, cuidar do doente idosos em domicílio. *Pensar em Enfermagem*. 8 (1), 60-65.
- Viegas, L. (2006). Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas – um estudo exploratório. *Pensar enfermagem*. 10 (2), 47-57.
- Vilelas, J. (2009). *A investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa, edições Sílabo.
- Walter, F.; Emery, J.; Braithwaite, D.; Marteau, T. (2004). Lay understanding of familial risk of common chronic diseases: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Annals of Family Medicine*. 2 (6), 583-594.
- Watson, J. (1999). *Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Watson, J. (2000). In George, J. (2000). *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Whitaker, A. (2008). Family involvement in the institutional eldercare context: Towards a new understanding. *Journal of Aging Studies*. 23; 158-167.
- WHO-World Health Organization (1998). *Health 21: health for all in the 21st century*. WHO: Copenhagen, (European Health for All Series; 6). On line http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf.
- WHO-World Health Organization (2010). Tackling chronic disease in Europe Strategies, interventions and challenges. WHO: Copenhagen, (Observatory Studies Series: 20). On line http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf.
- Wiles, J. (2003). Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context. *Health and Social Care in the Community*. 11(3), 189-207.
- Wilkerson, G. (2004). O utente idoso. In Rice, R. *Prática de Enfermagem nos cuidados Domiciliários. Conceitos e Aplicação*. 3^a Edição. Loures, Lusociência.
- Winslow, B. (2003). Family Caregivers' Experiences with Community Services: A Qualitative Analysis. *Public Health Nursing*. 20 (5), 341-348.

Yaffe, K.; Fox, P.; Newcomer, R.; Sands, L.; Lindquist, K.; Dane, K.; Covinsky, K. (2002). Patients and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Journal American Association*. 287(16):2090-7.

Yamamoto, N.; Wallhagen, M. (1997). The continuation of family caregiving in Japan. *Journal of Health and Social Behavior*. 38, 164–176.

Zeisel, J.; Silverstein, N.; Hyde, J.; Levkoff, S.; Powel Lawton, M.; Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *The Gerontologist*. 43 (5),697-711.

Zimmerman, S.; Williams, C.; Munn, J.; Dobbs, D.; Sloane, P. (2008). Social support as a mediator between end-of-life family caregiving in long-term care and caregiver health. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 63, 171-183.

ANEXOS

Anexo I – Inquérito

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

Retrete

Água canalizada

Sim Não

Instalação de banho ou duche

Aquecimento

FAMÍLIA

Tipo de família

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

Número de membros da família

Rendimentos do agregado / mês

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



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

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

Parentesco

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

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

Parentesco

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



17099

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)

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

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

Nível de escolaridade

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

Situação que originou a dependência

- Sim Não
- Envelhecimento
 Acidente
 Doença aguda
 Doença crónica
 Outra

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"/>

17099

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

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

Barras de apoio para banho

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

Cadeira de banho (fixa/ giratória)

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

Cadeira higiénica

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

Elevador de banheira

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

Lava cabeças para acamados

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

Antiderrapante

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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



17099

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****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Calça meias/tira meias**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Calçadeira de cabo longo**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Cordões elásticos**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Extensões para fechos de correr**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Para:**Sente-se:**

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

**AUTOUIDADO: Arranjar-se**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pente de cabo longo**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

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

Adaptador de talheres

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

Babete

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

Copo adaptado

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

Garfo flexível

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

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

	Incompetente	Pouco competente	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

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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



Fralda **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

Penso absorvente para incontinência **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

Penso higiénico **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

Resguardo **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

Saco de colostomia/ileostomia/urina **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

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

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

- 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

Apoio de cabeça anatómico

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

Apoio de pés

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

Barras paralelas e apoios da posição de pé

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

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

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

17099

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

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

Cabeceira e pés da cama amovíveis

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

Cama articulada

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

Elevador de transferência

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

17099

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

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

AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas

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

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

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

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



17099

AUTOCUIDADO: Andar

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

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação? vezes / diaIncentiva o seu familiar a deambular sozinho? Sempre Às vezes Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

 O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro**Andarilho****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Bengala****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Canadiana(s)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Prótese****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

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

Para:

Sente-se:

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

17099

AUTOCUIDADO: Tomar medicação

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

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

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

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

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

17099

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

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

Necessário (juízo do enfermeiro)**Utilizado****Desejado** S N S N S N**Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Outro 2 (especificar)**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)**Utilizado****Desejado** S N S N S N**Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro



OUTROS RECURSOS

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

Recursos não profissionais

Familiar Vizinho Amigo Empregada Outro

Serviços de:

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

Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

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

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

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

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

N.º de quedas no último mês

Estado mental

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



29522

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

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

Razões da escolha da instituição

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

O dependente foi contrariado S N
A que estratégias recorreu para facilitar a integração do seu familiar na instituição em que ele se encontra?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | | Sim | Não |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Visitar com o familiar a instituição antes da institucionalização | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Integração faseada (primeiro as refeições; posteriormente já passava lá o dia todo e finalmente já morava lá por completo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Outro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Globalmente, qual o seu grau de satisfação com:

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

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

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

Deseja poder ter o seu familiar a viver consigo S N
Que tipos de apoio ou alterações considera fundamentais para que tal possa ser possível?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | | Sim | Não |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apoio financeiro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apoio das equipas de saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apoio dos serviços sociais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Outro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

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

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

- Má Fraca Razoável Boa Muito boa

Anexo II - Tabelas de caracterização sociodemográficas das amostras

Tipo de família da PDA

	N	%
Clássica sem núcleos ou com um núcleo	105	86,8
Clássica com dois ou mais núcleos	16	13,2
Total	121	100,0

Rendimento, por mês, do agregado familiar da PDA

	N	%
Até 250 €	2	2,4
De 251€ a 500€	14	16,5
De 501€ a 1000€	42	49,4
1001€ a 2000€	23	27,1
De 2001€ a 5000€	4	4,7
Total	85	100,0

Necessidades De reparação no alojamento da PDA

	N	%
Grandes ou muito grandes	21	17,8
Médias	30	25,4
Pequenas ou nenhuma	67	56,8
Total	118	100,0

Idade da PDA

	N	%
18-65	28	23,3
65-80	39	32,5
> 80	53	44,2
Total	120	100,0

Modo de instalação da dependência (PDA)

	N	%
Gradual	71	60,7
Súbita	46	39,3
Total	117	100,0

Estado civil (PDA)

	N	%
Casado / união de facto	49	41,9
Divorciado	4	3,4
Solteiro	16	13,7
Viúvo	48	41,0
Total	117	100,0

Nível de escolaridade (PDA)

	N	%
Nenhum	22	18,5
Ens. básico - 1.º ciclo	63	52,9
Ens. básico - 2.º ciclo	13	10,9
Ens. básico - 3.º ciclo	4	3,4
Ens. secundário	11	9,2
Ens. superior	6	5,0
Total	119	100,0

Profissão (PDA)

	N	%
Sem ocupação profissional	106	93,0
Com ocupação profissional	8	7,0
Total	114	100,0

Sexo (PDA)

	N	%
Feminino	73	60,3
Masculino	48	39,7
Total	121	100,0

Idade (PC)

	N	%
< 18	1	1,0
18-65	57	55,9
65-80	29	28,4
> 80	15	14,7
Total	102	100,0

Parentesco (PC)

	N	%
Marido / esposa	42	41,6
Pai / mãe	15	14,9
Filho / filha	19	18,8
Irmão / irmã	5	5,0
Afinidade	3	3,0
Outro	4	4,0
Sem grau de parentesco	13	12,9
Total	101	100,0

Estado civil (PC)

	N	%
Casado / união de facto	70	72,9
Divorciado	10	10,4
Solteiro	10	10,4
Viúvo	6	6,3
Total	96	100,0

Nível de escolaridade (PC)

	N	%
Nenhum	7	7,1
Ens. básico - 1.º ciclo	36	36,7
Ens. básico - 2.º ciclo	13	13,3
Ens. básico - 3.º ciclo	18	18,4
Ens. secundário	15	15,3
Ens. superior	9	9,2
Total	98	100,0

Profissão (PC)

	N	%
Sem ocupação profissional	24	23,5
Com ocupação profissional	78	76,5
Total	102	100,0

Sexo (PC)

	N	%
Feminino	77	74,8
Masculino	26	25,2
Total	103	100,0

O PC coabita com a PDA

	N	%
Não	5	7,4
Sim	63	92,6
Total	68	100,0

Anexo III - Caracterização das principais dimensões e das variáveis de caracterização das amostras

Caraterização das principais dimensões e das variáveis de caraterização das amostras

	N	Mínimo	Maximo	Média	DP
Número de membros da família da PDA	116	1,00	9,00	3,09	2,01
Rendimento percapitado/mês do agregado familiar da PDA	82	83,33	1500,00	409,70	302,92
Área útil do alojamento da PDA por ocupante do agregado	47	16,00	500,00	53,30	72,90
N.º divisões do alojamento da PDA por ocupante do agregado	88	,50	6,00	1,98	1,19
Tempo de dependência (anos)	121	,00	55,00	6,93	9,93
Variedades de fármacos (n.º) (PDA)	114	,00	14,00	5,04	2,54
Número de fármacos nas tomas /dia (PDA)	114	,00	43,00	7,67	5,93
Número de internamentos no último ano (PDA)	118	,00	5,00	,46	,80
Número de episódios de recursos ao SU, no último ano (PDA)	116	,00	8,00	,91	1,45
Dependencia	121	1,00	3,90	2,74	,85
PAEtomarBanho	77	1,00	4,00	3,33	,75
PAEvestirDespir	75	1,00	4,00	3,49	,60
PAEalimentar	73	1,93	4,00	3,46	,56
PAEusarWC	66	1,93	4,00	3,49	,55
PAEposicionar	41	1,75	4,00	3,00	,70
PAEtransferir	48	2,00	4,00	3,27	,56
PAEandar	68	1,00	4,00	3,33	,70
PAEmedicacao	70	1,62	4,00	3,25	,60
PAEaced	90	1,56	4,00	3,25	,62
PAEagir	82	1,83	4,00	3,40	,58
PAEajuste	88	1,89	4,00	3,35	,54
PAEdecide	89	1,89	4,00	3,39	,53
PAEmonitoriza	91	1,95	4,00	3,38	,50
PAEengoceia	51	1,00	4,00	3,29	,86
PAEprovidencia	90	1,50	4,00	3,35	,58
PAEtrabalha	90	1,14	4,00	3,37	,61
PAE	96	1,79	4,00	3,37	,53
Condição de saúde	121	,00	7,00	1,37	1,42
Intensidade	86	1,00	2,00	1,40	,26
Incentivo	87	1,00	3,00	2,21	,65
Tx utilização equip considerados necessários: Alimentar-se	40	,00	100,00	48,37	41,14
Tx utilização equip considerados necessários: Andar	67	,00	100,00	77,61	40,15
Tx utilização equip considerados necessários: Arranjar-se	14	,00	100,00	7,14	26,73
Tx utilização equip considerados necessários: Tomar banho	74	,00	100,00	48,33	40,84
Tx utilização equip considerados necessários: Recursos complementares	67	,00	100,00	70,80	38,72
Tx utilização equip considerados necessários: Posicionar	25	,00	100,00	35,53	45,22
Tx utilização equip considerados necessários: Usar sanitário	55	,00	100,00	54,49	40,01
Tx utilização equip considerados necessários: Reg Terapêutico	71	,00	100,00	62,20	37,71
Tx utilização equip considerados necessários: Transferir	38	,00	100,00	22,63	38,84
Tx utilização equip considerados necessários: Vestir	32	,00	100,00	25,94	37,87
Tx utilização equip considerados necessários: Virar	20	,00	100,00	25,00	44,43
Tx global de utilização de equip considerados necessários	107	,00	100,00	55,91	32,10
Desconhece a forma de aceder ao recurso	19	1,00	3,00	1,47	,61
Económica	43	1,00	11,00	3,19	2,70
Desconhece a forma de funcionamento	11	1,00	3,00	1,27	,65
Limitações da residência	12	1,00	3,00	1,25	,62
Não deseja	50	1,00	19,00	3,00	3,69

Anexo IV - Tabelas de caracterização do grau de dependência no autocuidado

Grau de dependência no autocuidado

Tipo de Autocuidado	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de Equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4	Total
Usar a cadeira de rodas	7 (38,9%)	8 (44,4%)	-	3 (14,9%)	18
Arranjar-se	18 (14,9%)	64 (52,9%)	-	39 (32,2%)	121
Tomar banho	31 (25,6%)	53 (43,8%)	2 (1,7%)	35 (28,9%)	121
Vestir-se e despir-se	25(20,7%)	52(43,0%)	1 (0,8%)	43(35,5%)	121
Andar	12 (9,9%)	59 (48,8%)	32 (26,4%)	18 (14,9%)	121
Alimentar-se	16 (13,2%)	56 (46,3%)	1 (0,8%)	48 (39,7%)	121
Tomar medicação	33(27,3%)	39(32,2%)	1 (0,8%)	48(39,7%)	121
Usar o sanitário	15 (12,4%)	47 (38,8%)	11 (9,1%)	48 (39,7%)	121
Transferir-se	15 (12,4%)	20 (16,5%)	21 (17,4%)	65 (53,7%)	121
Elevar-se	15 (12,9%)	20 (17,2%)	22 (19,0%)	59 (50,9%)	116
Virar-se	15 (13,3%)	10 (8,8%)	5 (4,4%)	83 (73,5%)	113

Anexo V - Tabela de caracterização da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado

Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado

	Sim	Não	Total
Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele	14 (14%)	86 (86%)	100
Presença de sinais aparentes de desidratação	18 (28,6%)	45 (71,4%)	63
Presença de sinais aparentes de desnutrição	12 (18,5%)	53 (81,5%)	65
Presença de sinais aparentes de rigidez articular	42 (62,7%)	25 (37,3%)	67
Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório	5 (8,1%)	57 (91,9%)	62
Presença de sinais de condição de higiene e asseio deficiente	9 (14,8%)	52 (85,2%)	61
Presença de sinais alteração do estado de saúde mental	33 (29,2%)	80 (70,8%)	113
Presença de sinais de condição de vestuário deficiente	14 (23%)	47 (77%)	61

Anexo VI - Tabela de caracterização da Percepção da Autoeficácia do familiar prestador de cuidados

Perceção da Autoeficácia do familiar prestador de cuidados

	N	%
Pouco competente	5	5,2
Medianamente competente	37	38,5
Muito competente	54	56,3
Total	96	100,0

Anexo VII - Tabela de caracterização dos cuidados prestados pelo familiar cuidador

Cuidados prestados pelo familiar cuidador

	Menos	Mais	Total
Refeições/dia	42 (60%)	28 (40%)	70
Assiste na deambulação/dia	20 (46,5%)	23 (53,5%)	43
Arranja as unhas/mês	36 (51,4%)	34 (48,6%)	70
Penteia/dia	42 (76,4%)	13 (23,6%)	55
Barbeia/semana	16 (64%)	9 (36%)	25
Maquilha/mês	10 (66,7%)	5 (33,3%)	15
Dá banho/semana	37 (50,7%)	36 (49,3%)	73
Lava as mãos e a cara/dia	35 (50%)	35 (50%)	70
Inspeciona as zonas de proeminências ósseas/dia	38 (76%)	12 (24%)	50
Mobiliza os membros inferiores/dia	22 (57,9%)	16 (42,1%)	38
Mobiliza os membros superiores/dia	23 (60,5%)	15 (39,5%)	38
Massaja as zonas de proeminências ósseas/dia	38 (77,6%)	11 (22,4%)	49
Estimula a memória/semana	22 (61,1%)	14 (38,9%)	36
Dá água fora das refeições/dia	26 (43,3%)	34 (56,7%)	60
Inspeciona a pele do períneo/dia	33 (64,7%)	18 (35,3%)	51
Movimenta na cadeira de rodas/dia	5 (45,5%)	6 (54,5%)	11
Levar a passear na cadeira de rodas/dia	5 (41,7%)	7 (58,3%)	12
Senta o doente/dia	24 (70,6%)	10 (29,4%)	34
Levanta o doente/dia	12 (36,4%)	21 (63,6%)	33
Aplica cremes hidratantes/semana	26 (44,1%)	33 (55,9%)	59
Aplica desodorizante/semana	22 (51,2%)	21 (48,8%)	43
Limpa os ouvidos/semana	39 (79,6%)	10 (20,4%)	49
Lava os dentes/dia	27 (55,1%)	22 (44,9%)	49
Posiciona/dia	12 (48%)	13 (52%)	25
Transfere da cama/dia	23 (74,2%)	8 (25,8%)	31

Intensidade de cuidados

	N	%
Muito reduzida	19	22,1
Reduzida	10	11,6
Moderada	29	33,7
Elevada	28	32,6
Total	86	100,0

Anexo VIII - Tabela de caracterização dos recursos utilizados pelo familiar cuidador

Recursos utilizados pelo familiar cuidador

Recursos Financeiros	Sim	Não	Total
Pensão /reforma	102 (87,2%)	15 (12,8%)	117
Rendimento do trabalho	25 (21,6%)	91 (78,4%)	116
A cargo da família	19 (16,7%)	95 (83,3%)	114
Complemento da dependência	14 (11,6%)	101 (87,8%)	115
Apoio Social	5 (4,4%)	109 (95,6%)	114
Rendimentos da propriedade e da empresa	4 (3,4%)	112 (96,6%)	116
Rendimento Solidário para Idosos (RSI)	3 (2,7%)	110 (97,3%)	113
Rendimento Social da Inserção	2 (1,8%)	112 (98,2%)	114
Subsídio de Desemprego	2 (1,7%)	113 (98,3%)	115
Outros subsídios temporários	1 (0,9%)	113 (99,1%)	114
Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)	0	114 (100%)	114
Esmolas /donativos	0	115 (100%)	115
Subsídio Temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	0	115 (100%)	115
Outra situação	0	0,0%	
Outros Recursos	0	107 (100%)	107

Recursos Profissionais	Sim	Não	Total
Médico	83 (70,9%)	34 (29,1%)	117
Enfermeiro	39 (33,3%)	78 (66,7%)	117
Assistente Social	25 (21,7%)	90 (78,3%)	115
Fisioterapeuta	22 (18,6%)	96 (81,4%)	118
Outro profissional	6 (6,7%)	84 (93,3%)	90
Psicólogo	5 (4,3%)	111 (95,7%)	116
Nutricionista	0	116 (100%)	116

Recursos não profissionais	N	%
Familiar	59	62,8
Vizinho	14	14,9
Amigo	4	4,3
Empregada	13	13,8
Outro	4	4,3
Total	94	100,0

Serviços específicos de apoio	Sim	Não	Total
Hospital	96 (82,8%)	20 (17,2%)	116
Centro de saúde/Unidade de saúde familiar	72 (63,2%)	42 (36,8%)	114
112 INEM	46 (39,7%)	70 (60,3%)	116
Cuidados da higiene e conforto	16 (14,2%)	97 (85,8%)	113
Cabeleireiro / manicure e esteticista	15 (13%)	100 (87%)	115
Confeção de refeições e apoio durante as mesmas	10 (8,8%)	104 (91,2%)	114
Apoio no tratamento da roupa do dependente	4 (3,5%)	111 (96,5%)	115
Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente	4 (3,5%)	110 (96,5%)	114
Acompanhamento do dependente em casa	4 (3,5%)	110 (96,5%)	114
Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas	4 (3,5%)	110 (96,5%)	114
Apoio na compra de artigos alimentares	3 (2,6%)	112 (97,4%)	115
Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)	3 (2,6%)	112 (97,4%)	115
Apoio na compra de medicamentos	2 (1,7%)	113 (98,3%)	115
Aconselhamento e instalação de equipamentos	2 (1,8%)	112 (98,2%)	114
Tele - assistência	1 (0,9%)	112 (93,4%)	113
Linha saúde 24	0	114 (100,0%)	114

Anexo IX - Tabelas de caracterização dos parentes com pessoa institucionalizada

Caracterização do “Familiar Respondente” das famílias com parente institucionalizado

Variável em análise	Categoria da variável (variáveis Qualitativas)	n	%	Total de casos (n) Média, Desvio Padrão, Mínimo – Máximo (Variáveis Quantitativas)
Sexo	Feminino	53	71,6%	n = 74
	Masculino	21	28,4%	
Idade				Média: 59 anos DP: 19,35 anos Mín.-Máx: 19 – 99 anos n = 74
Estado Civil	Casado/União de facto	39	57,4%	n = 68
	Divorciado	9	13,2%	
	Solteiro	11	16,2%	
	Viúvo	9	13,2%	
Nacionalidade	Portuguesa	65	97%	n = 67
	Outra	2	3%	
Parentesco	Marido / Esposa		13,5%	n = 74
	Pai / Mãe	10	6,8%	
	Filho / Filha	5	25,7%	
	Irmão / Irmã	19	20,3%	
	Afinidade	15	13,5%	
	Outro	10	20,3%	
Nível Escolaridade	Nenhum	4	5,3%	n = 75
	Ens. Básico -1º ciclo	20	26,7%	
	Ens. Básico - 2º ciclo	6	8%	
	Ens. Básico - 3º ciclo	12	16%	
	Ens. Secundário	15	20%	
	Ens. Superior	18	24%	
Profissão	Quadros Superiores	3	4%	n = 75
	Especialistas prof. Intelectuais e cient.	5	6,7%	
	Técnicos e profissionais nível interméd.	4	5,3%	
	Pessoal administrativo	7	9,3%	
	Pessoal serviços e vendedores	6	8%	
	Agricultores	1	1,3%	
	Operários e artificies	1	1,3%	
	Operadores instalações e máquinas	1	1,3%	
	Trabalhadores não qualificados	7	9,3%	
	Doméstica	6	8%	
	Desempregado	4	5,3%	
	Pensionista / Reformado	26	34,7%	
	Estudante	2	2,7%	
	Outra	2	2,7%	

Caracterização dos parentes institucionalizados

Variável	Categoria	N	%	Total de casos (n) (Média, Desvio Padrão, Mínimo – Máximo)
Sexo	Feminino	48	64,9%	n = 74
	Masculino	26	35,1%	
Idade				Média: 83 anos Desv- Pad: 9,26 anos Mín.-Máx: 48-99 anos n = 75
Estado Civil	Casado/União de facto	16	22,9%	n = 70
	Divorciado	1	1,4%	
	Solteiro	7	10%	
	Viúvo	46	65,7%	
Nacionalidade	Portuguesa	72	97,3%	n = 74
	Cabo Verdiana	1	1,3%	
	Inglesa	1	1,3%	
Nível Escolaridade	Nenhum	18	25%	n = 72
	Ens. Básico - 1º ciclo	28	38,9%	
	Ens. Básico - 2º ciclo	11	15,3%	
	Ens. Básico - 3º ciclo	2	2,8%	
	Ens. Secundário	4	5,6%	
	Ens. Superior	9	12,5%	
Profissão	Agricultor	2	2,7%	n = 75
	Desempregado	1	1,3%	
	Doméstica	2	2,7%	
	Pessoal administrativo	1	1,3%	
	Pensionista/Reformado	69	92%	

Anexo X - Tabelas de caracterização das correlações na análise da consistência interna da escala da dependência no autocuidado

Consistência interna da escala da dependência no autocuidado

Dependência no Autocuidado	Média (n=235)	Desvio Padrão (n=235)	R de Person	% de variação das respostas	α de Cronbach se eliminada
Tomar banho	2,34	1,131	0,736	0,634	0,926
Vestir-se e despir-se	2,49	1,156	0,765	0,634	0,924
Arranjar-se	2,42	1,072	0,767	0,653	0,924
Alimentar-se	2,53	1,059	0,686	0,532	0,928
Uso do sanitário	2,86	1,174	0,855	0,749	0,919
Transferir-se	3,17	1,083	0,796	0,830	0,923
Usar cadeira de rodas	-	-	-	-	-
Andar	2,43	0,881	0,612	0,500	0,932
Tomar a medicação	2,50	1,160	0,662	0,547	0,930
<i>Elevar-se</i>	3,20	1,056	0,754	0,803	0,925
<i>Virar-se</i>	3,51	1,031	0,710	0,617	0,927

Correlação entre os itens da dimensão alimentar-se da escala de dependência no autocuidado

Alimentar-se	Prepara alimentos p/ ingestão	Coloca alimentos na boca	Conclui uma refeição	Abre recipiente	Utiliza utensílios	Coloca alimentos nos utensílios	Pega no copo /chávina	Leva alimentos boca c/ dedos da mão	Leva alimentos boca c/ recipiente	Leva alimentos boca c/ utensílios	Bebe por copo /chávina
Prepara alimentos	-	0,439	0,452	0,560	0,487	0,463	0,441	0,429	0,434	0,452	0,434
Coloca alimentos boca	0,439	-	0,959	0,673	0,886	0,907	0,966	0,976	0,963	0,978	0,964
Conclui refeição	0,452	0,959	-	0,688	0,885	0,922	0,947	0,935	0,934	0,959	0,938
Abre recipientes	0,560	0,673	0,688	-	0,749	0,732	0,677	0,658	0,656	0,683	0,659
Coloca alimento nos utensílios	0,487	0,886	0,885	0,749	-	0,926	0,873	0,871	0,870	0,893	0,864
Utiliza utensílios	0,463	0,907	0,922	0,732	0,926	-	0,896	0,888	0,887	0,914	0,886
Pega no copo	0,441	0,966	0,947	0,677	0,873	0,896	-	0,984	0,971	0,958	0,970
Leva alimentos à boca c/ mão	0,429	0,976	0,935	0,658	0,871	0,888	0,984	-	0,987	0,959	0,977
Leva alimento boca recipiente	0,434	0,963	0,934	0,656	0,870	0,887	0,971	0,987	-	0,972	0,987
Leva alimento à boca c/ utensílios	0,452	0,978	0,959	0,683	0,893	0,914	0,958	0,959	0,972	-	0,968
Bebe por copo	0,434	0,964	0,938	0,659	0,864	0,886	0,970	0,977	0,987	0,968	-

Correlação entre os itens da dimensão andar da escala de dependência no autocuidado

Andar	Suporta o próprio corpo na posição de pé	Deambula passadas eficazes, diferentes ritmos	Sobe e desce degraus	Deambula em aclives e declives	Percorre distâncias curtas (<100m)	Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	Percorre longas distâncias (>500m)
Suporta o próprio corpo na posição de pé	-	0,873	0,744	0,800	0,853	0,727	0,586
Deambula com passadas eficazes, diferentes ritmos	0,873	-	0,785	0,864	0,905	0,776	0,653
Sobe e desce degraus	0,744	0,785	-	0,895	0,770	0,773	0,702
Deambula em aclives e declives	0,800	0,864	0,895	-	0,841	0,789	0,716
Percorre distâncias curtas (<100m)	0,853	0,905	0,770	0,770	-	0,813	0,660
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	0,727	0,776	0,773	0,773	0,813	-	0,815
Percorre longas distâncias (>500m)	0,586	0,653	0,702	0,702	0,660	0,815	-

Correlação entre os itens da dimensão arranjar-se da escala de dependência no autocuidado

Arranjar-se	Penteia/escova cabelos	Mantém higiene oral	Barbeia-se	Aplica maquiagem	Cuida das unhas	Usa espelho	Aplica desodorizante	Limpa área do períneo	Limpa as orelhas	Mantém nariz desob.
Penteia ou escova os cabelos	-	0,980	0,980	0,984	0,955	1,000	1,000	0,984	0,984	1,000
Mantém a higiene oral	0,980	-	0,968	0,964	0,933	0,980	0,980	0,996	0,996	0,980
Barbeia-se	0,980	0,968	-	0,996	0,966	0,980	0,980	0,964	0,964	0,980
Aplica maquiagem	0,984	0,964	0,996	-	0,969	0,984	0,984	0,968	0,968	0,984
Cuida das unhas	0,955	0,933	0,966	0,969	-	0,955	0,955	0,938	0,938	0,955
Usa um espelho	1,000	0,980	0,980	0,984	0,955	-	1,000	0,984	0,984	1,000
Aplica o desodorizante	1,000	0,980	0,980	0,984	0,955	1,000	-	0,984	0,984	1,000
Limpa a área do períneo	0,984	0,996	0,964	0,968	0,938	0,984	0,984	-	1,000	0,984
Limpa as orelhas	0,984	0,996	0,964	0,968	0,938	0,984	0,984	1,000	-	0,984
Mantém o nariz desobstruído /limpo	1,000	0,980	0,980	0,984	0,955	1,000	1,000	0,984	0,984	-

Correlação entre os itens da dimensão tomar banho da escala de dependência no autocuidado

Tomar Banho	Obtém objetos p o banho	Consegue água	Abre a torneira	Regula a temperatura água	Regula o fluxo da água	Lava-se no chuveiro	Lava o corpo	Seca o corpo
Obtém objetos para o banho	-	0,925	0,893	0,899	0,887	0,907	0,885	0,881
Consegue água	0,925	-	0,961	0,961	0,932	0,876	0,956	0,855
Abre a torneira	0,893	0,961	-	0,958	0,952	0,848	0,829	0,828
Regula a temperatura da água	0,899	0,943	0,958	-	0,986	0,869	0,848	0,847
Regula o fluxo da água	0,887	0,932	0,952	0,986	-	0,864	0,843	0,842
Lava-se no chuveiro	0,907	0,876	0,848	0,869	0,864	-	0,971	0,946
Lava o corpo	0,885	0,856	0,829	0,848	0,843	0,971	-	0,958
Seca o corpo	0,881	0,855	0,828	0,847	0,842	0,946	0,958	-

Correlação entre os itens da dimensão uso do sanitário da escala de dependência no autocuidado

Uso do sanitário	Ocupa e desocupa o sanitário	Tira as roupas	Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	Ergue-se da sanita	Ajusta as roupas após a higiene íntima
Ocupa e desocupa o sanitário	-	0,923	0,951	0,850	0,954	0,921
Tira as roupas	0,923	-	0,920	0,866	0,909	0,961
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	0,951	0,920	-	0,836	0,941	0,903
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	0,850	0,866	0,836	-	0,837	0,891
Ergue-se da sanita	0,954	0,909	0,941	0,837	-	0,917
Ajusta as roupas após a higiene íntima	0,921	0,961	0,903	0,891	0,917	-

Correlação entre os itens da dimensão tomar a medicação da escala de dependência no autocuidado

Tomar a medicação	Providencia medicamentos	Prepara a medicação	Toma a medicação
Providencia medicamentos	-	0,926	0,644
Prepara a medicação	0,926	-	0,704
Toma a medicação	0,644	0,704	-

Correlação entre os itens da dimensão usar a cadeira de rodas da escala de dependência no autocuidado

Usar cadeira de rodas	Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	Manobra a cadeira de rodas em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	-	0,781	0,609
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	0,781	-	0,746
Manobra a cadeira de rodas em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	0,609	0,746	-

Correlação entre os itens da dimensão transferir-se da escala de dependência no autocuidado

Transferir-se	Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	-	0,997
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	0,997	-

Correlação entre os itens da dimensão vestir-se e despir-se da escala de dependência no autocuidado

Vestir-se e despir-se	Escolhe as roupas	Usa cordões amarrar	Usa fechos	Calça as meias	Descalça as meias	Calça os sapatos	Descalça os sapatos	Retira roupas gaveta	Segura as roupas	Veste as parte superior	Veste as parte inferior do	Despe parte superior	Despe parte inferior	Abotoa as roupas	Desabotoa as roupas
Escolhe as roupas	-	0,85	0,84	0,76	0,77	0,81	0,80	0,93	0,84	0,84	0,82	0,84	0,84	0,83	0,84
Usa cordões amarrar	0,85	-	0,90	0,82	0,81	0,84	0,83	0,86	0,85	0,89	0,87	0,89	0,89	0,90	0,90
Usa fechos	0,84	0,905	-	0,79	0,79	0,80	0,81	0,85	0,91	0,89	0,87	0,90	0,87	0,92	0,93
Calça as meias	0,76	0,821	0,79	-	0,98	0,92	0,90	0,83	0,76	0,81	0,86	0,81	0,84	0,81	0,80
Descalça meias	0,77	0,81	0,79	0,98	-	0,92	0,91	0,84	0,76	0,82	0,86	0,82	0,84	0,80	0,79
Calça sapatos	0,81	0,84	0,80	0,92	0,92	-	0,97	0,85	0,80	0,83	0,85	0,83	0,86	0,93	0,82
Descalça sapatos	0,80	0,83	0,81	0,90	0,91	0,97	-	0,84	0,80	0,84	0,84	0,84	0,85	0,83	0,83
Retira roupas gaveta	0,93	0,86	0,85	0,83	0,84	0,85	0,84	-	0,83	0,87	0,86	0,87	0,86	0,82	0,83
Segura as roupas	0,84	0,85	0,91	0,76	0,76	0,80	0,80	0,83	-	0,90	0,86	0,90	0,86	0,86	0,87
Veste roupas parte sup. corpo	0,84	0,89	0,89	0,81	0,82	0,83	0,84	0,87	0,90	-	0,95	0,99	0,95	0,89	0,89
Veste roupas parte inf. corpo	0,82	0,87	0,87	0,86	0,86	0,85	0,84	0,86	0,86	0,95	-	0,95	0,98	0,87	0,86
Despe roupas parte sup. corpo	0,84	0,89	0,90	0,81	0,82	0,83	0,84	0,87	0,90	0,99	0,95	-	0,95	0,89	0,89
Despe roupas parte inf. corpo	0,84	0,89	0,87	0,84	0,84	0,86	0,85	0,86	0,86	0,95	0,98	0,95	-	0,89	0,88
Abotoa as roupas	0,83	0,90	0,92	0,81	0,80	0,83	0,83	0,82	0,86	0,89	0,87	0,89	0,89	-	0,98
Desabotoa roupas	0,84	0,90	0,93	0,80	0,79	0,82	0,83	0,83	0,87	0,89	0,86	0,89	0,88	0,98	-

Anexo XI - Tabela das correlações entre as principais dimensões e as características das amostras

Correlações entre as principais dimensões e as características das amostras

		Depend.	P AE	Cond S.	Intens.	Incent.	Tx gl ut eq	N.º memb. família	Rend per capit/mês agreg	Área út. aloj / ocup	N.º divisõe aloj/ocup	Tempo dep (anos)	Variedade fármac n.º	N.º fárm toma /dia	N.º inter últ ano	N.º epis rec SU últ ano	Descon aceder	Descon funcion/ am/	Limitaç residência	Não deseja
Depend.	Cf	1,000	,116	-,321**	-,274*	,457**	,422**	-,275**	,154	-,025	,085	-,372**	,012	-,060	-,092	-,101	-,344	-,068	-,382	-,088
	p		,262	,000	,011	,000	,000	,003	,166	,869	,433	,000	,896	,525	,323	,283	,149	,843	,220	,542
	N	121	96	121	86	87	107	116	82	47	88	121	114	114	118	116	19	11	12	50
P AE	Cf	,116	1,000	-,071	,273*	,305**	,106	-,110	,373**	,154	,066	,061	-,030	-,014	-,079	-,021	,003	,183	-,431	-,044
	p	,262		,490	,012	,005	,340	,287	,002	,393	,574	,557	,775	,893	,448	,839	,990	,638	,185	,773
	N	96	96	96	84	85	83	95	64	33	74	96	93	92	95	94	16	9	11	45
Cond S.	Cf	-,321**	-,071	1,000	-,035	-,300**	-,229*	-,148	-,085	,014	,158	,185*	,147	,244**	,246**	,170	,240	-,007	,475	-,125
	p	,000	,490		,752	,005	,018	,113	,450	,928	,142	,042	,119	,009	,007	,068	,321	,983	,118	,388
	N	121	96	121	86	87	107	116	82	47	88	121	114	114	118	116	19	11	12	50
Intens.	Cf	-,274*	,273*	-,035	1,000	,275*	,059	,149	,294*	-,229	-,119	,080	-,064	-,040	,027	-,037	,148	,092	,041	,009
	p	,011	,012	,752		,011	,613	,177	,022	,215	,333	,465	,567	,723	,807	,737	,599	,815	,906	,951
	N	86	84	86	86	84	75	84	61	31	68	86	83	82	86	86	15	9	11	44
Incent.	Cf	,457**	,305**	-,300**	,275*	1,000	,229*	,037	,198	,077	-,120	-,265*	,076	,043	-,042	-,195	,192	,378	,229	-,077
	p	,000	,005	,005	,011		,046	,739	,126	,674	,321	,013	,487	,697	,697	,070	,494	,316	,498	,617
	N	87	85	87	84	87	76	86	61	32	70	87	85	84	87	87	15	9	11	44
Tx gl utiliz equip	Cf	,422**	,106	-,229*	,059	,229*	1,000	-,104	,356**	-,057	,092	-,206*	-,179	-,068	-,048	-,050	,004	-,338	-,086	-,164
	p	,000	,340	,018	,613	,046		,298	,002	,706	,418	,033	,074	,499	,632	,618	,987	,310	,790	,256
	N	107	83	107	75	76	107	102	71	47	80	107	101	101	104	103	19	11	12	50
N.º memb. família	Cf	-,275**	-,110	-,148	,149	,037	-,104	1,000	-,596**	-,740**	-,752**	,000	-,108	-,223**	-,035	-,038	-,061	,243	,315	,044
	p	,003	,287	,113	,177	,739	,298		,000	,000	,000	,998	,257	,019	,709	,696	,805	,500	,319	,763
	N	116	95	116	84	86	102	116	82	46	87	116	111	111	113	111	19	10	12	49
Rend per capit /mês	Cf	,154	,373**	-,085	,294*	,198	,356**	-,596**	1,000	,424**	,350**	-,035	,118	,269*	-,081	-,180	,000	-,506	-,061	,095
	p	,166	,002	,450	,022	,126	,002	,000		,007	,004	,752	,297	,016	,476	,113	1,000	,164	,866	,575
	N	82	64	82	61	61	71	82	82	39	66	82	80	80	80	79	15	9	10	37
Área út. aloj / ocup	Cf	-,025	,154	,014	-,229	,077	-,057	-,740**	,424**	1,000	,789**	,163	,132	,160	-,024	-,137	,052		-,247	-,009
	p	,869	,393	,928	,215	,674	,706	,000	,007		,000	,273	,392	,294	,879	,375	,894		,555	,966
	N	47	33	47	31	32	47	46	39	47	44	47	44	45	44	44	9	7	8	25
N.º divisões aloj/ocup	Cf	,085	,066	,158	-,119	-,120	,092	-,752**	,350**	,789**	1,000	,051	,208	,274*	,046	,263*	,300	-,291	-,409	-,028
	p	,433	,574	,142	,333	,321	,418	,000	,004	,000		,640	,056	,011	,673	,016	,242	,415	,241	,851
	N	88	74	88	68	70	80	87	66	44	88	88	85	85	85	83	17	10	10	46
Tempo depênd (anos)	Cf	-,372**	,061	,185*	,080	-,265*	-,206*	,000	-,035	,163	,051	1,000	,051	,004	-,187*	,007	-,225	-,163	,032	-,068
	p	,000	,557	,042	,465	,013	,033	,998	,752	,273	,640		,586	,963	,043	,940	,354	,633	,920	,641
	N	121	96	121	86	87	107	116	82	47	88	121	114	114	118	116	19	11	12	50
Variad fármac (n.º)	Cf	,012	-,030	,147	-,064	,076	-,179	-,108	,118	,132	,208	,051	1,000	,811**	,157	,177	-,209	-,416	-,261	,132
	p	,896	,775	,119	,567	,487	,074	,257	,297	,392	,056	,586		,000	,098	,062	,390	,203	,412	,360
	N	114	93	114	83	85	101	111	80	44	85	114	114	113	113	111	19	11	12	50
N.º fárm toma /dia	Cf	-,060	-,014	,244**	-,040	,043	-,068	-,223*	,269*	,160	,274*	,004	,811**	1,000	,324**	,219*	,203	-,530	-,303	,044
	p	,525	,893	,009	,723	,697	,499	,019	,016	,294	,011	,963	,000		,000	,021	,420	,115	,364	,763
	N	114	92	114	82	84	101	111	80	45	85	114	113	114	113	111	18	10	11	49
N.º inter últ ano	Cf	-,092	-,079	,246**	,027	-,042	-,048	-,035	-,081	-,024	,046	-,187*	,157	,324**	1,000	,530**	-,266	-,220	-,255	-,013
	p	,323	,448	,007	,807	,697	,632	,709	,476	,879	,673	,043	,098	,000		,000	,271	,516	,424	,929
	N	118	95	118	86	87	104	113	80	44	85	118	113	113	118	116	19	11	12	50
N.º epis rec SU últ ano	Cf	-,101	-,021	,170	-,037	-,195	-,050	-,038	-,180	-,137	,263*	,007	,177	,219*	,530**	1,000	,281	,125	,072	-,269
	p	,283	,839	,068	,737	,070	,618	,696	,113	,375	,016	,940	,062	,021	,000		,243	,714	,823	,061
	N	116	94	116	86	87	103	111	79	44	83	116	111	111	116	116	19	11	12	49
Descon hece aceder	Cf	-,344	,003	,240	,148	,192	,004	-,061	,000	,052	,300	-,225	-,209	,203	-,266	,281	1,000	,980**	,577	-,460
	p	,149	,990	,321	,599	,494	,987	,805	1,000	,894	,242	,354	,390	,420	,271	,243		,001	,423	,085
	N	19	16	19	15	15	19	19	15	9	17	19	19	18	19	19	19	6	4	15
Descon funcion am/	Cf	-,068	,183	-,007	,092	,378	-,338	,243	-,506		-,291	-,163	-,416	-,530	-,220	,125	,980**	1,000	,1000**	-,539
	p	,843	,638	,983	,815	,316	,310	,500	,164		,415	,633	,203	,115	,516	,714	,001			,134
	N	11	9	11	9	9	11	10	9	7	10	11	11	10	11	11	6	11	3	9
Limit. residên cia	Cf	-,382	-,431	,475	,041	,229	-,086	,315	-,061	-,247	-,409	,032	-,261	-,303	-,255	,072	,577	,1000**	1,000	-,757*
	p	,220	,185	,118	,906	,498	,790	,319	,866	,555	,241	,920	,412	,364	,424	,823	,423			,003
	N	12	11	12	11	11	12	12	10	8	10	12	12	11	12	12	4	3	12	8
Não deseja	Cf	-,088	-,044	-,125	,009	-,077	-,164	,044	,095	-,009	-,028	-,068	,132	,044	-,013	-,269	-,460	-,539	-,757*	1,000
	p	,542	,773	,388	,951	,617	,256	,763	,575	,966	,851	,641	,360	,763	,929	,061	,085	,134	,030	
	N	50	45	50	44	44	50	49	37	25	46	50	50	49	50	49	15	9	8	50

*. Correlação com nível de significância de 0.05.

**. Correlação com nível de significância de 0.01.

Anexo XII – Tabelas de caracterização das relações entre as dimensões em estudo e os domínios do autocuidado que as constituem

Correlações entre a PAE global, os recursos utilizados específicos por domínio do autocuidado, condição de saúde por domínio do autocuidado e cuidados prestados

		PAE	Taxa util equip cons nec: Rec compl	Taxa util equip cons nec: Usar o sanitário	Taxa util equip cons nec: Regime Terapêutico	Taxa util equip cons nec: Transferir	Presença sinais ap comp integ pele	Intensidade	Incentivo
PAE	C	1,000	-,321*	,512**	,443**	,378*	,298**	,273*	,305**
	p	.	,023	,000	,001	,036	,007	,012	,005
	N	96	50	46	53	31	81	84	85
Taxa util equip cons nec: Rec complementares	C	-,321*	1,000	-,001	,048	,235	-,001	,076	,053
	p	,023	.	,995	,718	,221	,991	,623	,732
	N	50	67	46	60	29	61	44	45
Taxa util equip cons nec: Usar o sanitário	C	,512**	-,001	1,000	,230	,540**	,266	,294	,219
	p	,000	,995	.	,120	,001	,065	,050	,149
	N	46	46	55	47	32	49	45	45
Taxa util equip cons nec: Reg Terapêutico	C	,443**	,048	,230	1,000	,453*	,242	,098	,342*
	p	,001	,718	,120	.	,012	,054	,497	,014
	N	53	60	47	71	30	64	50	51
Taxa util equip cons nec: Transferir	C	,378*	,235	,540**	,453*	1,000	-,069	,233	-,133
	p	,036	,221	,001	,012	.	,698	,208	,477
	N	31	29	32	30	38	34	31	31
Presença s ap compromisso integridade pele	C	,298**	-,001	,266	,242	-,069	1,000	,138	,354**
	p	,007	,991	,065	,054	,698	.	,244	,002
	N	81	61	49	64	34	100	73	74
Intensidade	C	,273*	,076	,294	,098	,233	,138	1,000	,275*
	p	,012	,623	,050	,497	,208	,244	.	,011
	N	84	44	45	50	31	73	86	84
Incentivo	C	,305**	,053	,219	,342*	-,133	,354**	,275*	1,000
	p	,005	,732	,149	,014	,477	,002	,011	.
	N	85	45	45	51	31	74	84	87

*. Correlação com nível de significância de 0.05.

** . Correlação com nível de significância de 0.01.

Correlações entre a PAE e os domínios específicos

		PAE Tomar Banho	PAE Vestir Despir	PAE Alimentar	PAE Usar WC	PAE Posicionar	PAE Transferir	PAE Andar	PAE Medicacao	PAE Aced	PAE Agir	PAE Ajuste	PAE Decide	PAE Monitoriza	PAE Negocia	PAE Providencia	PAE Trabalha	PAE
PAE Tomar Banho	C	1,000	,731**	,647**	,666**	,499**	,468**	,449**	,473**	,681**	,717**	,637**	,625**	,610**	,889**	,799**	,709**	,804**
	p	.	,000	,000	,000	,001	,001	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	77	70	68	64	39	46	50	66	72	69	74	75	75	51	75	73	77
PAE Vestir Despir	C	,731**	1,000	,670**	,775**	,477**	,595**	,594**	,511**	,782**	,726**	,729**	,719**	,657**	,695**	,728**	,811**	,829**
	p	,000	.	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	70	75	68	63	39	44	52	64	71	67	72	73	75	50	74	73	75
PAE Alimentar	C	,647**	,670**	1,000	,689**	,523**	,516**	,511**	,457**	,615**	,561**	,616**	,635**	,716**	,656**	,560**	,689**	,675**
	p	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	68	68	73	64	41	47	51	65	72	67	71	72	73	49	72	71	73
PAE Usar WC	C	,666**	,775**	,689**	1,000	,632**	,612**	,610**	,652**	,745**	,738**	,764**	,714**	,764**	,547**	,840**	,708**	,819**
	p	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	64	63	64	66	41	47	45	60	63	61	65	66	66	47	66	64	66
PAE Posicionar	C	,499**	,477**	,523**	,632**	1,000	,796**	,707**	,711**	,671**	,685**	,711**	,773**	,782**	,324	,796**	,710**	,761**
	p	,001	,002	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,081	,000	,000	,000
	N	39	39	41	41	41	38	28	37	41	40	41	41	41	30	41	39	41
PAE Transferir	C	,468**	,595**	,516**	,612**	,796**	1,000	,750**	,661**	,579**	,718**	,649**	,765**	,681**	,347	,733**	,801**	,741**
	p	,001	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,038	,000	,000	,000
	N	46	44	47	47	38	48	36	42	47	45	48	48	48	36	48	46	48
PAE Andar	C	,449**	,594**	,511**	,610**	,707**	,750**	1,000	,533**	,605**	,812**	,695**	,784**	,743**	,410	,730**	,802**	,769**
	p	,001	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,016	,000	,000	,000
	N	50	52	51	45	28	36	68	48	64	59	63	63	65	34	64	66	68
PAE Medicacao	C	,473**	,511**	,457**	,652**	,711**	,661**	,533**	1,000	,659**	,736**	,824**	,754**	,776**	,313	,726**	,583**	,771**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,038	,000	,000	,000
	N	66	64	65	60	37	42	48	70	66	66	69	70	70	44	70	69	70
PAE Aced	C	,681**	,782**	,615**	,745**	,671**	,579**	,605**	,659**	1,000	,764**	,767**	,692**	,689**	,675**	,677**	,730**	,849**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	72	71	72	63	41	47	64	66	90	80	83	84	86	51	84	84	90
PAE Agir	C	,717**	,726**	,561**	,738**	,685**	,718**	,812**	,736**	,764**	1,000	,877**	,900**	,851**	,643**	,866**	,729**	,917**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	69	67	67	61	40	45	59	66	80	82	82	82	82	49	81	81	82
PAE Ajuste	C	,637**	,729**	,616**	,764**	,711**	,649**	,695**	,824**	,767**	,877**	1,000	,934**	,900**	,655**	,798**	,696**	,925**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	74	72	71	65	41	48	63	69	83	82	88	88	88	50	87	86	88
PAE Decide	C	,625**	,719**	,635**	,714**	,773**	,765**	,784**	,754**	,692**	,900**	,934**	1,000	,893**	,562**	,817**	,746**	,916**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	75	73	72	66	41	48	63	70	84	82	88	89	89	51	88	87	89
PAE Monitoriza	C	,610**	,657**	,716**	,764**	,782**	,681**	,743**	,776**	,689**	,851**	,900**	,893**	1,000	,650**	,771**	,715**	,897**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
	N	75	75	73	66	41	48	65	70	86	82	88	89	91	51	89	89	91
PAE Negocia	C	,889**	,695**	,656**	,547**	,324	,347	,410	,313	,675**	,643**	,655**	,562**	,650**	1,000	,575**	,673**	,784**
	p	,000	,000	,000	,000	,081	,038	,016	,038	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	51	50	49	47	30	36	34	44	51	49	50	51	51	51	51	49	51
PAE Providencia	C	,799**	,728**	,560**	,840**	,796**	,733**	,730**	,726**	,677**	,866**	,798**	,817**	,771**	,575**	1,000	,737**	,878**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	75	74	72	66	41	48	64	70	84	81	87	88	89	51	90	88	90
PAE Trabalha	C	,709**	,811**	,689**	,708**	,710**	,801**	,802**	,583**	,730**	,729**	,696**	,746**	,715**	,673**	,737**	1,000	,847**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000
	N	73	73	71	64	39	46	66	69	84	81	86	87	89	49	88	90	90
PAE	C	,804**	,829**	,675**	,819**	,761**	,741**	,769**	,771**	,849**	,917**	,925**	,916**	,897**	,784**	,878**	,847**	1,000
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	77	75	73	66	41	48	68	70	90	82	88	89	91	51	90	90	96

*. Correlação com nível de significância de 0.05.

** . Correlação com nível de significância de 0.01.

Correlações entre os recursos específicos de cada domínio do autocuidado com as PAE específicas, a condição de saúde específica e os cuidados de incentivo à autonomia

		Taxa global equi	PAE posicionar	PAE transferir	PAE andar	Tx equip:A limentar	Tx equip: Andar	Tx equip: Tomar banho	Tx equip: Recomp	Tx equip: Posicionar	Tx equip: Usar WC	Tx equip: Reg. Terap	Tx equip: Transferir	Tx equip: Vestir	Tx equip: Virar	Condição de saúde def	Condição de saúde	Incentivo	
Taxa global de utilização de equip	C	1,000	,373*	,427**	,274*	,704**	,508**	,708**	,393**	,638**	,651**	,597**	,689**	,456**	,661**	,394**	,309*	-,229*	,229
	p	.	,025	,005	,030	,000	,000	,000	,001	,001	,000	,000	,000	,009	,001	,002	,018	,018	,046
	N	107	36	42	63	40	67	74	67	25	55	71	38	32	20	60	58	107	76
PAE Posicionar	C	,373**	1,000	,796**	,707**	,261	,171	,507**	-,397*	,064	,385*	,342	,282	-,198	,164	,215	-,204	-,115	,288
	p	,025	.	,000	,000	,228	,484	,005	,050	,789	,033	,087	,154	,480	,559	,337	,376	,474	,068
	N	36	41	38	28	23	19	29	25	20	31	26	27	15	15	22	21	41	41
PAE Transferir	C	,427**	,796**	1,000	,750**	,231	,103	,564**	-,391*	-,051	,421*	,422*	,113	,010	,075	,114	-,070	-,155	,411**
	p	,005	,000	.	,000	,289	,657	,001	,036	,831	,010	,020	,559	,972	,783	,606	,750	,294	,004
	N	42	38	48	36	23	21	33	29	20	36	30	29	15	16	23	23	48	46
PAE Andar	C	,274*	,707**	,750**	1,000	,347	,080	,365*	-,173	-,230	,441**	,487**	,225	,258	,087	,214	,131	,011	,405**
	p	,030	,000	,000	.	,097	,604	,014	,298	,411	,006	,001	,301	,224	,787	,224	,469	,930	,001
	N	63	28	36	68	24	44	45	38	15	37	42	23	24	12	34	33	68	62
Tx equip: Alimentar-se	C	,704**	,261	,347	1,000	,057	,122	-,025	,291	,514**	,240	,569**	,092	,777**	,306	,456*	-,112	,090	
	p	,000	,228	,289	,097	.	,817	,479	,899	,241	,006	,186	,005	,716	,001	,019	,493	,612	
	N	40	23	23	24	40	19	36	28	18	27	32	23	18	14	27	26	40	34
Tx equip: Andar	C	,508**	,171	,103	,080	,057	1,000	,296	-,069	,065	,241	,173	,140	,077	-,117	,043	,000	-,120	,317*
	p	,000	,484	,657	,084	,817	.	,054	,646	,825	,158	,231	,535	,722	,718	,787	1,000	,335	,046
	N	67	19	21	44	19	67	43	47	14	36	50	22	24	12	42	40	67	40
Tx equip: Tomar banho	C	,708**	,507**	,564**	,365*	,122	,296	1,000	,250	-,035	,417**	,446**	,157	,469*	,178	,422**	,228	-,258*	,382**
	p	,000	,005	,001	,014	,479	,054	.	,066	,880	,004	,000	,425	,012	,509	,003	,123	,027	,003
	N	74	29	33	45	36	43	74	55	21	46	59	28	28	16	49	47	74	58
Tx equip: Recursos complementares	C	,393**	-,397*	-,391*	-,173	-,025	-,069	,250	1,000	,166	-,001	,048	,235	,145	,196	,318*	,235	-,002	,053
	p	,001	,050	,036	,298	,899	,646	,066	.	,485	,995	,718	,221	,490	,466	,028	,115	,990	,732
	N	67	25	29	38	28	47	55	67	20	46	60	29	25	16	48	46	67	45
Tx equip: Posicionar	C	,638**	,064	-,051	-,230	,291	,065	-,035	,166	1,000	,470*	,279	,614**	-,284	,399	,039	,213	,033	-,298
	p	,001	,789	,831	,411	,241	,825	,880	,485	.	,024	,220	,002	,397	,112	,891	,447	,874	,178
	N	25	20	20	15	18	14	21	20	25	23	21	22	11	17	15	15	25	22
Tx equip: Usar o sanitário	C	,651**	,385*	,421*	,441**	,514**	,241	,417**	-,001	,470*	1,000	,230	,540**	,048	,448	,295	,179	-,169	,219
	p	,000	,033	,010	,006	,006	,158	,004	,995	,024	.	,120	,001	,828	,062	,076	,304	,218	,149
	N	55	31	36	37	27	36	46	46	23	55	47	32	23	18	37	35	55	45
Tx equip: Regime Terapêutico	C	,597**	,342	,422*	,487**	,240	,173	,446**	,048	,279	,230	1,000	,453*	,092	,342	,044	,197	-,323**	,342*
	p	,000	,087	,020	,001	,186	,231	,000	,718	,220	,120	.	,012	,640	,194	,760	,180	,006	,014
	N	71	26	30	42	32	50	59	60	21	47	71	30	28	16	50	48	71	51
Tx equi cons nec: Transferir	C	,689**	,282	,113	,225	,569**	,140	,157	,235	,614**	,540**	,453**	1,000	,039	,859**	,367	,330	-,163	-,133
	p	,000	,154	,559	,301	,005	,535	,425	,221	,002	,001	,012	.	,889	,000	,093	,156	,327	,477
	N	38	27	29	23	23	22	28	29	22	32	30	38	15	18	22	20	38	31
Tx equip: Vestir	C	,456**	-,198	,010	,258	,092	,077	,469*	,145	-,284	,048	,092	,039	1,000	-,285	,225	,655**	-,267	,279
	p	,009	,480	,972	,224	,716	,722	,012	,490	,397	,828	,640	,889	.	,395	,291	,001	,140	,177
	N	32	15	15	24	18	24	28	25	11	23	28	15	32	11	24	22	32	25
Tx equip: Virar	C	,661**	,164	,075	,087	,777**	-,117	,178	,196	,399	,448	,342	,859**	-,285	1,000	,395	,378	-,419	-,059
	p	,001	,559	,783	,787	,001	,718	,509	,466	,112	,062	,194	,000	,395	.	,182	,226	,066	,829
	N	20	15	16	12	14	12	16	16	17	18	16	18	11	20	13	12	20	16
Presença desidratação	C	,394**	,215	,114	,214	,306	,043	,422**	,318*	,039	,295	,044	,367	,225	,395	1,000	,353**	-,538**	,307*
	p	,002	,337	,606	,224	,120	,787	,003	,028	,891	,076	,760	,093	,291	,182	.	,006	,000	,040
	N	60	22	23	34	27	42	49	48	15	37	50	22	24	13	63	60	63	45
Condição de vestuário deficiente	C	,309*	-,204	-,070	,131	,456*	,000	,228	,235	,213	,179	,197	,330	,655**	,378	,353**	1,000	-,572**	,236
	p	,018	,376	,750	,469	,019	1,000	,123	,115	,447	,304	,180	,156	,001	,226	,006	.	,000	,123
	N	58	21	23	33	26	40	47	46	15	35	48	20	22	12	60	61	61	44
Condição de saúde	C	-,229**	-,115	-,155	,011	-,112	-,120	-,258*	-,002	,033	-,169	-,323**	-,163	-,267	-,419	-,538**	-,572**	1,000	-,300**
	p	,018	,474	,294	,930	,493	,335	,027	,990	,874	,218	,006	,327	,140	,066	,000	,000	.	,005
	N	107	41	48	68	40	67	74	67	25	55	71	38	32	20	63	61	121	87
Incentivo	C	,229*	,288	,411**	,405**	,090	,317*	,382**	,053	-,298	,219	,342*	-,133	,279	-,059	,307*	,236	-,300**	1,000
	p	,046	,068	,004	,001	,612	,046	,003	,732	,178	,149	,014	,477	,177	,829	,040	,123	,005	.
	N	76	41	46	62	34	40	58	45	22	45	51	31	25	16	45	44	87	87

*. Correlação com nível de significância de 0.05.

**.. Correlação com nível de significância de 0.01.

Correlações entre a condição de saúde e os domínios específicos do autocuidado na condição, os cuidados de incentivo à autonomia e os recursos específicos de cada domínio

		Condição de saúde	Tx equ: Tomar banho	Tx equ: Regime Terapê	Taxa global util	Comp Int. Pele	Desidra tação	Desnut rição	Comp respirat ório	Higiene asseio def	Vestuár io def	Alt est mental	Incenti vo
Condição de saúde	C	1,000	-,258*	-,323**	-,229*	-,401**	-,538**	-,449**	-,426**	-,346**	-,572**	-,419**	-,300**
	p	.	,027	,006	,018	,000	,000	,000	,001	,006	,000	,000	,005
	N	121	74	71	107	100	63	65	62	61	61	113	87
Tx equ: Tomar Banho	C	-,258*	1,000	,446**	,708**	,289*	,422**	,407**	,153	,108	,228	,138	,382**
	p	,027	.	,000	,000	,019	,003	,003	,298	,468	,123	,251	,003
	N	74	74	59	74	65	49	51	48	47	47	71	58
Tx equ: Recursos compl	C	-,002	,250	,048	,393**	-,001	,318*	-,004	-,105	,029	,235	-,217	,053
	p	,990	,066	,718	,001	,991	,028	,978	,483	,848	,115	,082	,732
	N	67	55	60	67	61	48	50	47	46	46	65	45
Tx equ: Posicionar	C	,033	-,035	,279	,638**	-,367	,039	,127	,085	,126	,213	-,172	-,298
	p	,874	,880	,220	,001	,093	,891	,652	,762	,655	,447	,421	,178
	N	25	21	21	25	22	15	15	15	15	15	24	22
Tx equ: Regime Terapêutico	C	-,323**	,446**	1,000	,597**	,242	,044	,167	-,067	,469**	,197	,126	,342*
	p	,006	,000	.	,000	,054	,760	,236	,649	,001	,180	,302	,014
	N	71	59	71	71	64	50	52	49	48	48	69	51
Taxa global de utilização de equip	C	-,229*	,708**	,597**	1,000	,190	,394**	,235	,252	,181	,309*	,097	,229*
	p	,018	,000	,000	.	,080	,002	,066	,054	,174	,018	,339	,046
	N	107	74	71	107	86	60	62	59	58	58	100	76
Compr integridade da pele	C	-,401**	,289*	,242	,190	1,000	,333**	,151	,269*	,173	,212	,226*	,354**
	p	,000	,019	,054	,080	.	,008	,233	,035	,182	,100	,024	,002
	N	100	65	64	86	100	62	64	62	61	61	99	74
Presença sinais ap desidratação	C	-,538**	,422**	,044	,394**	,333**	1,000	,172	,200	,254	,353**	-,068	,307*
	p	,000	,003	,760	,002	,008	.	,178	,123	,050	,006	,597	,040
	N	63	49	50	60	62	63	63	61	60	60	63	45
Presença sinais ap desnutrição	C	-,449**	,407**	,167	,235	,151	,172	1,000	,018	,045	,251	,237	,334*
	p	,000	,003	,236	,066	,233	,178	.	,893	,729	,051	,057	,023
	N	65	51	52	62	64	63	65	62	61	61	65	46
Presença compromisso respiratório	C	-,426**	,153	-,067	,252	,269*	,200	,018	1,000	-,124	,405**	,202	,104
	p	,001	,298	,649	,054	,035	,123	,893	.	,340	,001	,115	,497
	N	62	48	49	59	62	61	62	62	61	61	62	45
Presença higiene asseio deficiente	C	-,346**	,108	,469**	,181	,173	,254	,045	-,124	1,000	,432**	-,066	,057
	p	,006	,468	,001	,174	,182	,050	,729	,340	.	,000	,611	,715
	N	61	47	48	58	61	60	61	61	61	61	61	44
Presença vestuário deficiente	C	-,572**	,228	,197	,309*	,212	,353**	,251	,405**	,432**	1,000	-,011	,236
	p	,000	,123	,180	,018	,100	,006	,051	,001	,000	.	,932	,123
	N	61	47	48	58	61	60	61	61	61	61	61	44
Presença alt estado mental	C	-,419**	,138	,126	,097	,226*	-,068	,237	,202	-,066	-,011	1,000	,364**
	p	,000	,251	,302	,339	,024	,597	,057	,115	,611	,932	.	,001
	N	113	71	69	100	99	63	65	62	61	61	113	81
Incentivo	C	-,300**	,382**	,342*	,229*	,354**	,307*	,334*	,104	,057	,236	,364**	1,000
	p	,005	,003	,014	,046	,002	,040	,023	,497	,715	,123	,001	.
	N	87	58	51	76	74	45	46	45	44	44	81	87

*. Correlação com nível de significância de 0.05.

** . Correlação com nível de significância de 0.01.

Correlações entre os cuidados de intensidade prestados, a condição de saúde, a percepção de autoeficácia específica do FPC relativa ao exercício do papel nos domínios específico e os recursos utilizados nos domínios específicos

		PAE	PAE	PAE	PAE	PAE	PAE	PAE	PAE	Tx	Tx						
		Posi onar	Medic acao	PAE Agir	PAE Ajuste	PAE Decide	Monit oriza	Provid encia	Trabal ha	PAE	Alime equ:	Toma equ:	Desidr atação	Higien e def	Vestuá rio def	Intens idade	Incent ivo
PAE Posicionar	C	1,000	,711**	,685**	,711**	,773**	,782**	,796**	,710**	,761**	,261	,507**	,215	,372	-,204	,424**	,288
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,228	,005	,337	,097	,376	,006	,068
	N	41	37	40	41	41	41	41	39	41	23	29	22	21	21	41	41
PAE Medicacao	C	,711**	1,000	,736**	,824**	,754**	,776**	,726**	,583**	,771**	,404*	,218	,053	,337*	,092	,408**	,105
	p	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,027	,120	,753	,041	,587	,001	,392
	N	37	70	66	69	70	70	70	69	70	30	52	38	37	37	69	69
PAE Agir	C	,685**	,736**	1,000	,877**	,900**	,851**	,866**	,729**	,917**	,282	,268	,162	,211	,060	,367**	,233*
	p	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,112	,050	,312	,190	,714	,001	,044
	N	40	66	82	82	82	82	81	81	82	33	54	41	40	40	75	75
PAE Ajuste	C	,711**	,824**	,877**	1,000	,934**	,900**	,798**	,696**	,925**	,206	,171	,108	,172	,088	,277*	,195
	p	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,251	,207	,495	,282	,585	,012	,083
	N	41	69	82	88	88	88	87	86	88	33	56	42	41	41	81	80
PAE Decide	C	,773**	,754**	,900**	,934**	1,000	,893**	,817**	,746**	,916**	,227	,291*	,153	,167	,031	,299**	,279*
	p	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,197	,028	,328	,292	,847	,006	,012
	N	41	70	82	88	89	89	88	87	89	34	57	43	42	42	82	81
PAE Monitoriza	C	,782**	,776**	,851**	,900**	,893**	1,000	,771**	,715**	,897**	,258	,223	,111	,318*	,078	,365**	,318**
	p	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,141	,089	,467	,035	,614	,001	,003
	N	41	70	82	88	89	91	89	89	91	34	59	45	44	44	84	83
PAE Providencia	C	,796**	,726**	,866**	,798**	,817**	,771**	1,000	,737**	,878**	,218	,229	-,038	,320*	,037	,263*	,253*
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,215	,083	,807	,037	,812	,017	,022
	N	41	70	81	87	88	89	90	88	90	34	58	44	43	43	82	82
PAE Trabalha	C	,710**	,583**	,729**	,696**	,746**	,715**	,737**	1,000	,847**	,105	,280*	,152	,267	,056	,220*	,288**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,561	,032	,320	,079	,716	,047	,009
	N	39	69	81	86	87	89	88	90	90	33	59	45	44	44	82	82
PAE	C	,761**	,771**	,917**	,925**	,916**	,897**	,878**	,847**	1,000	,256	,189	,122	,261	,138	,273*	,305**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,144	,142	,405	,073	,350	,012	,005
	N	41	70	82	88	89	91	90	90	96	34	62	49	48	48	84	85
Tx equ: Alimentar-se	C	,261	,404*	,282	,206	,227	,258	,218	,105	,256	1,000	,122	,306	,280	,456*	,472**	,090
	p	,228	,027	,112	,251	,197	,141	,215	,561	,144	.	,479	,120	,165	,019	,005	,612
	N	23	30	33	33	34	34	34	33	34	40	36	27	26	26	34	34
Tx equ: Tomar banho	C	,507**	,218	,268	,171	,291*	,223	,229	,280*	,189	,122	1,000	,422**	,108	,228	,263*	,382**
	p	,005	,120	,050	,207	,028	,089	,083	,032	,142	,479	.	,003	,468	,123	,046	,003
	N	29	52	54	56	57	59	58	59	62	36	74	49	47	47	58	58
Presença de sinais aparentes de	C	,215	,053	,162	,108	,153	,111	-,038	,152	,122	,306	,422**	1,000	,254	,353**	,341*	,307*
	p	,337	,753	,312	,495	,328	,467	,807	,320	,405	,120	,003	.	,050	,006	,025	,040
	N	22	38	41	42	43	45	44	45	49	27	49	63	60	60	43	45
Condição de higiene asseio def	C	,372	,337*	,211	,172	,167	,318*	,320*	,267	,261	,280	,108	,254	1,000	,432**	,453**	,057
	p	,097	,041	,190	,282	,292	,035	,037	,079	,073	,165	,468	,050	.	,000	,003	,715
	N	21	37	40	41	42	44	43	44	48	26	47	60	61	61	42	44
Condição de vestuário def	C	-,204	,092	,060	,088	,031	,078	,037	,056	,138	,456*	,228	,353**	,432**	1,000	,333*	,236
	p	,376	,587	,714	,585	,847	,614	,812	,716	,350	,019	,123	,006	,000	.	,031	,123
	N	21	37	40	41	42	44	43	44	48	26	47	60	61	61	42	44
Intensidade	C	,424**	,408**	,367**	,277*	,299**	,365**	,263*	,220*	,273*	,472**	,263*	,341*	,453**	,333*	1,000	,275*
	p	,006	,001	,001	,012	,006	,001	,017	,047	,012	,005	,046	,025	,003	,031	.	,011
	N	41	69	75	81	82	84	82	82	84	34	58	43	42	42	86	84
Incentivo	C	,288	,105	,233*	,195	,279*	,318**	,253*	,288**	,305**	,090	,382**	,307*	,057	,236	,275*	1,000
	p	,068	,392	,044	,083	,012	,003	,022	,009	,005	,612	,003	,040	,715	,123	,011	.
	N	41	69	75	80	81	83	82	82	85	34	58	45	44	44	84	87

*. Correlação com nível de significância de 0.05.

**. Correlação com nível de significância de 0.01.

Correlações entre os cuidados de incentivo prestados, a condição de saúde, a percepção de autoeficácia específica do FPC relativa ao exercício do papel nos domínios específico e os recursos utilizados nos domínios específicos

		PAE Transf erir	PAE Andar	PAE Agir	PAE Decide	PAE Monit oriza	PAE Provid encia	PAE Trabalha	Tx equi: Andar	Tx equi: Toma	Tx equi: Regim	Tx equi: global	Comp int pele	Desidr atação	Desnu trição	Alt Est ment	Condi ção saúde	Intens idade	Incent ivo	
PAE Transferir	C	1,000	,750**	,718**	,765**	,681**	,733**	,801**	,741**	,103	,564**	,422*	,427**	,331*	,114	,068	,264	-,155	,253	,411**
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,657	,001	,020	,005	,028	,606	,754	,076	,294	,086	,004
	N	48	36	45	48	48	48	46	48	21	33	30	42	44	23	24	46	48	47	46
PAE Andar	C	,750**	1,000	,812**	,784**	,743**	,730**	,802**	,769**	,080	,365*	,487**	,274*	,311*	,214	,088	,021	,011	,179	,405**
	p	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,604	,014	,001	,030	,020	,224	,616	,864	,930	,170	,001
	N	36	68	59	63	65	64	66	68	44	45	42	63	56	34	35	67	68	60	62
PAE Agir	C	,718**	,812**	1,000	,900**	,851**	,866**	,729**	,917**	-,142	,268	,373*	,034	,322**	,162	-,117	,012	-,079	,367**	,233*
	p	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,389	,050	,011	,776	,008	,312	,460	,917	,483	,001	,044
	N	45	59	82	82	82	81	81	82	39	54	46	74	67	41	42	78	82	75	75
PAE Decide	C	,765**	,784**	,900**	1,000	,893**	,817**	,746**	,916**	-,141	,291*	,393**	,070	,321**	,153	-,052	,154	-,115	,299**	,279*
	p	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,385	,028	,006	,543	,005	,328	,736	,162	,285	,006	,012
	N	48	63	82	89	89	88	87	89	40	57	48	77	74	43	44	84	89	82	81
PAE Monitoriza	C	,681**	,743**	,851**	,893**	1,000	,771**	,715**	,897**	-,113	,223	,406**	,055	,286*	,111	,000	,162	-,107	,365**	,318**
	p	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,478	,089	,003	,629	,012	,467	1,000	,137	,313	,001	,003
	N	48	65	82	89	91	89	89	91	42	59	50	79	76	45	46	86	91	84	83
PAE Providencia	C	,733**	,730**	,866**	,817**	,771**	1,000	,737**	,878**	-,073	,229	,466**	,068	,262*	-,038	-,059	,110	-,063	,263*	,253*
	p	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,650	,083	,001	,555	,023	,807	,700	,315	,555	,017	,022
	N	48	64	81	88	89	90	88	90	41	58	50	78	75	44	45	85	90	82	82
PAE Trabalha	C	,801**	,802**	,729**	,746**	,715**	,737**	1,000	,847**	-,023	,280*	,521**	,204	,285*	,152	-,030	,110	-,043	,220*	,288**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,881	,032	,000	,071	,013	,320	,843	,314	,689	,047	,009
	N	46	66	81	87	89	88	90	90	43	59	50	79	75	45	46	86	90	82	82
PAE Tx equip: Andar	C	,741**	,769**	,917**	,916**	,897**	,878**	,847**	1,000	,014	,189	,443**	,106	,298**	,122	-,019	,126	-,071	,273*	,305**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	.	,924	,142	,001	,340	,007	,405	,896	,234	,490	,012	,005
	N	48	68	82	89	91	90	90	96	46	62	53	83	81	49	50	91	96	84	85
Tx equip: Andar	C	,103	,080	-,142	-,141	-,113	-,073	-,023	,014	1,000	,296	,173	,508**	-,086	,043	,130	,050	-,120	,099	,317*
	p	,657	,604	,389	,385	,478	,650	,881	,924	.	,054	,231	,000	,545	,787	,400	,698	,335	,550	,046
	N	21	44	39	40	42	41	43	46	67	43	50	67	52	42	44	63	67	39	40
Tx equip util: Tomar banho	C	,564**	,365*	,268	,291*	,223	,229	,280*	,189	,296	1,000	,446**	,708**	,289*	,422**	,407**	,138	-,258*	,263*	,382**
	p	,001	,014	,050	,028	,089	,083	,032	,142	,054	.	,000	,000	,019	,003	,003	,251	,027	,046	,003
	N	33	45	54	57	59	58	59	62	43	74	59	74	65	49	51	71	74	58	58
Tx util equip: Regime Terapêutico	C	,422*	,487**	,373*	,393**	,406**	,466**	,521**	,443**	,173	,446**	1,000	,597**	,242	,044	,167	,126	-,323**	,098	,342*
	p	,020	,001	,011	,006	,003	,001	,000	,001	,231	,000	.	,000	,054	,760	,236	,302	,006	,497	,014
	N	30	42	46	48	50	50	50	53	50	59	71	71	64	50	52	69	71	50	51
Tx global utilequip	C	,427**	,274*	,034	,070	,055	,068	,204	,106	,508**	,708**	,597**	1,000	,190	,394**	,235	,097	-,229*	,059	,229*
	p	,005	,030	,776	,543	,629	,555	,071	,340	,000	,000	,000	.	,080	,002	,066	,339	,018	,613	,046
	N	42	63	74	77	79	78	79	83	67	74	71	107	86	60	62	100	107	75	76
Presença comp integ pele	C	,331*	,311*	,322**	,321**	,286*	,262*	,285*	,298**	-,086	,289*	,242	,190	1,000	,333**	,151	,226*	-,401**	,138	,354**
	p	,028	,020	,008	,005	,012	,023	,013	,007	,545	,019	,054	,080	.	,008	,233	,024	,000	,244	,002
	N	44	56	67	74	76	75	75	81	52	65	64	86	100	62	64	99	100	73	74
Presença de desidratação	C	,114	,214	,162	,153	,111	-,038	,152	,122	,043	,422**	,044	,394**	,333**	1,000	,172	-,068	-,538**	,341*	,307*
	p	,606	,224	,312	,328	,467	,807	,320	,405	,787	,003	,760	,002	,008	.	,178	,597	,000	,025	,040
	N	23	34	41	43	45	44	45	49	42	49	50	60	62	63	63	63	63	43	45
Presença de desnutrição	C	,068	,088	-,117	-,052	,000	-,059	-,030	-,019	,130	,407**	,167	,235	,151	,172	1,000	,237	-,449**	,002	,334*
	p	,754	,616	,460	,736	1,000	,700	,843	,896	,400	,003	,236	,066	,233	,178	.	,057	,000	,988	,023
	N	24	35	42	44	46	45	46	50	44	51	52	62	64	63	65	65	65	44	46
Presença de alt estado mental	C	,264	,021	,012	,154	,162	,110	,110	,126	,050	,138	,126	,097	,226*	-,068	,237	1,000	-,419**	-,117	,364**
	p	,076	,864	,917	,162	,137	,315	,314	,234	,698	,251	,302	,339	,024	,597	,057	.	,000	,300	,001
	N	46	67	78	84	86	85	86	91	63	71	69	100	99	63	65	113	113	80	81
Condição de saúde	C	-,155	,011	-,079	-,115	-,107	-,063	-,043	-,071	-,120	-,258*	-,323**	-,229*	-,401**	-,538**	-,449**	-,419**	1,000	-,035	-,300**
	p	,294	,930	,483	,285	,313	,555	,689	,490	,335	,027	,006	,018	,000	,000	,000	.	,752	.	,005
	N	48	68	82	89	91	90	90	96	67	74	71	107	100	63	65	113	121	86	87
Intensidade	C	,253	,179	,367**	,299**	,365**	,263*	,220*	,273*	,099	,263*	,098	,059	,138	,341*	,002	-,117	-,035	1,000	,275*
	p	,086	,170	,001	,006	,001	,017	,047	,012	,550	,046	,497	,613	,244	,025	,988	,300	,752	.	,011
	N	47	60	75	82	84	82	82	84	39	58	50	75	73	43	44	80	86	86	84
Incentivo	C	,411**	,405**	,233*	,279*	,318**	,253*	,288**	,305**	,317*	,382**	,342*	,229*	,354**	,307*	,334*	,364**	-,300**	,275*	1,000
	p	,004	,001	,044	,012	,003	,022	,009	,005	,046	,003	,014	,046	,002	,040	,023	,001	,005	,011	.
	N	46	62	75	81	83	82	82	85	40	58	51	76	74	45	46	81	87	84	87

*. Correlação com nível de significância de 0.05.

**. Correlação com nível de significância de 0.01.

Correlações entre a PAE nos domínios específicos, a taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários e a condição de saúde de cada domínio

		Tx equip: Aliment	Tx equip: Tomar	Tx equip: Recurso	Tx equip: Usar WC	Tx equip: Regime	Tx equip: Transfer	Tx global equip	Presença comp pele	Higiene asseio def	Alter est mental
PAE	C	,055	,146	-,341*	,342*	,469**	,192	,062	,299*	,258	,119
TomarBanho	p	,761	,278	,027	,025	,001	,319	,621	,013	,118	,317
	N	33	57	42	43	44	29	66	68	38	73
PAE	C	,052	,204	-,438**	,349*	,491**	,377*	,185	,232	,271	,105
VestirDespir	p	,781	,135	,005	,024	,001	,048	,141	,059	,100	,380
	N	31	55	40	42	45	28	65	67	38	72
PAE	C	-,008	,196	-,401**	,284	,384**	,422*	,157	,320**	,257	,251*
Alimentar	p	,963	,156	,009	,062	,009	,020	,215	,009	,125	,036
	N	34	54	41	44	45	30	64	65	37	70
PAE Usar	C	,090	,083	-,581**	,345*	,325*	,291	,105	,268*	,272	,213
WC	p	,636	,587	,000	,027	,046	,119	,446	,037	,132	,091
	N	30	45	35	41	38	30	55	61	32	64
PAE	C	,261	,507**	-,397*	,385*	,342	,282	,373*	,326*	,372	,165
Posicionar	p	,228	,005	,050	,033	,087	,154	,025	,049	,097	,314
	N	23	29	25	31	26	27	36	37	21	39
PAE	C	,231	,564**	-,391*	,421*	,422*	,113	,427**	,331*	,319	,264
Transferir	p	,289	,001	,036	,010	,020	,559	,005	,028	,138	,076
	N	23	33	29	36	30	29	42	44	23	46
PAE Andar	C	,347	,365*	-,173	,441**	,487**	,225	,274*	,311*	-,073	,021
	p	,097	,014	,298	,006	,001	,301	,030	,020	,686	,864
	N	24	45	38	37	42	23	63	56	33	67
PAE	C	,404*	,218	-,489**	,346*	,227	,348	,249	,215	,337*	,194
Medicação	p	,027	,120	,002	,025	,138	,076	,056	,088	,041	,113
	N	30	52	39	42	44	27	60	64	37	68
PAE Aceder	C	,208	,106	-,417**	,552**	,411**	,532**	,070	,253*	,224	,104
	p	,238	,415	,003	,000	,002	,002	,533	,029	,130	,345
	N	34	61	49	46	52	31	81	75	47	85
PAE Agir	C	,282	,268	-,349*	,401**	,373*	,250	,034	,322**	,211	,012
	p	,112	,050	,020	,008	,011	,183	,776	,008	,190	,917
	N	33	54	44	43	46	30	74	67	40	78
PAE Ajuste	C	,206	,171	-,348*	,431**	,331*	,289	,015	,292*	,172	,183
	p	,251	,207	,019	,004	,023	,122	,900	,012	,282	,098
	N	33	56	45	44	47	30	76	73	41	83
PAE Decide	C	,227	,291*	-,290	,374*	,393**	,259	,070	,321**	,167	,154
	p	,197	,028	,050	,011	,006	,160	,543	,005	,292	,162
	N	34	57	46	45	48	31	77	74	42	84
PAE	C	,258	,223	-,348*	,461**	,406**	,403*	,055	,286*	,318*	,162
Monitoriza	p	,141	,089	,018	,001	,003	,025	,629	,012	,035	,137
	N	34	59	46	45	50	31	79	76	44	86
PAE	C	,091	,132	-,405*	,554**	,653**	,304	,130	,351*	,305	-,015
Negoceia	p	,657	,428	,029	,001	,000	,140	,389	,021	,157	,918
	N	26	38	29	32	31	25	46	43	23	47
PAE	C	,218	,229	-,369*	,373*	,466**	,295	,068	,262*	,320*	,110
Providencia	p	,215	,083	,012	,012	,001	,107	,555	,023	,037	,315
	N	34	58	46	45	50	31	78	75	43	85
PAE	C	,105	,280*	-,210	,420**	,521**	,413*	,204	,285*	,267	,110
Trabalha	p	,561	,032	,156	,005	,000	,023	,071	,013	,079	,314
	N	33	59	47	44	50	30	79	75	44	86
PAE	C	,256	,189	-,321*	,512**	,443**	,378*	,106	,298**	,261	,126
	p	,144	,142	,023	,000	,001	,036	,340	,007	,073	,234
	N	34	62	50	46	53	31	83	81	48	91

*. Correlação com nível de significância de 0.05.

**.. Correlação com nível de significância de 0.01.