



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio**

Estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das  
famílias clássicas do concelho do Porto

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade  
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com  
especialização em Enfermagem avançada

**Helena Maria Ramos de Azevedo Maia**

PORTO, novembro de 2012





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio:**

Estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das  
famílias clássicas do concelho do Porto

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade  
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,  
com especialização em Enfermagem avançada

**Helena Maria Ramos de Azevedo Maia**

**Orientação:** Professor Doutor Filipe Pereira, Professor Coordenador, Escola Superior  
de Enfermagem do Porto

**Co-orientação:** Mestre Paulo Parente, Professor Coordenador, Escola Superior de  
Enfermagem do Porto

PORTO, novembro de 2012





## Resumo

---

O estudo aqui relatado tomou por foco central o fenómeno “tomar conta” (ICN, 2011) de dependentes no autocuidado, por um membro da família prestador de cuidados (MFPC), no seio familiar. O propósito desta investigação foi conhecer os recursos necessários, os recursos efetivamente utilizados e as razões da não utilização dos mesmos, face à condição de dependência no autocuidado, de um dos membros das famílias clássicas do concelho do Porto.

O estudo realizado tem um perfil quantitativo, do tipo exploratório e descritivo. A população em estudo correspondeu à totalidade das famílias clássicas do concelho do Porto. A amostra em estudo é do tipo probabilística, aleatória e estratificada por freguesia. Com base na utilização de um formulário e numa abordagem do tipo “porta a porta”, guiada pelo plano de amostragem definido, foram estudadas 2314 famílias, das quais 241 referiram integrar, pelo menos, uma pessoa dependente no autocuidado. Destas 241 famílias, apenas cerca de 160 aceitaram participar no estudo de avaliação do tipo e do nível de dependência no autocuidado e, por inerência, na avaliação dos recursos mobilizados face à condição de dependência de um dos seus membros.

As pessoas dependentes estudadas, globalmente, apresentavam níveis muito elevados de dependência no autocuidado.

A taxa global de utilização (dos recursos necessários) apurada foi de 43,16%, o que significa que as famílias estudadas não utilizam, sequer, metade dos recursos que poderiam ser úteis, quer na preservação da autonomia do familiar dependente, quer na promoção do exercício do papel de membro da família prestador de cuidados. Nos mesmos casos, a taxa de utilização dos serviços de enfermagem situou-se nos 43,48%. Dos equipamentos estudados, aqueles que apresentam maiores taxas de utilização estavam, essencialmente, focados na gestão de sinais e sintomas das doenças, sendo poucos os vocacionados para a promoção da autonomia do familiar dependente. As principais razões que sustentavam a “não utilização” dos diferentes equipamentos e recursos podem ser agregadas em tornos dos défices de conhecimento dos clientes (sobre formas de acesso e funcionamento), bem como, algumas limitações económicas. Neste contexto, também foi possível verificar que, em vários casos, determinados recursos não eram usados porque os clientes não tinham noção que os mesmo existiam ou estavam disponíveis.

Os resultados deste estudo colocam em destaque a necessidade de, progressivamente, a conceção de cuidados de enfermagem, face a este tipo de clientes, ter que incorporar terapêuticas orientadas para a promoção da utilização de mais recursos e equipamentos promotores da autonomia dos dependentes e / ou do exercício do papel por parte dos membros da família prestadores de cuidados.

**Palavras-chave:** autocuidado; dependência; membro da família prestador de cuidados; recursos; equipamentos.



## Abstract

---

The study reported took as central focus the caring phenomenon (ICN, 2011) of dependent on self-care by a Member of the Family Care Provider, within the family. The purpose of this research was to identify the necessary resources, the resources actually used, and the reasons for non-use of the same, given the condition of dependency in self-care of a member from a classic family in the municipality of Porto.

The study has a quantitative profile, from the exploratory and descriptive type. The study population corresponded to the total classic families in the municipality of Porto. The study sample type is probabilistic, random and stratified by parish. Based on the use of a form and an approach "door to door" style, guided by the sampling plan defined, we studied 2314 families, of which 241 reported that at least one person dependent in self-care was included. Of these 241 families, only about 160 agreed to participate in the study to assess the type and level of dependency in self-care and, by extension, in the evaluation of the resources mobilized against the condition of dependence of one of its members. Dependent people studied, overall, had very high levels of dependence on self-care.

The overall rate of use (the resources) found was 43,16%, meaning that the families studied didn't even use half of the resources that could be useful, either in preserving the autonomy of the dependent relative, either to promote the exercise of the role of family member care provider. In these cases, the rate of utilization of nursing services stood at 43,48%. From the equipment studied, those with the highest rates of use were mainly focused on the management of signs and symptoms of disease, with few devoted to the promotion of the autonomy of dependent relative. The main reasons that supported the "no use" of different equipment and resources can be aggregated as deficits of customer knowledge (about forms of access and operation), as well as some economic constraints. In this context, it was also possible to see that, in many cases, certain features were not used because customers had no idea that they even existed or were available.

The results of this study put emphasis on the need of nursing care conception progressively, in the face of such clients, incorporate therapies aimed at promoting the use of more resources and equipment promoters of autonomy of dependent, and / or the exercise of the role by members of the family carers.

**Keywords:** self-care; dependence; Member of the Family Care Provider; resources; equipment.



## **Agradecimentos**

---

A todos os que contribuíram para que este percurso fosse possível

De um modo especial agradeço,

À Professora Doutora Margarida Vieira pela ajuda constante na orientação profissional desde a licenciatura...

Ao Professor Doutor Abel Silva, ao Professor Doutor Filipe Pereira e ao Mestre Paulo Parente pelo largo conhecimento da *Enfermagem* que partilharam comigo

Ao meu marido, pelo apoio incondicional em todos os momentos...

À minha família pelo estímulo constante durante todo o percurso académico e pessoal...

De um modo particular ao meu avô Arnaldo que transitou para uma vida celeste durante esta caminhada...

Aos amigos...

Aos colegas do Mestrado Carmen, Daniel, Sofia, Rosa que foram incansáveis



## Pensamento

---

*"Valeu a pena? Tudo vale a pena  
Se a alma não é pequena.  
Quem quer passar além do Bojador  
Tem que passar além da dor.  
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,  
Mas nele é que espelhou o céu."*

Fernando Pessoa, Mensagem





## Abreviaturas, siglas e acrónimos

---

- ARSN– Administração Regional de Saúde do Norte
- BGRI - Base Geográfica de Referenciação de Informação
- CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- cit. – citado
- DGS – Direcção-Geral da Saúde
- ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto
- GEP – Gabinete Estratégico e Planeamento
- ICN – International Council of Nurses
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
- MFPC – membro da família prestador de cuidados
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- Pág. – página
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- USF – Unidade de Saúde Familiar
- RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados



## Índice de Gráficos

---

Pág.

<b>Gráfico 1</b> - Taxa global de utilização dos recursos necessários.....	76
--	----



## Índice de Quadros

---

	Pág.
<b>Quadro 1</b> - Visão geral do estudo .....	17
<b>Quadro 2</b> - Variáveis em estudo .....	32
<b>Quadro 3</b> - Operacionalização das variáveis relativas à pessoa "Dependente" .....	33
<b>Quadro 4</b> - Operacionalização das variáveis relativas ao membro da família prestador de cuidados .....	34
<b>Quadro 5</b> - Operacionalização das variáveis "centrais" em estudo .....	34



## Índice de Tabelas

---

	Pág.
<b>Tabela 1</b> – Universo das famílias e número de famílias da amostra, por freguesia .....	38
<b>Tabela 2</b> - Projeção da frequência de formulários a realizar e frequência de formulários realizados, por freguesia .....	43
<b>Tabela 3</b> – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência no autocuidado "alimentar-se" .....	48
<b>Tabela 4</b> - Caracterização da amostra quanto ao nível global de dependência nos domínios do autocuidado .....	50
<b>Tabela 5</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "tomar banho" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	52
<b>Tabela 6</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "vestir-se e despir-se" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	53
<b>Tabela 7</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "arranjar-se" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	54
<b>Tabela 8</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "alimentar-se" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	56
<b>Tabela 9</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "usar o sanitário" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	58
<b>Tabela 10</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "eivar-se" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	59
<b>Tabela 11</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "virar-se" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	60
<b>Tabela 12</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "transferir-se" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	62
<b>Tabela 13</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "usar a cadeira de rodas" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	63
<b>Tabela 14</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "andar" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	64





<b>Tabela 15</b> - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "tomar a medicação" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário" .....	65
<b>Tabela 16</b> - Valores de utilização e razões da não utilização dos recursos complementares ...	67
<b>Tabela 17</b> - Caracterização da utilização dos serviços de apoio: recursos profissionais .....	69
<b>Tabela 18</b> - Caracterização da utilização dos serviços de apoio: recursos não profissionais ...	70
<b>Tabela 19</b> - Caracterização da utilização dos serviços de apoio específicos .....	71
<b>Tabela 20</b> - Caracterização da utilização dos recursos financeiros .....	72



## Índice

---

	Pág.
<b>1. Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Justificação do estudo .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Visão geral do estudo.....</b>	<b>16</b>
<b>2. Problemática e conceitos centrais .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 A transição para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Dos recursos para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados .....</b>	<b>22</b>
2.2.1 Recursos materiais e equipamentos .....	23
2.2.2 Recurso a serviços de apoio .....	24
2.2.3 Recursos financeiros .....	26
<b>3. Metodologia .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Finalidade .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Perguntas de investigação .....</b>	<b>30</b>
<b>3.3 Desenho do estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4 Variáveis em estudo .....</b>	<b>31</b>
<b>3.5 População e Amostra .....</b>	<b>35</b>
<b>3.6 Procedimentos de recolha e tratamento de dados.....</b>	<b>39</b>
<b>3.7 Considerações éticas .....</b>	<b>40</b>
<b>3.8 Recursos de apoio à investigação .....</b>	<b>42</b>
<b>4. Apresentação e discussão dos resultados .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Caracterização dos Membros da Família Prestadores de Cuidados .....</b>	<b>44</b>
<b>4.2 Caracterização dos dependentes .....</b>	<b>46</b>
<b>4.3 Dos recursos materiais e equipamentos face à dependência no(s) autocuidado(s) .....</b>	<b>50</b>
4.3.1 Do autocuidado: “tomar banho” .....	51
4.3.2 Do autocuidado: “vestir-se e despir-se” .....	53
4.3.3 Do autocuidado: “arranjar-se” .....	54
4.3.4 Do autocuidado: “alimentar-se” .....	55
4.3.5 Do autocuidado: “usar o sanitário” .....	57
4.3.6 Do autocuidado: “elevar-se” .....	59
4.3.7 Do autocuidado: “virar-se” .....	60
4.3.8 Do autocuidado: “transferir-se” .....	61
4.3.9 Do autocuidado: “usar cadeira de rodas” .....	63



4.3.10 Do autocuidado: “andar” .....	64
4.3.11 Do autocuidado: “tomar a medicação” .....	65
4.3.12 Dos recursos complementares .....	66
<b>4.4 Dos serviços de apoio e recursos financeiros .....</b>	<b>68</b>
4.4.1 Dos serviços de apoio .....	68
4.4.2 Dos recursos financeiros .....	72
<b>5. Conclusões .....</b>	<b>75</b>
<b>6. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>79</b>
<b>7. Anexos .....</b>	<b>85</b>



## 1. Introdução

---

A dissertação de mestrado aqui relatada insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na especialidade de Enfermagem avançada do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa-Porto.

A motivação para a escolha desta área temática – *O exercício do papel de membro da família prestador de cuidados* – prende-se com a monografia realizada no Curso de Licenciatura em Enfermagem, intitulada “Necessidades dos idosos no Distrito do Porto”. Somos constantemente assaltados por informações relativas ao progressivo envelhecimento da população, frequentemente associado com a morbilidade e níveis aumentados de dependência nas atividades de autocuidado.

O autocuidado é um conceito central para a disciplina e para a profissão de enfermagem (Petronilho, 2012) que, quando associado à dependência faz emergir uma nova realidade: a do exercício do papel de prestador de cuidados a dependentes, no seio das famílias. Assim, torna-se fulcral o conhecimento do fenómeno de tomar conta de dependentes, no seio das famílias, nomeadamente naquilo que se refere aos recursos utilizados pelos membros da família para prestarem cuidados.

O exercício do papel de “prestador de cuidados” (ICN, 2011) de pessoas com dependência no “autocuidado” é uma das principais questões e objetos de interesse da disciplina (Shumacher, 1995; Meleis, 2005; Pereira, 2007; Silva, 2007), na medida em que a transição para a dependência e aquela que se relaciona com a assunção do papel de membro da família prestador de cuidados, estando intimamente relacionadas, representam dois eventos com grande relevância para a enfermagem (Meleis, 2005). Tomando por referencial a teoria de médio alcance proposta por Meleis e colaboradores (2000), importa clarificar que o estudo aqui relatado toma por foco um aspeto muito particular dos “condicionalismos” que podem afetar o curso daquelas transições, no sentido da saúde ou da vulnerabilidade. Em concreto, no nosso estudo, só estivemos focados nos recursos e estruturas que podem ajudar os clientes dependentes a lidarem com as suas limitações e / ou os seus familiares cuidadores a tomarem conta.

Este estudo específico enquadra-se numa investigação de carácter mais alargado, da autoria do professor Paulo Parente, docente da ESEP, que visa conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto, bem como os aspetos relativos aos processos de tomar conta dos dependentes, por parte de membros da família prestadores de cuidados (MFPC). O estudo foi realizado com base numa amostra probabilística de famílias clássicas do concelho do Porto e, em paralelo, numa

amostra de famílias clássicas do concelho de Lisboa (estudo da responsabilidade da professora Andreia Jorge). Em termos globais, o macro estudo teve por objetivo estimar o número de famílias clássicas do concelho com dependentes no autocuidado no seu seio e a condição de saúde, em termos de compromissos nos processos corporais (cfr. ICN, 2011), daqueles dependentes. Na lógica dos processos de tomar conta, visou estudar: i) a percepção de autoeficácia dos MFPC; ii) a intensidade e o tipo de cuidados assegurados pelos MFPC, e, ainda; iii) os recursos mobilizados nas atividades de tomar conta de dependentes, por parte dos MFPC. O último propósito foi o mote para o nosso estudo específico.

Assim, no caso do nosso estudo, foi realizada uma abordagem exploratória e descritiva dos recursos utilizados pelos membros da família prestadores de cuidados para tomar conta dos “seus familiares dependentes” no autocuidado, no domicílio. É certo que, neste estudo, muitos dos recursos que foram estudados podem ser concebidos como meios que, também, auxiliam a própria pessoa dependente a “autocuidar-se”. Com base na revisão da literatura e nos consensos gerados na extensa equipa de investigação envolvida no “estudo alargado”, os recursos foram categorizados enquanto recursos materiais e/ou equipamentos; serviços de apoio (recursos formais e informais); e, recursos financeiros.

Como já fomos deixando claro, esta dissertação assenta na perspetiva teórica da “Teoria das transições” com relevância para a enfermagem, proposta por Meleis e colaboradoras (2000), podendo os recursos serem conceptualizados, como assinalámos atrás, enquanto “condicionalismos” à transição para o papel de MFPC.

O relatório que aqui se apresenta encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, apresenta-se a justificação do estudo, bem como a visão geral do mesmo. A problemática e os conceitos centrais que suportam este estudo encontram-se explanados no segundo capítulo. No terceiro capítulo, damos conta da metodologia utilizada na elaboração do estudo. Após, evoluímos na apresentação e na discussão dos resultados obtidos. Por último, apresentamos as principais sínteses do percurso realizado.

## 1.1 Justificação do estudo

---

Estima-se que, entre 2008 e 2060, a população com idade superior a 65 anos aumente de 18% para 32% (Alto Comissariado da Saúde, 2010a). A esperança de vida tem aumentado ao longo dos anos (Lopes, 2007). Em Portugal continental, a esperança de vida dos 65 aos 69 de 2001 a 2009 passou de 17,9 anos para 18,3 anos de vida, o que revela uma crescente esperança de vida (Alto Comissariado da Saúde, 2010b). Os avanços científicos e tecnológicos da Medicina aumentaram a esperança de vida, mas as modificações socioeconómicas são um importante adjuvante deste fenómeno (Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Como é referido no Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004), atualmente, o modelo de prestação de cuidados de saúde, apesar da implementação crescente da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ainda está muito centrado na doença, estando pouco sensibilizado para a assistência à população idosa.



Muitas destas necessidades de saúde estão associadas ao envelhecimento, como resultado de alterações ao nível das capacidades físicas, cognitivas, sensoriais, afetivas e da diminuição dos contactos sociais (Imaginário, 2004). Com o envelhecimento haverá também uma “mudança na natureza das necessidades em cuidados de saúde” (Silva, 2007), o que nos desafia a aumentar a nossa base de conhecimento, enquanto meio para a conceção de estratégias válidas e de programas exequíveis.

Como é refletido por Costa (2002), existe em Portugal uma elevada prevalência de pessoas com doenças vasculares, doenças pulmonares crónicas, diabetes mellitus e doenças mentais. A sustentabilidade de muitos sistemas de cuidados de saúde torna-se complicada com a existência das doenças crónicas (OECD, 2010).

A dependência no autocuidado pode, portanto, ser resultado de uma diminuição funcional, existindo assim, grande probabilidade de uma conseqüente diminuição da qualidade de vida (Fonseca, 2006). Prestar cuidados a dependentes, no seio das famílias, é, assim, um fenómeno para o qual temos que necessariamente estar despertos, pela relevância que tem para a enfermagem. As necessidades de cuidados dos dependentes e dos respetivos familiares cuidadores inscrevem-se, claramente, no “core” da disciplina (Pereira, 2007).

Outros aspetos de extrema relevância neste fenómeno são o aumento dos divórcios, as famílias reconstruídas, as mudanças nas habitações e sua estrutura, bem como os modelos de exercício laboral, havendo, portanto, uma progressiva alteração dos modelos tradicionais do passado (Moniz, 2003). Com efeito, múltiplas questões laborais levam a mulher a ter menor disponibilidade para exercício do papel de MFPC (Fonseca, Gonçalves, & Pereira, 2010). Além disso, verifica-se uma inadequada ou ausência de preparação para a alta hospitalar, quer do familiar dependente, quer do MFPC (Silva, 2007).

Tendo por base o facto de que “a investigação é um suporte de uma enfermagem mais avançada, remete para a consciência de que uma melhor compreensão dos processos de transição humana facultará evidências mais congruentes com a forma como as pessoas gerem as suas respostas humanas” (Abreu, 2011).

Nas últimas décadas, a disciplina de enfermagem tem sofrido grandes mudanças (Meleis & Im, 1999). A transição tem sido encarada, na enfermagem, como um tema central (Zagonel, 1999). Transição é mesmo considerada por alguns autores como um tema contemporâneo, delineado por Meleis (1975) e um dos conceitos nucleares da disciplina/ prática de enfermagem (Abreu, 2011). Segundo Chick e Meleis (1986), transição, corresponde à “passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, associado a algum grau de autorredefinição”.

As transições podem ser categorizadas como desenvolvimentais, situacionais, saúde/doença ou organizacionais (Meleis, et al, 2000). É, essencialmente a nível desenvolvimental, situacional e de saúde-doença, que a relação enfermeiro-cliente se estabelece, frequentemente, ocorrendo muitas vezes em estadios de grande instabilidade (Zagonel, 1999).

Nas transições saúde-doença existem alterações de papéis, quer da transição de um estágio de saúde para a doença ou mesmo da doença para a saúde (Meleis, 2010). Assim, assumir o papel de MFPC pode ser concebido, à luz da teoria das transições, como uma transição situacional, relacionada com a transição do familiar - para uma condição de dependência - do tipo desenvolvimental ou do tipo saúde-doença (Schumacher & Meleis, 1994). Desta forma, a transição para o exercício do papel de MFPC constitui uma transição situacional com grande relevância para a disciplina e a profissão.

À luz da teoria das transições, os recursos (conhecimento sobre; acesso, disponibilidade...) podem ser entendidos como uma condição facilitadora / inibidora das duas transições observadas neste fenómeno de tomar conta de dependentes. Se, por um lado, o dependente é confrontado com a transição da independência para a dependência, muitas vezes existe também, em simultâneo, a transição para o papel de prestador de cuidados. Assim, os recursos podem ser conceptualizados como condições extrínsecas para que os indivíduos vivam as transições de forma a puderem obter sucesso, ou seja, mestria.

Existe pouca evidência do tipo de apoio que será mais eficaz, no caso particular da transição para o exercício do papel de MFPC (Davies & Nolan, 2004). Num estudo efetuado com uma população idosa dependente, as suas necessidades eram, primordialmente, o apoio social e económico, em primeira instância e, só depois, a saúde e a rede de apoio (Rodrigues, 2007). A necessidade de recursos humanos, financeiros, materiais e de apoios institucionais é referida frequentemente pelos familiares cuidadores de dependentes idosos (Imaginario, 2004; Petronilho, 2007). A preparação e o conhecimento dos clientes acerca dos recursos é um aspeto central dos fatores pessoais que podem condicionar o curso das transições (Meleis, et al., 2000). Efetivamente, havendo mais conhecimentos e capacidades para satisfazer as necessidades do dependente, nomeadamente sobre os recursos e equipamentos, existe uma maior capacidade na resposta às necessidades, tal como descrito por Petronilho (2007).

Na literatura aparecem diversos estudos sobre o processo de transição para o papel de MFPC, havendo evidência de que é necessário investigar sobre a “natureza das transições, as experiências de transições, as modalidades de resposta humana para lidar com as situações de transição e protocolos com *guidelines* que permitam referenciar intervenções de enfermagem específicas em matéria de assistência” (Abreu, 2011).

Neste sentido, justifica-se o estudo realizado.

## 1.2 Visão geral do estudo

---

Este estudo foi elaborado de forma faseada. Num primeiro tempo, foi construído, de raiz, um formulário (Fase I), já que não havia nenhum formulário que desse resposta às questões de investigação. Esta construção passou por um processo de pré-testagem, numa população diferente, mas com características sociodemográficas semelhantes, para confirmar se

respondia ao que se pretendia. Num segundo momento, foi realizada a recolha de dados, porta-a-porta, seguindo o plano de amostragem pré-definido (Fase II).

<b>Desenho/ Cronologia</b>	<b>Fase I:</b> Construção do formulário	<b>Fase II:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolha de dados</li> <li>• Análise e tratamento dos mesmos</li> <li>• Elaboração do relatório referente ao estudo</li> </ul>
<b>Perguntas de investigação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais os recursos materiais / equipamentos necessários face à condição de saúde dos dependentes integrados nas famílias clássicas de Porto?</li> <li>• Quais os recursos materiais / equipamentos utilizados no contexto das famílias clássicas do Porto, para lidar com a condição de saúde / dependência de um dos seus membros?</li> <li>• Quais as razões da “não utilização” dos recursos materiais / equipamentos considerados necessários, face à condição de saúde dos dependentes integrados nas famílias clássicas do Porto?</li> <li>• Quais os serviços de apoio utilizados pelas famílias clássicas do Porto, para lidar com a condição de saúde / dependência de um dos seus membros?</li> <li>• Quais os recursos financeiros utilizados, pelas famílias clássicas do Porto, para lidar com a condição de saúde / dependência de um dos seus membros?</li> </ul>	
<b>Contexto</b>	Concelho do Porto	
<b>Metodologia</b>	Estudo de perfil quantitativo, exploratório e descritivo	
<b>População / Amostra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Famílias clássicas do Concelho do Porto</li> <li>• Amostra probabilística, aleatória e estratificada</li> </ul>	

#### **Quadro 1 - Visão geral do estudo**

Assim, desta forma geral, apresentou-se a visão global do percurso da investigação efetuado.



## **2. Problemática e conceitos centrais**

---

Neste capítulo é apresentada a área problemática em que o estudo se insere. Com o propósito de apresentar o estado do conhecimento neste domínio em estudo, procedeu-se a uma revisão da literatura mais importante..

No seguimento das quatro áreas prioritárias de investigação identificadas por Pereira (2009), este estudo foca-se na problemática do autocuidado (ICN, 2011) e no exercício do papel de membro da família prestador de cuidados (ICN, 2011). Neste particular do exercício do papel de MFPC, interessou-nos explorar as questões relativas aos “recursos”, em sentido lato.

### **2.1 A transição para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados**

---

Como já tivemos oportunidade de referir, a transição para o papel de membro da família prestador de cuidados está relacionada com a transição para a dependência de um familiar (Meleis et al, 2000). Com efeito, não existem familiares cuidadores se não existirem, no seio das respetivas famílias, pessoas dependentes. A temática dependência / autonomia no autocuidado é um tema central a nível europeu, refletindo sobre “os fins e os meios da proteção social face à velhice e/ou face à dependência” (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2009). Várias pesquisas indicam que, aproximadamente, 4% da população adulta pode ser dependente, sendo maior de acordo com envelhecimento (European Commission, 2003). Como refere Santos (2008), existem vários estudos que se referem à influência da autonomia, na qualidade de vida de pessoas idosas.

Segundo a Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadão em Situação de Dependência (2006), estima-se que por cada 100 idosos, 10 apresentam pluripatologia e dependência, sendo 10% destes, doentes terminais. Como resultado da pluripatologia, encontramos a perda de autonomia por parte da pessoa cuidada, surgindo situações de dependência de cuidados de saúde e sociais (Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas em Situação de Dependência, 2006). Sequeira (2007) chama a atenção para o facto de que a dependência está muito relacionada com as capacidades e competências do idoso. Como é referido no Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (Direcção Geral da Saúde, 2004), um modelo de prestação de cuidados desadequado às necessidades deste grupo etário tão particular, pode levar ao aparecimento de dependências, internamentos

evitáveis e todas as implicações sociais e familiares que essa dependência acarreta, como a necessidade das famílias assegurarem cuidados aos seus dependentes.

Emerge, portanto, um novo desafio, não só para a pessoa dependente, mas também para os seus familiares que têm que assumir o papel de “prestador de cuidados”. Neste cenário, temos a realidade da pessoa que cuida e daquela que é cuidada. Assim, também são foco de atenção dos cuidados de enfermagem a família e o prestador de cuidados. Na realidade, o enfermeiro pode ser aquele que articula e promove o conhecimento e as capacidades desta díade, com a finalidade de promover a independência e / ou a competência para tomar conta, por parte dos MFPC (Silva, 2007).

O conceito de autocuidado adotado neste estudo deriva das perspetivas teóricas de Dorothea Orem, que definiu a enfermagem como “um serviço com vista a ajudar os seres humanos” com défices no Autocuidado (Orem, 1993). Segundo Orem (1993), o autocuidado é “a prática de atividades que as pessoas iniciam e fazem por si mesmas para a manutenção da vida, saúde e bem-estar”. A dependência no autocuidado faz com que, muitas vezes, seja necessário que alguém da família preste cuidados no domicílio a estas pessoas dependentes (Petronilho, 2007).

Segundo a CIPE® Versão 2, autocuidado é: “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2011). Assim, neste nosso estudo, centramo-nos na dependência nos vários domínios do autocuidado mais básico, como: “tomar banho”, “vestir-se e despir-se”, “arranjar-se”, “alimentar-se”, “usar sanitário”, “elevar-se”, “virar-se”, “transferir-se”, “usar cadeira de rodas”, “andar” e “tomar a medicação”.

Na maioria dos estudos, o autocuidado encontra-se intimamente ligado com a dependência (Abreu, 2011).

Num estudo centrado no idoso dependente e nos cuidadores principais / familiares, realizado por Imaginário, a autora refere que o grau de dependência é maior quanto maior for a faixa etária (Imaginário, 2004). Há mesmo quem considere a idade como um dos principais fatores associados à dependência (Santos, 2008). No estudo que aqui apresentamos, incluímos pessoas dependentes, independentemente dos motivos que estiveram na base de tal condição. O nosso único requisito prendeu-se com o facto das pessoas dependentes estarem integrados no seio das respetivas famílias clássicas.

A dependência é um problema complexo, com implicações a vários níveis: social, económico e político (Araujo, Paul, & Martins, 2010), como foi referido anteriormente.

Este estudo está centrado nos familiares cuidadores de pessoas dependentes, que se encontram no seio das respetivas famílias clássicas. A opção pelo estudo justifica-se porque, como refere, Vieira (2008):

“O domicílio é cada vez mais o ambiente dos cuidados de enfermagem, na medida em que é ali que as pessoas crescem, se desenvolvem, vivem e sofrem os diferentes eventos da vida e, espera-se, seja também cada vez mais o local para morrer, com a assistência adequada”.

Segundo Lage (2007), “a ajuda prestada ao domicílio constitui a provisão de serviços e equipamentos, cuidados sociais e de saúde aos doentes em casa, com o objetivo de manter ou restaurar o nível máximo de função, conforto e saúde”.

São cada vez mais comuns os cuidados domiciliários aos membros frágeis, doentes ou deficientes (Lee & Gramotnev, 2007); por isso, a nossa escolha recaiu num estudo centrado no MFPC de um ou mais dependentes, enquadrados no seu “meio natural” – a família.

Quando, numa família, alguém transita para a dependência, existe, normalmente, um elemento da mesma que desempenha a maioria das tarefas ou assume a responsabilidade pela gestão e coordenação das mesmas. Este elemento, denominado no seio da enfermagem como “membro da família prestador de cuidado”, é definido, segundo o ICN (2011), como a pessoa “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família”.

A família tornou-se o contexto de prestação de cuidados informais por excelência, sendo ela que assegura o maior número de cuidados (Abreu, 2011). Há autores que se referem à família como “*pivot* de toda a prestação de cuidados” (Petronilho, 2007), o pilar fundamental de apoio (Araujo, Paul, & Martins, 2010), o suporte da pessoa em recuperação / readaptação à nova condição (Pires, Pereira, & Pereira, 2010).

Pimentel (2005) refere que a fonte de apoio dos idosos nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais, continua a ser, essencialmente, a família. Outros autores referem mesmo que os familiares são muitas vezes os elementos de apoio, sobretudo em situações de doença crónica (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

Os MFPC assumem funções que outrora não eram da sua responsabilidade (Pinto, Carranca, & Brites, 2010). No entanto, note-se que este papel de prestador de cuidados pode não surgir de forma opcional (Petronilho, 2007). De facto a transição para o papel de MFPC pode ser condicionada pela motivação para o exercício do papel (Petronilho, 2007).

A revisão da literatura aponta vários motivos que conduzem à assunção do papel de membro da família prestador de cuidados. Num estudo de revisão quasi-sistemática da literatura, com cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, os motivos para a assunção do papel foram: negação da institucionalização pelo idoso, estado de saúde do mesmo; dever de obrigação / retribuição; dependência financeira; proximidade física – afetiva; estado civil do cuidador; tradição familiar; empregabilidade (do cuidador); e, a vontade do idoso dependente (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010). O amor e o carinho motivam, muitas vezes, a assunção do papel de MFPC (Abreu, 2011). Outros autores referem que a primeira razão que leva as famílias a cuidarem do seu familiar é o sentimento de obrigação familiar, o que pode, portanto, influenciar a transição para o papel (Veríssimo & Moreira, 2004).

Tornar-se MFPC pode ocorrer de forma quase imediata ou progressiva (Montezuma, Freitas, & Monteiro, 2008), podendo ser o resultado do envelhecimento, de acidente, de doença aguda, de doença crónica ou outra situação do familiar, entretanto, em situação de dependência.

O MFPC é considerado “o eixo da assistência familiar” (Lage, 2007). Os restantes elementos da família também auxiliam na prestação dos cuidados, não sendo apenas o membro da família prestador de cuidados o único recurso a desempenhar as tarefas necessárias (Petronilho, 2007). Os membros da família são referidos como o principal suporte social em diversos estudos (Abramowitz, et al., 2009). O papel da família, enquanto recurso, é indiscutível, sendo muitas vezes a família envolvida e instruída para determinados cuidados de saúde a ter no domicílio (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

Segundo Lage (2007) “a família cuidadora está continuamente a aprender novos papéis, quer para fazer face a mudanças que ocorrem na estrutura familiar, quer pela necessidade de prestação de cuidados a familiares em situação de dependência”. Os prestadores informais têm, entre muitas outras, as seguintes funções: promover a autonomia / independência; adaptar o ambiente para prevenir quedas (Sequeira, 2007).

A família tem sofrido grandes modificações ao longo dos últimos anos que interferem na satisfação das necessidades em saúde das pessoas dependentes (Petronilho, 2007). Porém, nem sempre existe reciprocidade de cuidado entre os membros da família (Lage, 2007); nem sempre o apoio das redes familiares e de parentesco é incondicional (Pimentel, 2005).

Na tradição social e familiar, cuidar dos familiares dependentes é uma tarefa, fundamentalmente, realizada por mulheres (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006). Porém, segundo Meleis (2005), os cuidados prestados pela mulher, são desvalorizados pela sociedade.

A tarefa de cuidar (de pessoas idosas) depende de variados fatores, como por exemplo: o grau de dependência; a disponibilidade de recursos materiais; ou, a possibilidade de obtenção de outros apoios (Pimentel & Albuquerque, 2010). Ora, os recursos e os serviços de apoio aos dependentes e aos seus familiares cuidadores são, assim, reconhecidos como elementos centrais da problemática aqui discutida.

O desenvolvimento do papel de MFPC, na perspetiva teórica proposta por Meleis e colaboradoras (2000), pode ser condicionado por múltiplos aspetos. Uns intrínsecos ao MFPC, outros relativos às condições e circunstâncias que o envolvem. É neste contexto que situamos a problemática dos “recursos” de apoio ao exercício do papel de MFPC. Os recursos utilizados pelos MFPC podem depender, como facilmente se percebe, do conhecimento que aqueles familiares cuidadores têm acerca dos mesmos (recursos), das possibilidades de acesso aos mesmos, da sua disponibilidade... Contudo, parece-nos claro que, conhecer os recursos mobilizados pelos MFPC poderá ser um importante contributo para expandir o conhecimento disponível para melhorar os cuidados de enfermagem às famílias que tomam conta dos seus dependentes, em casa.

## 2.2 Dos recursos para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados

---

A valorização do cuidado “manifesta-se nos recursos” utilizados pelos prestadores de cuidados formais e informais (Meleis, 2005). Para efeito do estudo em causa, o conceito de



recursos enquadra-se, portanto, numa dimensão do suporte ao MFPC, na transição para o exercício do papel.

O suporte pode ser entendido como qualquer serviço, recurso, meio, assistência, educação, informação, ou apoio mobilizado em benefício do familiar cuidador e das tarefas de tomar conta (Stoltz, Uden, & Willman, 2004). De acordo com o ICN (2011), os recursos são definidos como “forma ou método de concretizar uma intervenção” ou, se quisermos, neste nosso contexto, como atividade de tomar conta de familiares dependentes.

Neste estudo, os recursos foram categorizados em “equipamentos / materiais”, “serviços de apoio” e “serviços ou recursos financeiros”.

### 2.2.1 Recursos materiais e equipamentos

---

Segundo Monteiro (2010), os recursos materiais: “servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas dos cuidadores, diminuindo a sua sobrecarga, sendo por isso considerado por eles essenciais para a prestação de cuidados”.

Uma das estratégias mobilizadas pelos MFPC, na prestação de cuidados, é recorrerem a instituições para adquirirem equipamentos (Pinto, Carranca, & Brites, 2010). Para tal, é necessário que os MFPC e dependentes tenham o conhecimento da existência destes mesmos equipamentos.

Existe uma autora que propôs várias ideias operativas interessantes neste campo, sendo uma delas, a organização de um “banco de equipamentos” para idosos em situação de dependência, que poderiam ser emprestados ou alugados a baixo custo (Lopes, 2007).

Existem “necessidades ligadas à disponibilidade de profissionais de saúde e à afetação de recursos em geral, à falta de médicos, de enfermeiros e de outros técnicos de saúde, mas também às ineficiências e insuficiências estruturais e organizacionais”, que não permitem que os cuidados sejam assegurados no domicílio (Louro, 2010). Assim, além dos recursos materiais / equipamentos também foi intenção deste estudo conhecer a utilização dos serviços de apoio e os recursos financeiros disponíveis para o auxílio na prestação de cuidados ao dependente. Os recursos materiais elencados neste estudo podem ser consultados no Anexo I.

Todos os recursos materiais equacionados neste estudo foram enquadrados dentro de cada um dos tipos de autocuidado. Referimo-nos, em concreto ao(s) autocuidado(s): “tomar banho”; “vestir e despir-se”; “arranjar-se”; “alimentar-se”; “usar o sanitário”; “elevar-se”; “virar-se”; “transferir-se”; “usar cadeira de rodas”; “andar” e “tomar a medicação” (Cfr. ICN, 2011). Todos os recursos materiais que não se revelaram passíveis de serem agregados a cada um dos tipos de autocuidado, foram categorizados como “recursos complementares”.

### 2.2.2 Recurso a serviços de apoio

---

Os serviços de apoio podem, ainda, ser categorizados como formais ou informais. Os recursos formais correspondem àqueles que estão ligados a instituições oficiais, têm elevados níveis de estruturação e uma lógica hierárquica. A fonte de suporte pode também ter duas vertentes: formal e informal. A fonte formal abrange profissionais de saúde, assistentes sociais, professores, organizações sociais, grupos de apoio e profissionais de outras organizações e a fonte informal abrange familiares, amigos, vizinhos e colegas (Tsai & Wang, 2009).

O membro da família prestador de cuidados tem um lugar privilegiado e de grande evidência nos cuidados aos familiares dependentes, no contexto do domicílio (Petronilho, 2007). O cuidador pode ser familiar ou ser uma pessoa significativa, não familiar (Pinto, Carranca, & Brites, 2010), que atua de forma não remunerada (Abreu, 2011).

O conceito de MFPC que aqui se utiliza refere-se a um tipo de cuidador familiar. Este cuidador é o elo de ligação entre o dependente e os restantes familiares (Pinto, Carranca, & Brites, 2010). Os cuidados prestados pelo cuidador são de extrema importância para o dependente (Petronilho, 2007; Rodríguez-Sánchez, Mora-Simón, Porrás-Santos, & Patino-Alonso, 2010).

Cada vez mais, a família pode ser encarada como “um recurso importante nos cuidados aos seus familiares” (Lage, 2007). No entanto, pelas alterações demográficas e de valores, referidas anteriormente, vive-se uma “crescente incapacidade de resposta” desta rede de cuidados, prestados pela própria família (Pimentel & Albuquerque, 2010).

Existem cuidadores que, pelas dificuldades sentidas no exercício do papel, optam pela institucionalização (Pinto, Carranca, & Brites, 2010). Algumas das dificuldades referidas pelos cuidadores de pessoas idosas dependentes foram a insatisfação com o apoio da rede formal e informal (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010).

Os cuidadores com mais conhecimentos / capacidades no domicílio são os que tendem a ter e a mobilizar mais recursos / equipamentos para satisfazer as necessidades da pessoa que é cuidada. São também estes cuidadores que se empenham mais na aquisição dos mesmos (Petronilho, 2007). Este autor afirmou, ainda, que, havendo um grande apoio da rede social / saúde, existe maior capacidade para os cuidadores responderem aos desafios em saúde no cuidado às pessoas dependentes. Deve-se ter em conta que esta rede social vai-se alterando, principalmente, com o passar dos anos; assim, este é um aspeto de extrema importância quando se fala de pessoas idosas (Fonseca, 2006). Alguns autores referem mesmo que “os recursos resultam do apoio social e das redes de suporte social” (Araujo, Paul, & Martins, 2010).

Por outro lado, “as dificuldades da família, na prestação de cuidados, relacionam-se sobretudo com a falta de conhecimento, de recursos e de suporte social” (Figueiredo & Martins, 2009). A falta de informação, de treino das habilidades, de apoio emocional e de descanso, são algumas das dificuldades sentidas pelos MFPC (Nolan & Grant, 1989). Ávila (2009) refere que existem “deficiências tanto na planificação, como na quantidade de recursos destinados à

assistência domiciliária”. Segundo alguns autores, existem diversas soluções para o problema da prestação de cuidados, de acordo com diferentes níveis de dependência e de capacidade económica (Fonseca, Gonçalves, & Pereira, 2010).

Na perspetiva de alguns autores, “o padrão de recursos disponíveis aos familiares cuidadores é determinante para uma transição saudável no exercício do seu papel face à necessidade de cuidar do membro dependente” (Petronilho, 2010). É também essencial, que os MFPC tenham conhecimento da existência destes mesmos recursos. A transição, segundo Abreu (2011, cit. Meleis, 1997), “requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, suscetível de alterar o comportamento e, conseqüentemente, mudar a definição de si no contexto cultural”.

A necessidade do suporte e os recursos disponíveis na comunidade podem prevenir situações difíceis, ou seja, situações de crise (Petronilho, 2007). Este autor refere ainda que as situações de crise devem ser foco da atenção da enfermagem.

Os enfermeiros têm o papel de apoiar o paciente e a família ao longo da trajetória da doença, identificando e promovendo os seus pontos fortes e mobilizando os recursos necessários para facilitar o *coping* da família e paciente (Khalili, 2007).

O enfermeiro, enquanto recurso formal, está numa situação privilegiada, perante a família, podendo oferecer suporte profissional aos MFPC (Petronilho, 2010). Os enfermeiros podem utilizar a sua acessibilidade enquanto membros da rede de suporte formal, mobilizando os recursos necessários ou, eles mesmos constituírem um novo recurso de forma a complementarem as insuficiências no apoio aos familiares cuidadores, durante o período de sobrecarga e transição.

Segundo Petronilho (2007), os enfermeiros “são os profissionais de saúde que dão os maiores contributos para a obtenção de ganhos por parte das pessoas afetadas na sua condição de saúde, nomeadamente no autocuidado”..

O enfermeiro tem “a capacidade para prever um défice devido à diminuição nas habilidades de autocuidado ou aumento quantitativo ou qualitativo da demanda de cuidados ou a ambos” (Silva, 2009).

Assim, o enfermeiro tem um papel fulcral na ajuda ao utente e à família no uso de dispositivos adaptativos e auxiliares, bem como de técnicas especiais para funcionar com segurança a um nível ótimo nessas atividades (Silva, 2007).

As instituições de saúde são responsáveis pela preparação das famílias para acolherem os familiares dependentes no seu seio (Pinto, Carranca, & Brites, 2010). Analisando as experiências do cuidador na transição do hospital para o domicílio, é mais benéfico quando o suporte ocorre antes da alta e quando continua na pós-alta (até um mês após alta) (Turner, et al., 2010). Se o cuidador já apresenta, no internamento, dificuldades inerentes à dependência, no momento da alta e no domicílio (cada vez as altas são mais precoces), estas dificuldades ficam ainda mais marcadas, pela escassez de recursos na comunidade (Andrade, 2009).

Em Portugal, os serviços de apoio têm como objetivo ajudar os idosos, e não propriamente os prestadores de cuidados familiares (Fonseca, Gonçalves, & Pereira, 2010).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2010) tem como principal objetivo a “prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. Esta rede pode assim ser entendida como um importante recurso de apoio às famílias que integram dependentes no seu seio.

O apoio social constitui uma fonte de ajuda para o cuidador na prestação de cuidados à pessoa dependente (Pinto, Carranca, & Brites, 2010). É que o apoio formal é uma auxílio que, muitas vezes, fica muito aquém do desejado, no que respeita ao apoio prestado ao MFPC para cuidar de um dependente (Petronilho, 2010).

Os serviços de apoio formais, no nosso contexto, correspondem, por exemplo, à Santa Casa da Misericórdia ou serviços de “Apoio domiciliário”. Os serviços de apoio informal englobam serviços das paróquias, grupos de apoio, redes de amigos, entre outros. Os tipos de suporte que estas estruturas informais fornecem situam-se no domínio emocional, espiritual, físico, educacional ou de lazer. Os elementos que fazem parte deste suporte de cariz mais informal são: a família; grupos de apoio; a família alargada, os grupos de pares, os membros das igrejas e diversas confissões religiosas; as redes de partilha de interesses; os grupos ou clubes de lazer; os amigos; e, os vizinhos (Hoeman, 2000).

Muitas vezes, fruto do “limitado” apoio de recursos, as famílias tendem a institucionalizar os seus membros dependentes (Pimentel, 2005). O apoio social e económico é, por isso, fundamental para manter o idoso dependente no domicílio (Sequeira, 2007). Porém, a manutenção do dependente no domicílio exige uma reorganização da família, vizinhos e amigos.

Os serviços de apoio elencados neste estudo podem ser consultados no Anexo II.

No âmbito desta exploração dos recursos e meios de suporte às famílias que integram dependentes no seu seio, os apoios financeiros, muitas vezes, constituem um importante recurso à prestação de cuidados.

### 2.2.3 Recursos financeiros

---

Os MFPC encontram-se envolvidos pelo ambiente social, cultural e económico muito particular (Zhan, 2005). Os recursos financeiros que podem ser mobilizados para as atividades de tomar conta de dependentes (em casa) são muito dependentes daquele ambiente.

Em Portugal, existem diversas soluções para a prestação de cuidados à pessoa dependente, sendo tais soluções variáveis, de acordo com o nível de dependência e da capacidade económica das famílias e dos sistemas de apoio social (Fonseca, Gonçalves, & Pereira, 2010).

Os recursos financeiros constituem um importante recurso para manter / cuidar da pessoa dependente no domicílio (Pinto, Carranca, & Brites, 2010). O suporte económico é um dos fatores que determinam a forma como os dependentes são cuidados no seio das famílias (Petronilho, 2007).

Os MFPC deparam-se frequentemente com necessidades económicas que têm origem no custo do cuidado ao familiar dependente e, por vezes, em alterações na empregabilidade, como por exemplo: abandono, reforma antecipada, entre outras situações (Pinto, Carranca, & Brites, 2010). Conciliar a prestação de cuidados com a manutenção da atividade laboral, é difícil e, muitas vezes, impossível (Fernandes, 2009). Compartilhar o cuidado e as tarefas domésticas, bem como a criação de soluções como horários flexíveis, possibilitar aos MFPC direitos similares aos que os pais possuem no cuidado aos seus filhos, são elementos essenciais para a prestação de cuidados (Fonseca, Gonçalves, & Pereira, 2010). Uma família que integra um dependente tende a ter gastos com a saúde bastante elevados (Fonseca, 2006).

Como refere Daulaire, Presidente do Global Health Council, citado por ARSN (2009) “as pessoas pobres estão muitas vezes doentes porque são pobres, e por vezes as pessoas pobres são pobres porque estão doentes”.

Em Portugal, as famílias com melhores condições económicas tendem a delegar a prestação de cuidados, contratando alguém para cuidar do seu familiar (Fonseca, Gonçalves, & Pereira, 2010).

Neste estudo foram elencados variados recursos financeiros, disponíveis para o cuidado à pessoa dependente; recursos que podem ser facilitadores das atividades de tomar conta dos dependentes. Os recursos financeiros podem visualizados no Anexo III. No anexo a que nos referimos estão elencados vários tipos de subsídios, fontes de rendimento, pensões sociais e programas de apoio, em especial a idosos.



### 3. Metodologia

---

Adotamos, neste estudo, uma metodologia alicerçada num perfil quantitativo. Esta metodologia utilizada visa, em última instância, generalizar os resultados obtidos, a partir da amostra, para a população de origem, neste caso as famílias clássicas do concelho do Porto (Polit & Beck, 2004). Um dos principais propósitos da investigação de perfil quantitativo é a identificação de regularidades e padrões; aqui relativas aos recursos mobilizados pelos MFPC das famílias que integram membros dependentes no seu seio.

Em linha com o paradigma que iluminou no estudo, a recolha de dados foi controlada e sistemática, com recurso a uma amostra com potencial de inferência de resultados para a população de origem. Foi utilizado o formulário como instrumento para recolha de dados. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, para obtenção de resultados que visaram as regularidades a que aludimos atrás.

Neste capítulo, abordaremos os aspetos metodológicos utilizados ao longo do percurso da investigação. Apresentamos a finalidade deste estudo, assim como as perguntas de investigação de onde partimos. Abordaremos o desenho do estudo, nomeadamente os aspetos relativos ao tipo de estudo, as variáveis em estudo, os procedimentos de recolha de dados e as questões relativas à amostragem.

#### 3.1 Finalidade

---

O propósito deste estudo – inscrito, como antes referimos, num estudo mais alargado – , foi conhecer os recursos mobilizados pelos MFPC que tomam conta de dependentes integrados no seio das famílias clássicas do Porto. Desta forma, pretendemos impulsionar o desenvolvimento de estudos de carácter epidemiológico na enfermagem, contribuindo, assim, para expandir o conhecimento das pessoas, das famílias e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, disponibilizando informação válida que possa ser útil, por exemplo, para o planeamento em saúde.

Este estudo esteve alicerçado no conceito de “Enfermagem avançada” (Silva, 2007), buscando a maior evidência científica disponível. Sendo a enfermagem uma disciplina, também, prática, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

### 3.2 Perguntas de investigação

---

A relevância deste estudo deriva do facto do mesmo se inserir num projeto bem mais alargado, realizado à escala do concelho do Porto, sob coordenação do Professor Paulo Parente, que pretende conhecer o fenómeno da dependência no autocuidado e os cuidados assegurados pela família, aos seus membros dependentes. No caso particular deste nosso estudo, estivemos focados na exploração e na descrição da natureza dos recursos necessários e utilizados pelas famílias para tomarem conta dos seus membros dependentes. Julgamos que este é um aspeto de primordial importância, na medida em que, de acordo com Meleis e colaboradoras (2000), um dos fatores que pode condicionar o curso das transições é o conhecimento, a preparação e o acesso dos clientes aos recursos (matérias, equipamentos e serviços). Neste quadro, este tipo de estudos poderá constituir uma base de conhecimento muito interessante para alargar os horizontes dos cuidados de enfermagem.

Assim, as questões de investigação que suportaram este estudo foram:

- Quais os recursos (materiais e equipamentos) necessários para tomar conta dos dependentes, inseridos nas famílias clássicas do concelho do Porto?
- Quais os recursos (materiais e equipamentos) que são utilizados pelos MFPC para tomar conta dos dependentes, inseridos nas famílias clássicas do concelho do Porto?
- Quais são os principais motivos da não utilização de recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários para tomar conta dos dependentes, inseridos nas famílias clássicas do concelho do Porto?
- Quais são os serviços de apoio utilizados pelas famílias clássicas do concelho do Porto, para tomar conta dos dependentes inseridos no seu seio?
- Quais são os recursos financeiros utilizados pelas famílias clássicas do concelho do Porto, para tomar conta dos dependentes inseridos no seu seio?

No âmbito da problemática dos cuidados assegurados pela família ou membros da família prestadores de cuidados a familiares dependentes, a grande maioria dos estudos têm estado centrados no stress ou na sobrecarga do MFPC. No estudo aqui relatado, a primordial atenção está nos recursos utilizados para cuidar de uma pessoa dependente no autocuidado, integrado no seio da respetiva família (no domicílio), independentemente da situação que gerou a dependência. Dada a natureza das questões apresentadas, julgamos adequado evoluir para um desenho de estudo, do tipo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, com base numa amostra de casos com potencial de inferência para a população de origem (as famílias clássicas do concelho do Porto). Interessou-nos descrever o fenómeno à escala de um universo bem definido.



### 3.3 Desenho do estudo

---

Após ter sido apresentada a finalidade, bem como as questões de investigação, é apresentado o desenho do estudo.

#### Tipo de estudo

---

O estudo que foi projetado e realizado inscreveu-se num paradigma de investigação orientado para a descrição de regularidades (estatísticas) e para a dimensão quantitativa do(s) fenómeno(s). Este tipo de investigação, apesar do perfil exploratório adotado, procurou, como já tivemos oportunidade de referir, através de uma recolha de dados em “grandes massas de casos”, estimar a dimensão do fenómeno central em estudo (Polit & Beck, 2004). O estudo foi, ainda, de perfil transversal, pois os dados foram recolhidos num único momento.

De acordo com a opinião dos metodólogos da investigação, nos estudos quantitativos, à partida, as variáveis tendem a ser muito bem identificadas e operacionalizadas. São múltiplas as tipologias utilizadas para categorizar as variáveis de um estudo. Normalmente existe grande consenso em torno da ideia de “variáveis independentes” e de “variáveis dependentes”. Todavia, para autores como Polit e Beck (2004), em estudos quantitativos de natureza descritiva e exploratória, também, é adequado falar em “variáveis centrais ou em estudo” e “variáveis de atributo” ou de “caracterização” dos casos.

### 3.4 Variáveis em estudo

---

Uma variável é (...) “ qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores” (Polit, Beck & Hungler, 2004). É uma característica que pode ser medida e que representa condições inerentes à população em estudo, tais como a idade, as crenças, a profissão e o sexo.

As variáveis são classificadas de acordo com o papel que exercem numa investigação. Para ser medida, qualquer variável deve ter primeiro uma significação conceptual e, posteriormente, deve ser operacionalizada (Fortin, 2009).

Fortin (2009) define as “variáveis atributo” como “características pré-existentes dos participantes num estudo”. Constituem, então, atributos aspetos como: a idade, o sexo, ou a situação familiar. Através delas podemos traçar um perfil dos casos que compõem a amostra. Já “as variáveis em estudo”, “de investigação” ou “centrais” são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas, representando os aspetos centrais do estudo em apreço.

Para efeitos deste relatório optámos por falar em variáveis “independentes” ou de “atributo”; que nos permitem caracterizar cada um dos casos em estudo; e variáveis

“dependentes”, “centrais” ou “em estudo”, quando nos referimos aos conceitos centrais em estudo (Polit & Beck, 2004) que, neste caso, são os “recursos”.

Variáveis incluídas no estudo	
“Variáveis atributo”	“Variáveis centrais”
Relativas à pessoa dependente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Sexo</li> <li>• Residência</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Modo de instalação da dependência</li> <li>• Tempo de dependência</li> <li>• Nível de dependência nos vários domínios do autocuidado (“alimentar-se”; “tomar banho”; “transferir-se”...)</li> </ul> Relativas aos membros da família prestadores de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Sexo</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Parentesco com o familiar dependente</li> <li>• Nível de escolaridade</li> <li>• Profissão</li> <li>• co-habitação (com o dependente)</li> </ul>	Recursos materiais e equipamentos usados no autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos necessários</li> <li>• Recursos utilizados</li> <li>• Razão da não utilização</li> </ul> Recursos Complementares: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos necessários</li> <li>• Recursos utilizados</li> <li>• Razão da não utilização</li> </ul> Serviços de apoio utilizados Recursos financeiros utilizados

**Quadro 2** - Variáveis em estudo

Da consulta do quadro anterior é possível clarificar que, as variáveis de “atributo” correspondem a um conjunto de aspetos que nos permitem caracterizar os dependentes e os MFPC que deles tomam conta; enquanto as variáveis “centrais” correspondem a três categorias de fatores relativos aos recursos: os *necessários* (face à condição de saúde do dependente); os *utilizados*; e as *razões* (explicativas) *da não utilização*, por parte das famílias, dos recursos considerados necessários, face à condição da pessoa dependente. Importa clarificar que esta lógica de conceção das variáveis (em estudo) implica um juízo clínico, por parte de quem recolhe os dados, razão pela qual, como veremos, a colheita de dados foi feita por enfermeiros (investigadores) inscritos na Ordem do Enfermeiros (OE).

De acordo com o tipo de dados que as variáveis representam, podemos classificá-las em qualitativas (nominais, ordinais) ou quantitativas (Cullum, Ciliska, Haynes, & Marks, 2008).

A operacionalização das variáveis permite-nos clarificar aspetos muito mais concretos da investigação, nomeadamente os tipos das variáveis utilizadas e os seus possíveis valores. Este é um aspeto de extrema importância num relatório de pesquisa.

Nos quadros que se seguem, procuramos proceder à explicitação das variáveis utilizadas no estudo. Importa clarificar que a variável relativa ao “nível de dependência” dos dependentes, em cada um dos diferentes tipos de autocuidado, se faz de acordo com aquilo que é apresentado no Anexo IV. Com efeito, neste estudo, foram utilizadas várias (sub) escalas de avaliação da dependência no(s) autocuidado(s), desenvolvidas e validadas num estudo anterior por Duque (2009). Referimo-nos à avaliação do nível de dependência em cada um dos tipos de

autocuidado, tendo por base uma escala de dependência (tipo *Likert*), que varia entre “Dependente não participa” e “Completamente independente”. Estas escalas, no quadro de um outro estudo que correu em paralelo com o nosso, da autoria de Silva (2011) demonstraram a sua elevada precisão (fidelidade) e a validade, para efeitos de caracterização do tipo e do nível de dependência nos vários domínios do autocuidado.

As variáveis de atributo que nos permitem caracterizar os MFPC são apresentadas no quadro seguinte.

<b>Variáveis relativas à pessoa dependente</b>		
<b>Variável</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor</b>
<b>Idade</b>	Quantitativa	Anos completos
<b>Sexo</b>	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino Masculino
<b>Residência</b>	Qualitativa nominal	As freguesias do concelho do Porto
<b>Estado civil</b>	Qualitativa nominal	Solteiro Casado/ união de facto Viúvo Divorciado
<b>Situação que originou a dependência</b>	Qualitativa nominal	Envelhecimento Acidente Doença aguda Doença crónica Outra
<b>Modo de instalação da dependência</b>	Qualitativa nominal dicotómica	Súbito Gradual
<b>Tempo de dependência</b>	Quantitativa	Anos
<b>Nível de dependência (por Autocuidado)</b>	Qualitativa ordinal	Dependente, não participa Necessita de ajuda de pessoas Necessita de equipamento Completamente independente

**Quadro 3** - Operacionalização das variáveis relativas à pessoa "Dependente"

<b>Variáveis relativas ao membro da família prestador de cuidados</b>		
<b>Variável</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor</b>
<b>Idade</b>	Quantitativa	Anos completos
<b>Sexo</b>	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino Masculino
<b>Residência</b>	Qualitativa nominal	As freguesias do concelho do Porto
<b>Estado civil</b>	Qualitativa nominal	Solteiro Casado / união de facto Viúvo Divorciado
<b>Parentesco com o “dependente”</b>	Qualitativa nominal	Conjuge Pai / Mãe Filho(a) Irmão (ã) Outro parentesco Sem parentesco
<b>Nível de Escolaridade</b>	Qualitativa ordinal	Nenhuma 1.º Ciclo básico 2.º Ciclo básico 3.º Ciclo básico Secundário Superior
<b>Profissão</b>	Qualitativa nominal	“Não Ativo” Reformado / pensionista Desempregado
<b>Co – habitação com o “dependente”</b>	Qualitativa nominal dicotómica	Sim Não

**Quadro 4** - Operacionalização das variáveis relativas ao membro da família prestador de cuidados"

Relativamente às variáveis “centrais” em estudo, para cada um dos recursos inventariados e incluídos no instrumento de recolha de dados, fomos estudar, com base na opinião clínica dos enfermeiros / investigadores que recolheram os dados, quais os que eram “necessários”, face à condição de saúde do familiar dependente. Após, daqueles recursos que foram considerados como necessários, aqueles que eram, efetivamente, “utilizados” e, por último; daqueles que foram considerados necessários, mas não eram utilizados pelos MFPC, quais as “razões” que sustentavam a sua “não utilização”. Urge, desde já clarificar que, as várias razões definidas para a “não utilização dos recursos necessários”, no contexto dos procedimentos de recolha de dados, não eram mutuamente exclusivas. Com efeito, um mesmo recurso (considerado como necessário pelo enfermeiro que colheu os dados) poderia ter mais do que uma razão para não ser utilizado.

<b>Variável</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor</b>
<b>Recursos necessários</b>	Qualitativa nominal dicotómica	Sim Não
<b>Recursos utilizados</b>	Qualitativa nominal dicotómica	Sim Não
<b>Razões da não utilização</b>	Qualitativa nominal	Desconhece funcionamento Desconhece acesso Económica Não desejado Outra

**Quadro 5** - Operacionalização das variáveis "centrais" em estudo

Clarificadas e operacionalizadas as variáveis incluídas no estudo, entendemos estarem reunidas as condições para evoluir para as questões relativas à população e amostra.

### 3.5 População e amostra

---

Os vários aspetos que aqui discutimos, relativamente à população e amostra, bem como, às estratégias de recolha de dados são totalmente partilhados com o grupo de colegas de mestrado que desenvolveram estudos paralelos, simultâneos e complementares àquele que aqui relatamos. Em rigor, como já tivemos oportunidade de referir, o nosso estudo representa uma parte muito específica de um estudo mais abrangente, realizado no concelho do Porto, com objetivos centrados na identificação do número de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado no seu seio; na identificação da natureza dos processos de tomar conta por parte do MFPC e, ainda, na identificação do número de famílias com parentes próximos institucionalizados, em instituições como lares e similares.

Especificamente, ocupámo-nos da problemática dos recursos mobilizados pelas pessoas dependentes e / ou pelos seus familiares cuidadores, para lidarem com as limitações nas capacidades de desempenho no autocuidado. Para a realização do estudo global foram construídos três instrumentos (subformulários), que dão corpo ao “instrumento global” de recolha de dados, o qual apresentamos em anexo (Anexo V). Este instrumento (global) foi construído de raiz, com base na revisão da literatura, aliado a uma técnica de produção de consensos com um painel de enfermeiros – aqueles que compuseram o grupo de investigação – particularmente interessados na problemática em estudo (Gil, 2007). Isto é, cada um dos elementos do grupo de investigação criou um conjunto de questões convenientes à sua área de interesse, salvaguardando a harmonia do formulário, ou seja, a relação entre todas as suas partes.

Clarificado o âmbito em que se inscreve este nosso estudo, importa evoluir para as questões centradas na população e amostra.

Uma população, de acordo com Fortin (2009), pode ser definida como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que tem características comuns.

A população do estudo corresponde à totalidade das famílias clássicas residentes no concelho do Porto, à data do processo de recolha de dados. Importa salientar que o conceito de família clássica adotado corresponde “conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. Nesta definição, poderão ser incluídos os empregados domésticos internos, desde que não se desloquem todas ou quase todas as semanas à residência da respetiva família (INE, 2005). À

data de realização do estudo, de acordo com os dados do INE, relativos aos Censos de 2001, o número de famílias clássicas no concelho do Porto seria na ordem das 100696.

Tendo presente os dados relativos às famílias clássicas no concelho do Porto e a sua distribuição pelas 15 freguesias do concelho, avançámos para uma estratégia de definição de uma amostra com potencial de inferência para a população de origem, na medida em que isso era uma das nossas principais intenções para o estudo. Optámos por uma amostra do tipo probabilístico, aleatória e estratificada (por freguesia) (Polit & Beck, 2004). Desta forma, procurou-se que os casos relativos a cada freguesia, na amostra, tivessem a mesma expressão que assumem na população do Porto; para além de terem a mesma probabilidade de integrarem a mesma.

Por esta via, a amostra que foi definida visou conhecer a dimensão dos fenómenos em estudo, na população de origem. Quer isto dizer que, com base nos resultados do “macro – projeto” de investigação em que se insere este estudo, é possível estimar o número (percentagem) de famílias clássicas do Porto que integram dependentes no seu seio. Para além do número de famílias que integram dependentes, é possível conhecer o tipo e o nível de dependência dos mesmos, quem deles toma conta e, naquilo que se refere ao nosso estudo, em específico, quais os recursos (necessários) que são utilizados pelas famílias e quais as razões que justificam a “não utilização” daquilo que podem ser recursos úteis à prestação de cuidados a dependentes em casa.

A amostra desenhada, enquanto fração da população sobre a qual se faz o estudo, procurou ser uma representação fiel da população de origem, para que permitisse realizar inferências estatísticas para a restante população, tendo em conta a lei da regularidade estatística (Gil, 2007). Foram, naturalmente, incluídos no estudo apenas os casos (famílias) que, integrando um membro dependente no autocuidado, aceitavam de forma livre e esclarecida, participar no estudo. Quando nos focámos no nosso estudo específico, interessou-nos estudar os casos de pessoas com algum tipo de dependência no autocuidado, aferido pelos instrumentos (escalas) a que já fizemos referência (Duque, 2009). Assim, para fazer parte da amostra, cada caso (relativo a um dependente) teve que obedecer aos critérios de inclusão definidos, que foram:

- Aceitar participar no estudo;
- Fazer parte de uma família clássica, de acordo com a definição proposta pelo INE;
- Ser residente no concelho do Porto;
- Ter idade superior a 18 anos;
- Ser dependente no autocuidado.

#### Plano de amostragem

---

Atendendo ao facto de pretendermos caracterizar toda a população do concelho do Porto, nomeadamente no estudo alargado em que se insere o aqui relatado, a utilização de um método de amostragem realmente representativo foi essencial. Uma amostra é representativa

quando se comporta como a população de origem ou apresenta características semelhantes a ela. Deste modo, a possibilidade de generalização e de extrapolação dos resultados do estudo acentua-se ou, mesmo, garante-se (Polit & Beck, 2004).

O método de amostragem probabilístico é aquele em que se pode ter maior confiança de representatividade. A marca de qualidade da amostragem probabilística é a seleção aleatória dos seus elementos; isto é, cada elemento da população tem uma oportunidade igual de ser selecionado (Polit & Beck, 2004). A lei da regularidade estatística diz-nos que um conjunto de unidades tomadas ao acaso de um conjunto maior terá provavelmente as características do grupo maior (Gil, 2007).

Neste estudo foi utilizada uma amostragem aleatória estratificada, já que se pretendia estudar uma grande população: as famílias clássicas residentes no concelho do Porto (100696). Esta população encontra-se dividida em grupos com uma característica específica que funcionou como característica definidora comum: a freguesia de residência. A amostragem probabilística é aquela em que a amostra é constituída, ao acaso, selecionando um certo número de indivíduos. Cada um destes indivíduos, ou casos, para sermos mais precisos, apresenta igual probabilidade de fazer parte da amostra. Ou seja, através dos procedimentos que utilizamos, todas as famílias do Porto tinham, à partida, a mesma probabilidade de serem incluídas no estudo. Este tipo de amostra não elimina o erro de amostragem, pois este é inevitável (Thompson, 2010).

Para o cálculo da amostra utilizou-se a fórmula de cálculo de Lwanga & Lemeshow (1991). Esta é sugerida por Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom (2006) para determinação da dimensão da amostra em estudos de saúde, sob a égide da OMS, em que  $n = Z^2 P (1-p)/d^2$ . 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%, garantindo a maior dimensão amostral requerida para o estudo; o  $d$  (erro de precisão) de 2%. De acordo com esta fórmula, o n.º de famílias respondentes previstas para a amostra foi de 2401.

Em seguida, foi elaborada uma amostra proporcional em relação ao tamanho relativo de cada estrato, já que não se pretendia estabelecer comparações entre os estratos. Neste caso, foi calculada a proporcionalidade de acordo com a representação das famílias de cada freguesia em relação ao valor na população total.

	Nº de famílias total	Nº de famílias (estimado) da amostra
<b>Porto</b>	100696	2401
<b>Aldoar</b>	4770	114
<b>Bonfim</b>	11925	284
<b>Campanhã</b>	13786	329
<b>Cedofeita</b>	10269	245
<b>Foz do Douro</b>	4388	105
<b>Lordelo do Ouro</b>	7840	187
<b>Massarelos</b>	3089	74
<b>Miragaia</b>	1111	26
<b>Nevogilde</b>	1892	45
<b>Paranhos</b>	19294	460
<b>Ramalde</b>	13735	327
<b>Santo Ildefonso</b>	4512	108
<b>São Nicolau</b>	1075	26
<b>Sé</b>	1880	45
<b>Vitória</b>	1130	27

**Tabela 1** – Universo das famílias e número de famílias da amostra, por freguesia

Na realidade, como veremos adiante, o número de casos obtidos para cada uma das freguesias correspondeu (em traços muito gerais) ao número de casos estimados, em termos de plano de amostragem.

Para o processo de seleção das unidades familiares da amostra, utilizou-se a Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI, 2001), permitindo conhecer a distribuição geográfica das famílias a partir de um Sistema de Informação Geográfico (ArcGIS®) para a seleção geográfica aleatória de subsecções territoriais.

Deste modo, por meio da BGRI, iniciámos a aplicação dos formulários, numa abordagem “porta-a-porta”. Recorremos à Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI, 2001), já que esta nos permite conhecer a distribuição geográfica das famílias / habitações (em cada freguesia). O Sistema de Informação Geográfico (ArcGIS®) permitiu-nos a seleção geográfica aleatória de subsecções territoriais, de acordo com a dimensão pretendida para cada freguesia do concelho do Porto. Este dispositivo permitiu-nos, em cada freguesia, ir recolhendo dados, porta a porta, até obter o número de famílias determinado para a freguesia, respeitando sempre a densidade da distribuição das famílias, mesmo à escala de cada freguesia.



### 3.6 Procedimentos de recolha e tratamento de dados

---

Como já tivemos oportunidade de referir, os dados para o estudo mais alargado, em que se inclui o nosso, foram recolhidos através de um formulário. O instrumento de colheita de dados foi elaborado com base numa extensa pesquisa da literatura e foi produto do consenso do grupo de investigação (cerca de 15 pessoas), filiado na temática tomar conta de pessoas dependentes no domicílio, o que concorre para a validade de conteúdo dos instrumentos.

Com base na revisão da literatura e na pesquisa dos equipamentos utilizados pelos dependentes e os seus familiares cuidadores, foi elaborado um quadro que inclui os equipamentos/ materiais disponíveis em Portugal (ver Anexo I). Os recursos materiais / equipamentos encontram-se agrupados ou agregados a cada um dos domínios específicos do autocuidado, à exceção dos recursos complementares. Estes recursos não se reportam, em concreto, a um domínio específico do autocuidado, pelo que são apresentados no final. Os serviços de apoio face à dependência, disponíveis para a prestação de cuidados, foram identificados através da revisão da literatura e também se encontram elencados no formulário (ver Anexo II). Este formulário apresenta também os recursos financeiros disponíveis em Portugal, que podem ser mobilizados face à dependência no autocuidado (ver Anexo III). O instrumento de colheita de dados(formulário) foi desenhado, por meio da aplicação informática denominada Teleform<sup>®</sup>.

Existem vantagens e desvantagens para a utilização de formulários, enquanto método de colheita de dados. Este tipo de estratégia de recolha de dados pode ser utilizada num leque variado de grupos etários, alfabetizados e analfabetos, na medida em que o preenchimento é realizado pelo próprio investigador (Fortin, 2009). O facto de o investigador estar presente, permite explicar os objetivos da pesquisa, elucidando significados de algumas das perguntas que possam não ficar tão claras para os participantes. O investigador pode, também, adaptar-se às necessidades de cada situação, reformulando e ajustando as questões à compreensão de cada entrevistado. Assim, existem inúmeras vantagens na utilização do formulário em populações heterogéneas em vários aspetos (demográficos, socioculturais, saúde, entre outros). Por outro lado, quando comparado, por exemplo, com os questionários, normalmente, os formulários garantem uma maior taxa de resposta (Marconi & Lakatos, 2008). No contexto do nosso estudo, o juízo (clínico) acerca dos recursos que eram necessários, face à condição de saúde e à dependência dos participantes, obrigou-nos à utilização de uma abordagem do tipo formulário. No que respeita a desvantagens, podem ser enumeradas várias: existe menos liberdade nas respostas; determina um prazo menor para a obtenção das respostas às questões, maior demora na execução (Marconi & Lakatos, 2008).

Assim, a recolha de dados foi assegurada através de uma “entrevista” realizada presencialmente pelos investigadores. A abordagem dos inquiridos foi efetuada “porta a porta”, em função da seleção efetuada pelo sistema de referenciação geográfica atrás referido.

O grupo de investigadores que colheu os dados, constituído por cinco enfermeiros (licenciados e inscritos na Ordem dos Enfermeiros – OE), teve formação específica para o

processo de recolha de dados, nomeadamente sessões de treino com vista a uniformizar o modo de colheita de informação e, assim, diminuir a possibilidade de ocorrência de viés na investigação.

Antes de se iniciar a recolha de dados propriamente dita, dada a natureza dos instrumentos de recolha de dados, foi realizado um pré-teste do formulário, aplicando-o numa população do concelho de Vila Nova de Gaia, semelhante à estudada. Esta estratégia permitiu esclarecer algumas dúvidas e corrigir pequenas gralhas do formulário, nomeadamente na formulação e na complexidade de algumas questões. Após a pré-testagem do formulário e realizadas as alterações necessárias, foi avisada a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), sobre a realização deste estudo e os Centros de Saúde que servem o concelho do Porto, com o objetivo de obter maior recetividade por parte da população.

A recolha de dados, propriamente dita, realizou-se nos meses de julho, agosto e setembro de 2009. O grupo de investigadores organizou-se, em função das disponibilidades de cada um dos membros, em pares (variáveis) que “bateram” a cerca de 8000 portas, obtendo resposta positiva em 2445 habitações / famílias. Note-se que na abordagem inicial, a pessoa que nos respondia foi sempre devidamente informada e esclarecida sobre o estudo e a respetiva participação, obtendo-se assim, por parte daqueles que o entenderam fazer, o seu prévio consentimento.

Relativamente à análise dos dados, e tal como Gil (2007) refere, são diversos os procedimentos envolvidos, nomeadamente o estabelecimento de categorias, a codificação de respostas, a tabulação dos dados e a análise estatística. Os formulários foram preenchidos em suporte de papel. Após, os dados passaram para suporte informático, por leitura ótica e reconhecimento automático de caracteres, através de uma função da aplicação informática Teleform Reader<sup>®</sup>. Assim, os dados ficaram ancorados numa base de dados Microsoft Access<sup>®</sup>. De seguida, foi realizada a verificação e a validação da informação dos formulários, com o objetivo de prevenir dados aberrantes.

Após este processo, os dados foram exportados para o *software* PASW<sup>®</sup> 18.0 e sujeitos aos processos de análise, no sentido de responder às perguntas de investigação.

É de salvaguardar que o grande recurso de apoio à investigação foi, sem dúvida, a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), instituição que possui as ferramentas informáticas necessárias ao desenvolvimento de estudos desta magnitude.

### 3.7 Considerações éticas

---

Em primeira instância, o Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde aprovou o projeto. O estudo foi apresentado, segundo o que se encontra referido no procedimento de recolha de dados.

O respeito pelos Direitos do Homem deve ser tido em conta qualquer que seja o aspeto estudado (Fortin, 2009). Qualquer investigação realizada com seres humanos,

independentemente da área, exige, segundo o Código de Nuremberg (desenvolvido no Relatório de Belmont), a obrigatoriedade de consentimento informado (Ribeiro, 2002). A Declaração de Helsínquia veio, em termos gerais, propor quais os deveres dos investigadores (Ribeiro, 2002).

Neste estudo, o consentimento foi dado de forma livre e esclarecida. Todos os participantes deram o seu consentimento de forma oral, e estavam informados de que a qualquer altura poderiam revogar este mesmo consentimento, tomando por base a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina: Resolução da AR n.º 1/01, de 3 de Janeiro.

Foi explicado o objetivo do estudo e o tempo aproximado para a aplicação do formulário. Não houve, em qualquer altura, gravações, fotografias ou qualquer outro registo audiovisual. O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais foi totalmente salvaguardado, dado que, como se pode verificar no formulário (ver Anexo V), não existe em qualquer campo informação (nome, morada, número de telefone...) que permita, de alguma forma, identificar o respondente.

Não houve, nem foi apresentado aos (eventuais) participantes no estudo, qualquer benefício ou prejuízo imediato, em resultado da participação ou recusa em participar no mesmo. Note-se, ainda, que se deixou claro a todos os participantes que não iriam ter qualquer prejuízo ou benefício imediato, em função da sua decisão, ou seja, procurou evitar-se que a participação decorresse de qualquer tipo de incentivo.

Com a intenção de acautelar eventuais situações “especiais”, definiu-se, previamente, um conjunto de linhas de orientação. Assim:

- Situações de emergência – Contactar o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM);
- Casos de negligência ou maus tratos – Contactar a Polícia de Segurança Pública;
- Casos em que a condição de saúde do doente justifique a intervenção de profissionais da saúde, nomeadamente para que os familiares disponham de apoio no cuidado ao seu parente, e em que essa intervenção seja do interesse da família – Notificar o Centro de Saúde da área de residência.

Ficou, também, definido que, para efeitos de garantir o consentimento livre e esclarecido dos participantes, ser-lhes-ia fornecida a informação essencial sobre o estudo, para que pudessem interiorizar o respetivo propósito e compreender aquilo em que iriam participar. Deste modo, cada um poderia decidir livre e esclarecidamente, sem qualquer pressão.

### 3.8 Recursos de apoio à investigação

---

Os recursos de apoio à investigação aqui relatada foram aqueles que a seguir se apresentam:

- Equipamentos: o programa PASW<sup>®</sup> 18.0 para análise estatística dos dados; Sistema de Informação Geográfico<sup>®</sup>, Base Geográfica de Referenciação de Informação e Teleform<sup>®</sup>;
- Apoio financeiro: Suportados integralmente pelos investigadores;
- Apoio logístico: serviços da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP);
- Orientação científica: Professor Filipe Pereira e Professor Paulo Parente.

#### 4. Apresentação e discussão dos resultados

---

Neste capítulo procederemos à apresentação e discussão dos achados que resultaram do processo de análise do material recolhido durante o trabalho de campo empreendido. Em termos de organização, este capítulo está estruturado em torno de dois aspetos centrais: a caracterização da amostra e a descrição dos recursos (“necessários”, “utilizados” e razões da “não utilização”), em função dos tipos de autocuidado que delimitam o conceito de dependência adotado. Os dados que aqui apresentamos referem-se aos casos (famílias) que, tendo aceitado participar no estudo e referindo integrar um membro com algum tipo de dependência no autocuidado, após avaliação pelos investigadores, integravam (de facto) um membro com efetiva dependência em, pelo menos, um dos domínios do autocuidado.

Durante o processo de recolha de dados, foram realizados inquéritos preliminares a 2445 famílias. Este número foi ligeiramente superior ao inicialmente estimado para a amostra (2401).

Freguesia	Formulários a realizar (n)	Formulários realizados (n)
Aldoar	114 (4,7%)	114 (4,7%)
Bonfim	284 (11,8%)	284 (11,5%)
Campanha	329 (13,7%)	388 (15,9%)
Cedofeita	245 (10,2%)	244 (10,0%)
Foz do Douro	105 (4,4%)	106 (4,3%)
Lordelo do Ouro	187 (7,8%)	182 (7,4%)
Massarelos	74 (3,1%)	73 (3,0%)
Miragaia	26 (1,1%)	26 (1,1%)
Nevogilde	45 (1,9%)	45 (1,8%)
Paranhos	460 (19,1%)	453 (18,5%)
Ramalde	327 (13,6%)	327 (13,4%)
Santo Ildefonso	108 (4,5%)	109 (4,5%)
São Nicolau	26 (1,1%)	26 (1,1%)
Sé	45 (1,9%)	45 (1,8%)
Vitória	27 (1,1%)	27 (1,1%)

**Tabela 2** - Projeção da frequência de formulários a realizar e frequência de formulários realizados, por freguesia

As ligeiras diferenças encontradas entre as previsões e os casos incluídos na amostra decorreram da complexidade de um processo desta dimensão e de alguma dificuldade na

operacionalização das orientações inerentes à utilização do sistema de referência geográfica.

Como vimos, a colheita de dados centrava-se nas famílias que “afirmavam” incluir um membro com algum tipo de dependência no autocuidado. Das 2445 famílias “iniciais”, depois de devidamente esclarecidas, aceitaram responder ao inquérito preliminar 2314. Em relação à questão do inquérito preliminar: — “Vive alguém que precise de ajuda / apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?”; foram identificados 41 casos de famílias que referiram integrar no seu seio pelo menos uma pessoa apenas dependente de equipamento para o autocuidado. Quanto à questão: “Vive alguém que precise de ajuda – não esperada para a idade – de outras pessoas para o autocuidado (“tomar banho”, “andar”, “comer”, “vestir”)?”; 107 respondentes referiram integrar na família alguém que necessitava de ajuda de pessoa para o autocuidado. Não sendo as duas questões mutuamente exclusivas, identificaram-se 93 casos com resposta afirmativa às duas questões anteriores (necessita de equipamento e necessita de ajuda de pessoa). Podemos, pois, considerar uma totalidade de 200 casos que necessitam de ajuda de pessoa. No total foram identificados 241 casos que, na opinião dos respondentes, evidenciavam algum nível de dependência no autocuidado (necessidade de equipamento e / ou de ajuda de pessoa); o que nos permitiu calcular que a percentagem de famílias do Porto que integram dependentes no seu seio é de, aproximadamente, 10,41%.

De um total de 241 famílias clássicas que no inquérito preliminar referiram apresentar, pelo menos, um dependente no domicílio, a quem prestavam cuidados, apenas 157 aceitaram responder ao formulário mais alargado. Note-se que existiam seis famílias clássicas entrevistadas que apresentavam, simultaneamente, duas pessoas dependentes no autocuidado. Assim, deve-se ter em conta que existiam 163 dependentes.

Clarificados os dados iniciais que nos permitem ter uma noção da prevalência de fenómenos de dependência no autocuidado, à escala das famílias clássicas do concelho do Porto, importa evoluir na caracterização da amostra utilizada no nosso estudo (específico). Iniciámos por caracterizar os membros da família prestadores de cuidados, para depois procedermos à caracterização dos familiares dependentes.

#### 4.1 Caracterização dos membros da família prestadores de cuidados

---

Como vimos, o nosso estudo está focada nos recursos mobilizados pelas famílias e/ou pelas próprias 163 pessoas dependentes, devidamente avaliadas. Neste ponto, interessa caracterizar os membros da família prestadores de cuidados. Para isso recorreremos ao conjunto das variáveis de atributo que foram definidas no capítulo da metodologia. Importa clarificar que uma mesma pessoa dependente pode ter como familiar prestador de cuidados mais do que uma pessoa. Conforme de depreende da consulta do anexo IV (formulário alargado) para cada caso era possível identificar e caracterizar mais do que um membro da família prestador de cuidados.

Os membros da família prestador de cuidados (MFPC) eram, maioritariamente, do sexo feminino (79,8%), o que está em linha com os resultados da grande maioria dos estudos disponíveis acerca dos “cuidadores informais” (Imaginário, 2004; Petronilho, 2007; Sequeira, 2007; Peeters, Beek, Meerveld, Spreeuwenberg, & Francke, 2010;).

A média da idade dos MFPC era de, aproximadamente, 59 anos, havendo um desvio padrão de 14 anos. Este facto é muito semelhante ao estudo realizado por Imaginário (2004).

No que respeita ao estado civil, existia uma grande maioria de MFPC que se encontrava casado / união de facto (73,3%). Noutros estudos, a grande maioria dos MFPC também era uma pessoa casada (Imaginário, 2004; Sequeira, 2007).

Quase todos os MFPC inquiridos eram portugueses (98,7%), como seria de esperar. No entanto, foram entrevistados três MFPC com diferentes nacionalidades (Norte Americana, Russa e Brasileira).

Dos MFPC da amostra, 8,9% não apresentavam qualquer formação escolar; 43,2% tinham, apenas, o 1.º ciclo de escolaridade. Assim, apenas 47,9% apresentavam mais do que o primeiro ciclo de escolaridade. Este achado, corrobora a ideia de que os MFPC têm baixo nível de escolaridade, tal como é referido noutros estudos (Imaginário, 2004; Sequeira, 2007;). Este aspeto é de extrema importância, visto que, segundo a literatura, os cuidadores com maior escolaridade, tendem a conhecer melhor os recursos existentes e, por isso, mais frequentemente, pedem ajuda; enquanto que os cuidadores com baixa escolaridade, muitas vezes, dizem mesmo que não necessitam de ajuda (Martínez, 2005). Um número significativo de MFPC principais do nosso estudo era pensionista / reformado (40,4%).

No que diz respeito ao grau de parentesco dos MFPC com a pessoa dependente, no estudo que aqui se apresenta, o maior número é filha / filho da pessoa de quem toma conta (38,7%), tal como em outros estudos (Araujo, Paul, & Martins, 2010).

De acordo com os dados que obtivemos, é pouco frequente o familiar cuidador partilhar os cuidados com outros familiares, facto que alinha com os resultados de outros estudos (Marques & Dixe, 2010). Mas, quando partilha, normalmente, partilha com um único membro da família (São José, 2003). A literatura aborda o facto de, muitas vezes, existir solidariedade dos restantes membros da família para com o cuidador principal (Louro, 2010; Carvalho, 2009; Costa, 2002). Quando não há partilha no cuidado a um idoso com elevado grau de dependência, surgem muitas dificuldades (São José, 2003).

Em síntese, podemos dizer que, em traços gerais, os MFPC, neste estudo, eram mulheres, filhas do dependente, estavam casadas ou em união de facto e possuíam limitada formação escolar.

## 4.2 Caracterização dos dependentes

---

Neste estudo as características estudadas da pessoa dependente foram: o sexo, a idade, o estado civil, a nacionalidade, o nível de escolaridade, a profissão, a situação que gerou dependência, a instalação da dependência, o tempo de dependência e o nível de dependência.

As pessoas dependentes da nossa amostra eram maioritariamente do sexo feminino (69,3%), o que corrobora o apresentado na literatura (Carretero, Garcés, & Ródenas, 2007; Carvalho, 2009; Zem-Mascarenhas & Barros, 2009;).

A maioria das pessoas dependentes era idosa, visto que a média de idade dos dependentes era de 78,44 anos, valor que deriva de uma distribuição entre os 22 e os 99 anos. A “dependência não é sinónimo de velhice” (Louro, 2010), mas é mais prevalente na população idosa (GEP, 2009), isso sem dúvida nenhuma. No estudo realizado por Zem-Mascarenhas e Barros (2009), a população com idade superior a 60 anos representava 80% dos entrevistados dependentes. No estudo aqui relatado, metade dos dependentes apresentava uma idade superior a 81 anos, o que comprova o envelhecimento populacional reiterado na literatura.

A população dos agrupamentos de centros de saúde do Porto apresenta uma esperança de vida ligeiramente inferior à população do Continente; esta população envelhecida tem um elevado índice de dependência de idosos (Felício, Machado, & Teixeira, 2009). Esta população apresenta um índice de dependência dos jovens em 2008 era de 19,6, enquanto o índice de dependência dos idosos era de 31,2 (Felício, Machado, & Teixeira, 2009).

Os dependentes incluídos no nosso estudo, no que diz respeito ao estado civil, eram maioritariamente viúvos, representando 51,6% da totalidade a amostra, tal como se verifica comumente na literatura (Carretero, Garcés, & Ródenas, 2007).

A nacionalidade dos dependentes era Portuguesa, existindo apenas um dependente que possuía nacionalidade Ucraniana.

Os dependentes também apresentavam baixa escolaridade, tal como os seus familiares cuidadores, havendo 40,8% de dependentes sem o 1.º ciclo concluído e 46,1% com, apenas, o 1.º ciclo concluído. A baixa escolaridade dos dependentes também se verifica noutros estudos (Carretero, Garcés, & Ródenas, 2007).

Os dependentes encontravam-se, tal como seria expectável, maioritariamente em situação de reforma (83,7%).

A dependência instalou-se, predominantemente, de forma gradual (70,3%). Fez-se o estudo sobre as causas geradoras de dependência, não sendo estas mutuamente exclusivas. Assim, no que respeita à causa da dependência, verificou-se que a maioria dos dependentes apresentou mais do que uma causa. No entanto, quando se fala de apenas uma causa foi o envelhecimento a que apresentou maior percentagem (17,2%), o que aponta para um quadro de transição para a dependência de natureza desenvolvimental (cfr. Meleis et al., 2000). O envelhecimento foi referido nesta investigação como sendo o motivo mais frequente, para a instalação da dependência. Diversas pesquisas apontam para uma clara relação entre a idade



avançada e a prevalência da dependência (European Commission, 2003). Note-se que metade da nossa amostra apresenta mais de 81 anos de idade, tal como foi referido anteriormente.

Quando questionados sobre o tempo de dependência (em anos completos), em média, a dependência estava instalada há cerca de 7 anos, com um mínimo de menos de um ano e um máximo de 50 anos.

Como vimos, este estudo está centrado na problemática dos recursos mobilizados em função da condição de dependência no autocuidado. Este fenómeno – dependência no autocuidado – é central para a disciplina e a profissão de enfermagem, razão pela qual é tão importante a sua definição, operacionalização e avaliação, em termos próprios da disciplina.

Neste contexto, urge descrever o nível e o tipo de dependência nos vários domínios do autocuidado, em relação aos 163 casos de pessoas dependentes, em que se baseia este nosso estudo. Como já tivemos oportunidade de referir anteriormente, a dependência de cada um dos casos, em cada um dos diferentes domínios do autocuidado adotados no estudo, foi feita com base em escalas desenvolvidos no âmbito da ESEP, que serviram de base para o estudo de Duque (2009), sob orientação do professor Abel Silva e da professora Alice Brito. No âmbito do estudo alargado em que se insere este aqui relatado, Silva (2011) procedeu à caracterização exaustiva dos 163 casos de dependentes. O referido estudo (Silva, 2011) demonstrou a validade e a fidelidade dos referidos instrumentos (sub-escalas) de avaliação do tipo e nível de dependência no autocuidado.

Cada um dos domínios do autocuidado estudados (“tomar banho”; “vestir-se e despir-se”; “arranjar-se”; “alimentar-se”; “usar o sanitário”; “elevar-se”; “virar-se”; “transferir-se”; “usar cadeira de rodas”; “andar”; “tomar a medicação”) (Cfr. ICN, 2011) concretiza-se através de indicadores mais específicos, cada um classificado numa escala de *Likert*, do tipo:

- “Dependente não participa” (score 1) – cliente totalmente dependente, que não é capaz de realizar a atividade em análise;
- “Necessita de ajuda de pessoa” (score 2) – cliente que realiza (inicia e/ou completa) a atividade em análise, necessariamente com ajuda de uma pessoa;
- “Necessita de equipamento” (score 3) – cliente que é capaz de realizar a atividade em análise, apenas com auxílio de equipamento adaptativo, não exigindo a colaboração de qualquer pessoa;
- “Completamente independente” (score 4) – cliente sem qualquer tipo de dependência na realização da atividade em análise.

Com a intenção de tornar mais clara a metodologia utilizada para caracterizar o tipo e o nível de dependência nos vários domínios do autocuidado, servimo-nos do exemplo do autocuidado “alimentar-se” (Cfr. ICN, 2011), tal como descrito no trabalho de Silva (2011). Esta escala, orientada para a descrição da dependência no “alimentar-se”, comporta 11 (onze) indicadores específicos. Em cada indicador específico, cada caso é classificado, em função do seu nível de dependência. Daí, como veremos adiante, é possível evoluir para a computação do nível global de dependência no tipo de autocuidado concreto (neste caso: “alimentar-se”). O nível de especificação de cada um dos indicadores incluídos em cada escala (tipo de

autocuidado) aumenta o poder de descrição de cada caso, o que se revela como uma mais-valia destes instrumentos, nomeadamente, em termos clínicos.

Para cada uma das atividades de autocuidado apenas foram considerados os membros da família dependentes com estes itens preenchidos, os restantes foram considerados “missings”, o que explica os diferentes valores de *n* que são apresentados na tabela que se segue.

<b>Autocuidado: “alimentar-se”</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Dependente Não participa Score 1</b>	<b>Necessita de ajuda de pessoa Score 2</b>	<b>Necessita de equipamento Score 3</b>	<b>Completamente Independente Score 4</b>
<b>Prepara os alimentos para ingestão (N156)</b>	96(61,54%)	16(10,26%)	0(0%)	44(28,20%)
<b>Abre recipientes (N158)</b>	49(31,01%)	8(5,06%)		101(63,92%)
<b>Utiliza utensílios (N159)</b>	30(18,87%)	8(5,03%)		121(76,10%)
<b>Coloca o alimento nos utensílios (N159)</b>	27(16,98%)	11(6,92%)	1(0,63%)	120(75,47%)
<b>Pega no copo ou chávena (N160)</b>	25(15,62%)	8(5,0%)	1(0,63%)	126(78,75%)
<b>Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão (N160)</b>	25(15,62%)	8(5,0%)		127(79,38%)
<b>Leva os alimentos à boca com recipiente (N160)</b>	26(16,25%)	8(5,0%)		126(78,75%)
<b>Leva os alimentos à boca com os utensílios (N160)</b>	28(17,50%)	8(5,0%)	1(0,62%)	123(76,88%)
<b>Bebe por copo ou chávena (N160)</b>	24(15,00%)	10(6,25%)	1(0,62%)	125(78,13%)
<b>Coloca os alimentos na boca (N160)</b>	27(16,9%)	8(5,0%)		125(78,1%)
<b>Conclui uma refeição (N160)</b>	26(16,25%)	12(7,50%)		122(76,25%)
<b>Global (N 161)</b>	<b>25(15,53%)</b>	<b>92(57,14%)</b>		<b>44(27,33%)</b>

**Tabela 3** – Caracterização da amostra quanto ao tipo e nível de dependência no autocuidado “alimentar-se”

Os dados disponíveis, para cada um dos itens, mostram, ainda, que os clientes com algum tipo de dependência, dependem, essencialmente de pessoas ou são completamente dependentes. O número de dependentes que, com equipamento, são capazes de realizar, de forma autónoma, as diferentes atividades do “alimentar-se” (“Necessita de equipamento”) é bastante baixo.

Admite-se que, naquilo que nos interessa neste estudo específico, um cliente que é “dependente não participa” ou que “necessita de ajuda de pessoas” é alguém que também,

como é óbvio, necessitará de uma quantidade significativa de recursos e de equipamentos de apoio, a grande maioria deles orientados para as atividades de tomar conta realizadas pelos familiares cuidadores.

Tendo em consideração aquilo que fomos expondo, existem condições para avançarmos para a descrição global dos níveis de dependência, de cada um dos casos, em cada domínio específico de autocuidado. Tal como no estudo de Duque (2009) e Silva (2011), tomando em consideração os itens “não nulos” ou “aplicáveis” ao caso e em função dos diferentes *scores* obtidos, foram definidos, sequencialmente, os seguintes critérios para “computar” os níveis globais de dependência, em cada um dos domínios de autocuidado:

- Dependente, não participa – casos que obtiveram score 1 em todos os itens aplicáveis da escala;
- Completamente independente – casos que obtiveram score 4 em todos os itens aplicáveis da escala;
- Necessita de equipamento – dos casos que não foram categorizados de acordo com as alíneas anteriores, aqueles que só “necessitam de equipamento”; ou seja, apresentam em todos os itens com algum nível de dependência *scores* > 2; podendo em alguns dos itens ter score 4.
- Necessita de ajuda de pessoa – os restantes casos; ou seja, os que não foram categorizados em nenhuma das três categorias (alíneas) anteriores. Quer isto dizer que em alguns itens da escala “necessitam de ajuda de pessoas”.

Com base neste conjunto de regras, foi-nos possível calcular, no exemplo que temos vindo a utilizar, o “nível global de dependência para alimentar-se”. Esta informação está disponível na última linha da tabela apresentada anteriormente. Assim, podemos constatar que 15,5% dos casos avaliados, no âmbito do “alimentar-se”, são totalmente dependentes (dependente não participa). A percentagem de casos completamente independentes em todos os indicadores ou que só necessita de equipamentos situa-se em torno dos 27%. Os restantes dependentes necessitam de um MFPC para, pelo menos, uma das atividades que são utilizadas como indicadores da dependência para “alimentar-se”.

A partir do exposto nos parágrafos anteriores, podemos avançar na caracterização da amostra dos 163 casos de dependência identificados e avaliados no Porto. A tabela seguinte faz a síntese dos níveis globais de dependência, em cada um dos domínios do autocuidado.

Autocuidado	n	Dependente Não participa Score 1	Necessita de ajuda de pessoa Score 2	Necessita de equipamento Score 3	Completamente Independente Score 4
Tomar banho	161	46(28,57%)	68(42,24%)	2(1,24%)	45(27,95%)
Vestir-se e despir-se	161	39(24,22%)	68(42,24%)	2(1,24%)	52(32,30%)
Arranjar-se	160	34(21,25%)	81(50,63%)	-	45(28,12%)
Alimentar-se	161	25(15,53%)	92(57,14%)	-	44(27,33%)
Usar o sanitário	160	32 (20,00%)	39(24,37%)	4(2,50%)	85(53,13%)
Elevar-se	161	28(17,39%)	22(13,66%)	20(12,42%)	91(56,52%)
Virar-se	161	25(15,53%)	13(8,07%)	-	123(76,40%)
Transferir-se	159	28(17,61%)	22(13,84%)	18(11,32%)	91(57,23%)
Usar cadeira de rodas	22	16(72,72%)	5(22,73%)	1(4,55%)	0(0%)
Andar	155	26(16,77%)	59(38,06%)	44(28,39%)	26(16,77%)
Tomar a medicação	158	34(21,52%)	75(47,47%)	2(1,26%)	47(29,75%)
<b>Nível global de dependência</b>	<b>163</b>	<b>18 (11,04%)</b>	<b>129 (79,14%)</b>	<b>14 (8,59%)</b>	<b>2 (1,23%)</b>

**Tabela 4** - Caracterização da amostra quanto ao nível global de dependência nos domínios do autocuidado

A tabela anterior mostra-nos que uma parte bastante apreciável dos dependentes estudados exibem níveis globais de dependência no autocuidado que nos permitem vislumbrar uma grande “necessidade de recursos”, tendo em vista lidar com tais limitações funcionais. O nível global de dependência apresentado na última linha da tabela anterior resulta de um processo de computação semelhante ao que foi descrito para cada domínio do autocuidado. Aqui, na análise foram incluídos todos os cerca de 100 itens que estão incluídos nas várias (sub) escalas de avaliação da dependência.

A existência de dois (2) casos de pessoas que eram completamente independentes vem demonstrar que a indicação dada pelos respondentes é bastante fiável. Contudo, importa recordar que todos os casos acabaram por ser alvo de uma avaliação exaustiva, por parte dos investigadores, muitas vezes com observação direta da pessoa dependente.

#### 4.3 Dos recursos materiais e equipamentos face à dependência no(s) autocuidado(s)

Com a intenção de clarificar os aspetos centrais em que radica a apresentação e a discussão dos nossos resultados, consideramos adequado tecer algumas considerações introdutórias. Assim, seguimos uma estratégia de carácter descritivo, consonante com a natureza deste estudo específico e os seus objetivos, tomando por referência os diferentes domínios do autocuidado.

Os recursos são analisados tendo em conta o domínio do autocuidado em que se integram e de acordo com os seguintes critérios: “necessário”, “utilizado” e “razões da não utilização”. O “necessário” corresponde ao número total de casos de dependentes em que foi considerado

necessário o equipamento em causa, pelo enfermeiro – investigador, em função das limitações verificadas nas atividades de autocuidado. O item “utilizado”, em linha com os objetivos do estudo, informa-nos acerca do número de casos em que, tendo sido considerado necessário o equipamento, o mesmo é, realmente utilizado, o que nos permite, após, calcular a “taxa de utilização” daquele recurso em concreto. Relativamente às “razões da não utilização”, urge clarificar que as mesmas não eram mutuamente exclusivas e que nem todos os participantes indicaram razões para não utilizarem os equipamentos considerados necessários. Os valores percentuais que são apresentados, no que se reporta às razões para a “não utilização dos recursos necessários”, resultam da fórmula:

*[frequência absoluta da razão indicada / nº total de casos que “não utilizam o equipamento”] × 100 (constante).*

A “taxa global da utilização dos recursos necessários” traduz o valor da “média” das taxas individuais de “utilização do necessário”, que foram calculadas para cada um dos casos que compõem a amostra. Para cada caso (i.e. dependente) foi feito o estudo do número de recursos que eram necessários e, após, foi feita a análise do número de recursos que, sendo considerados necessários, eram efetivamente utilizados. Assim, por exemplo, um dependente que necessite de três (3) recursos e utilize apenas dois (2) deles tem uma “taxa de utilização do necessário” de 66,7%; um dependente que necessite, por exemplo de quatro (4) recursos e que não utiliza nenhum tem uma taxa de utilização do necessário de 0%. As taxas de utilização de 100% correspondem aos casos que utilizam todos os recursos necessários, independentemente de o número de recursos considerados necessários poder variar, para cada um dos casos de pessoas dependentes.

Tendo presente estas considerações metodológicas, foi-nos possível evoluir para a apresentação dos resultados, tendo presente, essencialmente, a análise da “taxa global de utilização do necessário”; os recursos com taxas específicas de utilização mais elevadas e, por oposição, mais reduzidas; bem como, naquilo que se relaciona com a “não utilização do necessário”, as principais razões que sustentam os défices de incorporação nas atividades de tomar conta dos dependentes de recursos e equipamentos hipoteticamente úteis.

#### 4.3.1 Do autocuidado: “tomar banho”

---

Dos 161 casos que foram avaliados quanto ao nível e tipo de dependência para “tomar banho”, 116 apresentavam (globalmente) algum tipo de dependência neste domínio.

Com efeito, tal como se depreende da consulta da tabela seguinte, foram identificados vários equipamentos potencialmente úteis para lidar com as limitações ao nível da higiene pessoal.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização do recurso	Taxa Global da utilização dos recursos no AC: "tomar banho"
Antiderrapante	85	67	10 - Outras (55,56%) 2 - Económicas (11,1%)	78,82%	41,85%
Cadeira higiénica	11	5	1 - Económicas (16,67%) 1 - Limitações residência (16,67%) 1 - Outras (16,67%)	45,45%	
Barras de Apoio para banho	89	35	20 - Outras (37,04%) 11 - Limitações da residência (20,27%) 9 - Económicas (16,67%) 3 - Desconhece acesso (5,56%)	39,33%	
Cadeira de Banho (fixa/ giratória)	24	9	6 - Outras (40%) 2 - Desconhece acesso (13,33%) 2 - Económicas (13,33%) 2 - Limitações da residência (13,33%) 1 - Desconhece funcionamento (6,67%)	37,50%	
Assento suspenso para banheira	44	16	9 - Económicas (32, 14%) 8 - Outras (28,57%) 3 - Limitações da residência (10,71%) 1 - Desconhece acesso (3,57%)	36,36%	
Lava cabeças para acamados	22	3	7 - Outras (36,84%) 4 - Desconhece acesso (21,05%) 2 - Económicas (10,53%) 1 - Desconhece funcionamento (5,26%) 1 - Limitações residência (5,26%)	13,64%	
Elevador de banheira	8	0	3 - Limitações da residência (37,5%) 1 - Económicas (12,5%) 1 - Outras (12,5%)	0,00%	

**Tabela 5** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "tomar banho" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário"

O recurso mais utilizado face à dependência para "tomar banho" é, como seria expectável, o "tapete antiderrapante". Com a exceção deste recurso, todos os outros têm taxas específicas de utilização abaixo dos 50%.

As razões evocadas para "não utilizar os recursos necessários" são várias. Contudo, nos recursos com taxas de utilização mais reduzidas, as limitações da casa e o desconhecimento, a par, nalguns casos, das limitações económicas são, ainda assim, assinaláveis. Estes factos desafiam-nos a equacionar em que medida uma dimensão significativa das terapêuticas de enfermagem não devia estar centrada no advogar tais equipamentos, instruir a sua utilização e mobilizar recursos da comunidade para que os mesmos pudessem ser disponibilizados. Todavia, muitas vezes, durante a colheita de dados percebemos que os MFPC não mostravam

interesse em utilizar alguns dos recursos, como a “cadeira higiénica”, as “barras de apoio” ou a “assento suspenso para a banheira”, porque, diziam: “dou banho na cama” (Notas de campo). Ora, estes dados apontam para o impacto que a não utilização deste tipo de recursos pode ter no desenvolvimento do potencial de autonomia dos familiares dependentes. Muitas pessoas dependentes, como vimos durante a colheita de dados, poderiam tomar banho no “chuveiro” mas, por limitações físicas das habitações ou, até, atitudes dificultadoras (dos próprios ou dos ser MFPC), acabavam por tomar banho na “cama”.

Por aquilo que fomos expondo, percebe-se o facto de a taxa global de utilização do necessário, face ao “tomar banho”, ficar abaixo dos 50%.

#### 4.3.2 Do autocuidado: “vestir-se e despir-se”

Dos 161 casos que foram alvo de estudo quanto ao nível e tipo de dependência, 109 apresentavam de uma forma global, algum tipo de dependência.

Neste estudo foram elencados os recursos materiais que poderiam ser utilizados para lidar com a dependência neste autocuidado, podendo ser observados na tabela seguinte.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa Global da utilização dos recursos no AC: “vestir-se e despir-se”
Calçadeira de cabo longo	41	5	16 - Outras (44,44%)	12,20%	8,93%
			6 - Desconhece acesso (16,67%)		
			5 - Económicas (13,89%)		
			4 - Desconhece funcionamento (11,1%)		
Abotoador	23	2	9 - Outras (42,86%)	8,70%	
			6 - Desconhece acesso (28,57%)		
			4 - Desconhece funcionamento (19,05%)		
			2 - Económicas (9,52%)		
Cordões elásticos	17	1	9 - Outras (56,25%)	5,88%	
			2 - Económicas (12,5%)		
			1 - Desconhece acesso (6,25%)		
Calça meias/tira meias	41	0	19 - Outras (46,34%)	0,00%	
			9 - Desconhece acesso (21,95%)		
			3 - Desconhece funcionamento (7,32%)		
			3 - Económicas (7,32%)		
Extensões para fechos de correr	10	0	6 - Outras (60%)	0,00%	
			1 - Desconhece acesso (10%)		
			1 - Económicas (10%)		

**Tabela 6** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: “vestir-se e despir-se” e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

Os recursos apresentados são de carácter, claramente, promotor da autonomia neste autocuidado. No entanto, note-se que a taxa global de utilização do necessário foi muito baixa (inferior a 10%). O recurso mais utilizado neste domínio, foi a “calçadeira de cabo longo”, apresentando no entanto uma taxa de utilização muito aquém dos 50%. Os recursos “calça meias/ tira meias” e “extensões de fechos de correr”, apresentaram taxas de utilização nulas. Não existindo o recurso para calçar as meias, os dependentes, de acordo com as nossas notas de campo, chegam mesmo a aguardar à porta da sua habitação para que algum vizinho execute esta atividade.

Os MFPC desconhecem as formas de acesso (segunda razão para não utilização dos recursos neste domínio do autocuidado: “vestir-se e despir-se”) e desconhecem mesmo a sua existência (“outras”). Estes dados sugerem que os dependentes, frequentemente, não executam algumas das atividades deste domínio do autocuidado, ocorrendo a sua substituição, por parte dos MFPC. Este papel substitutivo ((Proot, Abu-Saad, Van Oorsouw, & Stevens, 2002) poderá ser entendido como um fator que acaba por limitar o potencial de autonomia de muitos dependentes.

#### 4.3.3 Do autocuidado: “arranjar-se”

De um total de 160 casos avaliados quanto ao nível de dependência, 115 apresentavam algum nível de dependência neste domínio de autocuidado.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa global da utilização dos recursos no AC: “arranjar-se”
Espelho inclinável	1	0	0	0,00%	0,00%
Pente de cabo longo	11	0	7 - Outras (63,64%)	0,00%	
			1 - Económicas (9,0%)		

**Tabela 7** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: “arranjar-se” e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

Os recursos “espelho inclinável” e o “pente de Cabo longo”, enquanto recursos para o autocuidado: “arranjar-se”, não eram usados por nenhum dos inquiridos. A taxa global de utilização dos recursos neste domínio do autocuidado, portanto, nula. Apesar de nenhum dos dependentes os utilizar, é importante observarmos que, segundo o juízo do enfermeiro / investigador, estes dois recursos eram considerados necessários,.

As razões da não utilização referidas, entre outras, foram as económicas. Segundo as notas de campo que fomos produzindo, muitos dos casos desconheciam a existência deste tipo de recurso. Os MFPC referiram que não eram precisos tais recursos pois, eles próprios “penteavam o familiar”. Este facto mais uma vez, acaba por colocar em destaque uma lógica de



prestação de cuidados, por parte dos familiares cuidadores, muito assentem numa abordagem substitutiva, pouco promotora da autonomia dos familiares dependentes. Neste contexto, advogar e instruir a utilização de equipamentos adaptativos para o autocuidado deve ser enquadrado numa intencionalidade terapêutica orientada para um perfil de prestação de cuidados que, ao limite, maximize o potencial de autonomia existente. Substituir os dependentes é algo que faz sentido, como nos dizia Orem (1991), quando a pessoa (realmente) não pode fazer por si.

#### 4.3.4 Do autocuidado: “alimentar-se”

---

De um total de 161 casos, 117 apresentam dependência para o autocuidado: “alimentar-se”. Mais de 50% destes casos de dependentes necessitam de ajuda de pessoa para este autocuidado. Na tabela que se segue, encontram-se descritos os recursos considerados necessários, aqueles que eram utilizados e as razões da não utilização daqueles que foram julgados como úteis.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa global da utilização dos recursos no AC: "alimentar-se"
Babete	45	31	10 - Outras (71,43%) 1 - Económicas (7,14%)	68,89%	35,68%
Copo adaptado	13	5	3 - Desconhece forma de acesso (37,5%) 3 - Outras (37,5%) 1 - Económicas (12,5%)	38,46%	
Mesa de comer na cama	10	3	4 - Outras (57,14%) 1 - Desconhece acesso (14,29%) 1 - Económicas (14,29%)	30,00%	
Suporte de Palhinha para copo	7	2	5 - Outras (100%)	28,57%	
Garfo flexível	8	1	3 - Outras (42,86%) 2 - Desconhece acesso (28,57%) 1 - Desconhece funcionamento (14,29%) 1 - Económicas (14,29%)	12,50%	
Abridor de frascos	7	0	4 - Desconhece acesso (57,14%) 2 - Outras (28,57%)	0,00%	
Adaptador de talheres	16	0	5 - Desconhece acesso (31,25%) 1 - Desconhece funcionamento (6,25%) 1 - Económicas (6,25%)	0,00%	
Rebordo de prato	2	0	1 - Económicas (50%) 1 - Outras (50%)	0,00%	
Suporte de copos	10	0	6 - Outras (60%) 4 - Desconhece acesso (40%)	0,00%	

**Tabela 8** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: "alimentar-se" e valor da "Taxa Global de utilização do necessário"

Como é possível verificar na Tabela 8, o equipamento mais utilizado face à dependência no autocuidado: "alimentar-se" foi a "babete" (68,89%), sendo o único recurso com uma taxa global de utilização superior aos 50%. Note-se que durante as entrevistas houve vários relatos da utilização de panos ou papel, para substituição deste recurso, enquadrando-se na razão de não utilização: "outras".

Todos os restantes recursos apresentam taxas específicas de utilização inferiores a 50%.

Os equipamentos "abridor de frascos", "adaptador de talheres", "rebordo de prato" e "suporte de copos", que se direcionam, claramente, para a promoção da autonomia do dependente, nunca eram utilizados, apesar de considerados necessários em alguns casos. O desconhecimento de alguns destes equipamentos é um aspeto que importa equacionar. Julgamos que existe aqui um vasto campo de trabalho neste âmbito, no que se refere às terapêuticas de enfermagem como forma de potenciar, por um lado, o máximo de autonomia possível para o dependente e por outro, facilitar a transição do MFPC na assunção do papel.

A taxa global de utilização dos recursos considerados necessários, face à dependência no “alimentar-se”, fica em torno do 1/3 daquilo que seria desejável. Este tipo de dados alerta-nos para a necessidade de ir incluindo nos processos de assistência, estratégias terapêuticas que promovam o conhecimento e a utilização dos equipamentos julgados como adequados, orientando os clientes acerca, por exemplo, das formas necessárias à sua obtenção. Contudo, importa considerar que, também é necessários que os enfermeiros tenham um domínio profundo das indicações e, por exemplo, formas de acesso a estes recursos, para que a sua prescrição seja correta.

Incluir este tipo de aspetos no quotidiano da nossa prática clínica, concorrerá para a maximização do potencial de autonomia dos clientes dependentes, neste caso para “alimentar-se” e / ou da qualidade dos cuidados prestados pelos seus familiares cuidadores.

#### 4.3.5 Do autocuidado: “usar o sanitário”

---

De um total de 160 casos estudados neste domínio do autocuidado, 46,9% apresentavam um nível de dependência do tipo “dependente não participava” ou “necessita de ajuda de pessoa”. Na tabela seguinte encontram-se descritos os recursos considerados necessários, face à dependência para “usar o sanitário”, as suas taxas de utilização e as razões da “não utilização” dos mesmos.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa Global da utilização dos recursos no AC: “usar o sanitário”
Penso higiénico	13	13	0	100,00%	68,26%
Saco de colostomia/ ileostomia/ urina	4	4	0	100,00%	
Fralda	38	34	1 - Outras (25%)	89,47%	
Resguardo	23	20	1 - Económicas (25%)	86,97%	
			1 - Desconhece funcionamento (25%)		
			1 - Outras (25%)		
Penso absorvente para incontinência	20	17	0	85,00%	
Urinol	10	8	1 - Desconhece acesso (50%)	80,00%	
			1 - Económicas (50%)		
Arrastadeira	6	4	0	66,67%	
Cueca impermeável	16	9	5 - Outras (71,43%)	56,25%	
Cadeira sanitária	13	5	4 - Económicas (50%)	38,46%	
			3 - Outras (37,5%)		
Coletor urinário	4	1	2 - Desconhece funcionamento (66,67%)	25,00%	
Barra de apoio de sanitário	39	9	10 - Outras (33,33%)	23,08%	
			5 - Desconhece acesso (16,67%)		
			3 - Económicas (10%)		
			3 - Limitações residência (10%)		
Alteador de sanita	1	0	0	0,00%	

**Tabela 9** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: “usar o sanitário” e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

No domínio do autocuidado: “usar sanitário” oito dos recursos apresentam taxas de utilização superiores a 50%. Os recursos em que se verificaram maiores taxas de utilização foram o “penso higiénico” e o “saco de colostomia / ileostomia / urina”, a “fralda”, o “resguardo”, o “penso absorvente para incontinência”, o “urinol” e a “arrastadeira”.

As razões para a não utilização dos recursos com taxas de utilização mais reduzidas radicaram nos défices de conhecimento, nas limitações económicas e nas limitações da habitação. Note-se que os equipamentos com taxas de utilização mais baixas, como “alteador de sanita” e a “barra de apoio de sanitário” – recursos claramente promotores de autonomia do dependente–, apresentam taxas de utilização muito baixa. Apesar de serem poucos os casos que necessitavam deste tipo de equipamentos, dado o elevado nível de dependência verificado, existem pessoas que podiam ser mais autónomas se usassem tais recursos.

Este é um dos domínios do autocuidado com uma taxa global de utilização do necessário mais alta. Com efeito, a utilização do necessário, neste âmbito, atinge um valor percentual de 68,26%.

#### 4.3.6 Do autocuidado: “elevar-se”

O autocuidado: “elevar-se” refere-se a “levantar partes do corpo; incluindo os membros superiores e inferiores ou a cabeça, para uma posição mais elevada” (ICN, 2011), traduzindo a capacidade do cliente em adotar a posição de sentado, requisito muito importante, em termos de coordenação básica dos movimentos e do equilíbrio corporal. Neste domínio, no âmbito do nosso estudo, foram identificados 70 casos que evidenciavam algum nível de dependência para “elevar-se”.

Na tabela seguinte, encontram-se descritos os equipamentos julgados como necessários, aqueles que eram efetivamente utilizados e as razões da não utilização dos mesmos, face à dependência para “elevar-se”.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa global da utilização dos recursos no AC: “elevar-se”
Apoio de pés	7	2	1 - Desconhece acesso (14,29%)	28,57%	28,57%
			1 - Económicas (20%)		
			3 - Outras (60%)		
Almofada elevatória	5	0	3 – Outras (60%)	0,00%	
			1 - Económicas (20%)		
Apoio de cabeça anatómico	7	0	3 – Desconhece funcionamento (42,86%)	0,00%	
			1 – Desconhece acesso (14,29%)		
Barras paralelas e apoios da posição de pé	10	0	5 - Desconhece acesso (50%)	0,00%	
			3 – Outras (30%)		
			2 - Económicas (20%)		
			1 - Desconhece funcionamento (10%)		

**Tabela 10** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: elevar-se e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

À semelhança daquilo que é a marca dos nossos resultados, também aqui a taxa global de utilização do necessário é muito inferior aos 50%, atingindo, apenas, os 28,57%.

Dos equipamentos estudados, apenas o “apoio de pés” teve alguma utilização. Os restantes equipamentos, apesar de terem sido considerados como necessários para alguns casos, não eram usados, por razões que se situaram, essencialmente, no âmbito dos défices de conhecimento e das limitações económicas.

#### 4.3.7 Do autocuidado: “virar-se”

De um total de 161 casos que foram estudados, 23,6% eram completamente dependentes ou necessitavam de ajuda de uma pessoa para se posicionar, na cama. Estamos a falar de cerca de 38 pessoas “altamente dependentes”, nomeadamente para se posicionarem.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa global da utilização dos recursos no AC: “virar-se”
Colchão antiúlceras de pressão	31	25	4 - Económicas (66,67%)	80,65%	53,82%
			3 - Outras (50%)		
			1 - Desconhece acesso (16,67%)		
Imobilizador abdominal	9	7	2 - Outras (100%)	77,78%	
Grades de apoio/segurança	30	23	3 - Outras (42,86%)	76,67%	
			2 - Económicas (28,57%)		
			1 - Limitação da residência (14,29%)		
Suporte de costas	4	3	1 - Outras (100%)	75,00%	
			1 - Económicas (100%)		
Cotoveleira	3	1	1 - Económicas (50%)	33,33%	
			1 - Outras (50%)		
Coxim	4	1	2 - Outras (66,67%)	25,00%	
			1 - Económicas (33,33%)		
Dispositivo de prevenção de pé equino	12	1	2 - Desconhece acesso (18,18%)	8,33%	
			1 - Económicas (5,56%)		
			1 - Desconhece funcionamento (5,56%)		
			6 - Outras (54,55%)		
Luva de imobilização	2	0	2 - Outras (100%)	0,00%	
Posicionador de perna e pés	4	0	3 - Outras (75%)	0,00%	
Transfer de cama (dispositivo para posicionar)	19	0	8 - Outras (42,11%)	0,00%	
			3 - Desconhece acesso (15,79%)		
			2 - Desconhece funcionamento (10,53%)		
			1 - Económicas (5,26%)		

**Tabela 11** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: “virar-se” e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

Como pode ser observado na tabela anterior, o equipamento “imobilizador abdominal” foi o equipamento que obteve maior taxa de utilização (77,78%), sendo os equipamentos “luva de

imobilização”, “posicionador de pernas e pés” e “transfer de cama” aqueles que apresentaram taxas de utilização nulas.

Neste âmbito, importa destacar o “transfer de cama”, equipamento que foi considerado como necessário em 19 dependentes. Este é um equipamento bastante útil no auxílio aos posicionamentos, aspeto que concorre para a prevenção de úlceras de pressão. Advogar este tipo de equipamentos, orientar as famílias para os mesmos e instruí-las acerca da sua utilização é uma dimensão central dos cuidados às famílias que integram “grandes dependentes” em casa.

Neste domínio do autocuidado, a taxa global de utilização dos equipamentos é cerca de metade do necessário (51,9%). O valor apurado, bem como o tipo de equipamentos com taxas de utilização mais elevadas, abrem-nos horizontes muito importantes. Veja-se que, por exemplo, a taxa de utilização do colchão de pressão alternada é na ordem dos  $\frac{3}{4}$  do necessário. Na realidade, já vai existindo alguma sensibilidade para a utilização dos equipamentos, ditos “pesados”, muito inscritos nos cuidados de prevenção de complicações. Importa evoluir no trabalho orientado para outro tipo de equipamentos, mais focados na promoção da autonomia dos próprios dependentes e dirigidos à necessidade de não confinar muitas pessoas “à cama”, tal como podemos constatar nos resultados obtidos no domínio do autocuidado “transferir-se”, que se discute a seguir

#### 4.3.8 Do autocuidado: “transferir-se”

---

Neste domínio do autocuidado foram avaliados 159 casos. Destes, quase metade (42,8%) evidenciava algum tipo de dependência para se transferir da cama para a cadeira (e vice-versa).

Na tabela seguinte estão dispostos os resultados apurados.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa global da utilização dos recursos no AC: “transferir-se”
Cama articulada	28	21	4 - Económicas (57,14%)	75%	16,51%
			4 - Outras (57,14%)		
			1 - Desconhece funcionamento (14,28%)		
			1 - Limitações residência (14,28%)		
Barra de apoio	27	3	4 - Económicas (16,67%)	11,11%	
			4 - Outras (16,67%)		
			2 - Desconhece funcionamento (8,33%)		
			2 - Limitações de residência (8,33%)		
Elevador de transferência	19	2	6 - Outras (35,29%)	10,53%	
			5 - Económicas (29,41%)		
			3 - Limitações residência (17,65%)		
			1 - Desconhece acesso (5,88%)		
			1 - Desconhece funcionamento (5,88%)		
Cabeceira e pés da cama amovíveis	0	0	----- --	0%	
Disco de rotação	10	0	6 - Outras (60%)	0%	
			2 - Desconhece funcionamento (20%)		
			1 - Económicas (10%)		
			1 - Limitações residência (10%)		
Transferir leito-cadeira	13	0	4 - Económicas (30,77%)	0%	
			3 - Desconhece funcionamento (23,08%)		
			3 - Outras (23,08%)		
			1 - Limitações residência (7,69%)		

**Tabela 12** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: “transferir-se” e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

Desde logo, e em linha com aquilo que fomos discutindo nas páginas anteriores, merece destaque o facto de a “taxa global de utilização dos recursos” necessários face à dependência para se transferir, se situar em torno dos 16,5%. Este dado, por si, indica-nos que muitas pessoas dependentes acabam por ficar “confinadas à cama”, devido à incipiente utilização de recursos capazes de facilitar a mobilidade.

Com a exceção da “cama articulada”, todos os restantes equipamentos têm taxas específicas de utilização muitíssimo reduzidas. Das razões que concorrem para esta realidade, importa salientar as limitações económicas, o desconhecimento e, por vezes, as limitações das residências.

A taxa de utilização do necessário para este autocuidado, faz-nos admitir, com grande segurança, que muitos destes dependentes não efetuam levante do leito, quando o poderiam



fazer. Este aspeto tem implicações a variados níveis: partilha de momentos familiares; prevenção de outras complicações de saúde pelo alectoamento permanente; maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, entre outros aspetos que podem comprometer gravemente a condição de saúde do dependente. Faria sentido equacionar análises custo-benefício, tendo em vista estudar em que medida a utilização de muitos dos equipamentos que elencamos, apesar dos seus custos (limitados) não concorreria para a diminuição de, por exemplo, infeções respiratórias ou úlceras de pressão; em suma, muitos dos motivos dos episódios de internamento que estes dependentes acabam por ter, com os custos que se vislumbram.

#### 4.3.9 Do autocuidado: “usar cadeira de rodas”

No domínio deste autocuidado foram estudados 22 casos, sendo que a maior parte deles (n=16) não participavam neste autocuidado. Face à dependência neste domínio, foi estudada a taxa de utilização dos recursos disponíveis, bem como as razões da não utilização dos mesmos.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa global da utilização dos recursos no AC: “usar cadeira de rodas”
Rodas antiqueda	7	3	2 – Outras (50%)	42,86%	25%
			1 - Desconhece acesso (25%)		
			1 - Desconhece funcionamento (25%)		
			1 – Económicas (25%)		
Rampa	14	1	9 - Limitações residência (69,23%)	7,14%	
			2 – Outras (15,38%)		
			1 - Desconhece acesso (7,69%)		

**Tabela 13** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: “usar cadeira de rodas” e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

Quanto à caracterização dos recursos materiais e dos equipamentos face à dependência do autocuidado: “usar cadeira de rodas”, podemos referir que a taxa global de utilização do necessário é reduzida, mais propriamente 25%.

A razão da não utilização das “rodas antiqueda” com maior relevância é “outras”, o que revela, de acordo com as nossas notas de campo, um certo desconhecimento da existência de “tal equipamento” ou, em alternativa, o facto do respondente não “sentir tal necessidade”.

No que respeita ao equipamento “rampa”, apresenta uma taxa de utilização muito baixa, principalmente, devido a limitações das residências. Recorde-se que, no âmbito do estudo alargado em que participámos, foi possível perceber que, apenas, 7,6% dos alojamentos das

famílias apresentavam acessibilidade para pessoas com mobilidade comprometida. Este facto pode ser extremamente comprometedor da mobilidade do dependente, bem como da manutenção das suas relações sociais. Além disso, pode ter implicações para o próprio familiar cuidador, uma vez que este também acaba por ficar confinado à própria habitação.

A preservação da mobilidade é algo de extremamente significativo para as pessoas, na medida em que existem alguns autores que alegam que é quando as pessoas consciencializam limitações para andar, que se veem como “dependentes”.

#### 4.3.10 Do autocuidado: “andar”

Neste âmbito, o número de casos estudados quanto ao tipo e ao nível de dependência foi de 155 casos. Destes, a maioria revelava algum tipo dependência para o autocuidado: “andar”.

A relevância e significado atribuído pelas pessoas á sua autonomia para “andar”, na nossa opinião, justificam a alta taxa de utilização do necessário que foi apurada.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa Global da utilização dos recursos no AC: “andar”
Prótese	3	3	0	100%	78,14%
Canadiana (s)	18	16	1 - Económicas (50%)	88,89%	
			1 - Outras (50%)		
Bengala	54	46	3 - Outras (37,5%)	85,19%	
Andarilho	13	5	5 - Outras (62,59%)	38,46%	
			2 - Económicas (25%)		
			1 - Desconhece acesso (12,5%)		

**Tabela 14** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: “andar” e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

Mesmo sendo considerado necessário pelos enfermeiros que realizaram a colheita de dados, muitos dos dependentes não utilizavam “canadiana(s)”, “bengala” e “andarilho”, por variadas razões, predominantemente económicas e “outras”. Pelas notas de campo, depreende-se que a última razão para a não utilização dos referidos equipamentos – “outras razões” - radica em significados e atitudes dificultadoras (Cfr. ICN, 2011) que os clientes têm, face aos equipamentos. Apercebemo-nos que alguns dos entrevistados sentiam que aqueles equipamentos comprometiam, por exemplo, a sua autoestima. Meleis e colaboradoras (2000) identificam, dentro dos condicionalismos pessoais às transições, as atitudes e os significados dos clientes. Neste contexto, discutir significados e ajudar os clientes a (re)estruturarem atitudes face aos equipamentos podem ser terapêuticas de enfermagem com elevado valor.

#### 4.3.11 Do autocuidado: “tomar a medicação”

De um total de 158 casos estudados, 111 foram identificados como dependentes neste domínio – “tomar a medicação”. Mais de metade das pessoas dependentes neste âmbito são completamente dependentes ou necessitam de ajuda de uma pessoa. Na realidade, garantir a administração correta das prescrições médicas aos dependentes é uma das tarefas mais relevantes das competências dos MFPC (Shumacher et al, 2006).

Por outro lado, “tomar a medicação” inscreve-se numa dos aspetos prioritários e mais significativos para os clientes, o que explicará a taxa global de utilização dos equipamentos na ordem dos ¾ do necessário.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa global da utilização dos recursos no AC: “tomar medicação”
Caneta de insulina	21	21	-----	100%	74,80%
Nebulizador	11	11	-----	100%	
Oxigenoterapia	12	12	-----	100%	
Termómetro	75	69	2 - Outras (33,33%)	92%	
Máquina de pesquisas de glicemia capilar	35	31	2 - Desconhece funcionamento (50%)	88,57%	
			1 - Outras (25%)		
Aparelho para Tensão arterial	59	39	8 - Outras (40%)	69,64%	
			4 - Económicas (20%)		
			2 - Desconhece funcionamento (10%)		
			1 - Desconhece acesso (5%)		
Aspirador de secreções	5	3	1 - Desconhece acesso (50%)	60%	
Corta de comprimidos	10	6	2 - Desconhece acesso (50%)	60%	
			1 - Económicas (25%)		
			1 - Desconhece funcionamento (25%)		
			1 - Outras (25%)		
Caixa de comprimidos	36	20	14 - Outras (8,75%)	55,56%	
			1 - Económicas (6,25%)		
Triturador de comprimidos	9	2	5 - Outras (71,43%)	22,22%	
			1 - Desconhece funcionamento (14,29%)		

**Tabela 15** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos face à dependência no autocuidado: “tomar a medicação” e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

Dos recursos no Autocuidado: tomar medicação, a “caneta de insulina”, “nebulizador” e “oxigenoterapia” foram os recursos claramente com taxa de utilização superior (100%). Repare-se que estes recursos são obtidos, na maioria das vezes, por meio de uma prescrição médica.

Durante a colheita de dados, os MFPC referiam que havia sido o médico a prescrever tais equipamentos, o que explica a sua utilização. Neste contexto, a prescrição do profissional assume grande valor e significado para o cliente. Desta forma, somos levados a equacionar o impacto que a prescrição, por parte dos enfermeiros, de determinados equipamentos poderia ter para a sua utilização e, por essa via, para a saúde das pessoas.

Os equipamentos com menores taxas de utilização foram a “caixa de comprimidos” e o “tritador de comprimidos”. O equipamento “caixa de comprimidos” teve uma taxa de utilização de 55,56%. Este equipamento é muito importante para assegurar uma correta toma da medicação, facto que, muitas vezes, é problemático em pessoas idosas, com dificuldades de visão e compromissos da memória. No quadro das razões que explicam a “não utilização do necessário” vale a pena destacar o desconhecimento dos recursos e do seu funcionamento. As razões económicas também acabam por concorrer para a fraca utilização de alguns dos equipamentos. Na categoria das “outras razões”, muitas vezes, as pessoas entendiam que o equipamento “não era útil ou necessário”. Ora, também aqui, importa levar por diante abordagens capazes de apresentar as mais-valias dos recursos, em favor da autonomia dos clientes e das atividades de tomar conta, asseguradas pelos familiares cuidadores.

#### 4.3.12 Dos recursos complementares

---

No contexto do projeto de investigação mais alargado em que se insere este nosso estudo; interessou-nos estudar, para além dos cuidados prestados aos dependentes, em função dos diferentes tipos de autocuidado, aquilo que se consideraram “cuidados complementares”. Referimo-nos a cuidados que, sendo muito relevantes, não estão diretamente associados a nenhum dos domínios específicos do autocuidado. Assim, a título de exemplo, estamos a referir-nos a cuidados como: “estimular a memória do dependente”; “Comunicar com o dependente”; “prevenir as úlceras de pressão”, entre outros. Neste quadro, no âmbito do nosso estudo muito específico, consideramos adequado e pertinente conhecer os equipamentos que eram mobilizados pelas famílias para fazer face àqueles cuidados, ditos “complementares”. É neste enquadramento que este ponto se designa como equipamentos ou recursos complementares.

Foram, assim, elencados os equipamentos considerados complementares, uma vez que não se enquadram em nenhum dos domínios do autocuidado, mas poderiam ser importantes para a condição de saúde da pessoa dependente. Neste grupo foram incluídos equipamentos como o “material de instrução e aprendizagem”, o “telefone/telemóvel”, a “prótese auditiva” e, por exemplo, o “dispositivo de chamada”; recursos essenciais para ajudar as pessoas dependentes a manterem-se cognitivamente e socialmente mais ativos.

Na lógica que temos vindo a adotar, a tabela seguinte dá conta dos equipamentos complementares que foram considerados necessários, da sua taxa de utilização, bem como

das razões que nos ajudaram a explicar as situações em que, sendo necessários, acabavam por não ser usados.

Equipamento	Necessário	Utilizado	Razões para não utilização	Taxa de utilização dos recursos	Taxa global da utilização dos recursos complementares
Telefone/telemóvel	67	59	4 - Económicas (50%) 3 - Outras (37,5%)	88,06%	57,03%
Prótese auditiva	18	13	4 - Outras (80%) 1 - Económicas (20%)	72,22%	
Dispositivo de chamada	16	6	7 - Outras (70%) 1 - Desconhece o acesso (10%)	37,50%	
Material de instrução e aprendizagem	3	1	1 - Outras (50%)	33,33%	
Enfia agulhas	1	1	1 - Outras (100%)	0,00%	
Pinça para alcançar objetos	5	0	1 - Económicas (20%) 4 - Outras (80%)	0,00%	
Suporte de cartas	0	0	0	0,00%	

**Tabela 16** - Valores de utilização e razões de não utilização dos diferentes recursos complementares e valor da “Taxa Global de utilização do necessário”

Dos recursos complementares elencados, os recursos mais utilizados, e que, simultaneamente, foram considerados como necessários para um grande número de casos, foram o “telefone/ telemóvel” e as “próteses auditivas”, com taxas de utilização de 85,07% e de 72,22%, respetivamente. As razões económicas foram apontadas, em quatro (4) casos como o motivo para o telefone não ser usado, apesar de necessário. Na caso das pessoas dependentes que vivem sozinhas, este recurso é essencial. No que se reporta às próteses auditivas, nas razões que justificam a sua “não utilização”, categorizadas como “outra razão”, emergiram, mais uma vez, atitudes e significados dificultadores (Cfr. ICN, 2011) atribuídos àquele equipamento. De acordo com as nossas notas de campo, com frequência, os inquiridos referiram que o dependente, por exemplo, apesar de ter diminuição da acuidade auditiva, não queria usar a prótese porque entendia que a mesma perturbava a sua imagem corporal. Este tipo de significados e atitudes foram sendo evocados para explicar a “não utilização” de outros recursos como as canadianas, a bengala ou os andarilhos.

Recursos como o “enfia agulhas”, a “pinça para alcançar objetos” ou o “suporte de cartas” apresentaram taxas de utilização nulas. Estes tipos de recursos estão mais dirigidos a atividades de autocuidado mais avançadas, não constituindo prioridades para as famílias, apesar de alguns deles terem sido considerados como necessários.

#### 4.4 Dos serviços de apoio e recursos financeiros

---

Finalizada a descrição dos resultados centrados na utilização de equipamentos, tomando por referência os diferentes domínios do autocuidado, importa evoluir na descrição daquilo que se reporta à utilização, por parte das famílias que tomam conta de dependentes em casa, de serviços de apoio (formais e informais) e recursos financeiros. Assim, neste ponto serão apresentados os resultados apurados relativamente aos serviços de apoio (formais e informais) e aos recursos financeiros que eram mobilizados pelas famílias. Na recolha de dados relativa a este tipo de recursos, a forma como colocámos as questões visou conhecer os recursos que, “naquele momento” cada um dos casos estava a utilizar. Claro que aqui, quando dizemos, “naquele momento”, podemos estar a referir-nos a um horizonte mais lato, na medida em que recursos como o enfermeiro, o médico ou subsídios e complementos sociais não têm um carácter tão circunscrito ao momento.

Naquilo que se reporta a estes tipos de recursos, não utilizámos a lógica de análise dos dados, tomando por referência aquilo que era necessário e, após, aquilo que (efetivamente) era usado. Neste particular, orientamos a nossa recolha e análise dos dados, apenas para aquilo que era utilizado. Se é certo que poderíamos ter um juízo (clínico) mais seguro sobre a necessidade, por parte de um caso, do apoio de um médico ou de um fisioterapeuta, já seria mais difícil dizer se seria necessário, por exemplo, o rendimento solidário para idosos. Contudo, apesar desta nossa opção, não temos dúvidas que os recursos económicos são algo que condiciona os projetos de saúde das pessoas, pelo que têm que ser equacionados nas abordagens terapêuticas dos enfermeiros.

Em primeiro lugar, apresentamos os resultados relativos aos serviços de apoio, formais e informais e, depois, abordamos num outro ponto a utilização dos recursos financeiros. Tomamos a opção de organizar os resultados, em cada uma das tabelas, ordem decrescente de utilização de cada um dos recursos.

##### 4.4.1 Dos serviços de apoio

---

Dentro desta categoria foram estudados serviços de apoio de carácter profissional (formal) e de carácter informal, como o apoio de vizinhos, parentes e amigos.

Na tabela seguinte, fazemos a descrição das taxas de utilização de cada um dos recursos profissionais a que as famílias recorriam, devido à dependência no autocuidado de um dos seus membros.

<b>Recursos profissionais</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>
Médico	126	35	78,26
Enfermeiro	70	91	43,48
Assistente social	22	138	13,75
Fisioterapeuta	14	146	8,75
Outro	6	131	4,38
Nutricionista	1	158	0,63
Psicólogo	0	159	0

**Tabela 17** - Caracterização da utilização dos serviços de apoio: recursos profissionais

Desde logo, constatamos que apenas um dos recursos profissionais estudados era utilizado por mais de metade dos casos; referimo-nos aos serviços médicos, com uma utilização de 78,26%.

Foi interessante e desafiante percebermos que, apenas 43,48% dos casos referiram ter recebido visitas e apoio das equipas de enfermagem no domicílio. Se não existem dúvidas de que uma parte substantiva das necessidades em cuidados destes clientes se inscreve no âmbito do âmbito dos cuidados de enfermagem, estes nossos resultados, bem com aqueles que emergiram de outros estudos, devem ser tomados em linha de conta na definição de estratégias de acompanhamento das famílias que integram dependentes. Com efeito, num estudo realizado por Petronilho (2007), as famílias participantes referiam que a equipa de enfermagem realizava visitas domiciliárias quando eram solicitadas, essencialmente para cuidados de troca ou inserção de dispositivos invasivos (cateteres vesicais ou sondas gástricas) e execução de tratamento de feridas, havendo mesmo MFPC que referiam nunca ter sido visitados por um enfermeiro, apesar de cuidarem de um familiar “grande dependente”. Num estudo realizado por Quaresma (2008), os clientes idosos entrevistados referiram que raramente ou nunca ocorreu orientação pela enfermagem para os suportes sociais disponíveis. Partindo do facto de que as necessidades dos dependentes enquadram-se muito além do diagnóstico e tratamento médicos, estes dados levam-nos a pensar que muito existe por fazer nesta área; pelo que este tipo de resultados deve, sem qualquer margem para dúvida, ser incorporado na decisão política.

No que diz respeito aos restantes recursos profissionais, todos evidenciaram taxas de utilização bastante reduzidas, o que alinha com os achados do estudo de Petronilho (2007). Contudo, assumimos que, na realidade, a necessidade de, por exemplo, um psicólogo para tomar conta de um dependente no domicílio, é algo que é muito menos relevante que usufruir do apoio de um enfermeiro, de um médico ou fisioterapeuta.

Os estudos que vão sendo realizados neste domínio, muitos no norte do país, vão tornando evidente alguma insatisfação e taxas de utilização de recursos profissionais de apoio aos MFPC muito baixas (Imaginário, 2004; Petronilho, 2007), sendo muitas vezes a família com quem coabitam o único suporte para membros dependentes (Petronilho, 2007). As pessoas dependentes apresentavam, num outro estudo, uma visão negativa, relativamente aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (Louro, 2010). A sobrecarga dos familiares

cuidadores, tantas vezes utilizada como um importante indicador do exercício do papel, poderia ser prevenida ou diminuída, se não houvesse uma manifesta carência de apoios formais (Pimentel & Albuquerque, 2010).

Foram referidos vários recursos informais para cuidar de dependentes, no domicílio, à semelhança de outros estudos (Pinto, Carranca, & Brites, 2010). Na tabela que se segue encontram-se descritas as taxas de utilização de cada um dos recursos “não profissionais”, por nós estudados.

<b>Recursos não profissionais</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>
Familiar	98	42	70
Empregada	20	120	14,29
Vizinho	18	122	12,86
Amigo	3	137	2,14
Outro	1	139	0,71

**Tabela 18** - Caracterização da utilização dos serviços de apoio: recursos não profissionais

No nosso estudo, o recurso “família” foi o recurso mais referido (70%) entre os recursos não profissionais. O mesmo se verificou noutro estudo, onde o apoio recebido pelos recursos não profissionais, está centrado na família (Petronilho, 2007). O que corrobora o que foi referido no enquadramento teórico. Assim, continua a ser a família o recurso não profissional mais utilizado (Louro, 2010).

Os vizinhos e os amigos, no estudo “preparação do regresso a casa”, representavam 12,86% e 2,14%, respetivamente. Os vizinhos e os amigos não se revelaram neste estudo um recurso muito referido (12,9% e 2,1%, respetivamente), enquanto recurso não profissional de apoio ao MFPC no cuidado ao dependente. O mesmo sucedeu num outro estudo em que 37,21% dos dependentes referiram ausência de apoio dos amigos (Petronilho, 2007; Louro, 2010;). Quando existe apoio dos vizinhos e amigos, este é, essencialmente, de supervisão e de apoio emocional (Araujo, Paul, & Martins, 2010).

É comum as famílias com mais recursos financeiros terem alguém que presta parte dos cuidados aos familiares, mas de forma remunerada (Petronilho, 2007).

É um facto que nos últimos anos tem aumentado a “consciência coletiva” sobre a necessidade de organizar os serviços de apoio à prestação de cuidados a dependentes, que se encontram em casa. Assim, vamos assistindo à disponibilização de serviços de apoio, cada vez mais específicos e estruturados, facto que pode ser muito relevante para as famílias, o que nos levou a recolher dados sobre a sua utilização. Aqui referimo-nos a serviços como os serviços de “cuidados de higiene e conforto” ou a “confeção de refeições”. Estes serviços, à luz do referencial teórico que ilumina este estudo (Meleis et al., 2000), podem ser entendidos como elementos que podem condicionar o exercício do papel de MFPC e, no particular dos dependentes, facilitar a sua recuperação da autonomia.

Os resultados da utilização de serviços de apoio mais específicos, por parte dos casos que constituíram a nossa amostra são apresentados na tabela seguinte.



Serviços	Sim	Não	%
Centro de Saúde/ USF	144	17	89,44
Hospital	138	22	86,25
112 INEM	69	90	43,4
Cuidados de higiene e conforto	28	132	17,83
Cabeleireiro, manicura e esteticista	25	135	15,63
Confeção de refeições e apoio durante as mesmas	16	144	16,25
Linha de saúde 24	13	145	8,23
Acompanhamento do dependente em casa	9	153	5,56
Apoio no tratamento da roupa do dependente	4	156	2,5
Acompanhamento do dependente ao exterior	3	157	1,88
Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas	3	157	1,88
Apoio na compra de artigos alimentares	3	157	1,88
Teleassistência	1	156	0,64
Aconselhamento e instalação de equipamentos adequados	1	158	0,63
Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente	1	158	0,63
Apoio na compra de medicamentos	0	160	0

**Tabela 19** - Caracterização da utilização dos serviços de apoio específicos

Dos diversos serviços mais específicos que foram elencados, o hospital e o centro de saúde / USF são os recursos que os inquiridos referiram utilizar mais frequentemente. Na realidade, são estes os dois recursos com taxas de utilização acima dos 50%. Todos os outros serviços, esses, em rigor, muito mais específicos, têm taxas de utilização muito reduzidas, algumas mesmo absolutamente residuais. A taxa de utilização do hospital apresenta-se próximo dos 86%. Este facto, de acordo com os dados que foram colhidos no estudo alargado em que o nosso se insere, indica, muitas vezes, episódios de recurso aos serviços de urgência. Todavia, é certo que em várias situações, as respostas dos inquiridos referiam a utilização do hospital para consultas de rotina e atos similares. No entanto, se lermos estes dados em conjunto com a taxa de utilização dos cuidados de enfermagem, no domicílio, poderemos, de alguma forma, admitir uma existência de uma rede de apoio domiciliário insuficiente, em termos de cuidados de saúde, facto já descrito noutros estudos realizados em Portugal (Petronilho, 2007; Marques & Dixe, 2010).

Como vimos, a grande maioria dos serviços de apoio que designamos como “específicos” tinham taxas de utilização muito baixas. Note-se a utilização do “apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente”. Repare-se que este aspeto poderá ser de extrema importância para a promoção da autonomia dos dependentes, por via das adaptações e das alterações realizadas na habitação. Este é um elemento que progressivamente terá que ser integrado na abordagem terapêuticas às famílias que integram dependentes, tal como já tem vindo a ser apontado por outros estudos (Loureiro, Couto, & Sobral, 2010). Com efeito, em apenas um dos casos aquele serviço foi utilizado. De acordo com as nossas notas de campo, tratava-se de um membro da família prestador de cuidados que tinha recorrido ao serviço porque um profissional

de saúde o tinha alertado para a utilidade do mesmo. Ora, os clientes devem ser ajudados e orientados para os diferentes serviços, dimensão relevante dos cuidados de enfermagem. Este tipo de serviços poderia ser advogado, por exemplo, na preparação do regresso a casa, após episódios de internamento hospitalar, facto que poderia concorrer para o potenciar da reconstrução da autonomia dos dependentes e / ou o exercício do papel de MFPC.

#### 4.4.2 Dos recursos financeiros

A nossa opção por estudar a natureza dos recursos financeiros mobilizados pelas famílias para cuidarem dos seus dependentes, derivou da evidência do *status* socioeconómico ser um condicionalismo relevante do curso das transições experienciadas pelos clientes (Meleis et al., 2000). No macro-estudo em curso, os rendimentos das famílias foi uma das variáveis estudadas, exatamente pela relevância que pode ter para a compreensão da problemática. Contudo, não é no nosso trabalho que tais inferências, nomeadamente estatísticas, são realizadas.

Por outro lado, relativamente aos recursos económicos e financeiros, é certo que cada um destes recursos não é mutuamente exclusivo, existindo, como sabemos, um conjunto de regras que regulam o acesso às participações sociais. O nosso objetivo não foi entrar nestes domínios, porque extravasam a competência dos enfermeiros, apenas tomar conhecimento sobre aquilo que as famílias acabam por usar, na medida em que isso pode condicionar as atividades de cuidado aos dependentes e a promoção da autonomia dos mesmos.

De um grande leque de recursos financeiros elencados, desde logo, destacam-se as *pensões / reformas*, como é possível constatar na tabela seguinte. Note-se que a maior parte dos dependentes eram, no momento da colheita de dados, pensionistas/ reformados.

Recurso	Sim	Não	%
Pensão/ reforma	152	9	94,41
A cargo da família	69	84	45,10
Outros recursos	16	132	10,81
Complemento de Dependência	14	140	9,09
Rendimento Solidário para Idosos	12	141	7,84
Rendimento do trabalho	9	145	5,84
Esmolas/ donativos	4	150	2,60
Subsídio de Desemprego	3	150	1,96
Apoio social	1	152	0,66
Rendimento social de inserção	1	151	0,66
Outros subsídios temporários	1	153	0,65
Rendimentos da propriedade e da empresa	1	153	0,65
Programa Conforto Habitacional para Idosos	0	154	0%
Subsídio Temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	0	154	0%

**Tabela 20** - Caracterização da utilização dos recursos financeiros

Os encargos que derivam e estão associados à condição de dependência de um dos membros da família, para além de serem suportados pelas pensões e reformas dos próprios dependentes, em cerca de 45,10% estão “a cargo da família”. Este nosso resultado está em linha com os resultados de um estudo realizado com pessoas idosas, que concluiu que, quando existe cuidado especializado ou empregada doméstica, estes encargos são suportados pelo próprio idoso ou pela família (Pimentel & Albuquerque, 2010).

Sendo a família o recurso não profissional mais frequente na prestação de cuidados ao dependente, importa considerar que é também a família quem representa um dos principais recursos financeiros no suporte dos encargos associados às atividades de apoio ao dependente. A família surge, assim, como uma importante “fonte” de apoio financeiro. Aquando da colheita de dados, vários inquiridos, referiram que não sabiam como aceder aos subsídios / participações, dizendo mesmo que nem tinham noção que os mesmos existiam. Ora, mais uma vez, é adequado dizer, que “ninguém usa aquilo que desconhece”. Aumentar o nosso (dos enfermeiros) conhecimento sobre os aspetos gerais que regulam e determinam o acesso a alguns destes apoios financeiros poderá ser um passo importante para ajudar as famílias, não dispensando (antes pelo contrário) os serviços especializados que existem.

Importa, ainda, lembrar que, em média, os dependentes estavam nessa condição há cerca de seis anos, havendo mesmo pessoas dependentes com 50 anos de dependência. Obviamente, manter um dependente no seio da família durante tão longos períodos de tempo exige uma vasta gama de recursos e apoios; estes, quando são insuficientes, podem comprometer os processos familiares (Campos, 2008; Santos, 2008).

A falta de recursos económicos é referida como fonte de angústia nas famílias cuidadoras (Lopes, 2007). Assim, a falta de apoio económico traduz reais necessidades dos dependentes e dos seus cuidadores (Louro, 2010). Na medida em que a dependência exige tempo e dedicação, com o passar daquele as dificuldades económicas tendem a agravar-se (Santos, 2008).

Existe uma forte relação entre as “condições socioeconómicas desfavoráveis e a vulnerabilidade agravada das pessoas com incapacidade” (Portugal, et al., 2011). Os recursos financeiros são de extrema importância para a satisfação das necessidades dos dependentes e dos seus cuidadores informais; na medida em que são, muitas vezes, o meio para o acesso a outros recursos (materiais e de pessoas) que se podem revelar adequados para o cuidado ao dependente (Andrade, 2009; Fonseca, Gonçalves, & Pereira, 2010).

Um estudo realizado com pessoas dependentes e seus cuidadores, que são readmitidos no SU, revelou que quando os cuidadores necessitaram de ajudas técnicas, adquiriram-nas através da compra direta, através da assistência social do hospital ou de familiares (Marques & Dixe, 2010). Num estudo realizado por Lopes (2007) com dependentes idosos, foram identificadas várias dificuldades sentidas, no que respeita aos serviços sociais / saúde:

”Desconhecimento dos serviços existentes que dão resposta às diferentes necessidades e problemas apresentados pelos idosos em situação de dependência; dificuldade na acessibilidade aos serviços existentes; altas hospitalares sem apoio que permita uma continuidade de cuidados e apoio domiciliário não adaptado às necessidades da pessoa dependente”

A falta de informação dos recursos disponíveis na comunidade constitui uma dificuldade de participação do cuidador informal na prestação de cuidados (Abreu, 2011, cit. Hirst, 2005). A ausência de recursos (financeiros, físicos e humanos) apresenta-se na literatura como um fator de extrema importância na esfera das dificuldades que surgem ao cuidar de um dependente (Petronilho, 2007; Pinto, Carranca, & Brites, 2010). Esta ausência, ou limitação, constitui, portanto, um forte condicionalismo para transições saudáveis, nomeadamente quando pensamos na preservação ou maximização da autonomia dos dependentes e o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados.

## 5. Conclusões

---

Ao estruturarmos o nosso relatório de investigação entendemos adequado criar um capítulo, ainda que sintético, que se constitua como o agregado das principais conclusões que resultaram do percurso empreendido. Assim, nestas conclusões pretendemos, em primeiro lugar, colocar em relevo a adequação dos dispositivos metodológicos aos objetivos que definimos. Após, consideramos importante capitalizar os principais resultados do estudo realizado.

Numa população progressivamente mais idosa, com degradação progressiva dos processos corporais, o fenómeno da dependência no autocuidado assume uma importância extrema.

O estudo aqui apresentado, naturalmente inserido num outro mais alargado, possibilitou-nos aumentar o nosso conhecimento sobre uma dimensão que se julga muito relevante quando se equaciona o fenómeno da dependência no autocuidado e o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados.

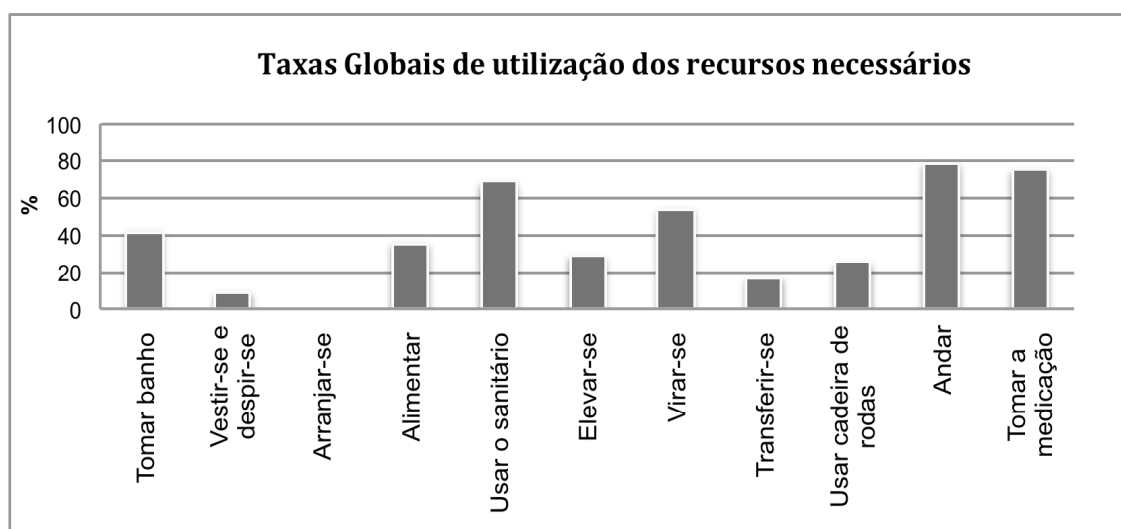
A adoção de um desenho de perfil quantitativo permitiu-nos identificar e descrever a problemática da utilização de recursos, face à condição de dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas do concelho do Porto. Esta nossa convicção deriva da natureza da amostra e do plano de amostragem utilizado. Sendo certo que cerca de 10,41% das famílias clássicas do Porto integram, pelo menos, um membro dependente no autocuidado; constatámos que os dependentes que foram, avaliados como todo o rigor e propriedade, quanto ao tipo e nível de dependência, eram pessoas que, em termos globais, apresentavam níveis muito “elevados de dependência”, necessitando, na maioria dos casos de um familiar cuidador. Neste quadro, foi-nos possível construir um discurso de resposta às nossas perguntas de investigação.

Contudo, todos os estudos encerram limitações. No percurso que realizámos, com alguma frequência, foi-nos difícil produzir um juízo clínico sobre a necessidade de alguns recursos, na medida em que, nalguns casos não nos foi possível observar o dependente, tendo os dados colhidos resultado de uma inferência derivada daquilo que os familiares cuidadores nos diziam. Por outro lado, relativamente às razões para a “não utilização dos recursos”, no particular da categoria – “outra razão” –, por vezes, constatávamos que alguns familiares cuidadores mais “criativos” tinham desenvolvidos “recursos” alternativos. Apesar disso, acabávamos por documentar que a razão para a não utilização do recurso era “outra”. Estes tipos de estratégias desenvolvidas por alguns dos participantes no nosso estudo, apesar de poderem ser lidas como estratégias de “*coping*”, tradutoras de “envolvimento” (Cfr. Meleis et al., 2000), acabavam

por resultar de algum desconhecimento sobre a existência de tais recursos. Nas “outras razões” para não utilizar determinados recursos, também importa salientar a existência de situações em que aquilo que emerge e explica a “não utilização de recursos” eram significados e atitudes dificultadoras associadas aos equipamentos. Todos estes dados, que acabam por ser relevantes, ficaram incluídos na categoria –“outra razão”.

No contexto do referencial teórico em que assentou o nosso estudo (cfr. Meleis et al., 2000; Meleis, 2007), assumir a responsabilidade pelas atividades de tomar conta de um dependente, no seio da família, bem como preservar ou reconstruir a autonomia no autocuidado são transições que podem ser condicionadas por diversos aspetos, entre os quais estão os recursos – objeto central deste nosso estudo. O estudo que aqui relatamos permitiu tornar mais claro quais os recursos, equipamentos e serviços de apoio que, sendo necessários face à condição de dependência de um membro da família, acabam por ser, de facto, utilizados. Simultaneamente, foi-nos possível identificar as principais razões que justificam a “não utilização do necessário”. Pelo exposto, entendemos que existiu congruência entre as nossas perguntas de investigação e as opções metodológicas que tomámos.

Em termos de principais resultados, julgamos adequado salientar que a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários, face à condição de dependência no autocuidado, fica na ordem dos 43,16%. Assim, verifica-se que, globalmente, os casos estudados utilizam menos de metade dos equipamentos que necessitavam.



**Gráfico 1 – Taxas Globais de utilização dos recursos necessário**

Dos onze (11) domínios do autocuidado estudados, apenas quatro (4) apresentaram taxas de utilização do necessário acima dos 50%. Aqui destacam-se o “andar”, o “tomar a medicação”, o “usar o sanitário” e o “virar-se”.

No estudo aqui apresentado, os recursos materiais e os equipamentos com maiores taxas de utilização são, em vários domínios, recursos muito orientados para o controlo de situações patológicas; referimo-nos a equipamentos como a “caneta de insulina”, o “nebulizador” ou os

equipamentos de “oxigenoterapia”. Estes recursos com maior taxa de utilização, de alguma forma, corroboram o facto de muito do apoio formal dispensado às famílias derivar de um modelo biomédico, centrado na gestão de sinais e sintomas das doenças (Silva, 2007).

A utilização dos recursos profissionais proporcionados pelos serviços de enfermagem, neste nosso estudo, ficou aquém dos 50%; facto que assume especial relevância e utilidade para o planeamento em saúde, nomeadamente à escala dos agrupamentos de centros de saúde que servem o concelho do Porto e respetivos hospitais de referência.

Naquilo que se reporta às razões que sustentam a “não utilização” dos diferentes equipamentos e recursos, importa considerar os défices de conhecimento dos clientes, bem como algumas limitações económicas. Para além disso, foi-nos possível perceber que, por vezes, alguns equipamentos não eram usados devido a significados e atitudes dificultadoras dos dependentes, face a tais recursos. Estes aspetos colocam em destaque a necessidade de evoluirmos para terapêuticas de enfermagem orientadas para o advogar e instruir o uso dos recursos, bem como a reestruturação de significados e atitudes que, de alguma forma, limitam a utilização de alguns equipamentos.

No contexto da assistência a dependentes, a forma como a família mobiliza os recursos internos/ externos determina como esta ultrapassa ou minimiza a situação de crise (Monteiro, 2010). Existem determinados tipos de intervenções, específicas, que facilitam as transições saudáveis, sendo a educação o primeiro aspeto a ter em conta (Watson & Pulliam, 2000). Facilitar e promover transições saudáveis é vital para os projetos de saúde dos clientes, assim como um desígnio da enfermagem (Meleis, et al., 2000; Watson & Pulliam, 2000). Cabe ao enfermeiro, orientar e educar a família. Um estudo realizado com pessoas com demência (dependentes) e seus cuidadores, revelou que as necessidades dessas pessoas, por vezes, não são satisfeitas por falta de conhecimento da oferta dos serviços existentes e por oferta insuficiente dos mesmos (Roest, et al., 2009).

É de extrema importância que a família seja envolvida em atividades que visem a manutenção / promoção da autonomia da pessoa dependente no autocuidado.

Apesar da elevada percentagem de casos que referiram já ter recorrido aos Centros de Saúde / USF e Hospitais (89,44% e 86,25%, respetivamente), os serviços de enfermagem, com o vimos, ocupam o segundo lugar nos recursos profissionais (de saúde) mais utilizados. Em primeiro lugar, encontram-se os serviços médicos. Assim, admite-se que a utilização dos serviços de saúde está muito dirigida ao diagnóstico e tratamento de doenças (nomeadamente agudas). Quando os serviços de enfermagem eram utilizados, o objetivo dos clientes era a execução de “tratamentos” como: algaliações, tratamentos a feridas ou colocação de sondas nasogástricas. Estes achados ajudam-nos a criar a convicção que muitos dos clientes não concebem os cuidados de enfermagem como um meio para a promoção da autonomia dos dependentes e das competências dos MFPC. Urge, enquanto enfermeiros, reposicionar e expandir o nosso foco de atenção, promovendo uma enfermagem que seja mais significativa para os clientes e por isso, mais avançada (Locsin, 2002; Silva, 2007).

Em Portugal as redes de suporte, no que respeita a recursos materiais, financeiros e serviços de apoio, apesar de ainda limitadas, estão em expansão. A melhoria do potencial de aprendizagem do cliente dependente e dos seus familiares cuidadores é considerada uma “estratégia bem-sucedida na gestão e no tratamento dos processos de saúde-doença” (Petronilho, 2012).

O conceito de *empowerment* dos clientes pode ser de extrema relevância neste fenómeno da dependência no autocuidado e do exercício do papel de membro da família prestador de cuidados. O enfermeiro pode ser um importante apoio profissional, auxiliando os clientes a acederem e mobilizarem os recursos; sendo ele mesmo um recurso nuclear nos processos de transição (Petronilho, 2010). Os enfermeiros devem capacitar os clientes para que adquiram conhecimentos sobre os recursos e competências para lidar com as doenças e as limitações no autocuidado, tendo sempre por horizonte o sentido da autonomia pessoal e da autoeficácia (Pereira, Fernandes, Tavares, & Fernandes, 2011).

À semelhança do que é referido no programa “*Common core principles to support self care: a guide to support implementation*”, tendo por base a falta de conhecimento sobre os recursos, parece-nos importante apoiar os dependentes e os seus familiares cuidadores no acesso e na preparação para usarem os meios e os equipamentos que, no juízo clínico do enfermeiro, possam ser necessários e úteis à promoção do seu bem-estar.



## 6. Referências Bibliográficas

---

- Ávila, R. (2009). *Idosos: A enfermagem e os cuidados de proximidade*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Abramowitz, S., Koenig, L. J., Chandwani, S., Orban, L., Stein, R., LaGrange, R., & Barnes, W. (2009). Characterizing social support: Global and specific social support experiences of HIV-infected youth. *AIDS Patient Care & STDs*, 23(5), pp. 323-330.
- Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos culturais* (2ª Edição: revisada e atualizada). Coimbra: Formasau.
- Alto Comissariado da Saúde. (março de 2010a). *Atlas do Plano Nacional de Saúde*. Acedido em 15 de setembro de 2010, de [http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/03/cap2\\_Atlasv7.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/03/cap2_Atlasv7.pdf)
- Alto Comissariado da Saúde. (8 de julho de 2010b). *Evolução dos valores dos indicadores em Portugal Continental (2001-2009)*. Acedido em 15 de setembro de 2010, de [http://www.acs.min-saude.pt/pns/files/2007/11/EvolucaoContinente\\_8Jul2010.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns/files/2007/11/EvolucaoContinente_8Jul2010.pdf)
- Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação (área de especialização em Educação para a Saúde), Universidade do Minho, Braga
- Araujo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 45-53.
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellstrom, T. (2006). Acedido em 3 de novembro de 2009, de Basic Epidemiology: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073_eng.pdf)
- Campos, M. (2008). *Integração na família de uma pessoa dependente no Autocuidado: impacto da acção do enfermeiro no processo de transição*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto
- Carvalho, M. I. (janeiro de 2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, pp. 77-96.
- Carretero, S., Garcés, J., & Ródenas, F. (2007). Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), pp. 738-749.

- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing research methodology*, pp. 237-257.
- Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas em Situação de Dependência. (21 de abril de 2006). *Cuidados Continuados: Saúde e Apoio Social*. Acedido em [http://www.pedromartinho.com/portal/imagens/Rede\\_Cuidados\\_Continuados.pdf](http://www.pedromartinho.com/portal/imagens/Rede_Cuidados_Continuados.pdf)
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 127-136.
- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R., & Marks, S. (2010). *Enfermagem baseada em evidências*. (A. Thorell, Trans.) Porto Alegre: Artmed.
- European Commission. (2003). Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union. *Office for Official Publications of the European Communities*.
- Duque, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado – estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Davies, S., & Nolan, M. (2004). 'Making the move': Relatives' experiences of the transition to a care home. *Health & Social Care in the Community*, 12(6), pp. 517-526.
- Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. (2009). *Plano de Saúde Região Norte 2009-2010*. Acedido em 15 de setembro de 2010, de Alto Comissariado da Saúde: [www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/Plano-de-Saude-da-Região-Norte2009-2010.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/Plano-de-Saude-da-Região-Norte2009-2010.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2 de julho de 2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Felício, M., Machado, V., & Teixeira, C. (2009). *Perfil Local de Saúde 2009 - ACES Porto*. Acedido em janeiro 10, 2010, from [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Saúde%20Pública/Planeamento%20em%20Saúde/Perfis%20de%20Saúde/PLS/PDF\\_PLS09\\_12\\_Porto.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Saúde%20Pública/Planeamento%20em%20Saúde/Perfis%20de%20Saúde/PLS/PDF_PLS09_12_Porto.pdf)
- Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2009). Dos contextos da prática à (co) construção do modelo de cuidados de de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, pp. 615-621.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2ª Edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A., Gonçalves, D., & Pereira, S. (2010). Working family carers in Portugal: between the duty and the burden of caring for old vulnerable people. *International Journal of Palliative Nursing*, 16, pp. 476-480.

- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (outubro de 2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Obtido em dezembro de 2010, de [http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf)
- Geirinhas, J. (2001). Conceitos e Metodologias - BGRI - Base Geográfica de Referenciação de Informação. *Revista de estudos regionais* .
- Gil, A. C. (2007). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (5ª Edição). E. Atlas: São Paulo.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação - Aplicação e processo* (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- ICN. (2011). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE versão 2- Tradução Oficial Portuguesa)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Imaginário, C. M. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005, janeiro). *Quarto Inquérito Nacional de Saúde*. Acedido em maio 10, 2009, em [http://metaweb.ine.pt/sim/CONCEITOS/Detalle.aspx?cnc\\_cod=177&cnc\\_ini=24-05-1994](http://metaweb.ine.pt/sim/CONCEITOS/Detalle.aspx?cnc_cod=177&cnc_ini=24-05-1994)
- Khalili, Y. (2007). Ongoing transitions: The impact of a malignant brain tumour on patient and family. *AXON/ L'AXONE*, 28(3), pp.5-13.
- Lwanga, S., & Lemeshow, S. (1991). Obtido em 2 de novembro de 2009, de Sample size determination in health studies: a practical manual: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=WHOLIS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=9241544058&indexSearch=ID>
- Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar, Porto.
- Lee, C., & Gramotnev, H. (2007). Transitions into and out of caregiving: Health and social characteristics of mid-age Australian women. *Psychology & Health* , 22 (2), pp. 193-209.
- Locsin, R. (2002) – Quo Vadis? Advanced Practice Nursing or Advanced Nursing Practice? *Holistic Nursing Practice*. 16 (2), pp. 1-4
- Loureiro, C., Couto, G., & Sobral, S. (2010). Estratégias adaptativas face à incapacidade permanente em contexto de Acidente Vascular Cerebral. In *Enfermagem de Reabilitação* (p. 185). Coimbra: Formasau.
- Louro, M. C. (fevereiro de 2010). A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio. *Revista Investigação em Enfermagem* , pp. 59-68.
- Lopes, L. M. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , 25, pp. 39-46.
- Nolan, M. R., & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: A neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 14(11), pp. 950-961.
- Marconi, M., & Lakatos, M. (2008). *Técnicas de Pesquisa* (4.ª Edição). E. Atlas: São Paulo.

- Marques, R., & Dixe, M. (2010). Dificuldades dos cuidadores de doentes dependentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, pp. 487-497.
- Meleis, A. (1975). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. *Nursing research*, 14, pp. 264-271.
- Meleis, A. (2005). *Health Systems: Putting Pieces Together*. Ten Years On: Preparing Systems for Future Needs. Washington: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28.
- Meleis, A. I., & Im, E. (1999). Transcending marginalization in knowledge development. *Nursing Inquiry*, 6(2), pp. 94-102.
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Montezuma, C., Freitas, M., & Monteiro, A. (2008). A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 10 (2), pp. 395-404.
- Monteiro, M. C. (2010). *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: O início da dependência*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- OECD. (2010). *Improving Health Sector Efficiency: the role of information and communication technologies*.
- Oliveira, M. A., Queirós, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde e Doenças*, pp. 181-196.
- Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4ª Edição). Saint. Louis, Mosby.
- Orem, D. (1993). *Conceptos de enfermagem en la práctica: Modelo de Orem*. Masson.
- Peeters, J. M., Van Beek, Adriana P. A., Meerveld, J. H. C. M., Spreeuwenberg, P. M. M., & Francke, A. L. (2010). Informal caregivers of persons with dementia, their use of and needs for specific professional support: A survey of the national dementia programme. *BMC Nursing*, 9, 9-16.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing - Edição Portuguesa*, pp. 8-15.
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade: Do exercício Profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um dependente no autocuidado: uma revisão de literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 43-58.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

- Pinto, A. F., Carranca, M. I., & Brites, M. A. (2010). Acolher em casa o utente dependente com afecção neurocirúrgica: vivências da família/ pessoa significativ. *Revista Investigação em Enfermagem* , pp. 69-81.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família* (2.<sup>a</sup> Edição). Coimbra: Quarteto.
- Pimentel, L., & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. *Textos & Contextos* , pp. 251-263.
- Pires, A. I., Pereira, J. A., & Pereira, V. L. (2010). A família na experiência de cuidar de um doente amputado. In *Enfermagem de Reabilitação*. Coimbra: Formasau.
- Polit, D., & Beck, C. (2004). *Nursing research: Principles and Methods* (7<sup>a</sup> Edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5<sup>a</sup> Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D.; & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3<sup>a</sup> Edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal, S., Martins, B., Ramos, L., Hespanha, P., Alves, J., & Fidalgo, J. (2011). *Estudo de avaliação do impacto dos custos financeiros e sociais da deficiência*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Proot, I. M., Abu-Saad, H., Van Oorsouw, G., & Stevens, J. (2002). Autonomy in stroke rehabilitation: The perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 9(1), pp. 36-50.
- Quaresma, I. (2008). *O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2010). *Cuidados Continuados: Saúde e Apoio Social*. Portugal.
- Ribeiro, J. L. (2002). O Consentimento Informado na Investigação em Psicologia da Saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças* , pp. 11-22.
- Rodriguez-Sanchez, E., Mora-Simon, S., Porrás-Santos, N., Patino-Alonso, M., Recio-Rodrigues, M. J. (2007). Percepção da qualidade de vida dos idosos maiores de 75 anos no concelho de Vila Nova de Gaia: Estratégias educativas para a mudança. *Ser Saúde*, pp. 56-69.
- Rodriguez, J., Becerro-Munoz, C., Garcia-Ortiz, L. (2010). Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. study protocol. *BMC Public Health*, 10(1), pp. 559.
- Roest, H., Meiland, F., Comijs, H., Derksen, E., Jansen, A., Hout, H., et al. (2009). What do community-dwelling people with dementia need? A survey of those who are known to care and welfare services. *International Psychogeriatrics* , pp. 949-965.
- Santos, D. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa

- São José, J. (2003). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), pp. 119-127.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*.
- Silva, M. (2009). Importância da avaliação das necessidades da família do doente, para o desenvolvimento da profissão de enfermagem. *Sinais Vitais*, pp. 45-48.
- Silva, R. (2011). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. *Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto*.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2.ª Edição). Porto: Ambar.
- Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Stolz, P., Uden, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home -- a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), pp. 111-119.
- Tsai, S., & Wang, H. (2009). The relationship between caregiver's strain and social support among mothers with intellectually disabled children. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), pp. 539-548.
- Turner, B., Fleming, J., Parry, J., Vromans, M., Cornwell, P., Gordon, C., & Ownsworth, T. (2010). Caregivers of adults with traumatic brain injury: The emotional impact of transition from hospital to home. *Brain Impairment*, 11(3), pp. 281-292.
- Veríssimo, C., & Moreira, I. (2004). *Os Cuidadores Familiares/Informais. Cuidar do doente idoso dependente em domicílio* (Vol. 8). Lisboa: Pensar Enfermagem.
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: Da paixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Watson, N., & Pulliam, L. (2000). Transgenerational health promotion. *Holistic Nursing Practice*, 14(4), pp. 1-11.
- Yang, S. (2008). A mixed methods study on the needs of korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 79-86.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev.latino-am.enfermagem*, 7 (3), pp. 25-32.
- Zem-Mascarenhas, S., & Barros, A. (2009). O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (1), pp. 45-54.
- Zhan, H. J. (2005). Social-economic context of parent care. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(4), pp. 83-100.

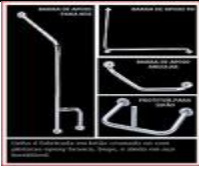



# Anexos





## **Anexo I – Recursos materiais**





<b>Recurso</b>	<b>Imagem</b>	<b>Descrição</b>
<b>Assento suspenso para banheira</b>		Banco de banheira suspenso. Dispositivo para possibilitar um banho mais seguro e sem risco de quedas
<b>Barras de apoio para banho</b>		Permite ao dependente apoiar-se enquanto decorre os cuidados de higiene.
<b>Cadeira de banho (fixa/ giratória)</b>		Cadeira que se adapta à banheira, permitindo uma transferência segura de pessoas com dependência na transferência. Apresenta apoio para braços.
<b>Cadeira higiénica</b>		Cadeira útil para pessoas com dependência no andar/deslocação. Facilita deslocação até à zona do "wc" Ajuda a prevenir quedas.
<b>Elevador de banheira</b>		Permite colocar/ mobilizar numa linha vertical a pessoa na banheira.
<b>Lava cabeças para acamados</b>		Permite lavar a cabeça a pessoas que se encontram deitadas
<b>Antiderrapante</b>		Previne que a pessoa escorregue. Evita quedas.



<b>Recurso</b>	<b>Imagem</b>	<b>Descrição</b>
<b>Abotoador</b>		Recurso muito útil para pessoas que não conseguem abotoar ou que têm muita dificuldade em fazê-lo. O cabo longo torna-se útil para pessoas que possuem diminuição da capacidade de preensão e défices na motricidade fina.
<b>Calça meia/tira meias</b>		Recurso em ferro que permite ao dependente calçar as meias, quando existe dificuldade em se baixar.
<b>Calçadeira de cabo longo</b>		Calçadeira em plástico com cabo ligeiramente longo, diminuindo assim a necessidade do utilizador se curvar.
<b>Cordões elásticos</b>		Os sapatos com cordões elásticos moldam-se aos pés da pessoa, não tendo esta a necessidade de se preocupar em atar/desatar os cordões.
<b>Extensões para fechos de correr</b>		Funcionam como prolongadores. São extensões dos fechos.
<b>Abotoador</b>		Recurso muito útil para pessoas que não conseguem abotoar ou que têm muita dificuldade em fazê-lo. O cabo longo torna-se útil para pessoas que possuem diminuição da capacidade de preensão e défices na motricidade fina.
<b>Calça meia/tira meias</b>		Recurso em ferro que permite ao dependente calçar as meias, quando existe dificuldade em se baixar.



Autocuidado: "arranjar-se"


Recurso	Imagem	Descrição
<b>Pente de cabo longo</b>		Útil para pessoas com limitações ao nível da amplitude do braço que impedem de chegar com o pente comum à cabeça.
<b>Espelho inclinável</b>		Permite ficar inclinado, ou seja, pode ser ajustado. A pessoa pode mobilizá-lo do modo como quiser.





Recurso	Imagem	Descrição
<b>Abridor de frascos</b>		Possui uma pega larga, cuja a extremidade oposta pode ter uma estrutura de aço inoxidável, que permite a abertura de frascos de forma fácil e segura.
<b>Adaptador de talheres</b>		Consiste num talher comum, com um cabo que é adaptado. Ajusta-se à mão da pessoa dependente, com dificuldade de preensão.
<b>Babete</b>		Protege a roupa do dependente e da cama durante a alimentação. Pode ter uma propriedade impermeável.
<b>Copo adaptado</b>		Pode ser recortado, adaptado para líquidos ou sólidos. Impede derrame do conteúdo e facilita a ingestão.
<b>Garfo flexível</b>		Possui um cabo longo, que permite ao dependente no autocuidado alimentar-se (mesmo que possuam dificuldade na preensão).
<b>Rebordo para prato</b>		Facilita o transporte dos alimentos para a colher ou garfo. Útil para pessoas com dificuldades de coordenação ou que recorrem apenas ao uso de uma só mão ou talher.
<b>Suporte de copos</b>		Aplicável em copos, bastante útil para pessoas com dificuldades em segurar o copo devido a défices ao nível da preensão
<b>Suporte de palhinha para copo</b>		Permite a ingestão de líquido, sem ter que levar o copo à boca.







Recurso	Imagem	Descrição
<b>Alteador de sanita</b>		Pode ser adaptado a uma sanita, com o objetivo de elevar a altura da mesma. Facilita a ação aos utilizadores de cadeiras de rodas e aos pacientes em situação pós operatória do colo do fémur.
<b>Arrastadeira</b>		Dispositivo para recolha de urina/ fezes. Utilizado em pessoas com dependência no autocuidado: uso do sanitário, com continência de esfíncteres.
<b>Barra de apoio de sanitário</b>		Adaptação no sanitário que promove segurança na mobilização/deslocação.
<b>Cadeira sanitária</b>		Semelhante a uma sanita. Permite que a pessoa tenha as suas micções/dejeções para um reservatório de recolha ou que seja colocada junto à sanita, removendo-se o reservatório que fica ajustado ao tamanho da sanita.
<b>Cueca impermeável</b>		Tem capacidade de absorção, impedindo que a pessoa se sinta molhada/desconfortável.
<b>Coletor urinário</b>		Dispositivo para uso no dependente do sexo masculino, que permite conectar a um saco coletor, para drenagem de urina.
<b>Esponja para lavar as costas</b>		Possui cabo longo, permitindo alcançar as costas com facilidade, bem como a lavagem das extremidades.



Recurso	Imagem	Descrição
<b>Fralda</b>		Recurso temporário para coletar urina/fezes, em quem não consegue controlar, verbalizar/manifestar a vontade de eliminar. Impede sujar o local onde se encontra o dependente.
<b>Penso absorvente para incontinência</b>		Para prevenção temporária por pequenas perdas de urina. Promove conforto.
<b>Resguardo</b>		Meio de absorção de conteúdo, de modo a proteger roupa/local envolvente, de ficar húmido/sujo. Maior facilidade na substituição e remoção. Mantém ambiente seco.
<b>Saco de colostomia/ ileostomia/ urina</b>		Saco coletor de fezes ou urina, quando estão impossibilitadas as vias normais de eliminação do corpo humano, tendo-se recorrido por meio de intervenção cirúrgica a "ostomia".
<b>Urinol</b>		Reservatório para recolha de urina. Usualmente utilizado pelo sexo masculino, facilitando a eliminação sem grandes mobilizações.



<b>Recurso</b>	<b>Imagem</b>	<b>Descrição</b>
<b>Almofada elevatória</b>		Ideal para pessoas que necessitam de ajuda para se elevarem de uma posição de sentada, levantando até 80% do peso do utilizador. O sistema de elevação entra em funcionamento assim que o utilizador iniciar o levantar, exercendo uma ligeira força ascendente.
<b>Apoio de cabeça anatômico</b>		Consiste numa almofada que molda-se aos contornos do seu pescoço e cabeça, relaxando os músculos e mantendo a curvatura.
<b>Apoio de pés</b>		Permite o apoio dos pés, quando a pessoa se encontra sentada, para não ficar com os pés pendentes.
<b>Barras paralelas e apoios da posição de pé</b>		Consiste numa estrutura, que permite manter a posição de pé.





Recurso	Imagem	Descrição
<b>Grades de apoio/ segurança</b>		Pode ser adaptado à cama, ajudando na prevenção de quedas e à mobilização da pessoa dependente.
<b>Colchão antiúlceras de pressão</b>		Auxilia na prevenção do aparecimento de úlceras de pressão, alternando as zonas de pressão corporal.
<b>Cotoveleira</b>		Proporciona proteção e ajuda a reduzir a pressão nas proeminências do cotovelo e do calcanhar.
<b>Coxim</b>		Similar a uma almofada redonda, não completa no centro. Permite alternar a zona de pressão habitual.
<b>Imobilizador abdominal</b>		Constituído por faixas, que estão indicadas para condicionar parcialmente os movimentos de pessoas, evitando a queda da cama ou a retirada de sondas e goteiras.
<b>Luva de imobilização</b>		Permitem limitar os movimentos das mãos e dedos dos pacientes. Para controlo de situação de agressividade contra si/outros quando está presente desorientação tempo/espaço.
<b>Suporte de costas</b>		É utilizado na prevenção de lesões por esforço de sobrecarga na musculatura das costas e abdómen. Auxilia na manutenção de uma postura adequada.
<b>Dispositivo para prevenção de pé equino</b>		Recurso que permite prevenir o aparecimento de pé equino.







Recurso	Imagem	Descrição
Barra de apoio		Facilita a mobilização/transferência.
Cabeceira e pés de cama amovíveis		Removem-se obstáculos na transferência da pessoa dependente.
Cama articulada		Permite alternância de planos, para adaptabilidade corporal alternada e maior comodidade na transferência/posicionamento.
Disco de rotação		Disco muito útil para auxiliar nas transferências.
Elevador de transferência	 <small>Elevador de Transferência</small>	Pensado para uma utilização diária, p.ex: para transferência entre a cama e a cadeira de rodas/cadeira; Para elevação de alguém a partir do chão.
Transfer leito-cadeira		Tábua de madeira que auxilia nas transferências. Permite que a pessoa deslize da superfície que se encontra até à outra superfície pretendida (p.ex. maca para cama).
Plataforma vertical para cadeira de rodas		Permite o transporte do dependente na cadeira de rodas. Muito útil quando existem escadas, como barreira arquitetónica.
Barra de apoio		Facilita a mobilização/transferência.



Autocuidado: “usar cadeira de rodas”

Recurso	Imagem	Descrição
<b>Rampa</b>		Permite ultrapassar barreiras arquitetônicas.
<b>Rodas antiqueda</b>		Possui uma proteção nas rodas, de forma a prevenir a queda.



Recurso	Imagem	Descrição
<b>Andarilho</b>		Acompanham a marcha do dependente ao andar. Podem ser fixos, flexíveis, com 2 rodas simples ou com assento, ou com 3 ou 4 rodas com sistema de travão (úteis para transporte de objetos)
<b>Bengala</b>		Geralmente, apresentam-se constituídos em madeira, com uma pega em forma de "T"
<b>Canadiana</b>		Recurso que auxilia a marcha; permite apoiar o cotovelo
<b>Prótese</b>		Permite que pessoas com amputação dos membros inferiores, consigam deambular de forma mais eficaz.





Recurso	Imagem	Descrição
<b>Aparelho para tensão arterial</b>		Permite monitorizar a Tensão Arterial
<b>Aspirador de secreções</b>		Permite a remoção de secreções, por meio de um aspirador.
<b>Caixa de comprimidos</b>		Permite separar os comprimidos de variadas formas (ex.: dias, horas...) de forma a facilitar a administração de medicação por via oral.
<b>Caneta de insulina</b>		Permite que o dependentes ou o prestador de cuidados, administrar insulina por via subcutanea.
<b>Corta comprimidos</b>		Caixa que permite, como o próprio nome indica, dividir os comprimidos em partes mais pequenas.
<b>Máquina de pesquisa de glicemia</b>		Permite monitorizar a glicemia capilar.
<b>Nebulizador</b>		Recurso que permite administrar aerossol.
<b>Oxigenoterapia</b>		Permite administrar oxigénio, de acordo com prescrição médica.
<b>Termómetro</b>		Permite monitorizar a temperatura do dependente.
<b>Triturador de comprimidos</b>		Permite triturar os comprimidos.



Recurso	Imagem	Descrição
<b>Dispositivo de chamada</b>		Dispositivo que pode ser acionado pelo dependente quando necessita de ajuda (recurso disponível em centros de apoio domiciliário); funciona como meio para acompanhamento à distância
<b>Material de aprendizagem/ instrução</b>		Todo o tipo de material que permita a estimulação sensorial e memória.
<b>Prótese auditiva</b>		Permite melhorar a capacidade auditiva, quando existe uma diminuição da acuidade auditiva prévia.
<b>Telefone/ telemóvel</b>		Permite ao dependente entrar em contacto (telefónico) com quem deseja.
<b>Pinça para alcançar objetos</b>		Permite o alcance de objetos, que aparentemente são inacessíveis pela própria dependência. (ex. no chão, numa estante) Útil para pessoas com mobilidade reduzida. Pode-se alcançar também objetos metálicos, se possuir íman (ex.:chaves).
<b>Suporte de cartas</b>		Útil para pessoas com dificuldades de preensão. Facilita a visibilidade das cartas, reduz o esforço do jogador, evitando segurar as cartas na mão. Pode ser usado para a maioria dos baralhos, incluindo cartas de comunicação e sequências.
<b>Enfia agulhas</b>		Para pessoas com diminuição da acuidade visual; permite enfiar as linhas na agulha.
<b>Material de aprendizagem/ instrução</b>		Todo o tipo de material que permita a estimulação sensorial e memória.



## **Anexo II – Serviços de Apoio**



<b>Serviço</b>	<b>Descrição</b>
<b>Acompanhamento do dependente em casa</b>	Em todas as tarefas de autocuidado.
<b>Cuidados de higiene e conforto</b>	Auxílio parcial ou total no autocuidado “tomar banho” e/ou nos cuidados parciais de higiene (higiene diárias; hidratação da pele; mudança de fralda; mudança da roupa de cama...)
<b>Cabeleireiro, Manicure e Esteticista</b>	Auxílio parcial ou total no autocuidado: “arranjar-se”
<b>Apoio no tratamento da roupa do dependente</b>	Auxílio parcial ou total no autocuidado: arranjar-se.
<b>Confeção de refeições e apoio durante as mesmas</b>	Auxílio parcial ou total no autocuidado: “alimentar-se”.
<b>Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados</b>	Recomendação para instalação de equipamentos mais adequados/adaptados à dependência /necessidades.
<b>Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente</b>	Auxílio parcial ou total na adaptação do espaço habitacional e supressão de barreiras, mediante a situação de dependência.
<b>Apoio na compra de medicamentos</b>	Auxílio parcial ou total no autocuidado: “tomar a medicação”.
<b>Apoio na compra de artigos alimentares</b>	Auxílio parcial ou total no autocuidado: “alimentar-se”.
<b>Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)</b>	Auxílio parcial ou total no autocuidado: “elevar-se”; “transferir-se”; “virar-se” ou “usar cadeira de rodas”.
<b>Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas</b>	Serviço que desenvolve atividades de lazer, entretenimento, desporto e convívio.





<b>Serviço</b>	<b>Descrição</b>
<b>Hospital</b>	“Estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.” (INE, 2005)
<b>Teleassistência</b>	Funciona como uma central de assistência permanente, pronta a responder a qualquer situação de emergência, 24 horas por dia, 365 dias por ano, através de um sistema de comunicação rápido e seguro. Perante situações de emergência, agravamentos de saúde, avarias domésticas ou simplesmente solidão, apenas tem de pressionar um botão de controlo remoto, colocado numa bracelete ou colar.
<b>112 INEM</b>	O 112 é o Número Nacional de Emergência, sendo comum, para além da saúde, a outras situações, tais como incêndios, assaltos, etc.; A chamada será atendida por um operador da Central de Emergência, que enviará os meios de socorro apropriados. Em determinado tipo de situações a chamada poderá ser transferida para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.
<b>Centro de saúde/unidade de Saúde Familiar</b>	As USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. A atividade das USF desenvolve -se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde.
<b>Linha Saúde 24</b>	A Linha Saúde 24 é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa responder às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde, contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes através do encaminhamento dos Utentes para as instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde mais adequadas.



## **Anexo III – Recursos Financeiros**



<b>Serviço</b>	<b>Descrição</b>
<b>Rendimento do trabalho</b>	Rendimento do trabalho
<b>Rendimentos da propriedade e da empresa</b>	Rendimentos da propriedade e da empresa
<b>Subsídio de desemprego</b>	<p>Beneficia-se do Subsídio de Desemprego se reunir todas as condições seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estar inscrito para emprego no Centro de Emprego da área de residência;</li> <li>- Ter sido trabalhador por conta de outrem, por um período mínimo de 540 dias, nos 24 meses, imediatamente anteriores à data do desemprego;</li> <li>- Estar em situação de desemprego involuntário ou equiparado</li> <li>- pensionistas de invalidez declarados aptos para o trabalho; - trabalhadores cooperadores; - trabalhadores autossuspensos por salários em atraso.</li> </ul> <p>1. Tendo o trabalhador ficado impossibilitado de laborar em virtude de um acidente de trabalho que sofreu, tem ele direito a receber a prestação social denominada “subsídio de doença”.</p> <p>2. Sobre a segurança social impende o dever de pagar as prestações sociais, derivadas de doença de que o trabalhador seja portador em consequência de acidente laboral e até que seja definida a responsabilidade de terceiro pelo acidente.</p> <p>3. Quando esta responsabilidade fique definida cessa tal obrigatoriedade e surge o direito ao reembolso pela segurança social, que deriva de lei expressa, a ser satisfeito pelo terceiro responsável pelo acidente.</p>
Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	<p>1. Tendo o trabalhador ficado impossibilitado de laborar em virtude de um acidente de trabalho que sofreu, tem ele direito a receber a prestação social denominada “subsídio de doença”.</p> <p>2. Sobre a segurança social impende o dever de pagar as prestações sociais, derivadas de doença de que o trabalhador seja portador em consequência de acidente laboral e até que seja definida a responsabilidade de terceiro pelo acidente.</p> <p>3. Quando esta responsabilidade fique definida cessa tal obrigatoriedade e surge o direito ao reembolso pela segurança social, que deriva de lei expressa, a ser satisfeito pelo terceiro responsável pelo acidente.</p>



<b>Serviço</b>	<b>Descrição</b>
Outros subsídios temporários	<p>Subsídio de assistência pela terceira pessoa: Decreto-Lei no 133-C/97 de 30-05-1997 Artigo 11.º</p> <p>Artigo 11.º - Subsídio por assistência de terceira pessoa</p> <p>O subsídio por assistência de terceira pessoa é uma prestação mensal que se destina a compensar o acréscimo de encargos familiares resultantes de situação de dependência que exija acompanhamento permanente de terceira pessoa dos deficientes e dos pensionistas, desde que os mesmos sejam titulares de prestações concedidas no âmbito deste diploma.</p> <p>2 - A prestação referida no número anterior é regulada nos termos definidos para o regime geral de segurança social, salvo no que respeita ao montante concedido em função da qualidade de pensionista.</p>
Rendimento social de inserção	<p>Consiste numa prestação incluída no Subsistema de Solidariedade no âmbito do Sistema de Proteção Social de Cidadania, e num Programa de Inserção, de modo a conferir às pessoas e aos seus agregados familiares apoios adaptados à sua situação pessoal, que contribuam para a satisfação das suas necessidades essenciais e favoreçam a progressiva inserção laboral, social e comunitária.</p>
Pensão/Reforma	<p>Abrange todos os funcionários públicos (da Administração Pública Central, Local e Regional, incluindo Federações ou Associações de Municípios e Serviços Municipalizados, Institutos Públicos, outras pessoas coletivas de direito público e ainda os trabalhadores de antigas empresas públicas, tais como CTT, PT, ANA).</p>
A cargo da família	<p>A família contribui com uma determinada quantia de dinheiro/géneros "x" para o PC e o Dependente.</p>
Programa Conforto habitacional para Idosos (PCHI)	<p>O PCHI visa a qualificação habitacional com o objetivo de melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade das pessoas idosas que usufruam de serviços de apoio domiciliário, por forma a prevenir e a evitar a institucionalização.</p>
Rendimento Solidário para idoso	<p>O Rendimento Solidário para Idosos é uma prestação monetária do Subsistema de Solidariedade, destinada a pessoas com baixos recursos. É uma prestação diferencial, ou seja, um apoio adicional aos recursos que os destinatários já possuem.</p>





<b>Serviço</b>	<b>Descrição</b>
Complemento de dependência	<p>Atribuído a pensionistas dos regimes de segurança social que se encontrem em situação de dependência.</p> <p>Consideram-se em situação de dependência os pensionistas que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene, precisando da assistência de outrem.</p> <p>Para atribuição do complemento e determinação do respetivo montante consideram-se os seguintes graus de dependência:</p> <p>1.o grau – pessoas que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal.</p> <p>2.o grau – pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.o grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave.</p>
Esmolas/Donativos	<p>Esmola é uma pequena quantia monetária dada a um pedinte por caridade. Espórtula ou dádiva caridosa feita aos necessitados; óbulo. De forma figurada: concessão, graça, favor.</p> <p>Donativo é o fruto de uma doação. Ou seja é algo dado, de graça de um individuo para outro; De um individuo a uma organização; de uma organização a outra; de um pais ao outro; entre outros.</p>
Outra situação	<p>Exemplo: Programa de Apoio Integrado a Idosos</p> <p>O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) foi criado por Despacho Conjunto, de 1 de julho de 1994, dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social.</p> <p>É caracterizado por um conjunto de medidas inovadoras que visam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no domicílio e no seu meio habitual de vida, desenvolvendo-se através de projetos de desenvolvimento central e a nível local.</p>



## **Anexo IV – Escala de avaliação do nível de dependência no autocuidado**



	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro				
Obtém objetos para o banho				
Consegue água				
Abre a torneira				
Regula a temperatura baixa				
Regula o fluxo de água				
Lava-se no chuveiro				
Lava o corpo				
Seca o corpo				
Outro _____				
Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				
Retira as roupas da gaveta e do armário				
Segura as roupas				
Veste as roupas na parte superior do corpo				
Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Despe as roupas na parte superior do corpo				
Despe as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Desabotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Usa fechos				
Calça as meias				
Descalças as meias				
Calça os sapatos				
Descalça os sapatos				
Outro _____				
Alimentar-se				
Prepara alimentos para a ingestão				
Abre recipientes				
Utiliza utensílios				
Coloca o alimento nos utensílios				
Pega no copo ou na chávena				
Leva os alimentos à boca com recipiente				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
Bebe por copo ou chávena				
Coloca os alimentos na boca				
Conclui uma refeição				
Outro _____				



	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Arranjar-se				
Penteia ou escova os dentes				
Barbeia-se				
Aplica maquiagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Outro _____				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica o desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Outro _____				
Autoelevar				
Levantar parte do corpo				
Usar o 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				
Outro _____				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/ cadeirão				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
Manobras em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada e rápida				
Outro _____				





## **Anexo V – Formulário**



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**    m<sup>2</sup> **N.º divisões**   **N.º ocupantes**

##### Alojamento com:

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

#### FAMÍLIA

##### Tipo de família

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

##### 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





Draft

## PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO

### Perfil 1

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

- Coabita com o dependente?**  Sim  Não

#### Sexo

- M  F

#### Idade

--	--

#### Estado civil

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

#### Nacionalidade

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

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

#### Nível de escolaridade

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

#### Parentesco

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

#### Profissão

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

### Perfil 2

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

- Coabita com o dependente?**  Sim  Não

#### Sexo

- M  F

#### Idade

--	--

#### Estado civil

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

#### Nacionalidade

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

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

#### Nível de escolaridade

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

#### Parentesco

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

#### Profissão

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





Draft

CODIFICAÇÃO:

Grid for coding

# FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

## PARTE I I - FORMULÁRIO PCD

### PESSOA DEPENDENTE

#### Sexo

- M
- F

#### Idade

Grid for age

#### Estado civil

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

#### Nacionalidade

- Portuguesa
- Não portuguesa (especificar)

Grid for nationality specification

#### 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

#### Situação que originou a dependência

- Sim Não
- Envelhecimento
  - Acidente
  - Doença aguda
  - Doença crónica
  - Outra

#### Instalação da dependência

- Súbita
- Gradual

#### Tempo de dependência

Grid for years and months

#### Consumo medicamentos

- Não
- Sim

#### Variedades de fármacos (n.º)

Grid for number of drug varieties

#### Internamentos no último ano

- Nenhum
- Um
- Dois
- Três
- Mais de três (especificar)

Grid for hospitalizations

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

- Nenhuma
- Uma
- Duas
- Três
- Mais de três (especificar)

Grid for SU resources

#### Número de fármacos nas tomas/dia

Grid for number of drugs per day

### AUTOCUIDADO: Tomar banho

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





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

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

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

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama  
 No chuveiro/banheira  
 Noutro local (especificar)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro (especificar)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

- Sempre  Às vezes  Nunca

**Assento suspenso para banheira**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

- S  N

- S  N

- S  N

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

**Barras de apoio para banho**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

- S  N

- S  N

- S  N

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

**Cadeira de banho (fixa/ giratória)**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

- S  N

- S  N

- S  N

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

**Cadeira higiénica**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

- S  N

- S  N

- S  N

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

**Elevador de banheira**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

- S  N

- S  N

- S  N

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

**Lava cabeças para acamados**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

- S  N

- S  N

- S  N

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

**Antiderrapante**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

- S  N

- S  N

- S  N

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





Draft

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"/>

### AUTOUIDADO: Vestir-se e despir-se

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





Draft

	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
**Calcadeira 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"/>



**AUTO-CUIDADO: 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 / semana

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**

Razão da não utilização

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Espelho inclinável**

Razão da não utilização

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro





**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 (especificar)

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

- Na cama
- Na sala de jantar/cozinha
- Outro (especificar)

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

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

**Abridor de frascos**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Adaptador de talheres**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Babete**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Copo adaptado**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Garfo flexível**

Razão da não utilização

- Económica
- Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S
- N

Utilizado

- S
- N

Desejado

- S
- N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro





**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

**Mesa giratória de 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

**Prato térmico com compartimentos**

**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"/>
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"/>



**AUTO-CUIDADO: 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 (especificar)

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

- Fralda  
  Arrastadeira  
  Sanita  
  Outro (especificar)

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

- Dependente  
  Prestador de cuidados  
  Outro (especificar)

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

**Alcador 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

**Cuca 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





Draft

**Fralda**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Penso absorventes para incontinência**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Penso higiénico**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Resguardo**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Saco de colostomia/ilcostomia/urina**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Urinol**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

Para:

Sente-se:

	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"/>





### AUTOUIDADO: Elevar-se

**Levantar parte do corpo**

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

Com que frequência senta o seu familiar?   vezes / dia

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

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

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

**Almofada elevatória**

**Razão da não utilização**

- Económica   
 Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S   
 N

**Utilizado**

- S   
 N

**Desejado**

- S   
 N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Apoio de cabeça anatómico**

**Razão da não utilização**

- Económica   
 Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S   
 N

**Utilizado**

- S   
 N

**Desejado**

- S   
 N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Apoio de pés**

**Razão da não utilização**

- Económica   
 Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S   
 N

**Utilizado**

- S   
 N

**Desejado**

- S   
 N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Barras paralelas e apoios da posição de pé**

**Razão da não utilização**

- Económica   
 Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S   
 N

**Utilizado**

- S   
 N

**Desejado**

- S   
 N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

### AUTOUIDADO: Virar-se

**Mover 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 (especificar)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

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





Draft

**Grades de apoio / segurança**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro

**Colchão anti-úlceras de pressão**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro

**Cotoveleira**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro

**Coxim**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro

**Transfer de cama (dispositivo para posicionar)**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro

**Imobilizador abdominal**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro

**Luva de imobilização**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro

**Posicionador de perna e pés**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro

**Suporte para as costas**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro

**Dispositivo de prevenção de pé equino**

**Razão da não utilização**

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

**Utilizado**

S  N

Limitações da residência

**Desejado**

S  N

Outro



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

**AUTOCUIDADO: Transferir-se**

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

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

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

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

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

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

- O dependente     O prestador de cuidados     O enfermeiro     Outro (especificar)

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

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S     N

**Utilizado**

- S     N

**Desejado**

- S     N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Cabeceira e pés da cama amovíveis**

**Razão da não utilização**

- Económica     Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S     N

**Utilizado**

- S     N

**Desejado**

- S     N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Cama articulada**

**Razão da não utilização**

- Económica     Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S     N

**Utilizado**

- S     N

**Desejado**

- S     N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro

**Elevador de transferência**

**Razão da não utilização**

- Económica     Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S     N

**Utilizado**

- S     N

**Desejado**

- S     N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência

- Outro



**Transfer 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, 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 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 / dia

Com que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas?

vezes / semana

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

 O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro (especificar)

Incentiva 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





**AUTO-CUIDADO: Andar**

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

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

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

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro (especificar)

**Andarilho**

Razão da não utilização

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Bengala**

Razão da não utilização

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Canadiana(s)**

Razão da não utilização

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

**Prótese**

Razão da não utilização

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

S  N

**Utilizado**

S  N

**Desejado**

S  N

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

Para:

Sente-se:

	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 forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar	<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"/>



**AUTOCAUIDADO: Tomar medicação**

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

Razão da não utilização

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

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

Razão da não utilização

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

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

Razão da não utilização

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

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

Razão da não utilização

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

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

Razão da não utilização

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

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

Razão da não utilização

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

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

Razão da não utilização

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

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

Razão da não utilização

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

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

Razão da não utilização

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

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

Razão da não utilização

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





Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomas de medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar efeitos secundários da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário 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 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 (especificar)

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

Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar?  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 utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir?  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

Costuma fazer a pesquisa de fealonas?  Sempre  Às vezes  Nunca



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







## OUTROS RECURSOS

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

## Recursos não profissionais

Familiar  Vizinho  Amigo  Empregada  Outro

## Serviços de:

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

## Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento do trabalho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimentos da propriedade e da empresa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio de desemprego
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio temporário por acidente de trab. ou 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"/>	<input type="radio"/> Região sagrada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Trocater
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Maléolo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Calcaneos
<input type="radio"/>	<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 aseo
<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)





Draft

1 / 2

CODIFICAÇÃO:

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

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE III - FORMULÁRIO PPD

#### PARENTE INSTITUCIONALIZADO

**Sexo**

- M  
 F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Profissão**

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

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

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

**Nível de escolaridade**

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

**Há quanto tempo está institucionalizado?**

--	--	--	--

 Anos

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

 Meses

**Concelho em que está localizada a instituição**

Lx / P  Outro (especificar) 

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

**Em que tipo de instituição**

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

**Quem suporta as despesas da institucionalização?**

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

**Se não, com quem morava**

- Sozinho  Com familiares  Outra

**Em que concelho morava**

Lx / P  Outro (especificar) 

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

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

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

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

**Motivos que determinaram a institucionalização**

- |  |  |
|--|--|
| <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fraco nível de apoio de redes formais (equipe de saúde; ss; vd)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fraco nível de apoio de redes informais (familiares, vizinhos)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Condições económicas limitadas (não suporta os custos)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro</p> | <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Condições de habitação inadequadas (não adaptada ao estado de saúde)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alterações da vida social (não fazer actividades que sempre efectuou)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Pouco tempo disponível (emprego, resolução de outros problemas)</p> |
|--|--|

**Situação que originou a dependência**

- Sim Não
- Envelhecimento
- Acidente
- Doença aguda
- Doença crónica
- Outra

**Instalação da dependência**

- Súbita  
 Gradual

**Tempo de dependência**

--	--	--	--

 Anos

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

 Meses

**Situação que originou a dependência**

- Sim  
 Não

**Actividades em que era mais notória a dependência**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alimentar-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Vestir-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Arranjar-se</p> | <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cuidar da higiene pessoal</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Tomar banho</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Virar-se</p> | <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Usar o sanitário</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Auto-elevar-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Andar</p> | <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Transferir-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Usar a cadeira de rodas</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Auto administração da medicação</p> |
|--|--|---|---|





Draft

**Depois da decisão de institucionalizar o seu familiar, quanto tempo decorreu até à sua concretização?**

Anos   Meses

**Quem tomou a decisão de institucionalizar o seu familiar?**

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

**Razões da escolha da instituição**

- Económicas
- Proximidade do domicílio
- Qualidade dos serviços prestados
- Outro (especificar)

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 (especificar)  | <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 (especificar)        | <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

