



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Clara Maria da Noite Cota Rodrigues

**FAMÍLIAS COM PESSOAS DEPENDENTES NO
AUTOCUIDADO
IMPLICAÇÕES PARA O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Economia e Gestão de Organizações de Saúde, orientada pelo Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral e pelo Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2020



Clara Maria da Noite Cota Rodrigues

Famílias com Pessoas Dependentes no Autocuidado

Implicações para o Enfermeiro de Família

Dissertação de Mestrado em Economia e Gestão de Organizações de Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do
grau de Mestre

Orientadores: Professor Doutor António Amaral e Professor Doutor João Tavares

Coimbra, outubro de 2020

Dedicatória

“Aprender a investigar implica atravessar uma experiência pessoal e profissional complexa, difícil e inquietante.”

José Vilelas

Agradecimentos

À minha filha e ao meu marido pela paciência e carinho com que sempre me apoiaram.

Aos meus familiares e amigos, pela amizade e apoio.

Ao Professor Doutor António Amaral no papel de orientador pela disponibilidade e contributo dado.

Ao Professor Doutor João Tavares no papel de coorientador, agradeço a disponibilidade, ensinamentos, estímulo, apoio e essencialmente a amizade sempre demonstrada.

Às Famílias que aceitaram fazer parte do estudo e informantes chaves, pelo seu contributo e sem o qual o trabalho seria inexecutável.

A todos, o meu muito obrigada.

Resumo

O envelhecimento demográfico e o aumento de doenças crônicas refletem-se em elevados índices de dependência para o autocuidado. O envolvimento da família no cuidado a uma pessoa dependente representa um desafio pessoal e familiar. Sendo o autocuidado foco de atenção central da Enfermagem, uma gestão de cuidados centrada no Enfermeiro de Família, permite conhecer a realidade das famílias com pessoas dependentes no autocuidado constituindo-se uma mais valia para uma gestão e prestação de cuidados de qualidade e ao mesmo tempo um incitamento e um suporte à tomada de decisão política nesta matéria. Este estudo tem como objetivo descrever a dependência no autocuidado e a prestação de cuidados ao familiar dependente, no contexto das famílias da Freguesia de Granja do Ulmeiro. Na prossecução deste objetivo elaborou-se um estudo quantitativo e descritivo. A amostra foi não probabilística do tipo Snowball. Na recolha de dados utilizou-se o formulário *“Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado”*. Foram identificadas 60 famílias com pessoas dependentes no autocuidado. As pessoas dependentes eram maioritariamente do sexo feminino e com média de idades de 81,8 anos. A dependência da pessoa cuidada foi elevada, em especial nos autocuidados *“Alimentar-se”*, *“Arranjar-se”* e *“Tomar banho”*. Do perfil do prestador de cuidados, evidencia-se o predomínio de mulheres idosas, com baixa escolaridade. Em termos de cuidados prestados pelo Membro Familiar Prestador de Cuidados, os cuidados mais básicos são realizados com alguma facilidade pelo cuidador familiar e estão garantidos como é o caso do alimentar, dar de beber e vestir. Os cuidados que exigem uma intervenção mais diferenciada por parte do cuidador familiar, como a realização de exercícios dos membros inferiores e superiores e as atividades de estímulo da memória, não são realizados. Os resultados demonstram a importância do Enfermeiro de Família direcionar o cuidado para este grupo. A implantação de cuidados colaborativos entre o Enfermeiro de Família e as famílias, e a otimização dos recursos das UCSP/USF contribuirá para ganhos de todos os membros da família.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Dependência no Autocuidado, Familiar Prestador de cuidados, Enfermeiro de Família.

Abstrat

Demographic ageing and an increase in chronic illnesses reflect in high levels of self-care dependency. The family engagement in the care of a dependent person represents a challenge for the individual and for the family. Self-care is the focal point of Nursing therefore a care management centered in the family nurse allows us to better understand the reality of households with (dependent) family members in need for care- this is simultaneously an asset for better management and provision of quality care services and also could provide incitement and support when making political decisions decision on this matter. The goal of this study is to describe self-care dependence and the provision of care to the dependent family member within a sample of households in the parish of Granja do Ulmeiro. In order to achieve this goal a quantitative and descriptive study was created. The type of sampling used was Snowball (non-probability). In the process of data gathering the “Households that Include People In need of Self-Care Help” form was used. Sixty families with dependent people regarding self-care needs were identified. The dependent people were in their majority female with an age average of 81,8 years. The dependence of the person in need for care was elevated particularly in self-care activities such as “Feeding”, “Getting Dressed” and “Bathing”. With respects to the profile of the caregiver, it’s to be noted that the majority of carers are elderly females with lower levels of education. Regarding care given by the household member caregiver, basic care activities such as feeding or dressing are assured and performed with no difficulty. Specific care that demands more dedicated intervention by the household member caregiver such as upper and lower limb training and memory stimulation are not performed by the family caregiver. The results (of this study) show the importance of a family nurse to focus her/his caregiving on these activities. The implementation of collaborative care between family nurse and respective families, and the resource optimization of UCSP/USF (Personalized Healthcare Unit/Family Healthcare Unit) will hugely benefit the whole household.

Key words: Ageing, Self-Care Dependency, Household Member Caregiver, Family Nurse.

Lista de Siglas

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

EF - Enfermeiro de Família

ICN - Conselho Internacional de Enfermagem

INE - Instituto Nacional de estatística

MFPC - Membro Familiar Prestador de Cuidados

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAE - Perceção de Autoeficácia

PMC - Pessoa com Mobilidade Comprometida

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

UNIESEP - Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO – World Helth Organization

Lista de Tabelas

Tabela 1- Características da Família	62
Tabela 2 - Características do Alojamento	63
Tabela 3 - Perfil do Membro Familiar Prestador de Cuidados.....	64
Tabela 4 - Características da Pessoa Dependente	67
Tabela 5 - Distribuição Numérica e Percentual do Grau de Dependência Global, por Domínio de Autocuidado	69
Tabela 6 - Autocuidado Global	69
Tabela 7 - Distribuição Numérica e Percentual da Percepção de Autoeficácia Global dos MFPC, por Domínio de Autocuidado.	70
Tabela 8 - Autoeficácia Global	71
Tabela 9 - Avaliação da Condição de Saúde.....	76

Lista de Figuras

Figura 1 - Frequência de "Cuidados Diários" Prestados pelo MFPC à Pessoa Dependente no Autocuidado.	72
Figura 2 - Frequência de "Cuidados Semanais" Prestados pelo MFPC à Pessoa Dependente.	72
Figura 3 - Frequência de "Cuidados Mensais" Prestados pelo MFPC à Pessoa Dependente.	73
Figura 4 - Taxa de Equipamentos Considerados Necessários, por Tipo de Autocuidado.	74
Figura 5 - Razões da Não Utilização de Equipamentos Considerados Necessários.	74
Figura 6 - Percentagem de Recursos Financeiros, Serviços, Não Profissionais e Profissionais, Utilizados com maior Frequência.	75

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO	16
1. ENVELHECIMENTO	17
1.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AUTONOMIA.....	18
2. DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	21
2.1 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM	22
2.2 TRANSIÇÃO PARA A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	26
3. FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS	29
3.1 TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS .	33
3.2 NECESSIDADES DO FAMILIAR FACE AO EXERCÍCIO DO PAPEL	35
4. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	41
4.1 O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO APOIO ÀS FAMÍLIAS PRESTADORAS DE CUIDADOS.	45
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	50
5. METODOLOGIA	51
5.1 FINALIDADE	51
5.2 TIPO DE ESTUDO	51
5.3 OBJETIVOS.....	52
5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	53
5.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	54
5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	55
5.7 RECOLHA DE DADOS	57
5.8 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	58
5.9 QUESTÕES ÉTICAS.....	59

PARTE III - RESULTADOS.....	60
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	61
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA FAMÍLIA E ALOJAMENTO	61
6.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO MEMBRO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS.....	64
6.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO.....	66
6.4 CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	68
6.5 CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO MFPC.....	70
6.6 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS PELO MFPC	71
6.7 CARACTERIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E RECURSOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA AO FAMILIAR DEPENDENTE.....	73
6.8 CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE	76
7. DISCUSSÃO	77
CONCLUSÃO	93
LIMITAÇÕES E PROPOSTAS FUTURAS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

ANEXOS

ANEXO I – Formulário “Famílias com Pessoas Dependentes no Autocuidado”

ANEXO II - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização do Alojamento da Família que Integra uma Pessoa Dependente no Autocuidado.

ANEXO III - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização da Família que Integra uma Pessoa Dependente no Autocuidado.

ANEXO IV - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização do Familiar Prestador de Cuidados.

ANEXO V - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização da Pessoa Dependente no Autocuidado.

ANEXO VI - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização da Dependência no Autocuidado.

ANEXO VII - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização da pessoa dependente por Domínios de Autocuidado.

ANEXO VIII - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização dos Recursos Utilizados.

ANEXO IX – Operacionalidade das Variáveis Relativas à Caracterização da Percepção da Autoeficácia do Prestador de Cuidados Relativa ao Exercício do Papel.

ANEXO X – Operacionalização das Variáveis em Estudo Relativas à Caracterização dos Cuidados Prestados.

ANEXO XI – Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da condição de saúde.

ANEXO XII – Declaração de Consentimento Informado.

ANEXO XIII - Proporção da População Residente com 65 ou mais Anos de Idade (%) por Local de Residência (à data dos Censos 2011).

INTRODUÇÃO

Entre 2013 e 2018, a proporção de jovens com menos de 15 anos de idade em Portugal, relativamente ao total de população residente, diminuiu de 14,6% para 13,7%; a proporção de pessoas entre os 15 e 64 anos de idade também diminuiu de 65,6% para 64,5%; no entanto, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos de idade aumentou de 19,9% para 21,8%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 136,0 para 159,4 pessoas idosas por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2018).

Estas alterações na população residente, em particular devido à baixa natalidade e ao aumento da longevidade nas últimas décadas, sugerem a continuação do envelhecimento demográfico, estimando-se que entre 2015 e 2080 o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens (INE, 2019).

Ao mesmo tempo também se verifica um aumento significativo dos índices de dependência dos idosos, nomeadamente, 26,8% em 2008 para 33,6% em 2018. Assim como, o índice de dependência total que aumentou de 50,1% em 2008 para 54,9% em 2018(PORDATA, 2019a).

Portugal encontra-se assim confrontado com um envelhecimento demográfico em que as pessoas idosas apresentam baixos níveis de saúde e bem-estar, o que se reflete em elevados índices de dependência para o autocuidado (Despacho nº 12427/2016, 2016).

Neste sentido, a dependência no autocuidado, podendo interessar a diferentes disciplinas do conhecimento, constitui para a enfermagem uma área de interesse particular. Sendo o autocuidado foco de atenção central da Enfermagem, os Enfermeiros de Família (EF) estão na linha da frente dos cuidados à pessoa dependente e respetiva família, pelo que é essencial conhecer o fenómeno da dependência no autocuidado.

Apesar de existirem políticas direcionadas ao idoso e à pessoa com dependência, o fenómeno da prestação de cuidados a um familiar dependente permanece desconhecido na sua amplitude e ignorado em muitas das suas vertentes. A não existência de estatísticas oficiais sobre o número de famílias com pessoas dependentes no autocuidado

a viver no domicílio, bem como a maneira como cada família responde às necessidades em cuidados dos seus membros dependentes é em si mesmo preocupante, porque não permite conhecer a dimensão real do problema e, portanto, faz com que nem sempre se organizem os recursos para os cuidados que são necessários (Gonçalves, 2015).

Face ao exposto, é pertinente a realização de um estudo que nos permita caracterizar o fenómeno da dependência no autocuidado no contexto das famílias da Freguesia de Granja do Ulmeiro (local onde a investigadora exerce a sua profissão como Enfermeira de Família e Enfermeira com Funções de Chefia), assim como conhecer a prestação de cuidados ao familiar dependente.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo descrever a dependência no autocuidado e a prestação de cuidados ao familiar dependente, no contexto das famílias da Freguesia de Granja do Ulmeiro.

Efetuamos um desenho de investigação quantitativo, de natureza descritiva e caráter transversal. A população alvo deste estudo são famílias clássicas da Freguesia de Granja do Ulmeiro com pessoas dependentes no autocuidado e optou-se por uma amostra não probabilística do tipo Snowball (Bola de neve). O instrumento de recolha de dados foi o formulário, já utilizado e testado em estudos semelhantes no país.

Organizamos a dissertação em três partes. Na primeira fazemos a exploração do enquadramento teórico no qual abordamos aspetos sobre o Envelhecimento Demográfico, a Dependência no Autocuidado, o Familiar Prestador de Cuidados e o Enfermeiro de Família. Na segunda, desenvolvemos todas as questões metodológicas inerentes à investigação realizada. Na terceira parte apresentamos e discutimos os resultados. Por fim, expomos as principais conclusões, assim como, as limitações e propostas futuras.

É nosso desejo que este trabalho de investigação contribua de forma positiva para o largo conhecimento sobre a realidade das famílias com pessoas dependentes no autocuidado e conseqüentemente, das necessidades em cuidados de enfermagem dessas famílias e as implicações que acarretam para a o Enfermeiro de família.

Conhecer a realidade das Famílias da Freguesia de Granja do Ulmeiro constituirá uma mais valia para uma gestão e prestação de cuidados de qualidade e ao mesmo tempo um incitamento e um suporte à tomada de decisão política nesta matéria.

PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO

Em todo o mundo o envelhecimento da população é uma realidade. Na União Europeia prevê-se que a percentagem da população ativa diminua progressivamente até 2050, ao passo que os idosos constituirão uma percentagem crescente da população total: as pessoas com 65 anos ou mais representarão 29,1 % da população até 2080, em comparação com 19,4 % em 2017. Como consequência da transferência de população entre os grupos etários, a taxa de dependência dos idosos deverá quase duplicar de 29,9 % em 2017 para 52,3 % em 2080. Prevê-se que a taxa total de dependência associada à idade aumente de 53,9 % em 2017 para 79,7 % em 2080 (Eurostat, 2019).

Em Portugal as alterações na população residente, em particular devido à baixa natalidade e ao aumento da longevidade nas últimas décadas, sugerem a continuação do envelhecimento demográfico, estimando-se que entre 2015 e 2080 o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens (INE, 2019).

Entre 2013 e 2018, a proporção de jovens com menos de 15 anos de idade, relativamente ao total de população residente, diminuiu de 14,6% para 13,7%; a proporção de pessoas entre os 15 e 64 anos de idade também diminuiu de 65,6% para 64,5%; no entanto, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos de idade aumentou de 19,9% para 21,8%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 136,0 para 159,4 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2018).

De facto, a situação sociodemográfica portuguesa também se caracteriza por um aumento significativo dos índices de dependência dos idosos, nomeadamente, 26,8% em 2008 para 33,6% em 2018. Assim como o índice de dependência total que aumentou de 50,1% em 2008 para 54,9% em 2018 (PORDATA, 2019a).

O envelhecimento populacional terá implicações a longo prazo no crescimento económico, na produtividade, na desigualdade dentro e entre as gerações, na sustentabilidade das finanças públicas e privadas, assim como o aumento dos índices de

dependência do idoso afetará diretamente o financiamento das pensões, da saúde e dos cuidados adequados (Nações Unidas, 2019).

O aumento da longevidade é considerado um sinal de desenvolvimento de uma sociedade, mas apesar da esperança média de vida aumentar, muitos anos serão vividos sem qualidade de vida. Tal decorre de uma elevada carga global de doenças, as quais se apresentam sob a forma de comorbilidades. Portugal encontra-se assim confrontado com um envelhecimento demográfico em que as pessoas idosas apresentam baixos níveis de saúde e bem-estar, o que se reflete em elevados índices de dependência para o autocuidado (Despacho nº 12427/2016, 2016).

Ao analisarmos os índices de dependência dos idosos em 2018 no distrito de Coimbra e concelho Soure onde sita a freguesia de Granja do Ulmeiro, local da nossa colheita de dados, verificamos que foram respetivamente 41,3% e 51,3 %, sendo este último bastante superior ao de Portugal (33,9%) (INE, 2019).

1.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AUTONOMIA

O envelhecimento é atualmente assumido pela comunidade científica, como um processo resultante de fatores biológicos, psicológicos e sociais. De acordo com Loureiro (2014) ao longo da vida todos os organismos envelhecem devido a uma redução da capacidade funcional das células que os constituem, levando à ocorrência de anomalias estruturais e funcionais. Além disso, ao longo do tempo, as alterações corporais, cognitivas, emocionais, expectativas sociais, profissionais e familiares do indivíduo, levam a uma série de ajustamentos individuais. No entanto e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), “as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas, [...] não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos”(p.12).

Neste sentido, para Sequeira (2010), o envelhecimento corresponde a um processo ao longo do ciclo vital, constituído por mudanças biológicas, psicológicas e sociais, em que

são avaliadas as diferenças quer ao nível do comportamento social, quer ao nível dos problemas funcionais e de dependência dos mais idosos.

De acordo com a OMS (1989), idoso é todo indivíduo que atinja a idade cronológica de 65 anos. Em Portugal, o conceito de idoso está fortemente ligado à idade legal da reforma, que recentemente sofreu um aumento, situando-se nos 66 anos e 3 meses, não sendo um valor consensual na Comunidade Europeia. Apesar de ser menos preciso, o critério cronológico é um dos mais utilizados (Jesus, 2017).

Existe ainda a definição de pessoa idosa como sendo um homem ou mulher com idade igual ou superior a 65 anos. Esta atribuição é redutora, visto ter como principal referência a idade da reforma para caracterizar a velhice, ainda que, de forma variável, em função da profissão, cultura, país e sistema social (Jesus, 2017; Sequeira, 2010).

Concordando com Jesus (2017), estando o processo de envelhecimento cronologicamente demarcado, as transformações ocorrem de pessoa para pessoa de forma distinta. Ao mesmo tempo, o processo de envelhecimento é influenciado por fatores como a personalidade e a cultura. Segundo o mesmo autor “O envelhecimento é, assim, um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais orgânicas, sendo este inerente à vida e visto como algo inevitável” (Jesus, 2017, p.7).

O envelhecimento é um processo natural, progressivo e irreversível, que provoca modificações morfológicas, fisiológicas e bioquímicas que se manifestam tanto por mudanças corporais externas como internas. Estas transformações orgânicas que comprometem funcionalmente o indivíduo, afetam a sua capacidade de se adaptar ao meio ambiente, tornando-o mais vulnerável às doenças, com complicações que muitas vezes terminam em morte. Além disso muitas destas alterações acarretam uma perda da capacidade funcional, contribuindo para o decréscimo ou perda da autonomia e independência do idoso (Mafra, 2011).

Segundo o Programa Nacional Para a Pessoa Idosa, existem condições individuais, biológicas, genéticas e psicológicas que contribuem para a forma como envelhecemos, sendo que o declínio das funções associadas ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais (DGS, 2006).

Neste sentido, a saúde do idoso resulta das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem, sendo a sua qualidade de vida largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência (DGS, 2006).

Para Mafra (2011), numa perspetiva social, o envelhecimento está relacionado com a perda de autonomia e independência, limitando a capacidade de autocuidado, e conseqüentemente a qualidade de vida do indivíduo. Desta forma, as relações de dependência interferem acentuadamente nos processos de interação social, sobretudo no âmbito familiar.

Segundo o Decreto lei nº 101/2006, entende-se por dependência,

Uma situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária(Diário da República n.º 109/2006, p. 3857).

As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais (DGS, 2006).

A patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inadaptações do meio habitacional, são alguns dos fatores que condicionam a saúde, a autonomia e independência, e a qualidade de vida do idoso, obrigando a uma avaliação e atuação multidisciplinar, integrada e de trabalho em equipa (*Idem*).

2. DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Enfermagem é caracterizada por ajudar o indivíduo doente ou saudável a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível, no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde (Orem, 1995).

São atividades de autocuidado que contribuem para a saúde do indivíduo, as atividades básicas de vida diária, as atividades instrumentais da vida diária e as atividades avançadas da vida diária (Silva, 2011). De acordo com vários autores as tarefas como higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, usar o sanitário, mobilidade, transferir-se, controlar os esfíncteres ou comer e beber são consideradas atividades básicas da vida diária. As atividades instrumentais da vida diária prendem-se com o uso do telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, gerir a medicação, utilizar meios de transporte, realização de tarefas domésticas, preparação de refeições, tomar a medicação e atividades de carácter lúdico. As atividades avançadas de vida diária incluem atividades de interação e participação social, trabalhar ou praticar exercício físico (Orem, 1995; Tierney & Roper, 2000; Mafra, 2011; Silva, 2011).

Neste sentido, o autocuidado pode ser definido como todas as atividades que a pessoa desempenha por si própria para manter a vida, a saúde e bem-estar, verificando-se dependência no autocuidado quando a pessoa necessita que outra desempenhe por si as referidas atividades de autocuidado (Orem, 1995).

Para Costa (2013), a “capacidade da pessoa exercer o autocuidado pode situar-se entre o estado de completa independência e o estado de dependência, sendo que pode ser dinâmico, passando de um estado para outro” (p.71).

No mesmo sentido o *International Council of Nurses* (ICN) (2019), define o autocuidado, como uma atividade executada pelo próprio com a finalidade de “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”(s.p.).

Segundo Gonçalves (2015), estas atividades de vida diária permitem ainda ao indivíduo “regular os processos de vida, manter e promover a integridade estrutural e o bom funcionamento orgânico”(p.39).

O mesmo autor refere ainda que o autocuidado é algo complexo, comum a todos os indivíduos e que ao longo da vida, cada pessoa vai adquirindo os conhecimentos, as habilidades e as competências que lhe permite ser capaz de continuar a cuidar de si próprio, ou seja, de serem agentes de autocuidado (Gonçalves, 2015).

A questão da dependência no autocuidado, não é uma preocupação recente na Enfermagem, pois Roper, Logan e Tierney , já afirmavam que é da competência do enfermeiro avaliar o grau de dependência da pessoa e reforçam que é fundamental para estabelecer o tipo de cuidados mais adequados à pessoa, visando o máximo de autonomia nas atividades de vida diárias (Tierney & Roper, 2000).

Atualmente, não restam dúvidas, que o autocuidado é um conceito central da disciplina de enfermagem, sendo mesmo concebido como uma das dimensões centrais da delimitação dos seus domínios (Pereira, 2011; Silva, 2012; Fernandes, 2014; Gonçalves, 2015).

No nosso trabalho, no que respeita ao conceito de Dependência no Autocuidado, iremos tomar como modelo teórico de enfermagem de referência, a teoria de Dorothea Orem. O autocuidado, como parte integrante da pessoa humana, foi definido por esta autora na sua teoria de défice no autocuidado, que passaremos a explicar no seguinte subcapítulo.

2.1 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

A teoria geral de Enfermagem de Dorothea Orem surgiu nos finais dos anos 50 do século XX sendo o conceito central, o autocuidado. Este conceito mantendo-se ainda hoje, não só pelo brilhantismo do pensamento da autora, como pelo acolhimento e longevidade das suas ideias que ainda hoje continuam válidas e constituem o alicerce do novo conhecimento (Gonçalves, 2015).

Se pensarmos nas pessoas idosas que no decurso do processo de envelhecimento vão perdendo capacidades de autocuidado, esta teoria é bastante importante para a enfermagem pois o défice de autocuidado constitui a sua essência na medida em que delimita a necessidade de cuidados de enfermagem (*idem*).

Esta teoria é composta por três teorias relacionadas que se inter-relacionam: a teoria do autocuidado; a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 1993, 1995).

A Teoria do Autocuidado

Segundo esta teoria, o autocuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos devem desempenhar por si próprios ou que alguém execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. O autocuidado tem de ser aprendido e executado intencionalmente e continuamente de acordo com as necessidades de cada pessoa. É uma ação aprendida através das relações interpessoais e da comunicação ao longo do nosso ciclo vital (Orem, 1993, 1995).

A atividade de autocuidado, como ação, traduz a capacidade do indivíduo conseguir ou não realizar as atividades de autocuidado, assim para Orem (1993, 1995) a pessoa que consegue de forma independente realizar as ações do autocuidado é denominada de agente de autocuidado; quando a pessoa não tem capacidade de autocuidado é denominado de agente dependente de cuidados. Segundo a mesma autora, os requisitos de autocuidado são ações desenvolvidas pelos indivíduos, ou para os indivíduos, com o objetivo de controlar os fatores que afetam o funcionamento e o desenvolvimento humano (Orem 1993, 1995).

Neste sentido, Orem (1993,1995) aponta 3 tipos de requisitos: Requisitos de Autocuidado Universais; Requisitos de Autocuidado de desenvolvimento; Requisitos de Autocuidado por desvio de saúde.

Requisitos de Autocuidado Universais - São comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas do ciclo de vida. Adaptam-se à idade, às fases de desenvolvimento, ao ambiente e a outros fatores. São frequentemente designados por “Necessidades Humanas Básicas” como por exemplo: o aporte suficiente de ar, água e alimentos;

manutenção do processo de eliminação; manutenção do equilíbrio entre o descanso e a atividade; preservação do equilíbrio entre a solidão e a interação social, prevenção de acidentes e promoção de segurança, entre outros. Estão associados aos processos vitais, à manutenção da integridade da estrutura e funcionamentos humanos e ao bem-estar em geral (Silva, 2011; Fernandes, 2014).

Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento - Estão associados aos processos de desenvolvimento humano e às condições e eventos que ocorrem durante os vários estadios do ciclo de vital. Importa, neste contexto, promover os processos de desenvolvimento saudáveis durante o ciclo de vida (fetal, infância, adolescência, estado adulto e idoso) e, ao mesmo tempo, prevenir eventos que possam afetar de forma adversa esse desenvolvimento (condições opressivas de vida, privação de educação, desporto, lazer) (Silva, 2011; Fernandes, 2014).

Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde - Estes requisitos existem para as pessoas que estão doentes ou incapacitadas por doença, lesões, desfiguração ou tratamento e que não conseguem, por este motivo, satisfazer as suas necessidades de autocuidado. Estão associados a defeitos genéticos e a desvio estruturais e funcionais com efeito nas medidas de diagnóstico e de tratamento médico (*idem*).

A Teoria do Défice de Autocuidado

Segundo esta teoria, todo o ser humano adulto e saudável tem capacidade de se autocuidar. No entanto, nem sempre essa capacidade de autocuidado é suficiente para ultrapassar os problemas de saúde (Fernandes, 2014). Pois como refere Silva (2011) o “alicerce da teoria do défice de autocuidado radica no facto daquelas capacidades (de autocuidado), devido a limitações existentes, não estarem à altura para satisfazer todos, ou alguns, dos requisitos do indivíduo” (p.22). Assim é necessário a intervenção de outras pessoas como a família, amigos, vizinhos e enfermeiros, para ajudarem o indivíduo a superar as suas limitações parciais ou totais, no exercício do autocuidado (Silva, 2011).

Para Orem (1993, 1995) os défices de autocuidado podem ser completos ou parciais. Um défice de autocuidado completo significa que não existe capacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado. Os défices parciais podem ser extensos ou podem limitar-

se a uma incapacidade de satisfazer um ou vários requisitos de autocuidado, dentro das necessidades de autocuidado. São designadas necessidades de autocuidado a quantidade e o tipo das ações que a pessoa realiza ou deveria realizar num determinado tempo, para conseguir atingir os objetivos ou requisitos. As necessidades de autocuidado também podem ser completas ou parciais e quando identificadas pelos enfermeiros passam a significar défice em autocuidado. O reconhecimento do défice permite não só ao enfermeiro compreender o papel da pessoa no autocuidado como também delinear a sua intervenção, adequando os métodos de auxílio ao défice identificado (Silva 2011; Fernandes, 2014).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem

O sistema de enfermagem é definido por Dorothea Orem (1993, 1995) como o produto de uma série de relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a pessoa com défice no autocuidado ou com cuidado dependente. De acordo com a mesma autora, os enfermeiros utilizam sistemas de enfermagem distintos em função das necessidades em autocuidado evidenciadas (Silva, 2011; Fernandes, 2014;).

Dorothea Orem (1993, 1995) descreve três sistemas de enfermagem: Sistema totalmente compensatório; Sistema parcialmente compensatório; Sistema de apoio educativo e de desenvolvimento.

O Sistema totalmente compensatório é aquele em que a pessoa não tem nenhum papel ativo no seu autocuidado, ou seja, necessita que todos os cuidados sejam assumidos pelos enfermeiros. O Sistema parcialmente compensatório é aquele em que a distribuição das atividades de autocuidado é repartida entre o enfermeiro e a pessoa que mantém uma determinada capacidade em efetuar algumas ações de autocuidado. Sistema de apoio educativo e de desenvolvimento é aquele em que a pessoa consegue realizar todas as ações de autocuidado, mas necessita da supervisão do enfermeiro para as realizar de forma adequada (Orem, 1993 *apud* Fernandes, 2014).

Em suma, o conceito de autocuidado, segundo a Teoria Geral de Enfermagem de Orem, é o pilar central de reflexão e de relevância para a prática de Enfermagem (Fernandes, 2014). É neste sentido que, tal como Dorothea Orem (1993) sugere, é necessário um

estudo continuado sobre as necessidades de cuidados de enfermagem das populações e suas famílias, para perceber a variedade de cuidados de enfermagem solicitados e o número de pessoas que deles necessitam. Assim, fica visível a necessidade de trabalhos de investigação como este a que nos propomos com informação válida e precisa sobre o tipo e nível de dependência no autocuidado dos idosos residentes em Granja do Ulmeiro.

2.2 TRANSIÇÃO PARA A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Ao longo do ciclo vital, as necessidades de autocuidado das pessoas variam, dependendo das capacidades da sua satisfação e nas necessidades de ajuda dos outros. É nos processos de transição, que por várias razões, se altera a condição do indivíduo ou do meio e da autonomia, e se caminha para a dependência (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014).

Segundo a Teoria das Transições de Meleis cada período de transição corresponde a momentos marcantes da vida, procurando que a pessoa desenvolva novos comportamentos nos diversos contextos em que se insere e ao mesmo tempo promovendo transformações no seu estado de saúde, relacionamentos, expectativas e habilidades. A transição é uma passagem ou mudança de um estado, condição, ou dum local para outro (Meleis *et al.*, 2000). Para Ribeiro e Pinto (2014), essa passagem “pode ser identificada como o início de uma doença ou um acidente, ou não ser possível de reconhecer, quando falamos, por exemplo, num estado de dependência progressivo associado ao envelhecimento” (p.29), concluindo que uma situação de dependência pode ser originada pelo surgimento de uma ou várias doenças crónicas, ou ser o reflexo de uma perda geral das funções, atribuível ao processo de envelhecimento.

As transições são complexas e multidimensionais. Meleis *et al.* (2000) identificaram propriedades essenciais das transições: Consciencialização, Envolvimento, Mudança e Diferença, Tempo de Transição, Pontos e Eventos Críticos. Estas propriedades interrelacionam-se num processo complexo.

Segundo os mesmos autores, a consciencialização está relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento de um acontecimento de transição. O nível de consciência geralmente reflete-se no grau de congruência entre o que é conhecido sobre processos e respostas. O indivíduo tem de ter sempre alguma consciencialização de que existem alterações a ocorrer, pois esta não consciência pode significar que o indivíduo ainda não iniciou esse processo de transição(Meleis et al.; Leonardo, 2011).

O Envolvimento é definido como o nível no qual a pessoa se mostra envolvida no processo. Exemplos de envolvimento são a procura de informação, usar modelos, modificar atividades, entre outros. Está estritamente relacionado com o nível de consciencialização, e só ocorre se este ocorrer. O nível de envolvimento de um indivíduo que está consciente das suas alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais será significativamente diferente dos que desconhecem essas alterações (Meleis *et al.*, 2000; Leonardo, 2011).

A Mudança e Diferença são propriedades essenciais duma transição. Embora semelhantes, estas propriedades não são intercambiáveis nem são sinónimos de transição. Todas as transições envolvem mudança, mas nem sempre a mudança está relacionada com transição. Para compreender uma transição é necessário descobrir e descrever os efeitos, defeitos e significados que a mudança envolve. As dimensões da mudança que podem surgir incluem a natureza, temporalidade, a importância percebida, a gravidade e as normas e expectativas individuais e familiares (Meleis *et al.*, 2000).

O Tempo da Transição significa que as transições se caracterizam por fluxo e movimento ao longo do tempo. Existem períodos identificáveis, desde os primeiros sinais de mudança, atravessam períodos de instabilidade e stress até um eventual término com um novo início ou período de estabilidade. Contudo, para os autores, não é fácil e até poderá ser contraproducente estabelecer limites no tempo de cada transição (Meleis *et al.*, 2000).

O tempo necessário para uma transição é variável e depende da natureza da mudança e da forma como essa mudança interfere na vida da pessoa (Leonardo, 2011)

Pontos e Eventos Críticos surgem quando as transições estão associadas a um evento marcante identificável como o nascimento, morte, diagnóstico de doença entre outros.

No entanto existem transições em que este marco não é identificável. Estes são frequentemente associados a um aumento da consciencialização da mudança e um maior envolvimento com a transição (Meleis *et al.*, 2000).

Um modelo de prestação de cuidados desadequado às necessidades de um grupo etário tão particular, como o da pessoa idosa, 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 (Direcção Geral da Saúde (DGS), 2004).

De acordo com (Silva, 2012) os processos de transição são considerados, como o ponto central para a enfermagem, uma vez que são os enfermeiros enquanto cuidadores da pessoa dependente, que observam as mudanças inerentes à nova condição de saúde e, por sua vez, auxiliam, quando adequado, a pessoa na aprendizagem e na obtenção de novas competências para lidarem com as limitações nas capacidades de desempenho no autocuidado. Além disso, intervêm no seio da família, que deve ser capaz de cuidar da pessoa com dependência, ou seja, “a missão da enfermagem passa, também, por ajudar os familiares a assumirem o papel de prestadores de cuidados” (Silva, 2012, p.31). Pois, muitas vezes, o nível de dependência resultante daquela transição, exige que um familiar tenha de assumir o papel de prestador de cuidados, ou seja, que se veja perante um cenário de transição situacional (Meleis *et al.*, 2000).

Vários estudos efetuados a famílias que integram dependentes no autocuidado, como Pereira (2011), Silva (2012), Trigo (2012) e Fernandes (2014), demonstram que os dependentes no autocuidado são maioritariamente idosos, na sua maioria mulheres e viúvos, com necessidades de apoio nos vários tipos de autocuidados. Os mesmos estudos constataram ainda que os principais cuidadores são cônjuges e filhos/as dos idosos.

Emerge, portanto, um novo desafio, não só para a pessoa dependente, mas também para os seus familiares que têm de assumir o papel de prestador de cuidados (Maia, 2012).

No capítulo seguinte abordaremos o conceito e funções da família, assim como a sua evolução ao longo dos tempos de forma a contextualizarmos a importância do familiar cuidador.

3. FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS

A família é a instituição social mais antiga que ao longo dos tempos, tem sofrido alterações muito significativas na sua estrutura e composição, como consequência das transformações sociodemográficas, económicas e políticas. É considerada a unidade fundamental da sociedade pois é primeira instituição onde o indivíduo se integra e desenvolve, tendo como principal objetivo proporcionar bem-estar e ser o agente principal da continuidade de cuidados e do desenvolvimento dos seus membros (Silva, 2012).

Segundo Araújo (2010),

A família responsabiliza-se pela prestação de cuidados na saúde e na doença dos seus membros. Na família é aprendido o autocuidado, comportamentos de bem-estar, prestam-se cuidados a diferentes membros ao longo do seu desenvolvimento e durante as diferentes transições do ciclo vital. Habitualmente, os diferentes membros que a compõem apoiam-se uns aos outros em actividades de promoção de saúde e em processos de doença aguda e ou crónica (Araújo, 2010, p.56).

Em 2005 Hanson descreveu a família como uma unidade básica ou primária da sociedade que faz parte de um macrosistema em que esta interage com as outras instituições para receber ou trocar serviços (Hanson, 2005). Em 2019 o ICN descreve a família como uma unidade social ou todo coletivo, composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou relações legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes (ICN, 2019).

Ao longo do tempo a sociedade sofreu alterações visíveis que influenciaram mudanças não só nos tipos, mas também nas funções das famílias. Em 1974 Minunchin (citado em Pires, 2016) definiu a classificação das famílias segundo a sua estrutura, em nove tipos:

- Família nuclear simples: Vivem os cônjuges e menos de três filhos.
- Família nuclear numerosa: Formada por três ou mais filhos com os seus pais.
- Família extensa e de origem alargada: Vivem avós, irmãos, tios, primos, todos unidos por laços de consanguinidade.
- Famílias extensa composta: Vivem outras pessoas sem vínculo sanguíneo.

- Família monoparental: Constituída por um só cônjuge e seus filhos.
- Família homoparental: Constituída por cônjuges do mesmo sexo e seus filhos.
- Família binuclear e reconstituída: Um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e coabitam filhos de pelo menos um dos progenitores.
- Sem família: Neste tipo contempla-se não só o adulto solteiro, mas também o divorciado ou o viúvo sem filhos.
- Equivalentes familiares: Trata-se de indivíduos que vivem no mesmo lugar sem constituir um núcleo familiar tradicional, como por exemplo, grupos de amigos que vivem juntos, religiosas que vivem fora da sua comunidade e/ou pessoas que vivem em residências ou asilos (Minunchin,1974 *apud* Pires, 2016).

Mais tarde, Hansan (2005) classifica-as segundo a sua função, definindo-as como funções das famílias contemporâneas:

- Função económica: A dependência económica da família não depende só do chefe de família, existe maior independência financeira. Os filhos são considerados como luxos dispendiosos e não como bens económicos.
- Função reprodutora: A sexualidade e a procriação deixaram de ter fronteiras matrimoniais.
- Função de proteção: Já não tem tanta importância devido à existência de instituições de assistência sociais e legais desvinculando o papel de proteção familiar.
- Função religiosa: A transmissão da religiosidade foi relegada para as instituições religiosas, desvalorizando os valores religiosos e culturais.
- Função educativa e de socialização: A função educativa da família tem-se perdido e transferido para as escolas, incumbindo à escola para além da função de instrução, a de educação.
- Função de conferir estatuto social: O nome de família deixa de dar status. O estatuto é obtido pela instrução, profissão, rendimento e residência.

- Função de relação: É uma nova função das famílias contemporâneas. Os casais unem-se, casam-se e têm filhos, não por necessidade de proteção e sustentabilidade, mas pelo sentimento e intimidade.
- Função de saúde: A família é a gênese da saúde física e mental de toda uma vida. A alteração do padrão de saúde de um dos membros afeta todo o agregado familiar, assim como, a promoção da saúde é feita pela transmissão de atitudes, crenças e hábitos (Hanson, 2005).

Atualmente, uma das funções primordiais da família é a proteção e suporte emocional dos elementos da família mais vulneráveis, pois,

Quando a família é confrontada com a necessidade de cuidar de um dos seus membros dependentes, essencialmente perante situações prolongadas, pode entrar num estado de crise, que se manifesta mais intensamente no elemento que assume a responsabilidade de cuidar (Pereira, 2011, p.26).

Atualmente as famílias também são reconhecidas como promotoras da saúde e independência dos seus membros e como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares. No entanto, a manutenção do dependente em família, passa indispensavelmente pelo apoio de redes formais e informais, que são essenciais, quer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas dependentes e seus familiares, quer para a continuidade da disponibilidade familiar para o cuidar (Pereira, 2011).

No presente estudo, o conceito de família utilizado é proposto pelo Instituto Nacional de Estatística, que define as famílias clássicas como “um conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento”. Considera também qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento, como por exemplo, o(a)s empregados domésticos internos, desde que não se desloquem todas ou quase todas as semanas à residência da respetiva família (INE, 2020a).

O ICN (2019) considera prestador de cuidados o indivíduo que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade e que atende às necessidades da pessoa dependente, e como membro da família prestador de cuidados o responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família.

Tendo em conta que o processo do envelhecimento está relacionado com o ato de cuidar de uma pessoa idosa dependente, é muito importante, reconhecer que prestar cuidados é um processo complexo e exigente, podendo estar relacionado com alterações a nível físico, emocional, psicológico, social e/ou financeiro e que, por sua vez, poderá incitar sobrecarga no prestador de cuidados(Nicolau, 2018).

Teoricamente a prestação de cuidados aos idosos é, desde sempre, um dos papéis centrais da família, ou seja, a família é a principal entidade prestadora de cuidados, ao longo de todo a ciclo de vida individual e familiar. “Prestar cuidados sempre foi visto como uma função básica da vida das famílias. Fala-se de cuidar das crianças, cuidar da família, cuidar dos membros em desvantagem, cuidar de idosos” (Araújo, 2010, p.48).

O membro da família prestador de cuidados é a pessoa que assegura cuidados no domicílio a uma pessoa em situação de dependência, sem remuneração e na maioria das vezes sem qualquer preparação. Surge normalmente da rede de relações do idoso perante a necessidade de cuidados, identificada no domicílio ou até durante uma hospitalização (Andrade, 2010).

Cuidar é por natureza um ato intrínseco à condição humana, na medida em que ao longo do ciclo vital, vamos sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos. Além disso, também pode ser considerado como um grande desafio, principalmente se a pessoa cuidadora não estiver preparada para assumir o ato (Nicolau, 2018).

Atualmente, o envelhecimento populacional e o conseqüente aumento dos índices de dependência com tendência a aumentarem no futuro, traz repercussões ao nível da família, principalmente do prestador de cuidados. A resposta de cuidados no domicílio é muitas vezes difícil, uma vez que se vive numa época de grandes dificuldades sócio económicas, com o desemprego como ameaça constante (Andrade, 2010).

Neste sentido, o processo de adaptação do prestador de cuidados merece uma atenção particular por parte dos enfermeiros, pois estes têm como função ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do seu ciclo vital. Aos enfermeiros coloca-se também o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista do cuidador e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas (Andrade, 2009), pois só assim terão capacidade de cuidar dos seus familiares dependentes.

3.1 TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS

As mudanças na saúde e na doença das pessoas geram processos de transição. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que tendem a afetar sua saúde (Meleis *et al.*, 2000).

O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes, que podem ser considerados como pontos de viragem ou pontos críticos. Estes pontos exigem atenção, conhecimento e experiência por parte dos enfermeiros, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para os indivíduos devido às dificuldades para desempenhar o autocuidado e o cuidar (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2007).

Para Schumacher (1995) a transição para o papel de Membro Familiar Prestador de Cuidados (MFPC) ocorre como resposta a um quadro de dependência do familiar que passa a necessitar de cuidados. Durante o processo de transição, o papel do prestador de cuidados é adquirido através da interação entre o familiar cuidador e a pessoa dependente e os outros membros da comunidade, constituindo um processo de role-making (processo criativo de assumir e integrar um papel).

Meleis e colaboradores analisaram a transição como conceito central da enfermagem, uma vez que, os enfermeiros geralmente são os principais cuidadores de pessoas e suas famílias em processos de transição. Eles apoiam as pessoas e suas famílias nas mudanças que os processos de transição exigem. Além disso, os enfermeiros são os cuidadores que preparam as pessoas para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a saúde e a doenças. Para os mesmos autores, são exemplos de transições que podem tornar as pessoas vulneráveis a riscos: doenças, experiências como diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação, maternidade, parto, paternidade, adolescência, menopausa, envelhecimento, morte, migração, reforma e cuidados a familiar (Meleis *et al.*, 2000).

O papel de MFPC adquire-se de acordo com exigências que são fluidas e mutáveis e de acordo com o envolvimento deste no processo. Esta envolvimento na transição para o papel de familiar prestador de cuidados implica mudanças nos padrões comportamentais estabelecidos e nas expectativas, assim como, a aquisição de novos conhecimentos e novas habilidades instrumentais (Schumacher, 1996 *apud* Queirós, 2012).

É necessário conhecer as condições pessoais e ambientais que facilitam ou inibem o progresso para uma transição saudável. As condições pessoais, comunitárias e sociais podem facilitar ou prejudicar o processo e resultado de uma transição. As condições pessoais referem-se aos significados atribuídos; às crenças culturais e atitudes; ao estatuto sócio económico e à preparação e conhecimento. As condições comunitárias e sociais dizem respeito ao ambiente envolvente relacionam-se com a comunidade e a sociedade. O ambiente é o promotor de recursos externos. Estes foram definidos como o processo cíclico de percepção, de construção e de apoio à pessoa que são externos à mesma, como o suporte social fornecido pelos familiares, amigos, e a nível profissional, o suporte de enfermagem e grupos terapêuticos. Quando o suporte é insuficiente ou há falta de comunicação com os profissionais, os indivíduos experimentam sentimentos de impotência, confusão, frustração e conflito (Leonardo, 2011; Queirós, 2012).

Algumas das intervenções de enfermagem que poderão ser usadas para facilitar a transição, são: Avaliação de enfermagem (deverá ser dinâmica e ajustada à evolução do indivíduo continuamente, em qualquer fase do processo); Considerar experiências anteriores(as transições têm de ser vistas no contexto de vida do dependente e do prestador de cuidados e das suas experiências); Suporte aos novos papéis (ajudar na aquisição de novas capacidades e conhecimentos); Criação de um ambiente saudável (inclui o ambiente envolvente de ambos na vertente social, cultural, política, etc.); Mobilização de recursos (recursos instrumentais, pessoais, familiares bem como recursos da comunidade adequados às novas necessidades) (Schumacher, 1995; Meleis *et al.*, 2000; Leonardo,2011).

Segundo Meleis *et al* (2000) O foco da enfermagem é o processo, ou seja, neste caso, as experiências dos cuidadores durante o processo de transição. A saúde e o bem-estar são o resultado. Uma transição saudável é caracterizada por indicadores de processo e resultado. Como as transições se desenrolam ao longo do tempo, os referidos autores

identificaram indicadores de processo que movem as pessoas na direção da saúde ou na direção da vulnerabilidade, responsabilidade e risco. Existindo uma avaliação ou intervenção precoce por parte dos enfermeiros facilitará melhores resultados em saúde (Meleis *et al.*; 2000).

Atualmente o grande foco da equipa de enfermagem ainda é a pessoa dependente, o cuidado ao indivíduo descurando muitas vezes a família. No entanto, com o envelhecimento da população emerge um dos problemas prioritários nas políticas educativas, de saúde, sociais e económicas dos países, contemplando também a necessidade de apoio a famílias com idosos dependentes (Araújo, 2010).

3.2 NECESSIDADES DO FAMILIAR FACE AO EXERCÍCIO DO PAPEL

A vida das famílias, são cada vez mais, confrontadas com a função de cuidar de um dos seus membros em situação de dependência. Esta situação tem grande impacto na própria família que opta por recorrer a estratégias de *coping* com o objetivo de conseguir uma adaptação eficaz ao desafio. Essa transição para o papel de prestador de cuidados manifestar-se-á de forma mais intensa no elemento que assumir a responsabilidade de cuidar. As tarefas intrínsecas a esta transição não são distribuídas equitativamente por todos os elementos da família, incidindo normalmente sobre um dos seus elementos (Pereira, 2011).

Nas últimas três décadas, os estudos sobre este tema sugerem que indivíduos que cuidam dos seus familiares idosos, doentes ou deficientes, podem sentir-se sobrecarregados e estão em risco de estresse psicológico, distúrbios de saúde e aumento da mortalidade. Ao mesmo tempo representa custos significativos para as famílias e sociedade (Brown & Brown, 2014).

Schulz (2001) menciona uma ampla gama de efeitos negativos do cuidar: a perturbação das rotinas familiares; o sofrimento psicológico; as físico-morbididades incluindo mortalidade; depressão e ansiedade; as dificuldades financeiras e problemas relacionados com o trabalho. Aponta a sobrecarrega ou a angústia como o resultado mais

relatado associado ao cuidar, embora refira que este não seja um fenômeno universal, especialmente entre cuidadores cônjuges. Refere ainda que os impactos negativos do cuidar de pessoas com demência são geralmente maiores do que o cuidar de pessoas sem demência uma vez que no primeiro caso se gasta significativamente mais horas por semana na prestação de cuidados do que no segundo. Além disso, os cuidadores também relatam maiores complicações no emprego, tensão, problemas de saúde física e mental, tempo reduzido para lazer e conflitos familiares. Os efeitos na saúde física, como a maior suscetibilidade a doenças, são mais difíceis de demonstrar, embora possam ocorrer em cuidadores mais vulneráveis ou frágeis. Descreve como efeitos positivos do cuidar, o aumento da autoestima, a satisfação de saber que o familiar está sendo devidamente cuidado e a melhoria da saúde mental (Schulz, 2001).

Outros estudos apontaram que a sobrecarga do cuidador é maior em cuidadores mulheres, com menos habilitações literárias, que residem com o destinatário dos cuidados, com depressão, socialmente isolados, com dificuldades financeiras e que dedicam mais tempo ao cuidar. Achados semelhantes foram encontrados para aqueles que cuidam de sobreviventes de AVC. A sobrecarga do cuidador também era maior quando os destinatários dos cuidados eram sobreviventes de AVC com depressão, mobilidade deficiente, déficits de compreensão verbal, espasticidade do membro superior e disfagia (Hildebrand, 2016).

Um estudo recente realizado na Coreia do Sul sobre cuidadores de pessoas com demência demonstra que a carga geral foi maior entre os cuidadores do sexo feminino, doentes com menor nível de atividades diárias, doentes com comportamento mais anormal ou doentes mais jovens (Lee SM, Lee Y, Choi SH, Lim TS, 2019).

A carga do cuidador também pode contribuir para a violência no idoso, ocorrendo principalmente, nas situações em que um cuidador é o principal responsável pela supervisão e atendimento das necessidades do idoso 24 horas por dia, 7 dias por semana, resultando em problemas emocionais que podem levar ao abuso físico (Thimsen, 2019).

Segundo Goldstein e Morrison (2013) as intervenções recomendadas para melhorar os resultados para cuidadores de pessoas com doenças graves, têm como alvo melhorias na gestão da dor e dos sintomas, na qualidade de vida, na satisfação, na autoeficácia, na ansiedade, na depressão e na esperança.

Também Souza e colaboradores (2007, *apud* Gonçalves, 2015, p. 57) referem que “as famílias e os cuidadores sobrecarregados, stressados, ou desgastados, têm a manutenção de sua saúde ou qualidade de vida ameaçada devido à responsabilidade de cuidar, apresentando, em muitas situações, sentimentos de impotência, preocupação, cansaço e irritabilidade”. Segundo os mesmos autores este facto decorre de o prestador de cuidados apenas cuidar daquele que necessita do seu auxílio, descorando-se de si próprio, dedicando-se, unicamente ao ser cuidado.

Nesta perspetiva, Shyu (2000, *apud* Gonçalves, 2015) considera que existem diferentes estratégias para manter, recuperar e estabilizar o ponto de equilíbrio entre a prestação de cuidados e as necessidades que o cuidador familiar enfrenta, e aponta estratégias para manter, recuperar e para estabilizar o ponto de equilíbrio.

As estratégias apontadas para manter o ponto de equilíbrio incluem:

- Alterar os horários das atividades;
- Constituir uma equipa de trabalho;
- Modificar o ambiente;
- Gerir os problemas comportamentais/emocionais;
- Integrar as atividades de autocuidado e gerir o tratamento.

As estratégias apontadas para recuperar o ponto de equilíbrio incluem:

- Gerir os problemas comportamentais/emocionais;
- Constituir/reconstruir uma equipa de trabalho;
- Integrar as atividades de autocuidado;
- Alterar os horários das atividades;
- Gerir os tratamentos;
- Alterar as tarefas relacionadas com o cuidado.

As estratégias apontadas para estabilizar o ponto de equilíbrio incluem:

- Constituir/reconstruir uma equipa de trabalho;
- Ponderar alternativas;

- Tornar o recetor de cuidados mais colaborante;
- Alterar os horários das atividades;
- Gerir os problemas comportamentais/emocionais.

A aquisição do papel de cuidador familiar, e na sequência de um evento imprevisto, como é o regresso a casa após uma hospitalização gera tensões e sobrecarga em particular para os novos prestadores de cuidados que assumem este papel pela primeira vez. Por isso, é muito provável que estes prestadores estejam frequentemente mal preparados para o exercício do seu papel, pelo que carecem de conhecimentos e de competências que lhes permitam prestar bons cuidados. Ao longo do seu percurso como cuidador familiar, as suas necessidades vão evoluindo à medida que vai integrando e assumindo o seu papel (Brereton,1997 e Shyu, 2000 *apud* Gonçalves, 2015).

Shyu (2000 *apud* Gonçalves,2015:56) esquematiza essas necessidades em três momentos:

“Necessidades na fase de integrar o papel (informação de saúde, nomeadamente sobre a condição de saúde do recetor de cuidados, os sintomas ou a gestão de emergências);

Necessidades na fase de negociar o papel (ajuda no domínio das capacidades para o autocuidado e para o controlo das emoções do recetor de cuidados);

*Necessidades na fase de assumir o papel (apesar de o cuidador familiar já se sentir confortável no exercício do papel e preparado para situações de emergência, continua a carecer de suporte emocional, bem como de algum apoio em força de trabalho, pela disponibilização de outras pessoas que possam colaborar no cuidado ao familiar)” (Shyu,2000 *apud* Gonçalves,2013: 56).*

Costa e Castro (2014) no seu estudo verificaram que os cuidadores familiares apresentavam déficits de autocuidado, sobrecarga no papel de cuidador e a saúde debilitada, sobretudo pela falta de cuidados preventivos. No entanto, também se destacaram alguns pontos positivos como as crenças, as estratégias para enfrentar as dificuldades e o apoio, tanto de pessoas sem conhecimentos na área, como amigos e familiares, como de profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, que segundo os autores, precisam ser incentivados e são fundamentais para que haja melhoria na qualidade de vida dos cuidadores.

Pretende-se que as intervenções de enfermagem aos cuidadores familiares possam ser desenvolvidas, através de orientação e acompanhamento direto do enfermeiro em

ambiente hospitalar, na preparação para a alta. Em ambiente domiciliar, podem realizar-se visitas domiciliares, para a prestação os cuidados necessários e individualizados (Costa e Castro, 2014).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem estar conscientes das dificuldades sentidas pelos familiares cuidadores, e não apenas das necessidades dos familiares recetores de cuidados, fornecendo as informações necessárias, o apoio emocional e acessibilidade aos serviços (Iecovich, 2008).

Frequentemente os cuidados necessários exigem um nível de cuidados, de conhecimento e competência que o familiar cuidador não possui. Como tal, esta situação “coloca a família [...] como objeto de cuidados do enfermeiro, na perspetiva da sua intervenção e da avaliação dos resultados que se verificam na perceção da eficácia dos cuidadores e na condição de saúde da pessoa cuidada” (Schumacher, 2000 *apud* Costa, 2013:78).

É neste sentido que urge perceber o papel do enfermeiro de família, pois na nossa opinião é um profissional que pela proximidade à família, conhecimentos e competências, tem um papel fundamental nos processo de transição, nomeadamente, ajudar o familiar a adquirir estratégias para manter, recuperar e estabilizar o ponto de equilíbrio entre a prestação de cuidados e as necessidades que o cuidador familiar enfrenta, de acordo com as ideias de Shyu (2000).

4. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Em 1998, a OMS destaca a importância do papel do enfermeiro na melhoria da saúde, através do programa Saúde 21- Saúde para Todos no Século XXI. Este estabelece 21 metas que permitem a cada estado membro desenvolver as suas próprias políticas e estratégias de saúde em articulação com as políticas regionais. Destas 21 metas, a meta 15 realça a importância da enfermagem de família, afirmando que o enfermeiro de família deve ser o elemento de referência para as famílias que procuram os cuidados de saúde (OMS, 2009).

A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem acaba por ter, enquadramento internacional e conceptual nas políticas de saúde da OMS - Região Europeia. Ao mesmo tempo, o papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), recupera o interesse na família e a sua importância nos cuidados de saúde, como resultado na mudança da forma como ela é percebida.

Em Portugal, com criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE), pelo Decreto Lei nº 104/98, de 21 de abril, reconhece-se que os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica de extrema relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade. O enfermeiro é considerado o profissional com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção (Correia, 2018).

Mais tarde, a nível internacional, destaca-se a realização da Segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da Organização Mundial de Saúde-Região Europeia, ocorrida em Munique em 2000 sobre enfermagem e enfermagem obstétrica, e a declaração final: “Enfermeiros: uma força pela Saúde”, que passou a ser conhecida pela Declaração de Munique e que foi subscrita pelo governo Português. Foi determinante para o surgimento do conceito de Enfermeiro de Família (EF), colocando o enfermeiro como pivot central do

desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo central da sua intervenção (OMS, 2000).

Em Portugal, as alterações sociais, demográficas, económicas e estruturais sentidas nos últimos anos vieram alterar a necessidade de cuidados de saúde em todo o mundo. Como orientação política de apoio à saúde, surge em 2004, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Este foi o veículo de mudança, pois, identificou os fatores de risco de doenças mais importantes em que se deveria atuar e concretizou as áreas prioritárias de investimento na saúde dos portugueses, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Ministério da Saúde, 2004).

Além disso, propõe como estratégia para obter mais saúde para todos, a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, justificada pelo facto de permitir uma melhor e mais integrada perceção, no conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida: nascer com saúde; crescer com segurança; uma juventude à descoberta de um futuro saudável; uma vida adulta produtiva; envelhecimento ativo e morrer com dignidade sendo a família uma área prioritária para a intervenção (Ministério da Saúde, 2004).

Dando continuidade ao previsto no Programa do XVII Governo Constitucional, em 2006 foi iniciada a reforma dos cuidados de saúde primários com o Despacho Normativo 9/2006 de 16 de fevereiro, que aprova o regulamento para lançamento e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) dando particular enfoque à reorganização dos CSP, bem como à sua importância numa prestação de cuidados de saúde aos cidadãos mais próxima, adequada, efetiva e eficiente, considera estas como um pilar inovador na prestação de CSP e nos serviços públicos em Portugal (109/2006, 2006).

No ano seguinte, através do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto estabelece-se o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, que no seu artigo 3.º define as USF como “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 todos os elementos da equipa é exigido princípios de

cooperação para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde (Diário da República nº 161/2007, 2007, P. 5589).

O mesmo decreto lei, obriga a lista de utentes inscritos por cada médico ter uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional e atribui aos enfermeiros utentes inscritos correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.

Segundo Hanson (2005) a metodologia do EF por área geográfica permite ao enfermeiro trabalhar com as famílias, tendo por base o atual conceito de família, que não a limita aos laços de sangue, casamento e legais, mas compreende-a como um grupo cujas relações são baseadas na confiança, no suporte mútuo e num destino comum.

Em 2008 através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, são implementados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) definindo-os como serviços públicos de saúde, desconcentrados Administrações Regionais de Saúde (ARS) ou integrados em Unidades Locais de Saúde (ULS), com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais Centros de Saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais, as que se direcionam para a saúde familiar são as Unidades de saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), embora as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) possam também ter projetos de intervenção comunitária dirigidos à saúde familiar, nomeadamente a grupos vulneráveis (Diário da República nº 38/2008, 2008).

Assim, a reorganização dos CSP, com a criação das USF e UCSP, impulsionou a conceção dos cuidados de enfermagem centrada na família, com a aposta nos modelos de organização em equipas de saúde familiar, onde emerge a figura do enfermeiro de família e a necessidade de formação especializada dos enfermeiros nesta área (Silva, 2016).

Em 18 de fevereiro de 2011 foi criado o perfil das competências específicas para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, com a publicação do Regulamento n.º 126/2011, pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011).

Em 2014 é publicado o Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, que estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família no âmbito das unidades funcionais de prestação de CSP, nomeadamente nas USF e UCSP. No seu artigo 4º ponto 1 refere:

Sendo um recurso de proximidade, o enfermeiro de família disponibiliza cuidados de enfermagem, efetuando, em articulação com a restante equipa de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visita domiciliária (Diário da República nº 149/2014, 2014, p. 4070).

Os EF, situados no centro da rede de serviços são o grupo de profissionais mais capazes de desenvolver modelos de prática em contexto domiciliário. Pelos seus saberes e competências, mas também pela sua capacidade de abordagem sistémica e de avaliação interdisciplinar (Pereira, 2011).

Neste sentido, em 2017 o Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho altera o regime jurídico das USF, e além de introduzir alterações que visam, designadamente, clarificar o regime de extinção das USF, no seu Artigo 7.º acrescenta o ponto 4 que refere “Os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar” (Diário da República n.º 118/2017, p. 3129), o que constitui uma importante medida com relevante impacto na figura do EF, assim como no futuro da Enfermagem de Família e conseqüentemente na qualidade dos cuidados prestados não só às pessoas dependentes no auto cuidado, mas também ao familiar cuidador.

Em 16 de julho de 2018, no âmbito da certificação de competências, foi publicado o Regulamento n.º 428/2018, segundo o qual, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, assim como, lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Fazem parte das competências deste profissional:

- Estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;
- Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família;

- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;
- Desenvolver a prática de EF baseada na evidência científica,
- Intervir, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;
- Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa;
- Envolver -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar;
- Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem;
- Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família;
- Gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

4.1 O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO APOIO ÀS FAMÍLIAS PRESTADORAS DE CUIDADOS.

A Enfermagem de Família tem a sua origem na pré-história, com o papel assumido pela mulher para cuidar dos membros da família doentes (Hanson,2005). Os cuidados de enfermagem centrados na família remontam à origem da profissão de enfermagem, uma vez que na sua origem os cuidados de enfermagem eram prestados na casa dos doentes, e a família era envolvida nesses cuidados (Wright & Leahey, 2012).

Vários estudos científicos confirmam que a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada na família e não apenas no indivíduo. Assim, a enfermagem de família tem como princípios a inclusão da família no planeamento e prestação de cuidados, a capacidade de levar em consideração as necessidades da família como um

todo e não apenas as necessidades do indivíduo, o reconhecimento da importância das crises interpessoais e do seu impacto na saúde da família, respeitando as suas forças e dando-lhe apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados (Hanson, 2005; Figueiredo, 2011; Wright & Leahey, 2012).

De acordo com Stanhope e Lancaster, (2008) na prática de Enfermagem da Família é importante concetualizar e abordar a família segundo o contexto, a família como cliente, a família como sistema e a família como componente da sociedade.

Na família como contexto, o centro de atenção é a saúde e o desenvolvimento de um membro integrado num ambiente específico. No processo de enfermagem a avaliação individual deve ter em consideração o papel da família, as necessidades básicas do indivíduo em particular, o nível das necessidades psicológicas e dos objetivos de vida, com intuito de atingir o mais alto nível de saúde. A família apesar de ser considerada uma força, pode também dificultar a saúde individual e o desenvolvimento da doença.

A família como cliente é considerada o foco dos cuidados de enfermagem, e encarada como a soma dos seus membros.

A família como um sistema, é vista como um sistema interativo, no qual o todo é mais que a soma das suas partes. Esta abordagem centra-se, simultaneamente, nos membros de forma individual e na família como um todo. A abordagem sistémica das famílias implica a existência e desenvolvimento de acontecimentos que influenciam o membro da família e os restantes elementos da estrutura familiar. Cada família enquanto sistema é um todo, mas é também parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra.

A família como componente da sociedade, é vista como uma instituição da sociedade, uma unidade básica ou primária (instituição de saúde, educação, religião) onde todas fazem parte do sistema social alargado. A família interage com as instituições de maneira a receber, trocar e prestar serviços mutuamente (Pires, 2016).

O EF, ao considerar a família como uma unidade de cuidado, integrada numa abordagem sistémica, tem a possibilidade de a compreender melhor. A avaliação do sistema familiar permite identificar os seus pontos fracos, mas também potencia as suas capacidades e pontos fortes, possibilitando uma intervenção colaborativa e em parceria com a família. Deste modo o enfermeiro promove a saúde da família e potencia o seu *empowerment*

para a resolução da crise, contribuindo para a qualidade e bem-estar não só do doente como da família, como sistema (Stanhope & Lancaster, 1999, 2008; Figueiredo, 2012; Rato, 2018).

De acordo com os referidos autores, quando existe na família um elemento com doença crónica, o confronto diário com a degradação física e psicológica do familiar e a falta de apoios pode provocar sobrecarga física, emocional e social do cuidador e da família. Este cenário constitui um fator de risco para a existência de conflitos e desequilíbrios familiares, exigindo mudanças que podem ter um grande impacto na sua estrutura e funcionalidade, principalmente quando associadas a fatores ambientais como por exemplo baixas condições económicas, podendo levar à rutura familiar (*idem*).

O contexto familiar apresenta-se assim, como um contexto relevante para a promoção da saúde e redução da doença. Os enfermeiros ajudam as famílias a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a controlar o stress e a realizar a promoção integral da saúde, contribuindo para o fortalecimento de um dos pilares fundamentais da sociedade (Antunes, 2012).

Os cuidados de enfermagem à família devem promover a mudança, ajudando as famílias a identificar os problemas, as estratégias de *coping* e os recursos, facilitando os fluxos positivos entre os suprasistemas da comunidade e os sistemas familiares (Figueiredo, 2011).

Ao possuir conhecimento, o EF tem a possibilidade de intervir, em parceria com as famílias, de forma a encontrar soluções e diminuir o risco de disfunção e desequilíbrio dentro do sistema familiar, promovendo assim o bem-estar da pessoa dependente, da família e da comunidade em que residem (Rato, 2018).

Os EF, situados no centro da rede de serviços são o grupo de profissionais mais capazes de desenvolver modelos de prática em contexto domiciliário. Não só pelos seus saberes e competências, mas também pela sua capacidade de abordagem sistémica e de avaliação interdisciplinar (Pereira, 2011).

Neste sentido, as visitas domiciliárias dos EF são consideradas um importante indicador da qualidade dos Cuidados de Saúde primários, no entanto os dados publicados são escassos sobre o seu papel na prestação de cuidados domiciliários, tanto em Portugal

como nos países da Europa Central e Oriental que recentemente introduziram reformas nos seus sistemas de saúde a nível dos cuidados de saúde primários (Stojak, Jamiolkowski, Chlabicz, & Marcinowicz, 2019).

Segundo estudos recentes, as práticas dos enfermeiros estão restritas ao espaço físico das USF/UCSP, sem priorizar o contato com a comunidade. A falta de visitas domiciliárias representa um problema no cuidado da saúde dos indivíduos, uma vez que dificulta a identificação das necessidades de saúde dos utilizadores, impedindo o enfermeiro de desenvolver práticas que permitem a pesquisa, orientação e intervenção nas situações que podem ser identificadas em contexto domiciliar. Ao realizar a visita domiciliar, o enfermeiro tem oportunidade de conhecer o contexto social e familiar, que é relevante para a tomada de decisão no processo de cuidar da família, promovendo uma corresponsabilidade no cuidado com a saúde, além de fortalecer o vínculo entre o enfermeiro e a família (Santos *et al.*, 2016).

A principal causa apontada pelos enfermeiros para a não realização das visitas domiciliárias prende-se com a falta de tempo para a sua execução devido à quantidade de atividades relacionadas com a gestão da unidade de saúde da qual fazem parte (Lionello, Duro, Silva, & Witt, 2012).

Para se promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes no domicílio, vários enfermeiros referem a importância do trabalho e tomada de decisão em equipe multidisciplinar (inclui o doente, sua família e rede informal). Destacam que uma boa prestação de cuidados seria promovida se houvesse mais material, recursos humanos, melhores condições de trabalho, boas condições físicas e formação adequada. Sublinham ainda, a importância de apoiar a família que cuida e fazê-la parte da unidade de cuidado. Referem também, que as famílias cuidam em diversas circunstâncias: algumas com grandes dificuldades; outras gostariam de poder cuidar, mas não sabem, por falta de conhecimentos, medo ou falta de estruturas de apoio. Estas famílias necessitam de apoio, reconhecimento e respeito, pois são quem proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário ao idoso dependente (Carvalhais & Sousa, 2013).

Um estudo recente forneceu evidências sobre uma relação positiva entre cuidadores que receberam cuidados de enfermagem a longo prazo no domicílio e a situação de cuidadores informais de idosos dependentes que ficam em casa. Os cuidadores de

pacientes que recebem cuidados de enfermagem de longo prazo em casa sentiu menos estresse, maior apoio e maior satisfação no seu papel de cuidador, do que os cuidadores de pacientes que não receberam esses cuidados. O mesmo estudo concluiu que as visitas domiciliares de enfermeiros a longo prazo, pode facilitar e melhorar a prestação de cuidados à pessoa dependente e ajudar os cuidadores informais a prestar melhores cuidados aos seus familiares dependentes, assim como melhorar a situação dos cuidadores (Stojak, Jamiolkowski, Chlabicz, & Marcinowicz, 2019).

É necessário aumentar o número de visitas domiciliares para avaliar as necessidades de apoio social sentidas pelos cuidadores, gerar ações destinadas a fornecer mais informações, treinar e ensinar estratégias de forma a mitigar problemas que surgem da tarefa de cuidar (González & Palma, 2016).

A capacitação do cuidador deve fazer parte das estratégias educacionais dos enfermeiros, como forma de melhorar os resultados da formação e a qualidade dos cuidados. Uma estratégia imaginativa e inovadora é a utilização de uma tecnologia educacional disponibilizada aos familiares cuidadores como complemento à instrução oferecida pelos enfermeiros. Os conteúdos a serem incluídos no desenvolvimento da tecnologia devem abranger o domínio dos conhecimentos, o domínio instrumental e os recursos existentes na comunidade, com o objetivo de fornecer a informação adaptada às necessidades dos familiares cuidadores (Landeiro, Martins, & Peres, 2016).

Segundo Navarro, Jiménez, García, Maria, Perosanz, & Blanco, (2018), existem poucos artigos que aprofundam as contribuições do enfermeiro no bem-estar do dependente e sua família. No entanto a intervenção do enfermeiro tem como foco o desenvolvimento de técnicas de aprendizagem na relação doente-cuidador, gestão de stress, transmissão de informações, fornecimento de recursos que permitem enfrentar adequadamente a situação ou fornecer suporte emocional. Essas intervenções são planeadas a partir consultas de enfermagem em diferentes níveis de cuidados sendo o enfermeiro o elo informativo/formativo dos cuidadores. No seu estudo, foi demonstrado que estas intervenções do enfermeiro reduzem o nível emocional, físico e psicológico de familiares cuidadores de doentes com Alzheimer (Navarro, Jiménez, García, Perosanz, & Blanco, 2018).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

5. METODOLOGIA

Neste capítulo será abordada a metodologia da investigação que segundo Vilelas (2017) diz respeito às fases e aos procedimentos que se seguem numa determinada Investigação. Além de orientar a seleção dos instrumentos e técnicas específicas de cada estudo, também fixa os critérios de verificação ou demonstração que se afirma na investigação.

Deste modo, neste capítulo, será apresentada a finalidade do estudo, os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra. Será, ainda, descrito o instrumento de recolha de dados, a operacionalização das variáveis em estudo, assim como, a técnica de análise e tratamento dos dados. Por último, apresentam-se os procedimentos éticos levados a cabo.

5.1 FINALIDADE

Este estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento do fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar, assim como, das necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas dependentes e suas famílias, e as consequentes implicações para a o EF.

5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo de carácter descritivo e transversal. “Os estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população /fenómeno,

ou estabelecer relações entre variáveis. Servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão do problema” (Vilelas, 2017, P. 178).

É um estudo transversal uma vez que é “efetuado numa população para medir a prevalência de uma exposição a um determinado estímulo e/ou resultado num ponto específico de tempo” (Vilelas, 2017, P. 189). Ao nível da saúde é muito útil para avaliar as necessidades de cuidados de saúde e para planeamento desses cuidados, sendo indicado para estudos de prevalência, ou seja, que investiguem num dado instante a frequência de indivíduos com determinado fenómeno (*idem*). Neste estudo identificamos as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, e os cuidados realizados pelo prestador de cuidados à pessoa com dependência.

5.3 OBJETIVOS

Objetivo geral do Estudo

Este estudo visa descrever a dependência no autocuidado e a prestação de cuidados ao familiar dependente, no contexto das famílias da Freguesia de Granja do Ulmeiro.

Objetivos específicos

- Identificar o grau de dependência das pessoas dependentes no autocuidado integradas no seio das famílias de Granja do Ulmeiro;
- Identificar a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado integrada em ambiente familiar;
- Identificar a perceção de autoeficácia do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel;
- Identificar o tipo de cuidados prestados pelos familiares prestadores à pessoa dependente no autocuidado;

- Identificar os recursos materiais, económicos, profissionais e não profissionais utilizados na assistência à pessoa dependente no autocuidado;

5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo são famílias clássicas com pessoas dependentes no autocuidado.

Definiu-se como critérios de inclusão: Famílias clássicas da Freguesia de Granja do Ulmeiro, Concelho de Soure; O MFPC tomar conta de um familiar dependente no autocuidado; aceitar participar voluntariamente no estudo; O MFPC ter idade igual ou superior a 18 anos. Como critérios de exclusão: Cuidadores que não sejam membros da família; dependentes em idade em que a dependência é inerente à etapa do ciclo vital, como por exemplo as crianças.

Optou-se por uma amostra não probabilística do tipo *Snowball* (Bola de neve), devido ao escasso tempo que a investigadora deteve para aplicação dos questionários, à situação pandémica vivida e ao mesmo tempo, para evitar contacto social com grandes números de pessoas. A execução deste tipo de amostra constrói-se inicialmente, pelos informantes-chaves, com o objetivo de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral (Vinuto, 2014). A investigadora sendo EF na freguesia estudada, já possuía conhecimento e contacto com várias famílias com pessoas dependentes no autocuidado sendo ela própria uma importante informante-chave para dar início a todo o processo. Outros informantes-chaves utilizados nesta amostra foram: Assistente Social do Centro Social e Paroquial de Granja do Ulmeiro; Técnicas da farmácia; Cabeleireiras; Taxista; Empregados do supermercado e padaria. Todos os informantes sinalizaram famílias com pessoas dependentes no autocuidado. Posteriormente cada família indicada sinalizou novas famílias com pessoas dependentes, a partir da sua própria rede de contactos (família e vizinhos), e assim sucessivamente, até se chegar a uma altura em que não surgiram mais contactos, constituindo-se a amostra final por 60 famílias.

5.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Utilizou-se como instrumento de recolha de dados o formulário intitulado: “Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado”, construído pela Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP). Este formulário permite avaliar a dependência em relação às atividades que concretizam cada domínio do autocuidado (Gonçalves, 2015) e é constituído por duas partes. A parte I - Inquérito preliminar/caracterização - permite obter a caracterização do tipo de alojamento, tipo de família, condições socioeconómicas do agregado familiar e a caracterização sociodemográfica do prestador de cuidados. A parte II – Formulário Prestador de cuidados/dependente) - possibilita a obtenção de dados da pessoa dependente: caracterização social, grau de dependência e condição de saúde. Permite ainda a obtenção de dados relativos à perceção de autoeficácia do prestador de cuidados, caracterizar os cuidados prestados e os recursos utilizados na prestação dos cuidados (Gonçalves, 2015). O item deste instrumento de colheita de dados tem por base uma escala de likert de 4 pontos: dependente não participa – score 1; necessita de ajuda de pessoa – score 2; necessita de equipamento – score 3; completamente independente – score 4. Além disso, de acordo com a natureza das diferentes variáveis, também utiliza escalas nominais dicotómicas (sim ou não), na avaliação da generalidade dos itens relativos às várias dimensões referidas, e valores numéricos em variáveis contínuas (número de úlceras de pressão, peso que perdeu nos últimos três meses, número de quedas...) (Gonçalves, 2015) (Anexo I).

Este formulário foi utilizado por Costa (2013) e Gonçalves (2015) demonstrando boa consistência interna, com valores de Alpha de Cronback que variam entre 0,881 e 0,997, respetivamente. No nosso estudo os valores de Alpha de Cronback variam entre 0,743 e 1,000 (Fortin, 2009; Pestana & Gageiro, 2014).

A aplicação do formulário tem uma duração aproximada de 60 minutos.

5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

De acordo com o Instrumento de recolha de dados utilizado, no nosso estudo iremos analisar as variáveis que caracterizam:

- O alojamento da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado;
- A família que integra uma pessoa dependente no autocuidado;
- O familiar prestador de cuidados;
- A pessoa dependente no autocuidado;
- A dependência no autocuidado;
- Os recursos utilizados;
- A perceção da autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel;
- Os cuidados prestados;
- A condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado.

Para que as variáveis em estudo possam ser analisadas é essencial que sejam mensuráveis, o que requer a sua operacionalização, pelo que é atribuído a cada variável um conjunto de características.

As variáveis consideradas indispensáveis para a caracterização do alojamento, da família, do prestador de cuidados e da pessoa dependente no autocuidado, são do tipo quantitativa, qualitativa ordinal, qualitativa nominal, qualitativa nominal dicotómica e apresentam-se descritas nos anexos II, III, IV e V

Em relação à avaliação da dimensão Dependência no Autocuidado contempla a dependência em 11 domínios do autocuidado. Cada um destes domínios é avaliado através de um conjunto próprio de atividades / indicadores de autocuidado específicos do fenómeno em estudo, mensurados através de uma escala ordinal com quatro scores 1-dependente não participa, 2-necessita de ajuda de pessoa, 3-necessita de equipamento e 4-completamente independente (Anexo VI e VII)

Procedeu-se, ainda, à computação da variável dependência que traduz o grau de dependência do familiar dependente. Esta variável pode assumir qualquer valor entre 1 e 4, em que o valor 4 significaria que o sujeito é independente no autocuidado e o valor 1 que é dependente no autocuidado.

A dimensão dos recursos/materiais utilizados apresenta um enunciado de recursos e faz referência à sua utilização ou não utilização, se constitui um recurso desejado e necessário. Se o recurso não for desejado apresenta uma escala nominal em que cada um dos cinco valores representa uma razão para a não utilização: desconhece acesso; económicas; desconhece funcionamento; limitações residência; e outras (Anexo VIII)

Além disso, tal como Gonçalves (2015), verificou-se que a variável “desejado” (o recurso), quando assume o valor “não”, não é mais do que uma razão para a não utilização. Assim, durante a análise e tratamento de dados, considerou-se a variável “não desejado” como uma das razões para a não utilização.

No que se refere à avaliação da percepção de autoeficácia do familiar prestador de cuidados relativa ao exercício do papel, são analisados oito domínios do autocuidado através de uma escala ordinal com extremos em 1 (incompetente) e 4 (muito competente), e com dois scores intermédios 2 (pouco competente) e 3 (medianamente competente) para o fenómeno em estudo (Anexo IX)

De modo a podermos ter uma caracterização do nível global de autoeficácia dos cuidadores familiares, transformaram-se os oito variáveis referentes aos diferentes domínios do autocuidado numa nova variável intervalar – autoeficácia global. A esta nova variável foi atribuído o valor correspondente à média dos valores das variáveis que lhe deram origem, podendo assumir qualquer valor entre 1 e 4, em que 4 representa a autoeficácia mais elevada e 1 uma baixa autoeficácia. O mesmo procedimento foi tomado para o autocuidado, transformando-se as 11 variáveis referentes aos diferentes domínios do autocuidado numa nova variável – autocuidado global.

A caracterização dos cuidados prestados pelo cuidador familiar à pessoa dependente, apresenta-se em 3 dimensões: 1-a Intensidade do cuidado que é obtido pelo número de vezes que o cuidador realiza a atividade; 2-o Incentivo à autonomia do dependente por parte do cuidador familiar pelo estímulo a autocuidar-se; 3-a tomada de decisão relativa

as atividades prestadas no âmbito do autocuidado e o Local de prestação de cuidados que representa a inclusão da pessoa dependente na prestação de cuidados e tomada de decisão (Anexo X).

Optou-se por avaliar os cuidados prestados em função da regularidade de realização. Como tal, foram categorizados em três grupos: cuidados diários, semanais e mensais. A avaliação foi realizada através das questões em que se procurava determinar um valor numérico (variáveis intervalares) da regularidade esperada para o correspondente cuidado reportado ao dia, ou à semana ou ao mês (Gonçalves, 2015).

A caracterização da condição de saúde do dependente é avaliada numa perspetiva abrangente através de indicadores sensíveis à prestação de cuidados pelo familiar através de escalas nominais dicotómicas (sim ou não), na avaliação da generalidade dos itens relativos às várias dimensões, traduzidas em oito variáveis do tipo qualitativa nominal dicotómica (Anexo XI).

Com o intuito de obter uma visão global da condição de saúde de cada uma das pessoas dependentes, computou-se, uma nova variável global intervalar - condição de saúde. O valor a atribuir a esta variável foi determinado a partir da soma, em cada indivíduo, do número de valores “sim” nas variáveis de origem. Assim, esta variável pode assumir um valor inteiro entre 0 (melhor condição de saúde da pessoa dependente/ ausência de condições negativas) e 8 (pior condição de saúde da pessoa dependente/presença de todas as condições negativas avaliada).

5.7 RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados realizou-se em dois momentos. No primeiro, foi estabelecido contacto por via telefone com as famílias. A investigadora identificou-se e seguidamente explicou os objetivos, finalidade do estudo, a importância da colaboração solicitada e auscultou a disponibilidade em responder ao questionário. Sendo, a investigadora enfermeira de família da maioria das famílias inquiridas, foi fácil a aceitação por parte destas para

participarem na investigação, sendo que todas as famílias contactadas aceitaram participar. Sempre que reuniam os critérios de inclusão no estudo, foi efetuada a marcação do dia e hora para posterior aplicação do formulário, no domicílio.

A aplicação do formulário foi realizada pela investigadora através de entrevista, observação direta e hétero preenchimento. A recolha de dados decorreu na primeira quinzena de março e nos meses de junho e julho de 2020. A aplicação de cada formulário teve uma duração aproximada de 60 minutos.

5.8 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para sistematizar e realçar a informação obtida com a aplicação do formulário utilizámos técnicas estatística descritiva. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 25.0 e as técnicas estatísticas aplicadas foram:

- Frequências: absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de Tendência Central: média aritmética (\bar{x}) e mediana (Md);
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão (s), valor mínimo (xmin) e valor máximo (x_{máx}).

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes, atendemos à natureza e características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014) e por (Maroco, 2007).

Para o estudo da consistência interna foi utilizado o coeficiente de “Alfa de Cronbach”.

5.9 QUESTÕES ÉTICAS

Neste estudo a colheita de dados foi realizada na comunidade, pela investigadora, através de entrevistas. A pessoa inquirida teve total autonomia para decidir se queria participar ou não no estudo.

Antes da aplicação do formulário o entrevistador justificou a razão do estudo e a finalidade deste, garantindo também a possibilidade de a pessoa recusar continuar a sua participação a qualquer momento.

O formulário aplicou-se após Consentimento Informado e Esclarecido dos participantes (Anexo XII) e foram respeitados todos os direitos constantes na “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial e no Regulamento Europeu de Proteção de Dados.

Visto ser uma população idosa e muitos participantes não saberem e não ser da sua vontade assinar, além do consentimento informado escrito optou-se também pelo consentimento oral uma vez que segundo o artigo 38º do Código Penal “ O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto”(Diário da República nº 63/1995, 2017).

PARTE III - RESULTADOS

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados será organizada em subcapítulos: Caracterização Sociodemográfica da Família e Alojamento, do Membro Familiar Prestador de Cuidados e Pessoa Dependente no Autocuidado, da Dependência no Autocuidado, dos Cuidados Prestados pelo Membro Familiar Prestador de Cuidados, e dos Recursos e Materiais Utilizados na Assistência ao Familiar dependente. Nos últimos quatro os dados são expostos de uma forma agrupada e global para que o trabalho não fique muito extenso e evidenciarmos os aspetos mais importantes de acordo com os objetivos propostos.

De referir que procedemos à descrição da Dependência no Autocuidado e da Perceção de Autoeficácia do Familiar Prestador de Cuidados, tendo em consideração os itens específicos de cada (sub)escala e, para cada uma delas os valores globais de forma a dar uma visão global do fenómeno em estudo.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA FAMÍLIA E ALOJAMENTO

Das características da família verificou-se que: 55.0% eram famílias clássicas com um núcleo e 41.7% famílias clássicas com dois núcleos. Em relação aos membros que constituem a família, 46.7% tinham menos de 3 elementos e 38.3% tinham entre 3 e 4 membros. O rendimento mensal, para 33,3% das famílias, é entre 501 e 1000 euros, um quarto usufrui de 251 e 500 euros e igual percentagem refere entre 1001-2000 euros/mês (Tabela 1).

Tabela 1- Características da Família

Família	n	%
Tipo de família		
Clássica sem núcleos	1	1.7
Clássica com um núcleo	33	55.0
Clássica com dois núcleos	25	41.7
Clássica com três núcleos	1	1.7
Rendimento mensal do agregado familiar		
Até 250 euros	3	5.0
De 251 a 500 euros	15	25.0
De 501 a 1000 euros	20	33.3
De 1001 a 2000 euros	15	25.0
De 2001 a 5000 euros	7	11.7
Mais de 5000 euros	-	0.0
Número de membros da família		
< 3	28	46.7
3 a 4	23	38.3
5 a 6	9	15.0
$\bar{x} = 2.92$ $Md = 3.00$ $s = 1.14$ $x_{\min} = 2$ $x_{\max} = 6$		

Relativamente ao alojamento verifica-se que a maioria (86.3%) habitavam em moradia e que 63.4% estavam a necessitar de pequenas (31.7%) ou médias (31.7%) reparações. A maioria dos edifícios não tinha acessibilidade a PMC (73.3%), todos possuem sanita e Instalação para banho ou duche, 98.3% possuem água canalizada e 55% possuem aquecimento. Trinta por cento das habitações tinha uma área útil entre 100 e 150 m², seguidas de 21.6% cuja área era inferior a 100 m² e de 20.0% que tinham áreas úteis entre 150 e 200 m². A área das habitações situou-se entre 40 e 400 m², sendo a área média 152.32±72.21 m². Metade das habitações tinham áreas úteis iguais ou inferiores a 135.00 m². Quase metade das habitações tinham 5 ou 6 divisões (46.6%), seguindo-se 35.0% que possuíam 7 ou 8 divisões. O número de ocupantes situou-se entre 1 e 6, verificando-se que 46.6% das habitações tinha 1 ou 2 ocupantes, seguidas de 38.4% que tinha 3 ou 4 ocupantes (Tabela 2).

Tabela 2 - Características do Alojamento

Alojamento	n	%
Edifício de alojamento familiar		
Clássico: moradia	53	86.3
Clássico: apartamento	7	11.7
Clássico: outro tipo	-	0.0
Não clássico (barraca, móvel, improvisado)	-	0.0
Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)		
Muito grandes	3	5.0
Grandes	7	11.7
Médias	19	31.7
Pequenas	19	31.7
Nenhumas	12	20.0
Edifício com acessibilidade a PMC		
Sim	16	26.7
Não	44	73.3
Área útil (m²)		
< 100	13	21.6
[100 – 150[	18	30.0
[150 – 200[	12	20.0
[200 – 250[	2	15.0
[250 – 300[	4	6.7
≥ 300	4	6.7
$\bar{x} = 152.32$ $Md = 135.00$ $s = 72.21$ $x_{\min} = 40$ $x_{\max} = 400$		
Número de divisões		
≤ 4	3	5.0
5 a 6	28	46.6
7 a 8	21	35.0
≥ 9	8	13.4
$\bar{x} = 6.68$ $Md = 6.00$ $s = 1.92$ $x_{\min} = 3$ $x_{\max} = 14$		
Número de ocupantes		
1 – 2	28	46.6
3 – 4	23	38.4
5 – 6	9	15.0
$\bar{x} = 2.92$ $Md = 3.00$ $s = 1.17$ $x_{\min} = 1$ $x_{\max} = 6$		
Alojamento com:		
Retrete	60	100.0
Instalação de banho ou duche	60	100.0
Água canalizada	59	98.3
Aquecimento	33	55.0

6.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO MEMBRO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS

A maioria dos prestadores de cuidados (96.7%) coabita com a pessoa dependente, sendo 86.7% do sexo feminino com uma idade média de 65.25±12.60 anos. Verifica-se que 41.7% dos cuidadores tinham entre os 65 e 80 anos, e 11.6% tinham idades iguais ou superiores a 80 anos. O estado civil mais representativo foi casado (86.75) com o 1.º ciclo do ensino básico (46.7%). Metade dos cuidadores estavam na condição de pensionista ou reformado, 13.3% eram domésticas e igual percentagem estavam desempregados. Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa dependente, 41.7% eram maridos ou esposas, a mesma percentagem eram filhos ou filhas, 11.7 % eram familiares por afinidade (noras, padastos, cunhados ou outros similares) e igual percentagem correspondiam a pai ou mãe e irmão e irmã (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil do Membro Familiar Prestador de Cuidados.

Cuidador principal	n	%
Tipo de cuidador		
Prestador de cuidados	60	100.0
Parente dependente institucionalizado	-	0.0
Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado	-	0.0
Coabita com o dependente		
Sim	58	96.7
Não	2	3.3
Sexo		
Masculino	8	13.3
Feminino	52	86.7
Idade (anos)		
< 18	-	
[18 – 65[	28	46.7
[65 – 80[	25	41.7
≥ 80	7	11.6
$\bar{X} = 65.25$ $Md = 65.00$ $s = 12.60$ $X_{min} = 32$ $X_{máx} = 88$		
Estado civil		
Casado / União de facto	52	86.7
Solteiro	3	5.0
Viúvo	-	0.0
Divorciado	5	8.3
Nacionalidade		
Portuguesa	60	100.0
Não portuguesa	-	0.0

Tabela 3 - Perfil do Membro Familiar Prestador de Cuidados (Continuação).

Cuidador principal	n	%
Nível de escolaridade		
Nenhum	6	10.0
Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	28	46.7
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	2	3.3
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	11	18.3
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	9	15.0
Ensino superior	4	6.7
Profissão		
Membros das forças armadas	-	0.0
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	-	0.0
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	-	0.0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	4	6.7
Pessoal administrativo e similares	3	5.0
Pessoal dos serviços e vendedores	1	1.7
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	-	0.0
Operários, artificies e trabalhadores similares	-	0.0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	1.7
Trabalhadores não qualificados	3	5.0
Doméstico	8	13.3
Desempregado	8	13.3
Pensionista / Reformado	30	50.0
Estudante	-	0.0
Outra	2	3.3
Parentesco		
Marido / Esposa	25	41.7
Pai / Mãe	1	1.7
Filho / Filha	25	41.7
Irmão / Irmã	1	1.7
Afinidade (nora; padrasto; cunhado)	7	11.7
Sem grau de parentesco	-	0.0
Outra	1	1.7

Da tipologia dos cuidadores, em seis casos existe o cuidador secundário. Destes, todos coabitavam com a pessoa dependente, a maioria era sexo masculino e pensionista ou reformados (66.7%) com idade média 59.67 ± 12.86 anos

Quanto ao grau de parentesco com a pessoa dependente, verifica-se que metade era familiar por afinidade, ou seja, eram noras, padrastrós, cunhados ou outros similares.

6.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

A análise dos dados permite-nos constatar que a maioria das pessoas dependentes, concretamente 60.0%, era do sexo feminino e as idades variavam entre 48 e 100 anos, com valor médio 81.88 ± 11.77 anos. Verifica-se que 38.1% pertenciam ao grupo etário dos 80 aos 90 anos, seguidos de 18.4% cuja idade se situavam entre 70 e 80 anos. Metade dos dependentes tinha, pelo menos, 85 anos. Metade das pessoas dependentes estava na situação de viuvez, seguindo-se 43.3% que eram casados ou viviam em união de facto. Todos eram de nacionalidade portuguesa e a maioria (51.7%) possuía o 1.º ciclo do ensino básico e 36.7% eram analfabetos.

A maior parte dos dependentes (83.3%) estava na situação de pensionista ou reformado e para a maioria (73.3%) a dependência foi originada pelo envelhecimento e/ou por doenças crónicas (68.3%). Na maior parte dos casos (78.3%) a dependência instalou-se de forma gradual. O tempo de dependência situou-se entre 0.20 e 56.00 anos, sendo o tempo médio 6.18 ± 9.87 anos. Para 51.5% dos casos o tempo de dependência situava-se entre 1 e 5 anos, seguidos de 28.3% para os quais o tempo de dependência estava entre 5 e 10 anos. Metade dos dependentes estava nessa situação há menos de 4.00 anos.

Todos os dependentes consumiam medicamentos, sendo que a maioria (51.7%) tomava 4 a 6 fármacos diferentes. Diariamente, 55.0% dos dependentes tomavam entre 7 e 10 fármacos.

No último ano 45.0% dos dependentes não tiveram qualquer internamento, sendo que 36.7% foram internados uma vez. No mesmo intervalo de tempo verifica-se, também, que 43.3% não tiveram qualquer episódio em que fosse necessário recorrer ao SU, seguindo-se 36.7% que tiveram um episódio em que tal foi necessário (Tabela 4).

Tabela 4 - Características da Pessoa Dependente

Pessoa dependente	n	%
Sexo		
Masculino	24	40.0
Feminino	36	60.0
Idade (anos)		
< 18	-	0.0
[18 – 65[	8	13.3
[65 – 80[	11	18.3
≥ 80	41	68.3
$\bar{X} = 81.88$ $Md = 85.00$ $s = 11.77$ $X_{\min} = 48$ $X_{\max} = 100$		
Estado civil		
Casado / União de facto	26	43.3
Solteiro	4	6.7
Viúvo	30	50.0
Divorciado	-	0.0
Nacionalidade		
Portuguesa	60	100.0
Não portuguesa	-	0.0
Nível de escolaridade		
Nenhum	22	36.7
Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	31	51.7
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	4	6.7
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	1	1.7
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	2	3.3
Ensino superior	-	0.0
Profissão		
Membros das forças armadas	1	1.7
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	-	0.0
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	-	0.0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	-	0.0
Pessoal administrativo e similares	-	0.0
Pessoal dos serviços e vendedores	-	0.0
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	-	0.0
Operários, artifices e trabalhadores similares	-	0.0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	-	0.0
Trabalhadores não qualificados	3	5.0
Doméstico	2	3.3
Desempregado	1	1.7
Pensionista / Reformado	50	83.3
Estudante	-	0.0
Outra	3	5.0
Situação que originou a dependência		
Envelhecimento	44	73.3
Acidente	4	6.7
Doença aguda	4	6.7
Doença crónica	41	68.3
Outra	2	3.3
Instalação da dependência		
Súbita	13	21.7
Gradual	47	78.3

Tabela 4 - Características da Pessoa Dependente (Continuação).

Pessoa dependente	n	%
Tempo de dependência (anos)		
< 1	4	6.8
[1 – 5[	31	51.5
[5 – 10[	17	28.3
≥ 10	8	13.4
$\bar{x} = 6.18$ $Md = 4.00$ $s = 9.87$ $x_{\min} = 0.20$ $x_{\max} = 56.00$		
Consumo de medicamentos		
Sim	60	100.0
Não	-	0.0
Variedade de fármacos (número)		
1 – 3	6	10.0
4 – 6	31	51.7
7 – 9	19	31.6
≥ 10	4	6.7
Número de fármacos nas tomas/dia		
3 – 6	13	38.3
7 – 10	33	55.0
> 10	4	6.7
Número de internamentos, no último ano		
Nenhum	27	45.0
Um	22	36.7
Dois	7	11.7
Três	4	6.7
Mais de três	-	0.0
Episódios de recursos ao SU, no último ano		
Nenhum	26	43.3
Um	22	36.7
Dois	7	11.7
Três	5	8.3
Mais de três	-	0.0

6.4 CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

O autocuidado “Tomar banho” (63.3%) e “Tomar medicação” (56.7%) são aqueles em que a pessoa dependente não participa. O autocuidado “Posicionar-se” (48.3%) representa aquele de maior independência. Em relação à necessidade de equipamento, foi mais reportado no autocuidado “Usar cadeira de rodas” (13.3%), seguido do (6,7) (Tabela 5).

Os autocuidados em que as pessoas se encontram mais dependentes e que necessitam de ajuda parcial ou total são: “Tomar banho”, “Alimentar-se” e “Arranjar-se”, 98.3%, 100%, 100%, respectivamente. Seguem-se, com valores próximos (entre 84.4% e 95%), outros domínios do autocuidado como “Tomar medicação”, “Vestir-se e despir-se”,

“Andar” ou “Uso de sanitário”. Num plano intermédio, surgem os domínios de autocuidado “Transferir-se” (70%), “Levantar-se” (73.3%) e “Usar cadeira de Rodas” (75%) e por fim o “Posicionar-se” (46.7%) em que menos pessoas carecem de ajuda no autocuidado. Os domínios do autocuidado em que as pessoas dependentes necessitam de equipamentos para a realização das atividade são: “Usar cadeira de Rodas” (13.3%), “Transferir-se” (6.7%), “Levantar-se” (5.0%), “Posicionar-se” (5.0%), “Andar” (3.3%) e “Vestir e despir-se” (1.7%).

Tabela 5 - Distribuição Numérica e Percentual do Grau de Dependência Global por Domínio de Autocuidado

Domínios do autocuidado	Dependente participa n (%)	não n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita equipamento de n (%)	Completamente independente n (%)
Tomar banho	38 (63.3)		21 (35.0)	- (0.0)	1 (1.7)
Vestir e despir-se	24 (40.0)		33 (55.0)	1 (1.7)	2 (3.3)
Arranjar-se	25 (41.7)		35 (58.3)	- (0.0)	- (0.0)
Alimentar-se	12 (20.0)		48 (80.0)	- (0.0)	- (0.0)
Uso do sanitário	20 (33.3)		37 (61.7)	- (0.0)	3 (5.0)
Levantar-se	18 (30.0)		26 (43.3)	3 (5.0)	13 (21.7)
Posicionar-se	12 (20.0)		16 (26.7)	3 (5.0)	29 (48.3)
Transferir-se	15 (25.0)		27 (45.0)	4 (6.7)	14 (23.3)
Usar cad. rodas	29 (48.3)		16 (26.7)	8 (13.3)	7 (11.7)
Andar	20 (33.3)		35 (58.3)	2 (3.3)	3 (5.0)
Tomar medicação	34 (56.7)		19 (31.7)	- (0.0)	7 (11.7)

Globalmente, 85% das pessoas dependentes necessita de ajuda de outra pessoa e 15.0% não participavam no autocuidado (Tabela 6).

Tabela 6 - Autocuidado Global

Variáveis globais	n	%
Autocuidado		
Dependente não participa	9	15.0
Necessita de ajuda de pessoa	51	85.0
Necessita de equipamento	-	0.0
Completamente independente	-	0.0

6.5 CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO MFPC

Os domínios dos autocuidados com maior percepção de autoeficácia do prestador de cuidados foram o “Vestir e despir-se” (83%), “Alimentar-se” (83.3%), “Andar” (75%) e “Tomar banho” (71.7%). No “Uso de sanitário”, “Posicionar-se” e “Vestir-se” 70% dos MFPC consideram-se muito competentes e por fim 61.7% consideram-se muito competentes no domínio “Tomar a medicação”. Relativamente aos domínios do autocuidado em que os MFPC se percebem como pouco competentes as percentagens mais elevadas dizem respeito ao “Andar” e “Tomar a medicação” um e outro com 5%, seguindo-se o “Posicionar-se” e o “Uso de sanitário” ambos com 3.3%, e por último o “Tomar banho”, o “Vestir-se”, o “Alimentar-se” e o “transferir-se” todos com 1.7%. No nosso estudo nenhum MFPC se considerou incompetente nos vários domínios do autocuidado (tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição Numérica e Percentual da Percepção de Autoeficácia Global dos MFPC, por Domínio de Autocuidado.

Percepção autoeficácia MFPC/domínio autocuidado	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Medianamente competente n (%)	Muito competente n (%)
Tomar banho	- (0.0)	1 (1.7)	16 (26.7)	43 (71.7)
Vestir e despir-se	- (0.0)	1 (1.7)	9 (15.0)	50 (83.3)
Alimentar-se	- (0.0)	1 (1.7)	9 (15.0)	50 (83.3)
Uso do sanitário	- (0.0)	2 (3.3)	16 (26.7)	42 (70.0)
Posicionar-se	- (0.0)	2 (3.3)	16 (26.7)	42 (70.0)
Transferir-se	- (0.0)	1 (1.7)	17 (28.3)	42 (70.0)
Andar	- (0.0)	3 (5.0)	12 (20.0)	45 (75.0)
Tomar medicação	- (0.0)	3 (5.0)	20 (33.3)	37 (61.7)

Em termos de autoeficácia global constata-se que três em cada quatro prestadores de cuidados (75.0%) consideram ser muito competentes nos cuidados ao familiar dependente, seguindo-se 23.3% que evidenciaram ser medianamente competentes (tabela 8).

Tabela 8 - Autoeficácia Global

Variáveis globais	n	%
Autoeficácia		
Incompetente	-	0.0
Pouco competente	1	1.7
Medianamente competente	14	23.3
Muito competente	45	75.0

6.6 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS PELO MFPC

Tal como referido na metodologia optou-se por categorizar os cuidados prestados em três grupos, em função da regularidade de realização: cuidados diários, semanais e mensais.

Cuidados diários

Dos cuidados diários a alimentação e hidratação são os realizados com maior frequência, sendo o número médio de refeições 4,3 e hidratar fora das refeições 2,77.

Os cuidados diários realizados menos de duas vezes por dia foram “Inspecciona pele e períneo” (1,12), “Transfere” (1,30), “Assiste na deambulação” (1,33), “Lava as mãos e a cara” (1,77) e “Posiciona” (1,78). Os menos frequentes foram a “lavagem dos dentes” (0,63), “Massaja pele e proeminências ósseas” (0,77) e “Inspecciona zonas proeminências ósseas” (0,82).

Constatou-se ainda médias inferiores a 1 cuidado por dia em alguns cuidados necessários a pessoas com dependência na mobilização, como é o caso de “Realiza exercícios membros inferiores” (0,05) e “Realiza exercícios membros superiores” (0,05) (Figura 1).

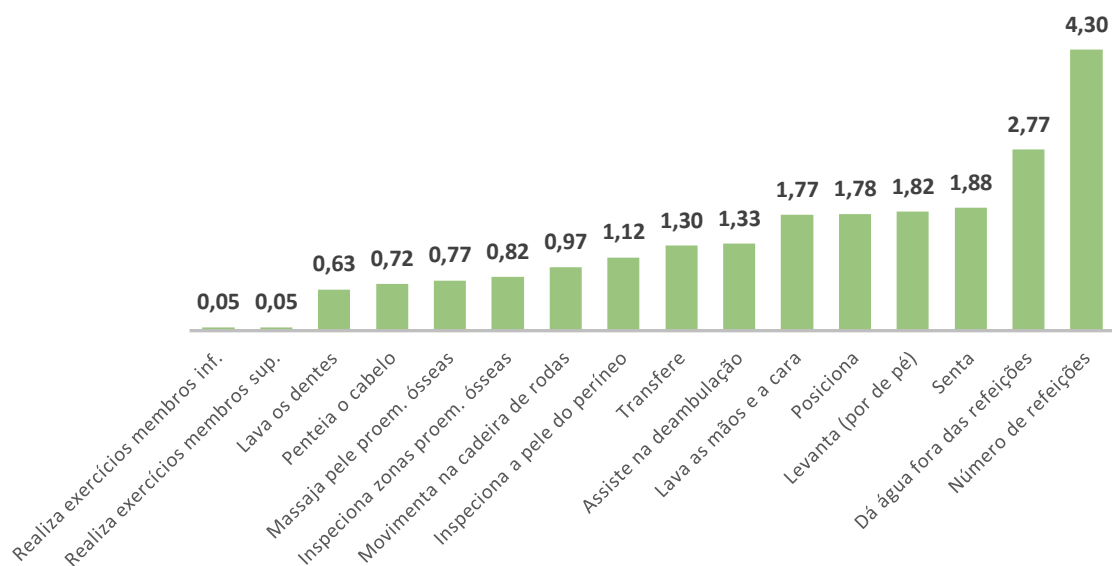


Figura 1 - Frequência de "Cuidados Diários" Prestados pelo MFPC à Pessoa Dependente no Autocuidado.

Cuidados semanais

Das atividades realizadas semanalmente, as mais frequentes foram a "Aplicação de cremes hidratantes" (2,58), "dar banho" (2,57) e "lava o cabelo" (2,48). Por outro lado, a estimulação cognitiva é a menos frequente (0,03) (Figura 2).

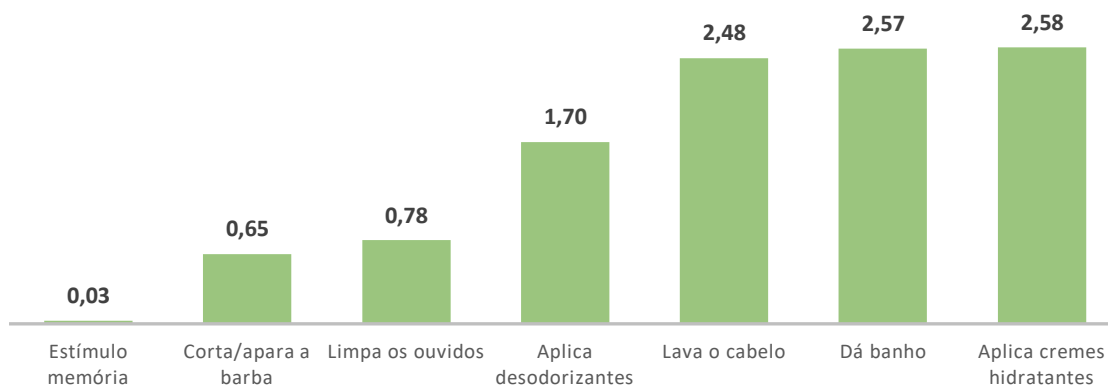


Figura 2 - Frequência de "Cuidados Semanais" Prestados pelo MFPC à Pessoa Dependente.

Cuidados mensais

Dos cuidados prestados mensalmente o “Arranjar as unhas” (1,85) surge como o realizado mais frequentemente seguida de “Leva a passear/sair de casa, na cadeira de rodas” (1,18) e o menos frequente “Aplica maquilhagem” (0,02) (Figura 3).

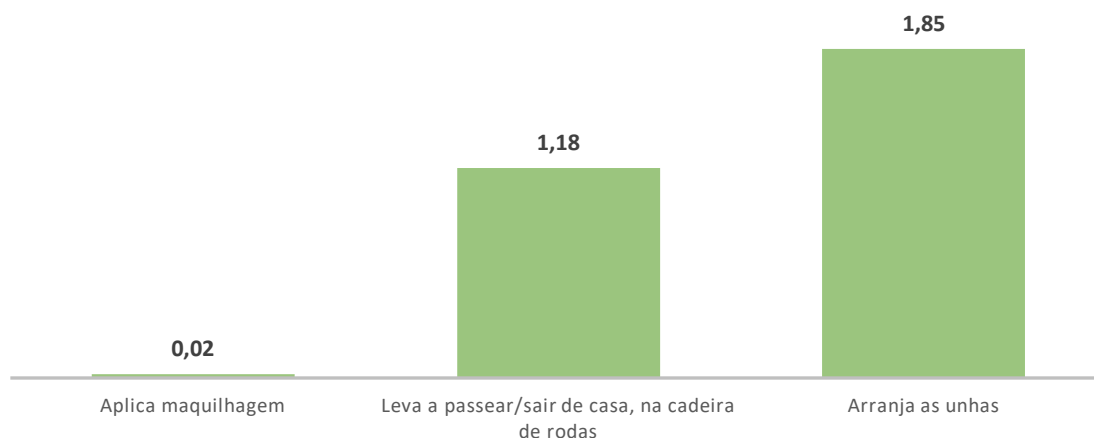


Figura 3 - Frequência de "Cuidados Mensais" Prestados pelo MFPC à Pessoa Dependente.

6.7 CARACTERIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E RECURSOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA AO FAMILIAR DEPENDENTE.

Na figura 4 apresentam-se os equipamentos considerados necessários pelo enfermeiro para a realização das diferentes atividades do autocuidado da pessoa dependente. Os mais reportados são nos domínios “Tomar a medicação” (100%), “Andar” (74.5%) e “Uso de sanitário” (54.7%) e menos utilizados nos domínios “Levantar-se” (0%) “Vestir e despir-se”(4.6%), “Arranjar-se”(7.7%) “Usar cadeira de rodas”(8.7%). Com valores intermédios encontram-se o “Transferir-se” (30.6%), “Alimentar-se” (32.2%), “Posicionar-se” (37.8%), “Tomar Banho” (40%).

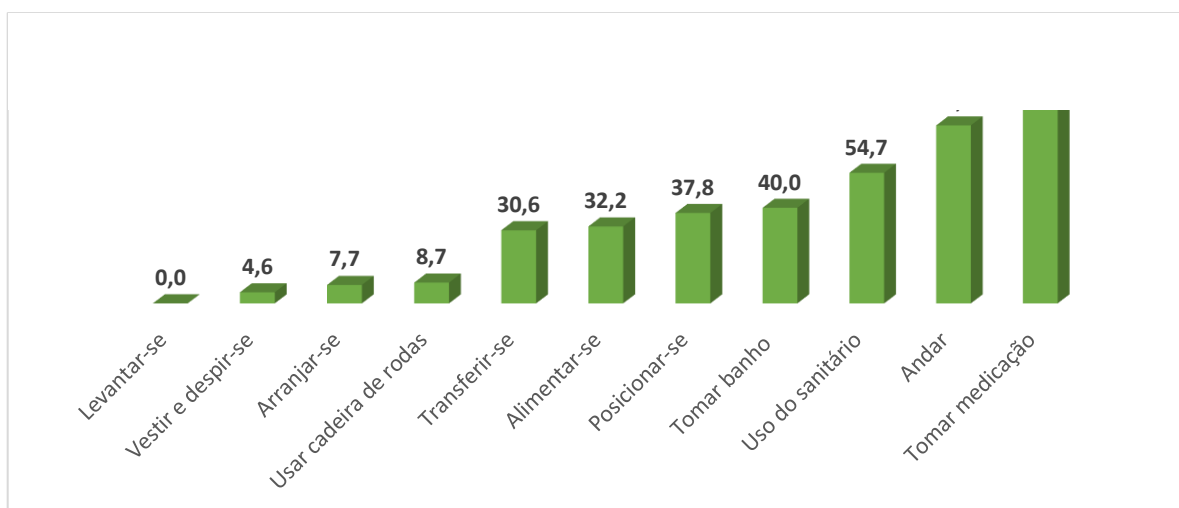


Figura 4 - Taxa de Equipamentos Considerados Necessários, por Tipo de Autocuidado.

Relativamente às razões da não utilização de equipamentos considerados necessários pelo enfermeiro, a mais representativa foi o fato de estes não serem desejados seguindo-se o desconhecimento da forma de funcionamento (Figura 5).

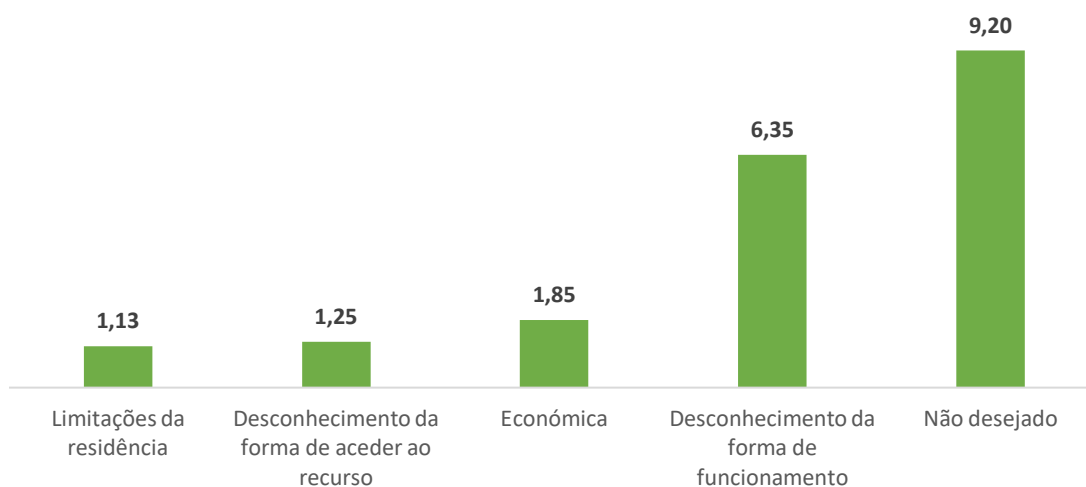


Figura 5 - Razões da Não Utilização de Equipamentos Considerados Necessários.

Quanto a outros recursos, estes foram agrupados em quatro categorias: financeiros, serviços, não profissionais e profissionais. Verifica-se na figura 6 que todos os inquiridos podiam recorrer ao médico e que 71.7% tinham a possibilidade de aceder aos serviços de enfermagem. No âmbito dos recursos não profissionais, 96.7% dos prestadores de

cuidados afirmaram que dispõem de apoio de familiar. Em termos de serviços, todos afirmaram que podiam recorrer ao Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar e 78.3% podiam utilizar a linha Saúde 24. Três quartos (75.0%) tinham a possibilidade de recorrer aos serviços do INEM, 70.0% podiam recorrer ao hospital, 28.3% tinham à disposição cuidados de higiene e conforto e 26.7% dispõem de serviço de confeção de refeições e apoio durante as mesmas. Ao nível dos recursos financeiros, verificamos 95.0% tinham pensões ou reformas, 25.0% estava a cargo da família e igual percentagem beneficiava de complemento de dependência.

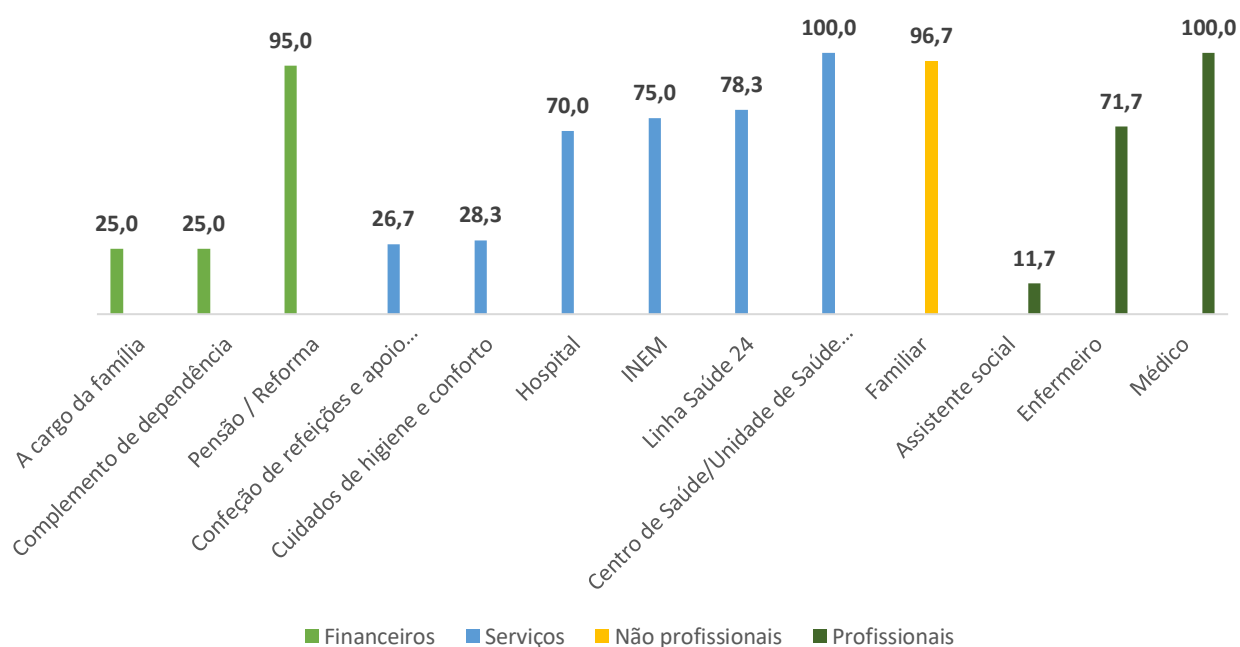


Figura 6 - Percentagem de Recursos Financeiros, Serviços, Não Profissionais e Profissionais, Utilizados com maior Frequência.

6.8 CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE

Das condições de saúde da pessoa dependente os sinais de rigidez articular (83.3%), as alterações do estado mental (56.7%), os sinais de compromisso de integridade da pele (21.7%) e as quedas (21.7%) foram os mais reportados.

Em termos de condição de saúde global foram observadas pontuações entre 0 e 5 pontos, sendo que em 61.7% dos casos os resultados se situaram entre 1 e 2 pontos. Resultado mais elevado seria indicativo de pior condição de saúde (Tabela 9).

Tabela 9 - Avaliação da Condição de Saúde

Condição de saúde	n	%
Presença de sinais aparentes de:		
desidratação	1	1.7
desnutrição	2	3.3
rigidez articular	50	83.3
compromisso de integridade da pele	13	21.7
compromisso respiratório	11	18.3
higiene e asseio deficiente	5	8.3
condição de vestuário deficiente	1	1.7
quedas (último mês)	13	21.7
alteração do estado mental	34	56.7
Condição de saúde global		
0	1	1.7
1 – 2	37	61.7
3 – 4	19	31.7
5	3	5.0

$\bar{X} = 2.17$ $Md = 2.00$ $s = 1.20$ $X_{\min} = 0$ $X_{\max} = 5$

7. DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou descrever a dependência no autocuidado e a prestação de cuidados ao familiar dependente numa freguesia portuguesa (Granja do Ulmeiro). Seguidamente apresenta-se a discussão dos dados que se encontra estruturada pelos tópicos dos resultados.

Família e Alojamento

As famílias com pessoas dependentes no autocuidado são constituídas por um ou dois núcleos, com rendimentos mensais entre 501 e 1000 € corroborando com outros estudos (Pereira, 2011; Trigo, 2012; Fernandes, 2014). Estes resultados decorrem das pessoas dependentes coabitarem com os familiares cuidadores, sendo apontado na literatura como um contexto familiar prevalente em contextos mais rurais (*idem*), como é o caso desta freguesia. Este mesmo contexto, diverge dos estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015). Estes foram realizados em meio urbano, em que a família é caracterizada na maioria como clássica sem núcleos ou com um núcleo, com rendimento familiar por mês inferior a 500€/mês.

De acordo Imaginário (2004) poderemos afirmar que as freguesias consideradas rurais podem ser consideradas como promotoras de uma cultura familiar que privilegia os idosos e as suas necessidades de cuidados, uma vez que as pessoas dependentes coabitam com os familiares cuidadores.

No entanto, os baixos rendimentos do agregado familiar verificados neste e na maioria dos estudos, certamente irão influenciar a prestação de cuidados ao familiar dependente. Segundo dados de outros estudos, o baixo nível socioeconómico e falta de apoio social, geram um ambiente inadequado para o cuidado e prejuízos tanto para idoso como para o familiar cuidador (Oliveira & D'Elboux, 2012; Rocha, Mota, Silva, Bonates, & Rocha, 2014).

Em relação ao alojamento os dados deste estudo também se evidenciaram em outras regiões, nomeadamente Maia e Paços de Ferreira (Pereira, 2011; Trigo, 2012; Fernandes, 2014). Contudo, em outros estudos (Costa, 2013; Gonçalves, 2015) estas características, nomeadamente a área e necessidade de reparação são diferentes. Uma possível explicação deve-se ao facto da tipologia de residência, sendo que neste estudo são moradias, tal como reportado em outros estudos (Pereira, 2011; Trigo, 2012; Fernandes, 2014;). Por outro lado, nos estudos realizados em Lisboa e Porto (Costa, 2013; Gonçalves, 2015) a maioria dos alojamentos eram apartamento, logo com áreas inferiores.

No que se refere às características do alojamento os resultados corroboram com os dados dos censos de 2011 uma vez que a maioria de alojamentos possuem uma área útil por ocupante de 40 a 80 m² ou mais, e mais de 94,7% dos alojamentos possuem água, retrete, sistema e Instalação para banho ou duche (INE, 2011).

É fundamental que o EF tenha conhecimento das características sociodemográficas da família e alojamento para apoiar as famílias na prestação de cuidados à pessoa dependente no autocuidado, uma vez que é da sua competência analisar a dinâmica familiar, e os fatores ambientais e sociais que influenciam os cuidados à família, assim como promover ambientes seguros e saudáveis, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais e sociais relacionados com a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Entendemos assim, que os baixos rendimentos, a necessidade de reparações nas habitações, e a ausência de acessibilidade a PMC verificados no nosso estudo constituirão um fator de risco à prestação de cuidados devendo o EF identificar e analisar com a família novas estratégias e recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar os cuidados à pessoa dependente. Evidencia-se assim, o papel central do EF na articulação com os serviços da comunidade (juntas de freguesia e autarquias) e serviços Sociais.

Membro Familiar Prestador de Cuidados

Do perfil do prestador de cuidados, evidencia-se o predomínio do género feminino, escolaridade baixa, casados e união de facto indo ao encontro de outros estudos

(Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Trigo, 2012; Costa, 2013; Fernandes, 2014; Gonçalves, 2015).

Estes dados evidenciam que o cuidador mais representativo são conjugues mulheres. A feminização associada ao cuidador informal encontra-se reportada na literatura, em que as mulheres desde muito jovem são inculcadas o dever de organizar a casa e a família, restando-lhe a tarefa de cuidar de seus membros mais idosos (Ferreira, Silva, & Lemos, 2011; Almeida, Mafra, Silva, & Kanso, 2015; Zanello, Campos, Silva, & Henderson, 2015).

Mais de metade (53.3%) são pessoas idosas, sublinhando o fenómeno de “idosos a cuidar de idosos” presente em vários estudos (Ferreira *et al.*, 2011; Orlandi *et al.*, 2017; Rocha *et al.*, 2014). O aumento da idade traz consigo limitações da capacidade funcional do cuidador, logo é de esperar que os idosos tenham maior dificuldade em exercer essa função (Ferreira *et al.*, 2011; Rocha *et al.*, 2014). Além disso, existe associação significativa entre fragilidade e as variáveis sexo e idade verificando-se uma maior prevalência nas mulheres com idade avançada, assim como uma maior vulnerabilidade a doenças psíquicas e físicas, problemas emocionais e financeiros (Orlandi *et al.*, 2017).

Vários estudos apontaram que a sobrecarga (física, mental e financeira) do cuidador é maior em cuidadores mulheres, com menos habilitações literárias, que residem com o destinatário dos cuidados, com depressão, socialmente isolados, com dificuldades financeiras e que passam mais tempo na prestação de cuidados (Hildebrand, 2016; Oliveira & D’Elboux, 2012). Logo pode existir um risco acrescido de sobrecarga para os cuidadores deste estudo uma vez que partilham estas características.

Na literatura científica existe também uma relação entre a escolaridade com as atividades de cuidar verificando-se que quanto maior o nível de escolaridade melhor o desempenho nas tarefas de cuidar. O baixo nível de literacia pode desencadear dificuldades na compreensão de todo o processo de doença do familiar dependente e dificuldades na prestação de cuidados gerando grande tensão emocional e estresse no familiar cuidador (Oliveira & D’Elboux, 2012; Rocha *et al.*, 2014).

Outros estudos reportaram que a maioria dos familiares prestadores de cuidados tem menos de 65 anos e tem uma ocupação profissional (Costa, 2013; Gonçalves, 2015). Importa sublinhar que estes decorrem em meio urbano, que segundo os dados do INE,

tem um maior número de população residente em idade ativa média anual contrariamente aos meios rurais, mais envelhecidos (PORDATA, 2019).

De acordo com os dados relatados podemos afirmar que estamos perante um perfil de cuidadores mais vulneráveis a eventos adversos decorrentes do cuidado. O EF deve implementar intervenções dirigidas a este grupo que tenham como objetivo auxiliar a compreensão deste, sobre a doença e o cuidar, assim como, atender às principais necessidades sentidas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Pessoa Dependente no Autocuidado

Neste estudo verificou-se que a maioria das pessoas dependentes são mulheres viúvas com idade avançada tal como reportado nos estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015). A idade avançada é um fator de risco para a dependência o que pode explicar estes dados. Por outro lado, embora a esperança de vida seja superior entre as mulheres, (83,51) do que dos homens (77,95)(INE, 2020), os dados sugerem que as mulheres vivem mais tempo com incapacidade em Portugal comparativamente aos homens (11.7 versus 9.2), o que pode explicar os resultados encontrados.

Tal como em vários estudos, a maioria das pessoas dependentes não têm mais do que o primeiro ciclo do ensino básico, não têm ocupação profissional. A dependência foi originada pelo envelhecimento e/ou por doenças crónicas, instalou-se de forma gradual sendo o tempo médio de dependência de 6.1 anos (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Trigo, 2012; Costa, 2013; Fernandes, 2014; Gonçalves, 2015).

O facto de neste estudo o envelhecimento e a doença crónica serem consideradas as principais causas de dependência, justifica a ideia de que a dependência não é exclusiva da idade, mas à medida que a idade avança aumentam as limitações funcionais, que são muitas vezes agravadas pela coexistência de doenças crónicas (Ribeiro & Pinto, 2014).

Por outro lado, o facto da população no nosso estudo ser envelhecida e com baixos recursos económicos, tem um maior risco de fragilidade, multimorbilidade, e incapacidade o que pode também explicar o elevado índice de dependência (Barnett *et al.*, 2012).

Neste contexto, sublinha-se a importância do EF para estimular os familiares cuidadores a insistirem na autonomia perdida dos seus familiares dependentes. Os prestadores de cuidados devem insistir na promoção do autocuidado, fomentando assim a saúde e qualidade de vida e conseqüentemente impulsionar a manutenção do idoso no domicílio (Torres, 2016).

Quanto à necessidade de medicamentos, no presente estudo prevaleceu o consumo de 4 a 6 fármacos diferentes nas pessoas dependentes. O predomínio de doenças crônicas nestas faixas etárias leva a que frequentemente se associem regimes medicamentosos complexos, o que justifica os resultados do nosso estudo (Ribeiro & Pinto, 2014).

Perante uma polimedicação, a gestão do regime terapêutico torna-se um foco de atenção do EF. Pela sua proximidade com a família, estabelece cuidados colaborativos ao longo do tempo que permite planejar e implementar intervenções que facilitam a integração do regime terapêutico nas atividades diárias da pessoa dependente. Assim, o EF deve apoiar e dotar o cuidador de conhecimentos e capacidades que lhes permitam auxiliar a pessoa dependente na gestão do regime terapêutico e na adesão ao mesmo, proporcionando estratégias de mudança de hábitos, caso seja necessário (Torres, 2016).

Dependência no Autocuidado

Os dados deste estudo reforçam a elevada dependência da pessoa cuidada tal como nos estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015) evidenciando-se o “Alimentar-se” o “Arranjar-se” e o “Tomar banho”. Resultados descritos demonstram que as atividades de autocuidado que apresentavam maior dependência exigem maior capacidade motora fina e grosseira, maior destreza manual, força muscular, equilíbrio corporal e coordenação do movimento, como por exemplo as atividades, “Vestir-se e despir-se”, “Andar”, “Uso de sanitário”, “Transferir-se” e “Levantar-se”. A toma de medicação apela a um conjunto específico de competências, não só psicomotoras como a necessidade de competências do domínio cognitivo (Gonçalves, 2015), verificando-se nos três estudos, existência de muitos dependentes que não participam nesta atividade.

Neste estudo o autocuidado “Posicionar-se” foi aquele que menos pessoas carecem de ajuda (Costa, 2013; Gonçalves, 2015). Este dado pode indicar que a maioria dos

dependentes não está acamado, reduzindo assim o número de potenciais complicações que daí possam resultar, nomeadamente o risco de lesões por pressão. Futuros estudos devem analisar em detalhe este autocuidado, pois se por um lado a pessoa cuidada pode não estar acamada, por outro lado, o cuidador pode precisar de menos ajuda por não estar convenientemente informado deste autocuidado, em especial, técnica e frequência. Nenhuma pessoa concretiza os autocuidados “Tomar banho”, “Arranjar-se”, “Alimentar-se”, “Uso de sanitário” e “Tomar medicação” com recurso apenas a equipamento. Estes resultados revelam, que o indivíduo procura, primeiro, a ajuda de pessoas para ultrapassar as dificuldades concretas na realização de atividades desses domínios do autocuidado, para as quais o uso de equipamentos é menos usual. Com a ajuda de um equipamento, dispensando a ajuda de outra pessoa, poderia continuar a assegurar as atividades de autocuidado preservando, assim, a maior autonomia possível (Gonçalves, 2015).

Neste sentido, o EF tem um papel muito importante na educação do familiar cuidador nomeadamente nas ações de promoção da capacidade de autocuidado, uma vez que a grande maioria age pela pessoa dependente ou em substituição da mesma, privando o dependente de oportunidades para desenvolver o seu potencial de autonomia (Ribeiro & Pinto, 2014).

Os dados do nosso estudo revelam a necessidade de realização de domicílios preventivos por parte do EF para apoiar a família na realização das atividades de forma a prevenir complicações originadas pela própria dependência.

Perceção de Autoeficácia do MFPC

Tal como nos estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015), os MFPC consideram-se muito competentes nos vários domínios do autocuidado.

Estes resultados vão de encontro à linha de pensamento de Bandura (1997), no sentido em que, apesar de poder sentir grande dificuldade na realização de uma tarefa, a pessoa tem a perceção de que, mesmo assim, a realiza de uma forma competente.

Também Schumacher (1995) partilha a mesma ideia, pois segundo este autor o cuidador familiar pode ter uma percepção de autoeficácia elevada e, no entanto, os resultados não serem coincidentes com esta percepção. Logo a autoeficácia é insuficiente para o conhecimento da qualidade dos cuidados prestados.

Portanto, neste contexto, os resultados obtidos valem, não tanto pelo que o seu valor absoluto traduz de autoeficácia, mas, sobretudo pela maior ou menor valoração que os cuidadores familiares lhes atribuem (Gonçalves, 2015).

Os domínios do autocuidado em que os cuidadores familiares se consideram mais eficazes na satisfação das necessidades dos familiares são o “Vestir-se e despir-se”, o “Tomar banho” e o “Alimentar-se”. Os menos eficazes dizem respeito ao “Tomar a medicação” e “Andar”, dados que corroboram com os estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015).

Estes resultados revelam que a autoeficácia dos MFPC é mais elevada nos domínios em que os familiares dependentes mais necessitam da ajuda de pessoas. Isto quer dizer que, quanto maior for a ajuda ao familiar dependente e melhores resultados obtiverem, melhor é a percepção de Autoeficácia do MFPC em relação aos cuidados prestados aos familiares dependentes, e quanto menor for a ajuda e piores resultados obtiverem, menor é a sua percepção de autoeficácia (Gonçalves, 2015).

De acordo com Bandura (1997) e Queirós (2012) os MFPC pensionistas, reformados, desempregados e domésticas tendem a ter, globalmente, uma maior percepção de autoeficácia porque são aqueles que profissionalmente dedicam mais tempo à prestação de cuidados.

No nosso estudo 63,3% dos familiares prestadores de cuidados não têm ocupação profissional e em termos de autoeficácia global constata-se que três em cada quatro prestadores (75.0%) consideram ser muito competentes, logo confirmam as ideias de Bandura (1997) e Queirós (2012).

Mas apesar dos MFPC se considerarem competentes, o confronto diário com o declínio físico e psicológico do familiar e a falta de apoios sociais e económicos podem contribuir para sobrecarga física, emocional e social do cuidador e da família. Este cenário constitui um fator de risco para a existência de conflitos e desequilíbrios familiares, exigindo

mudanças que podem ter um grande impacto na sua estrutura e funcionalidade, podendo levar à rutura familiar (Rato, 2018).

O contexto familiar apresenta-se assim, como um contexto relevante para a promoção da saúde e redução da doença. Os EF ajudam as famílias a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a controlar o stress e a realizar a promoção integral da saúde, contribuindo para o fortalecimento de um dos pilares fundamentais da sociedade (Antunes, 2012).

Recentemente, Stojak e colegas (2019) forneceram evidências sobre uma relação positiva entre cuidadores que receberam cuidados de enfermagem a longo prazo no domicílio e a situação de cuidadores informais de idosos dependentes que ficam em casa. Os cuidadores de pacientes que recebem cuidados de enfermagem de longo prazo em casa sentiram menos stresse, maior apoio e maior satisfação no seu papel de cuidador, do que os cuidadores de pacientes que não receberam esses cuidados. O mesmo estudo concluiu que as visitas domiciliárias de enfermeiros a longo prazo, pode facilitar e melhorar a prestação de cuidados à pessoa dependente e ajudar os cuidadores informais a prestar melhores cuidados aos seus familiares dependentes, assim como melhora a situação dos cuidadores.

Neste sentido, é necessário aumentar o número de visitas domiciliárias dos EF para avaliar as necessidades de apoio sentidas pelos cuidadores, gerar ações destinadas a fornecer mais informações, treinar e ensinar estratégias de forma a mitigar problemas que surgem da tarefa de cuidar (González & Palma, 2016).

Apesar das visitas domiciliárias dos EF serem consideradas um importante indicador da qualidade dos CSP, Lionello e colaboradores (2012) verificaram que a principal dificuldade sentida pelos enfermeiros das UCSP/USF para a realização das visitas domiciliárias é a falta de tempo, devido à quantidade de atividades relacionadas com a gestão da unidade de saúde da qual fazem parte. Neste sentido urge investigar sobre as atividades realizadas pelo EF nas suas Unidades funcionais e investigar em que atividades ele é efetivamente necessário e de que forma se podem planear os cuidados de qualidade que realmente tragam benefícios para as famílias.

As práticas dos enfermeiros não podem ficar restritas ao espaço físico das USF/UCSP, sem priorizar o contato com a comunidade. É necessária a identificação das necessidades de saúde dos utilizadores, possibilitando ao EF o desenvolvimento de práticas que permitem a pesquisa, orientação e intervenção nas situações que podem ser identificadas em contexto domiciliar (Santos *et al.*, 2016).

Cuidados Prestados pelo MFPC

Os dados deste trabalho relativos aos cuidados prestados pelo Cuidador Familiar confirmam os estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015), o que nos leva a afirmar que as pessoas dependentes no autocuidado fazem em média 4 refeições por dia, é lhes fornecida água fora das refeições 2 vezes ao dia, tomam banho 2 a 3 vezes por semana, é lhes arranjada as unhas 1 a 2 vezes no mês e só saem de casa em cadeira de rodas 1 vez por mês. De referir também que os MFPC posicionam, transferem e mobilizam muito pouco os familiares dependentes no autocuidado que têm necessidade destes cuidados.

Tal como nos estudos referidos verificamos que os cuidados que integram os domínios do autocuidado onde o familiar prestador de cuidados se sente menos competente, são realizados menos vezes.

São cuidados que na sua maioria visam o incentivo à autonomia e manutenção da atividade física da pessoa dependente, nomeadamente realizar exercícios nos membros superiores e inferiores, assim como os cuidados para manutenção da integridade da pele, como é o caso de inspecionar e massajar a pele e proeminências ósseas (Gonçalves, 2015). Cuidados estes que devem ser promovidos pelo EF.

Outro dado muito importante, que se repete nos três estudos são as atividades estimulantes da memória serem de frequência praticamente nulas. Resultados que podem estar relacionados com a baixa escolaridade, a falta de conhecimento sobre estimulação cognitiva e as dificuldades dos próprios cuidadores em realizar essas atividades, em especial, as pessoas mais velhas. Para além disso, podem priorizar outras áreas, nomeadamente a higiene, alimentação etc., por não estarem conscientes da importância da estimulação ou como integrá-la na realização de outros autocuidados.

A realização de atividades estimulantes da memória do familiar situou-se ente 0 e 1 vez/semana, verificando-se que a maioria (96,7%) dos prestadores nunca presta este tipo de cuidados. Segundo Gonçalves (2015), esta situação “poderá constituir como um dos fatores que contribuem para as alterações do estado mental que afetam cerca de um terço das pessoas dependentes” (p.143). No nosso estudo 68,1% são pessoas idosas com mais de 80 anos e 56,7% das pessoas dependentes no autocuidado apresentam alterações do seu estado mental, sendo urgente apoiar estas famílias fornecendo-lhes ferramentas para que possam cuidar dos seus idosos com alteração do estado mental, de forma a atrasar a evolução da doença e torná-los menos dependentes possível.

As atividades de estimulação cognitiva são de importância primordial, tanto para o idoso dependente como para o cuidador. Esta ideia é corroborada por Torres (2016) que afirma que “o idoso, mediante estimulação, poderá adquirir capacidades até aí perdidas ou esquecidas, obtendo a autonomia possível”(p.267). Assim, deve ser também foco do EF a realização de ensinios ao familiar prestador de cuidados sobre estimulação cognitiva de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional, e da pessoa dependente no autocuidado, de forma a possibilitar um menor nível de dependência possível.

Importa salientar que os impactos negativos do cuidar de pessoas com demência são geralmente maiores do que o cuidar de pessoas sem demência uma vez que no primeiro caso se gasta significativamente mais horas por semana na prestação de cuidados do que no segundo levando a que os cuidadores também relatem maior tensão, problemas de saúde física e mental, tempo reduzido para lazer e conflitos familiares (Schulz, 2001).

Recursos e Materiais utilizados na Assistência ao Familiar Dependente.

Entre os equipamentos considerados necessários pelo enfermeiro, para a realização das diferentes atividades do autocuidado da pessoa dependente, verificamos que são mais utilizados nos domínios “Tomar a medicação”, “Andar” e “Uso de sanitário” e menos utilizados nos domínios “Levantar-se”, “Vestir e despir-se”, “Arranjar-se”, “Usar cadeira de rodas”. Os domínios do autocuidado a que a pessoa dependente no autocuidado mais recorre a equipamentos, regista-se para na atividade “andar” e “Tomar a medicação”

Estes resultados vão de encontro aos estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015) revelam um maior investimento na manutenção da mobilidade por parte das pessoas que ainda não estão confinadas ao leito, nomeadamente, na compra de equipamentos como as bengalas e os andarilhos. A perda de capacidades cognitivas e motoras por parte das pessoas dependentes e a complexidade de muitos dos regimes terapêuticos, também originam a que os equipamentos necessários à manutenção do regime terapêutico, sejam muito utilizados, como é o caso da caixa de comprimidos.

Além disso, está tacita a ausência de recurso a equipamentos que promovem a autonomia da pessoa com dependência nos domínios “levantar-se”, “vestir-se e despir-se”, “arranjar-se” e “usar cadeira de rodas”, que constituem domínios com enorme variedade de equipamentos para complemento da atividade da pessoa dependente (Costa, 2013). Da mesma forma, também a taxas de utilização dos equipamentos necessários à realização do autocuidado “Posicionar-se” e “transferir-se” apesar de ser mais elevada continua a ser baixa. Estes dados reforçam a ideia de Gonçalves (2015), de que os cuidados que exigem competências mais diferenciadas por parte dos cuidadores familiares não têm a resposta devida, ficando aquém do que seria necessário.

Podemos afirmar perante estes resultados que uma grande percentagem das pessoas dependentes no autocuidado utiliza a caixa de comprimidos para a medicação, bengalas e andarilhos para a deslocação e muitos deles utilizam fralda para a incontinência.

Relativamente às razões da não utilização de equipamentos considerados necessários pelo enfermeiro, por parte do dependente e MFPC, constatou-se que a maior razão é o equipamento não ser desejado, o que vai de encontro aos estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015) realizados nos concelhos de Lisboa e Porto, seguindo-se o desconhecimento da forma de funcionamento. Através destes resultados podemos admitir que o facto de não desejar poderá ser devido ao desconhecimento do equipamento uma vez que durante a aplicação dos formulários esse motivo foi muitas vezes verbalizado pelos familiares cuidadores. Além disso, se não conhecem o equipamento, também desconhecem a forma de funcionamento, a segunda razão mais apontada no nosso estudo. De acordo com Gonçalves (2015) “Na verdade, não se deseja o que não se conhece” (p.147). No entanto, constatar que existem cuidadores familiares que desconhecem a existência de equipamentos necessários ao familiar de quem cuidam,

é um motivo de preocupação para o EF, uma vez que é da sua competência identificar e analisar com a família novas estratégias e recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar os cuidados à pessoa dependente.

É necessário que o EF “faça 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” (Maia, 2012, p.66).

Quanto a outros recursos verifica-se que tal como nos estudos realizados por Costa (2013) e Gonçalves (2015), os recursos financeiros mais utilizados pela pessoa dependente no autocuidado foram as pensões ou reformas (95.0%) seguindo-se a cargo da família (25%). Em termos de serviços, enquanto que em Lisboa e Porto recorreram mais ao hospitais e centros de saúde, constatou-se que em Granja do Ulmeiro o mais utilizado foi o Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar (100%), seguindo-se a linha saúde 24 (78.3%) e o hospital (70%). Podemos afirmar que estes resultados foram influenciados pela conjuntura atual devido ao Covid 19, uma vez que as indicações e orientações da Direção Geral da Saúde, foram para as pessoas recorrerem primeiramente à linha de saúde 24 e aos centros de saúde, sempre que apresentarem febre ou tosse ou falta de ar. Além disso o fato de a Freguesia de Granja do Ulmeiro ser considerada uma zona rural e se encontrar mais afastada dos hospitais pode condicionar a ida aos hospitais.

Em relação aos recursos profissionais, todos os inquiridos podiam recorrer ao médico e 71.7% tinham a possibilidade de aceder aos serviços de enfermeiro. Os serviços não profissionais a que mais recorreram foi a família (96,7%). Podemos afirmar que em termos gerais, estes resultados, vão de encontro aos estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015).

Condição de Saúde da Pessoa Dependente

A avaliação da condição de saúde da pessoa dependente no nosso estudo permitiu-nos constatar que a grande maioria apresentava rigidez articular (83.3%) e sinais de alteração do estado mental (56.7%).

Estes resultados corroboram com os estudos de Costa (2013) e Gonçalves (2015), e confirmam que aos cuidados que exigem uma intervenção mais diferenciada por parte do cuidador familiar não são realizados, como por exemplo a realização de exercícios dos

membros inferiores e superiores, assim como as atividades de estímulo da memória, como se constatou anteriormente. No entanto podemos afirmar que no que respeita às necessidades básicas de vida diária, estas estão salvaguardadas uma vez que a desidratação, a desnutrição e as condições de vestuário deficiente surgem como os três parâmetros de saúde menos presentes nos familiares dependentes no autocuidado.

De acordo com Gonçalves (2015) a idade avançada de muitas destas pessoas contribui, em muito, para a degradação das respetivas capacidades cognitivas, aliás como os dados do Censos 2011 indicam, o concelho de Soure apresenta uma proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade mais elevada que Lisboa e Porto. No entanto, Granja do Ulmeiro apresenta uma proporção de idosos ligeiramente menor (anexo XIII).

As percentagens de quedas das pessoas dependentes e o número de sinais de compromisso cutâneo, apesar de não ser muito elevado (21.7%) poderá eventualmente, estar associado à falta de conhecimento por parte dos cuidadores familiares, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de acidentes e prevenção de úlceras de pressão, além disso poderão também significar alguma falta de acompanhamento domiciliar por parte das equipas de enfermagem dos CSP, nomeadamente USF/UCSP da qual fazem parte os EF.

Implicações para o Enfermeiro de Família

Segundo o Decreto-Lei n.º 118/2014 que estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do EF no âmbito das unidades funcionais de prestação de CSP, sendo um recurso de proximidade, o EF disponibiliza cuidados de enfermagem necessários em articulação com os vários elementos da equipa, através da avaliação da situação de saúde da pessoa dependente e da sua família, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visita domiciliária (149/2014, 2014).

Neste sentido, e através dos resultados deste estudo, emergem implicações para o enfermeiro de família uma vez que foram identificadas necessidades de cuidados, que são específicas do âmbito das competências do EF, nomeadamente:

- Identificar e analisar com a família novas estratégias e recursos necessários para atender às suas necessidades e facilitar os cuidados à pessoa dependente;
- Desenvolver com a família estratégias adequadas que tenham como objetivo auxiliar a compreensão, sobre a doença e o cuidar, assim como, atender às principais necessidades sentidas;
- Dotar a família de conhecimentos e capacidades que lhes permitam auxiliar a pessoa dependente na gestão do regime terapêutico e na adesão ao mesmo, proporcionando estratégias de mudança de hábitos;
- Educar o familiar cuidador nas ações de promoção da capacidade de autocuidado, estimulando o incentivo à autonomia perdida dos seus familiares dependentes;
- Ajudar a família a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a controlar o stress e a realizar a promoção da saúde;
- Realizar ensinamentos à Família sobre estimulação cognitiva e realização de exercícios dos membros inferiores e superiores, de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional, e da pessoa dependente no autocuidado, de forma a possibilitar um menor nível de dependência possível;
- Realizar ensinamentos à Família sobre prevenção de acidentes e de úlceras de pressão;
- Apresentar às famílias as mais-valias dos recursos, em favor da autonomia dos dependentes e das atividades de tomar conta, asseguradas pelos familiares cuidadores.
- Encaminhar as famílias para os serviços sociais, serviços da comunidade e Rede Nacional dos Cuidados Continuados (RNCCI) ou outras Unidades de Cuidados, se necessário.
- Apoiar as famílias através da realização de domicílios preventivos.

Os relatos de famílias referem que a equipa de enfermagem realiza visitas domiciliárias quando solicitadas, essencialmente para troca ou inserção de cateteres vesicais ou sondas nasogástricas e execução de tratamento de feridas, havendo mesmo MFPC que referem nunca terem sido visitados por um enfermeiro. Assim como outros também mencionam

que nunca foram orientados pela enfermagem para qualquer tipo de suporte social (Petronilho, 2007; Quaresma, 2008).

Os resultados deste estudo confirmam a necessidade de aumentar o número de visitas domiciliares para avaliar as necessidades de apoio sentidas pelos cuidadores, gerar ações destinadas a fornecer mais informações, treinar e ensinar estratégias de forma a mitigar problemas que surgem da tarefa de cuidar (González & Palma, 2016).

Essas visitas domiciliárias, dependendo da situação e necessidades identificadas, podem ser realizadas presencialmente através de visitas frequentes ou esporádicas, e não presenciais através de contactos telefónicos. Estes contactos com a família são importantes, não só para apoiar na prestação de cuidados, mas também, para acompanhar as necessidades do familiar na transição para o exercício do papel de prestador de cuidados (Costa, 2013).

CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico e o aumento de doenças crónicas refletem-se em elevados índices de dependência para o autocuidado. A integração na família de uma pessoa incapaz de realizar as atividades de autocuidado, envolve um grande desafio pessoal e familiar, uma vez que se vêm envolvidas e obrigadas a ultrapassar várias dificuldades e desenvolver novas competências.

Sendo o autocuidado foco de atenção central da Enfermagem, uma gestão de cuidados centrada no Enfermeiro de Família, permite conhecer a realidade das famílias com pessoas dependentes no autocuidado constituindo-se uma mais valia para uma gestão e prestação de cuidados de qualidade e ao mesmo tempo um incitamento e um suporte à tomada de decisão política nesta matéria.

Perante o percurso investigativo, assente nos objetivos formulados e na perspetiva teórica, podem-se inferir algumas conclusões.

As famílias com pessoas dependentes no autocuidado da Freguesia de Granja do Ulmeiro são na maioria constituídas por um ou dois núcleos, com baixos rendimentos mensais, residem em moradias que possuem água, retrete, sistema e Instalação para banho ou duche, com necessidade de pequenas ou médias reparações e sem acessibilidade a PMC.

Do perfil do prestador de cuidados, evidencia-se o predomínio de mulheres idosas, com baixa escolaridade, casadas ou em união de facto, sublinhando o fenómeno de “idosos a cuidar de idosos”.

As pessoas dependentes são maioritariamente mulheres viúvas com idade avançada, sem ocupação profissional, com baixa escolaridade e consomem entre 4 a 6 fármacos diferentes. Existe uma elevada dependência da pessoa cuidada, evidenciando-se os autocuidados “Alimentar-se”, “Arranjar-se” e “Tomar banho”.

Os MFPC não têm ocupação profissional e em termos de autoeficácia global consideram-se muito competentes nos vários domínios do autocuidado. No entanto, os domínios do autocuidado em que os cuidadores familiares se consideram mais eficazes na satisfação

das necessidades dos familiares são o “Vestir-se e despir-se”, o “Tomar banho” e o “Alimentar-se”. Os menos eficazes dizem respeito ao “Tomar a medicação” e “Andar”. Posicionam, transferem e mobilizam muito pouco os familiares dependentes no autocuidado que têm necessidade destes cuidados, assim como são praticamente nulas as atividades estimulantes da memória.

Os recursos financeiros mais utilizados pela pessoa dependente no autocuidado são as pensões ou reformas. Em termos de serviços, o Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar. Em relação aos recursos profissionais, todos os inquiridos recorrem ao médico e nem todos recorrem aos serviços de Enfermagem. Os serviços não profissionais a que mais recorrem é a família.

Este estudo revela uma baixa cobertura de cuidados no domicílio, principalmente preventivos. As famílias valorizam sobretudo os cuidados que dizem respeito à satisfação de necessidades básicas e não com os que têm a ver com necessidade de prevenção da perda de potencial, o que tem repercussões na perda de independência para o autocuidado. Além disso, existe a necessidade de intervir nos cuidadores não só pelo ensino, mas também pelo suporte e ajuda concreta nas atividades.

Estamos perante um grupo de risco para o qual o Enfermeiro de Família deve direcionar a sua prestação de cuidados, tornando assim, o sistema mais efetivo e otimizando os resultados que as pessoas podem obter com o contributo das UCSP/USF, através das visitas domiciliárias.

Acreditamos que a informação que resulta deste estudo é um contributo válido para a Enfermagem, para os Enfermeiros de Família e para todos aqueles que se vêm envolvidos no planeamento em saúde, nomeadamente, os Enfermeiros Gestores e Enfermeiros Nomeados em Funções de Chefia.

Numa época em que a governação clínica é um dos princípios ativos na organização e gestão das UCSP e USF, consolida-se assim a associação das boas práticas à evidência obtida pela investigação.

LIMITAÇÕES E PROPOSTAS FUTURAS

Em todos os estudos científicos, subsistem alguns fatores que condicionam ou limitam o processo de investigação. Este estudo, pela sua realização em âmbito académico e devido à situação pandémica vivida nos meses planeados para a recolha de dados, ficou condicionado pelo horizonte temporal, o que impôs restrições ao mesmo. A principal restrição foi a não aplicação do formulário a todas as famílias, como inicialmente estava previsto. Para evitar o contacto com um grande número de pessoas e não colocar em risco a saúde das famílias, optou-se por uma amostra do tipo snowball, sendo a amostra final de 60 famílias. Este tipo de amostragem não nos permite conhecer o número exato de famílias com pessoas dependentes no autocuidado, como inicialmente tínhamos planeado, uma vez que iríamos aplicar o formulário a toda a população. Apesar de se tratar de um estudo quantitativo o número e tipo de amostra não nos permite generalizar os resultados.

Outra limitação foi o tempo necessário para a aplicação do formulário, que apesar de ser detalhado em informação demorou em média 60 minutos o que atrasou todo o processo de colheita de dados.

Além de ser importante investigar sobre o papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados domiciliários às famílias com pessoas dependentes no autocuidado, assim como, a sua contribuição no bem-estar do dependente e sua família, necessitamos de estudos que implementem intervenções e analisem o seu impacto no cuidado e na pessoa cuidada. Urge mudar o paradigma de cuidado nos CSP para se conseguir apoiar estas famílias. Assim, seria também relevante investigar sobre toda a sua atividade nas UCSP e USF para se conhecer em que atividades a prestação de cuidados do EF gera mais e melhores resultados em saúde. Só assim poderemos planejar cuidados de qualidade e tornar o sistema de saúde mais eficaz e eficiente, indo de encontro às necessidades da população.

Para dar resposta às necessidades das famílias do nosso estudo entendemos que é imprescindível aumentar o número de visitas domiciliárias por parte do EF e aumentar a reposta por parte da RNCCI, nomeadamente, das ECCI. Ao EF caberia, além do apoio, a identificação e referenciação das pessoas com maior dependência no autocuidado em que os seus familiares são idosos frágeis e que necessitam de mais horas de apoio na prestação de cuidados. À ECCI uma maior disponibilidade para a prestação de cuidados que requerem um maior número de horas.

Para se dar uma resposta adequada e atempadamente às necessidades das famílias com Pessoas Dependentes no Autocuidado, e após verificação do não comprometimento do seu compromisso assistencial, seria importante a contratualização de carteiras adicionais de serviços para o efeito, pelas USF, UCSP e UCC da qual faz parte integrante a ECCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., Tavares, S., Da Silva, E., & Kanso, S. (2015). A Feminização da Velhice: Em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 14(1), 115. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>
- Andrade, A. (2010). Opinião: Programa Nacional para a Saúde dos Prestadores de Cuidados. Consultado a 10 de Janeiro de 2020, em: <https://pns.dgs.pt/opinioao-progrsaude-prestadores/>
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados. Obtido 23 de Janeiro de 2020, em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_61-71.pdf
- Antunes, V. (2012). *Organização dos Cuidados pelo Método de Enfermeiro de Família por Área Geográfica* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Consultado em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1216/1/Vera_Antunes.pdf
- Araújo, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem* (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Consultado em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control* (1ª). New York: W.H. Freeman and Company.
- Barnett, K., Mercer, S., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Brown, R., & Brown, S. (2014). Informal caregiving: A reappraisal of effects on caregivers. *Social Issues and Policy Review*, 8(1), 74–102. <https://doi.org/10.1111/sipr.12002>
- Carvalhais, M., & Sousa, L. (2013). Qualidade dos cuidados domiciliários em enfermagem a idosos dependentes. *Saude e Sociedade*, 22(1), 160–172. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100015>
- Correia, L. (2018). *Avaliação familiar para o desempenho do papel de prestador de cuidados: Contributo do enfermeiro de família* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). Consultado em: <https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/8867/1/LilianaCorreia.pdf>
- Costa, A. (2013a). Famílias com pessoas dependentes no auto-cuidado. Consultado a 15 de Outubro de 2019, em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13420/3/TeseDoutoramentoV10-18Maio2013_CD.pdf
- Costa, A. (2013b). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Atocuidado-Estudo Exploratório De Base Populacional no Conselho de Lisboa* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa). Consultado a 15 de Outubro de 2019 em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13420/3/TeseDoutoramentoV10-18Maio2013_CD.pdf
- Costa, S., & Castro, E. (2014). Self-care in family caregiver of dependent adults or elderly persons after hospital discharge. *Revista brasileira de enfermagem*, 67(6), 979–986.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670617>

Decreto-Lei nº 48/95 de 15 de março do Ministério da Justiça, Aprova o Código Penal. *Diário da República n.º 63/1995, 1ª Série (1995)*. Consultado a 15 de Agosto de 2020, em: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230700/73473887/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho do Ministério da Saúde, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República n.º 109/2006, 1ª Série (2006)*. Consultado a 27 de Dezembro de 2020, em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/basic?q=Decreto-Lei+n.o+101%2F2006>

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto do Ministério da Saúde, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. *Diário da República 161/2007, 1ª Série (2007)*. Consultado a 30 de Janeiro de 2020, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Dec_29_8_2007_USF.PDF (acedido em 21/06/2015 as 12h13)

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro do Ministério da Saúde, estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 38/2008, 1ª Série (2008)*. Consultado a 30 de Janeiro de 2020, em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/basic?q=Decreto-Lei+no+28%2F2008+de+22+de+Fevereiro>

Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde, estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário da República n.º 149/2014, 1ª Série (2014)*. Consultado a 30 de Janeiro de 2020, em: <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>

Decreto-lei nº 73/2017 de 21 de Junho do Ministério da Saúde, altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. *Diário da República n.º 118/2017, 1ª Série (2017)*. Consultado a 30 de Janeiro de 2020, em: <https://dre.pt/home/-/dre/107541409/details/maximized>

Despacho nº 12427/2016 de 17 de outubro da Presidência do Conselho de Ministros, Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde - Gabinetes dos Ministros Adjunto, das Finanças, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, cria um grupo de trabalho interministerial para apresentar uma Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, e define a sua composição. *Diário da República n.º 199/2016, 2ª Série. (2016)*. Consultado a 3 de outubro de 2019, em: <https://dre.pt/home/-/dre/75533168/details/maximized?serie=II&day=2016-10-17&date=2016-10-01&dreId=75533160>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Consultado a 2 de Outubro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004->

pdf.aspx

- Direção Geral da Saúde (DGS). (2006). Programa Nacional de Saúde das Pessoas idosas. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Eurostat. (2019). Estrutura populacional e envelhecimento. Consultado a 15 outubro 2019, em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt#A_percentagem_de_idosos_continua_a_aumentar
- Fernandes, P. (2014). Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia: Caracterização das necessidades da pessoa dependente (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Consultado em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9517/1/Familias%2520que%2520integram%2520dependentes%2520no%2520autocuidado%2520Maia%2520v.%2520Final.pdf>
- Ferreira, C., Silva, T., & Dutra Lemos, N. (2011). Factores Associados a Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliaria. *Saude e Sociedade*, 20(2), 398–409. Consultado a 16 de outubro 2019, em: https://search.proquest.com/docview/919903108?accountid=14511%0Ahttp://sfx.ucl.ac.uk/sfx_local?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Asocabshell&atitle=Factors+Associated+with+the+Quality+of+Life+of+Car
- Figueiredo, M. B. (2011). Enfermeria de Familia en Portugal: un camino en desarrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermeria Comunitaria: RIdEC*, 4(2), 45–48.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar* (Lusociência, Ed.).
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodidata, Ed.). Loures.
- Gonçalves, P. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.14/18580>
- González, E.; Palma, F. (2016). Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 34(1), 67–73. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a08>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (2ª; Lusidodata, Ed.). Loures.
- Hildebrand, M. (2016). *Caregiving after Stroke in Gillen, Glen(eds.) Stroke Rehabilitation- A Function based- Approach*. (4ª). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/C2012-0-02658-0>
- International Council of Nurses (ICN). (2019). ICNP Browser. Consultado a 27 de Dezembro de 2019, em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Iecovich, E. (2008). Caregiving burden, community services, and quality of life of primary caregivers of frail elderly persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27(3), 309–330.

<https://doi.org/10.1177/0733464808315289>

Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente Em Contexto Familiar - Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal*. Formasau-Formação e Saude , Lda.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). Alojamentos Familiares e Escalão de área útil por Ocupante. Consultado a 9 de Setembro de 2020, em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&ontexto=ind&indOcorrCod=0006465&selTab=tab10

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2018). Estatísticas Demográficas - 2018. Consultado a 18 de Dezembro de 2019, em: <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2019). Envelhecimento Demográfico. Consultado a 10 de Outubro de 2019, em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main%0D

Instituto Nacional de Estatística (INE).(2020a). Conceito de Família Clássica. Consultado a 1 de Janeiro de 2020, em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1123>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020b). Tábuas de Mortalidade para Portugal. Consultado a 26 de Setembro de 2020, em: file:///C:/Users/clano/Downloads/28TabuasMortalidade2017_2019.pdf

Jesus, S. (2017). Ser Cuidador Informal de Idoso Dependente: Uma Abordagem Qualitativa.

Lancaster, J.; Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária – promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos (7ª; Lusociência, Ed.)*. Lisboa.

Landeiro, M., Martins, T., & Peres, H. (2016). Percepção dos enfermeiros sobre Dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de pessoa dependente. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720160000430015>

Lee SM, Lee Y, Choi SH, Lim TS, M. S. (2019, Março). Preditores Clínicos e Demográficos de Desfechos Adversos em Cuidadores de Pacientes com Demência. *Dementia and Neurocognitive Disorder*, 10–18. <https://doi.org/https://dnd.or.kr/DOIx.php?id=10.12779/dnd.2019.18.1.10>

Leonardo, V. (2011). *Famílias que integram dependentes no autocuidado : Recursos utilizados pelos prestadores de cuidados* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62245/2/TESE.pdf>

Lionello, C., Duro, C., Silva, A., & Witt, R. (2012). O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 103–110. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472012000400013>

Mafrá, S. (2011). A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(2), 353–363. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232011000200015>

Maia, H. M. (2012). *Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio* (Dissertação

- Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Universidade do Porto). Consultado em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16302>
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS* (3ª edição; M. Robalo, Ed.). Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and progress* (4.ª ed). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. ., Im, E.O., Hifinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde - Prioridades para 2004-2010. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Morrison, N.; Goldstein, S. (2013). *Evidence-Based Practice in Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-62811-7>
- Nações Unidas. (2019). World Population Ageing 2019 -Highlights. Consultado a 18 de Dezembro de 2019, em: <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>
- Navarro, M., Jiménez, L., García . Maria, Perosanz, M., & Blanco, E. (2018). Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. Consultado a 14 de Setembro de 2020, em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2018000200079&script=sci_arttext&tlng=pt
- Nicolau, A. (2018). *O Cuidador Informal Estratégias vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente* (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Consultado em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/17139/1/Master_Ana_Duarte_Nicolau.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Consultado a 30 de Janeiro de 2020, em: <https://dre.pt/application/file/3477091>
- Oliveira, D.; D'Elboux, J. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 829–838. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000500017>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 -Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Consultado a 15 de Outubro de 2020, em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?!=1>
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria en la practica* (Masson, Ed.).
- Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice* (5ª; Mosby, Ed.). Boston.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1989). Health of the elderly - Report of a WHO Expert Committee. Consultado a 30 de Janeiro de 2020, em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39521/WHO_TRS_779.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2000). Munich Declaration--nurses and midwives:

- a force for health. *Intensive & critical care nursing* : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses, 16(4), 207–208. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1522>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2009). *Saúde 21- Saúde para Todos no Século XXI* (Lusodidacta, Ed.). Portugal.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Consultado a 30 de Janeiro de 2020, em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
- Pereira, E. (2011). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Relevância da definição dos cuidados prestados. Relevância da Definição Dos Cuidados* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Consultado a 9 de Novembro de 2019, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62191>
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciência Sociais - A Complementariedade do SPSS* (6ª Edição; M. Robalo, Ed.). Lisboa: Edições Síllabo, Lda.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.
- Pires, E. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). Consultado em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/A_importancia_das_Familias_-_Versao_Final.pdf
- PORDATA. (2019a). *Indicadores de Envelhecimento*. Consultado a 26 de Dezembro de 2019, em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- PORDATA. (2019b). *População residente em idade ativa média anual: Total e por grupos etários*. Consultado a 15 de Outubro de 2019, em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-390>
- Quaresma, I. (2008). *O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Consultado em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7258/2/Tese_Mestrado_Ivone.pdf
- Queirós, C. (2012). *Avaliação da Percepção da Autoeficácia dos Membros da Família Prestadores de Cuidados Que Tomam Conta de Familiares Dependentes no Autocuidado: Estudo Exploratório no Concelho do Porto* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa do Porto) (Vol. 7). Consultado em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16299/1/Tese_final_Carmen_Queiros_UCP.pdf
- Rato, M. (2018). *Vivências dos Familiares da Pessoa com Demência : Papel do Enfermeiro de Família* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico da Guarda). Consultado em: [http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/4709/1/E Com - Marta S F N](http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/4709/1/E%20Com%20-%20Marta%20S%20F%20N)

Rato.pdf

- Ribeiro, O.; Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 32(1), 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 25–36. <https://doi.org/10.12707/rrii12162>
- Rocha, A., Mota, F., Silva, M., Bonates, L., & Rocha, A. (2014). *Qualidade de vida de idosos que cuidam de idosos no domicílio*. 9(2), 548–557. <https://doi.org/10.5205/reuol.7028-60723-1-SM.0902201509>
- Santos, F., Acioli, S., Rodrigues, V., Machado, J., Souza, M., & Couto, T. (2016). Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1124–1131. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>
- Santos-Orlandi A., Brito T., Ottaviani A., Rossetti E., Zazzetta M., Pavarini I. Elderly who take care of elderly: a study on the Frailty Syndrome. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(7):822-9. [Thematic Edition “Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing”] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0474>
- Schulz, R. (2001). *Caregiver Burden - 4 Conceptual Approaches to the Study of Caregiving in Baltes, Paul; Smelser, Neil (eds.) International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*.
- Schumacher, K. (1995). Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry For Nursing Practice*. 1995, 211–226. Consultado em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=8570975&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (LIDEL, Ed.).
- Silva, A. (2012). *Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica do Porto). Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.14/11409>
- Silva, R. (2011). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Consultado em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10213>
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública* (7ª; Lusociência, Ed.). Lisboa.
- Stojak, Z., Jamiolkowski, J., Chlabicz, S., & Marcinowicz, L. (2019). Levels of satisfaction, workload stress and support amongst informal caregivers of patients receiving or not receiving long-term home nursing care in Poland: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 10–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071189>
- Thimsen, K. (2019). *Interpersonal «Violence and the Elderly» in Carney, Amy (eds) «Elder Abuse - Forensic, legal and medical Aspects»* (A. Carney, Ed.).

<https://doi.org/10.1016/C2017-0-03733-3>

- Tierney, A. , & Roper, N. (2000). *Roper-Logan-Tierney Model Of Nursing* (2000.^a ed.; E. H. SCIENCES, Ed.).
- Torres, S. (2016). Cuidador Informal de Idosos Dependentes: o cuidar, as emoções e as estratégias adaptativas. (Tese de Doutoramento em Educação, Universidade de Aveiro). Consultado a 17 de Outubro de 2020, em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/17385/1/tese%2Banexos%5B1%5D.pdf>
- Trigo, M.(2012). *Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado estudo descritivo de base populacional no concelho da maia* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Consultado em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9299>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (2^a Edição; L. Edições Sílabo, Ed.). Lisboa.
- Vinuto, J. (2014). a Amostragem Em Bola De Neve Na Pesquisa Qualitativa: Um Debate Em Aberto. Consultado em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>
- Wright, L.; Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. (5^a Edição; E. Roca, Ed.). São Paulo: Editora Roca.
- Zanello, V., Silva, L., & Henderson, G. (2015). Saúde mental, gênero e velhice na instituição geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 543–550. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015042444543550>

ANEXOS

ANEXO I – Formulário “Famílias com Pessoas Dependentes no Autocuidado”

CODIFICAÇÃO: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
<h2>FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO</h2> <h3>PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO</h3>	
INQUÉRITO PRELIMINAR	
Aceita responder ao inquérito preliminar? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Se não, porque:	
<input type="radio"/> Não quer <input type="radio"/> Não reside <input type="radio"/> Não pode <input type="radio"/> Não tem tempo <input type="radio"/> Outro	
Vive com alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Vive com alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Tem algum familiar directo internado num lar ou noutra instituição de saúde?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Aceita responder ao inquérito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Se não, porque:	
<input type="radio"/> Não quer <input type="radio"/> Não reside <input type="radio"/> Não pode <input type="radio"/> Não tem tempo <input type="radio"/> Outro	
ALOJAMENTO	
Edifício de alojamento familiar	Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, calharia)
<input type="radio"/> Clássico: moradia <input type="radio"/> Clássico: apartamento <input type="radio"/> Clássico: outro tipo <input type="radio"/> Não clássico (barraca, móvel, improvisado)	<input type="radio"/> Muito grandes <input type="radio"/> Grandes <input type="radio"/> Médias <input type="radio"/> Pequenas <input type="radio"/> Nenhuma
Edifício com acessibilidade a PMC? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Área útil <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> m ² N.º divisões <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> N.º ocupantes <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Alojamento com:	
Sim Não	Sim Não
<input type="radio"/> Retrete	<input type="radio"/> Instalação de banho ou duche
<input type="radio"/> Água canalizada	<input type="radio"/> Aquecimento
FAMÍLIA	
Tipo de família	Rendimentos do agregado / mês
<input type="radio"/> Clássica sem núcleo <input type="radio"/> Clássica com um núcleo <input type="radio"/> Clássica com dois núcleos <input type="radio"/> Clássica com três núcleos	<input type="radio"/> Até 250 euros <input type="radio"/> De 251 a 500 euros <input type="radio"/> De 501 a 1000 euros <input type="radio"/> De 1000 a 2000 euros <input type="radio"/> De 2001 a 5000 euros <input type="radio"/> Mais de 5000 euros
Número de membros da família	
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

CODIFICAÇÃO:

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

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE I I - FORMULÁRIO PCD

PESSOA DEPENDENTE

Sexo
 M
 F

Idade

Estado civil
 Casado/ União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado

Nacionalidade
 Portuguesa
 Não portuguesa (especificar)

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

Profissão
 Membros das forças armadas
 Quadros superiores de 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 pesca
 Operários, artífices e trabalhadores similares
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
 Trabalhadores não qualificados
 Doméstico
 Desempregado
 Pensionista / Reformado
 Estudante
 Outra

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

Instalação da dependência
 Súbita
 Gradual

Tempo de dependência

 Anos

 Meses

Consumo medicamentos
 Não
 Sim

Variedades de fármacos (n.º)

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

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

Número de fármacos nas tomas/dia

AUTOCUIDADO: Tomar banho

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

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

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

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

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama
 No chuveiro/banheira
 Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

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

- Sempre Às vezes Nunca

Assento suspenso para banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

Barras de apoio para banho

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

Cadeira de banho (fixa/ giratória)

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

Cadeira higiénica

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

Elevador de banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

Lava cabeças para acamados

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

Antiderrapante

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

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"/>
Penhear 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"/>

AUTO-CUIDADO: Vestir-se e despir-se

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

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

Dependente Prestador de cuidados Outro

AUTOCUIDADO: Arranjar-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquiagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

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

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

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

Pente de cabo longo

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

Espelho inclinável

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

AUTOCUIDADO: Alimentar-se

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

Quantas refeições fornece ao seu familiar? vezes/dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

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

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

- Na cama
 Na sala de jantar/cozinha
 Outro

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

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

Abridor de frascos

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

Adaptador de talheres

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

Rabeta

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

Copo adaptado

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

Garfo flexível

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

Mesa de comer na cama

Razão da não utilização S N Desconhecimento da forma de funcionamento Utilizado S N Desejado S N

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

Rebordo para prato

Razão da não utilização S N Desconhecimento da forma de funcionamento Utilizado S N Desejado S N

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

Suporte de copos

Razão da não utilização S N Desconhecimento da forma de funcionamento Utilizado S N Desejado S N

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

Suporte de palhinha para copo

Razão da não utilização S N Desconhecimento da forma de funcionamento Utilizado S N Desejado S N

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

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desnutrição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desidratação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar de comer / beber ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar para as refeições		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Uso do sanitário

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

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

Fralda Arrastadeira Sanita Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

Fralda Arrastadeira Sanita Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

Dependente Prestador de cuidados Outro

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

Posiciona o seu familiar no sanitário? Sempre Às vezes Nunca

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

Alteador de sanita

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

Arrastadeira

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

Barra de apoio de sanitário

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

Cadeira sanitária

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

Cueca impermeável

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

Colector urinário

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Desconhecimento da forma de funcionamento

Limitações da residência

Outro

AUTOCUIDADO: Elevar-se

Levantar parte do corpo

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

Com que frequência senta o seu familiar? vezes / dia

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

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

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

Almofada elevatória

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

Apoio de cabeça analóxico

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

Apoio de pés

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

Barras paralelas e apoios da posição de pé

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

AUTOCUIDADO: 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

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

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

<u>Grades de apoio / segurança</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Colchão anti-úlceras de pressão</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Cotoveleira</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Coxim</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Transfer de cama (dispositivo para posicionar)</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Imobilizador abdominal</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Luva de imobilização</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Posicionador de perna e pés</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Suporte para as costas</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Dispositivo de prevenção de pé equino</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Detectar sinais precoces de dor 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) posicionamento(s)		<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 tipo(s) de posicionamento(s)		<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"/>
Massejar 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 tipo(s) de posicionamento(s)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Transferir-se

Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão

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

Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama

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

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

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

O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro

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

Barra de apoio

Necessário (juízo do enfermeiro)

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

Cabeceira e pés da cama amovíveis

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

Cama articulada

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

Elevador de transferência

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

Transferir leito-cadeira

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

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

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

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas? vezes/dia

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

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro

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

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

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

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

Andarilho

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

Bengala

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

Canadiana(s)

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

Prótese

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

S N

Utilizado

S N

Desejado

S N

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomas de medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar efeitos secundários da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrar a medicação ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CUIDADOS COMPLEMENTARES

- Respeita a dieta aconselhada ao seu familiar? Sempre Às vezes Nunca
- Quem decide a dieta do seu familiar?
- O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro
- Procede a ajustes na dieta em função das preferências? Sempre Às vezes Nunca
- Costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do seu familiar? Sempre Às vezes Nunca
- Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar? vezes/dia
- Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar? Sempre Às vezes Nunca
- Costuma incluir na dieta do seu familiar frutas/legumes? Sempre Às vezes Nunca
- Costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir? Sempre Às vezes Nunca
- Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar? Sempre Às vezes Nunca
- Costuma fazer a pesquisa de fealomas? Sempre Às vezes Nunca
- Com que frequência inspeciona a pele do perineu do seu familiar? vezes/dia
- Com que frequência inspeciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar? vezes/dia
- Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar? vezes/dia
- Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar? vezes/dia
- Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar? vezes/dia
- Com que frequência desenvolve actividades estimulantes da memória com o seu familiar? vezes/semana
- Costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes,...)? Sempre Às vezes Nunca
- Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções? Sempre Às vezes Nunca
- Costuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar? Sempre Às vezes Nunca
- Costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do seu familiar se altera?
- Sempre Às vezes Nunca

RECURSOS COMPLEMENTARES

<u>Dispositivo de chamada</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Material de instrução e aprendizagem</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Prótese auditiva</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Telefone / telemóvel</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Pinça para alcançar objectos</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Suporte para cartas</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

<u>Enfia agulhas</u>	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

Outro 1 (especificar)	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="text"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Razão da não utilização	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

Outro 2 (especificar)	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
<input type="text"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Razão da não utilização	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

OUTROS RECURSOS

	Sim	Não		Sim	Não	
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Recursos não profissionais <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Vizinho <input type="radio"/> Amigo <input type="radio"/> Empregada <input type="radio"/> Outro
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"/>				

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"/>	12 INEM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linha Saúde24

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 dca 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"/>	Escolas / donativos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra situação

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desidratação
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Olhos encovados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele seca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucosas secas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desnutrição
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magreza excessiva?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obesidade mórbida?
		IMC <input type="text"/> <input type="text"/>
		Que peso perdeu nos últimos três meses? <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da amplitude articular
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Dto (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Edo (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele comprometida
		Número de úlceras de pressão <input type="text"/> <input type="text"/>
		Localização úlceras
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Região sagrada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trocante
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Malcólo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Calcaneos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Feridas não tratadas / não cuidadas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eritema da traída
		N.º de deposições <input type="text"/> <input type="text"/> vezes /semana

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da limpeza das vias aéreas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acumulação de secreções traqueobrônquicas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aumento frequência respiratória
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deglutição comprometida
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição de higiene e asseio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: odores corporais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: unhas sujas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má higiene oral
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções oculares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções auditivas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções nasais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sujidade corporal visível
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição vestuário
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa suja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa desabotoada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à temperatura ambiente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição antropométrica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição de dependência
		N.º de quedas no último mês <input type="text"/> <input type="text"/>

Estado mental

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que mês está?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que terra vive?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Repete três palavras (Pera, Gato e Bola)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Faz cálculos simples
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identifica objectos comuns (relógio)

ANEXO II - Operacionalização das variáveis relativas à caracterização do alojamento da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado

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

ANEXO III - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização da Família que Integra uma Pessoa Dependente no Autocuidado.

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

ANEXO IV - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização do Familiar Prestador de Cuidados.

Familiar Prestador de Cuidados		
Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino/Masculino
Residência	Qualitativa nominal	Freguesia de Granja do Ulmeiro
Estado Civil	Qualitativa nominal	Solteiro Casado/ União de Facto Viúvo Divorciado
Nacionalidade	Qualitativa nominal dicotómica	Portuguesa/Não portuguesa
Parentesco com o dependente	Qualitativa nominal	Conjuge Pai / Mãe Filho(a) Irmão (ã) Afinidade (nora; padraсто; cunhado) Outro parentesco Sem parentesco
Nível de Escolaridade	Qualitativa nominal	Nenhuma 1º Ciclo básico 2º Ciclo básico 3º Ciclo básico Secundário Superior
Profissão	Qualitativa nominal	Membros das forças armadas 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 pesca Operários, artífices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Pensionista/ Reformado Estudante Outra
Co-Habitação com a pessoa dependente no autocuidado	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não

ANEXO V - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização da Pessoa Dependente no Autocuidado.

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

ANEXO VI - Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização da Dependência no Autocuidado.

Dependência no Autocuidado		
Variável	Tipo	Valor
Nível de dependência (por domínio do Autocuidado: Alimentar-se; Vestir-se; Arranjar-se; Tomar banho; virar-se; usar o sanitário; Elevar-se; Andar; Transferir-se; Usar a cadeira de rodas; Autoadministração da medicação)	Qualitativa ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente

ANEXO VII - Operacionalização das Variáveis Relativas à Pessoa Dependente por Domínios de Autocuidado.

Dependência por Domínio de Autocuidado		
Variável	Tipo	Valor
AUTOCUIDADO: Tomar banho		
Entra e sai do chuveiro Obtém objetos para o banho Abre a torneira Regula a temperatura da água Regula o fluxo da água Lava-se no chuveiro Lava o corpo Seca o corpo	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
AUTOCUIDADO: Vestir-se e 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 Descalça as meias Calça os sapatos Descalça os sapatos	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente
AUTOCUIDADO: Alimentar-se		
Prepara os alimentos para a ingestão Abre recipientes Utiliza utensílios Coloca o alimento no utensílio Pega no copo ou chávena Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão 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	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de Equipamento Completamente independente
AUTOCUIDADO: Arranjar-se		
Penteia ou escova os cabelos Barbeia-se Aplica maquilhagem Cuida das unhas Usa um espelho Aplica o desodorizante Limpa a área do períneo Limpa as orelhas Mantém o nariz desobstruído e limpo Mantém a higiene oral	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de Equipamento Completamente independente

Operacionalização das variáveis em estudo relativas à pessoa dependente por domínios de autocuidado (Continuação).

AUTOCUIDADO: Uso do sanitário		
Ocupa e desocupa o sanitário Tira as roupas Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar Ergue-se da sanita Ajusta as roupas após a higiene íntima	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de Equipamento Completamente independente
AUTOCUIDADO: Elevar-se		
Levantar parte do corpo	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de Equipamento Completamente independente
AUTOCUIDADO: Virar-se		
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de Equipamento Completamente independente
AUTOCUIDADO: Transferir-se		
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de Equipamento Completamente independente
AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas		
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de Equipamento Completamente independente
AUTOCUIDADO: Andar		
Suporta o próprio corpo na posição de pé Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos Sobe e desce degraus Deambula em aclives e declives Percorre distâncias curtas (<100m) Percorre distâncias moderadas (>100m<500m) Percorre longas distâncias (>500m)	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de Equipamento Completamente independente
AUTOCUIDADO: Tomar medicação		
Providencia medicamentos Prepara a medicação Toma a medicação	Quantitativa Ordinal	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de Equipamento Completamente independente

ANEXO VIII - Operacionalização das variáveis relativas à caracterização dos recursos utilizados.

Recursos Utilizados		
Variável	Tipo	Valor
Recursos Necessários	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Recursos Utilizados	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Recursos Desejados	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Razões da não utilização	Qualitativa nominal	Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outra

ANEXO IX – Operacionalidade das Variáveis Relativas à Caracterização da Percepção da Autoeficácia do Prestador de Cuidados Relativa ao Exercício do Papel.

Percepção de Autoeficácia do Prestador de Cuidados relativa ao exercício do papel		
Variável	Tipo	Valor
Percepção de autoeficácia (Por domínio do autocuidado: Tomar banho; Alimentar-se; Vestir-se; Usar o sanitário; Virar-se; Transferir-se; Andar; Autoadministração da medicação)	Qualitativa ordinal	Incompetente Pouco competente Medianamente competente Muito competente

ANEXO X – Operacionalização das Variáveis em Estudo Relativas à Caracterização dos Cuidados Prestados.

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

ANEXO XI – Operacionalização das Variáveis Relativas à Caracterização da Condição de Saúde.

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

ANEXO XII – Declaração de Consentimento Informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma dúvida não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Famílias com Pessoas Dependentes no Autocuidado Implicações para o Enfermeiro de Família

Foi convidado/a para participar no Projeto de investigação científica "Famílias com Pessoas Dependentes no Autocuidado–Implicações para o Enfermeiro de Família" da responsabilidade da Enfermeira Clara Maria da Noite Cota Rodrigues, no âmbito do Mestrado em Economia e Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, com orientação do Professor Doutor António Amaral e coorientação do Professor Doutor João Tavares.

Este estudo visa caracterizar, o fenómeno da dependência no autocuidado no contexto das famílias da Freguesia de Granja do Ulmeiro, bem como conhecer a prestação de cuidados ao familiar dependente.

Qualquer informação obtida no âmbito do presente estudo que o possa identificar ou que possa identificar o seu familiar, será confidencial e não será divulgada. Todos os dados recolhidos serão armazenados de forma a permitir a proteção de dados e a privacidade, e só os investigadores do projeto a eles têm acesso. No final do projeto, todos os dados pessoais dos participantes serão eliminados.

Os resultados do estudo podem ser publicados em Revistas Científicas e usados noutras investigações (dissertações de mestrado ou teses de doutoramento), sem que haja qualquer quebra de confidencialidade.

É inteiramente livre de participar ou não neste estudo. Não terá nenhum tipo de despesa e é livre de se retirar a qualquer momento sem consequências de qualquer tipo. Também é livre de recusar responder a qualquer pergunta.

Se tiver qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá contactar a Investigadora Clara Maria da Noite Cota Rodrigues, estudante do Mestrado em Economia e Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, através email clanoite1@gmail.com.

Assinatura da investigadora: _____

Declaração de Consentimento Informado (continuação).

Compreendo os procedimentos acima descritos. As minhas questões foram respondidas de forma satisfatória e concordo em participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste protocolo.

Nome: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Se não for o próprio a assinar por incapacidade física (permanente ou temporária)

Testemunha

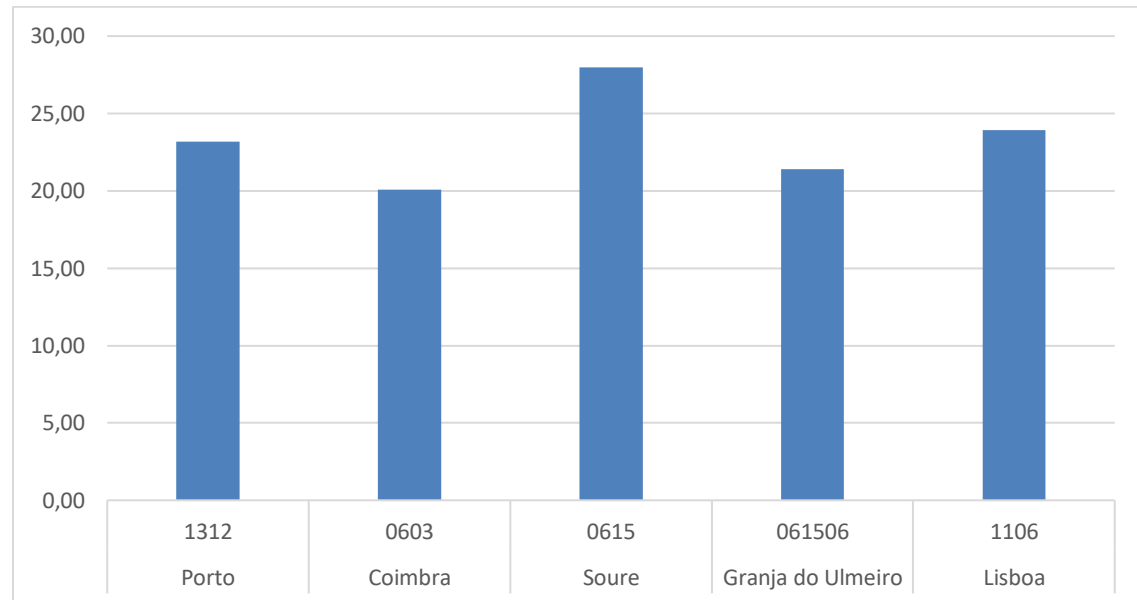
Nome: _____

BI/CC nº: _____ **Data ou validade:** _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____

ANEXO XIII - Proporção da População Residente com 65 ou mais Anos de Idade (%) por Local de Residência (à data dos Censos 2011).



Fonte: INE, (2019) *Recenseamento da População e Habitação – Censos 2011*. Obtido em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0007255&selTab=tab10 [25 de setembro de 2020].