

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

*Famílias que integram dependentes no autocuidado:
recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*

Vera Lúcia Mota Leonardo

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2011

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Vera Lúcia Mota Leonardo

*Famílias que integram dependentes no autocuidado:
recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*

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

*Orientador – Doutora Cândida Pinto
Categoria – Professora Coordenadora
Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto*

A ignorância afirma ou nega
veementemente;
a ciência duvida.
Voltaire

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que directamente ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho os meus sinceros agradecimentos.

Os meus primeiros agradecimentos vão para todas as famílias que nos tão bem receberam. Pela colaboração e disponibilidade em participar.

À Professora Doutora Cândida Pinto pela orientação, pelo incentivo, apoio, pelo tempo dedicado, pela contínua disponibilidade e pela exigência de qualidade.

Ao Professor Doutor Abel Paiva, o nosso “mentor”, que nos guiou neste processo, que nos ajudou a percorrer este caminho.

Às colegas do grupo de investigação Elisabete, Cátia e Olga pelo companheirismo e incentivo. Um especial obrigado à Susana, sempre disponível.

E a todos os outros, familiares e amigos, pessoas indispensáveis na minha vida, o meu muito obrigado.

RESUMO

O envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas tem motivado um acréscimo significativo de pessoas que se tornam dependentes de outras. O dar uma resposta adequada às necessidades em termos de dependência no auto-cuidado implica a mobilização de recursos que urge conhecer.

Este estudo teve como objectivo principal conhecer os recursos necessários/ utilizados pelo familiar na assunção do papel de prestador de cuidados de uma pessoa dependente no contexto das famílias clássicas no concelho de Paços de Ferreira. Quando nos referimos a recursos, referimo-nos a um conjunto de ferramentas, de que alguém necessita/utiliza, para fazer face a necessidades específicas em cuidados de saúde e que podem facilitar o papel do prestador de cuidados e promover a autonomia da pessoa dependente. Nesse sentido, debruçamo-nos sobre os recursos que esses dependentes têm ao seu dispor/ou necessitam ter na forma de equipamentos, recursos profissionais, serviços e rendimentos. O estudo realizado é de abordagem quantitativa, de carácter exploratório descritivo correlacional, populacional e transversal. Obteve-se uma amostra probabilística, aleatória e estratificada. Foram estudadas 2115 famílias, nas quais obtivemos 241 pessoas (11,7%) que possuem pelo menos algum tipo de dependência nos autocuidados.

Os resultados deste estudo demonstraram que a taxa global de utilização dos recursos é de 53,5% o que significa que são utilizados pouco mais de metade dos recursos, havendo diferenças significativas entre autocuidados, relacionadas com a importância que cada autocuidado representa para o prestador de cuidados e dependente. Das razões referidas para a não utilização dos recursos a mais significativa é a razão económica.

Os resultados da presente investigação poderão potenciar uma mais correcta planificação dos cuidados a estas famílias, pois a mobilização adequada de recursos facilitará o papel de prestador de cuidados e pode potenciar a autonomia da pessoa dependente, contribuindo para ganhos em saúde.

Palavras chave: dependência no autocuidado, dependente, prestador de cuidados, recursos.

ABSTRACT

The aging population and the increased prevalence of chronic diseases has motivated a significant increase of people who become dependent of others. The appropriate responses to selfcare dependence needs, involves the mobilization of resources which need to be known.

This study goals was knowing the resources needed / used by the family in fulfilling of caregiving role of a dependent person in the context of private households in the municipality of Pacos Ferreira. When referring to resources, we refer to a set of tools, one needs/uses to meet specific needs in health care and may facilitate the role of providing care and promote the autonomy of the dependent person. In this sense, we have looked at the resources that these dependents are provided with/or need to have that can be equipment, professional resources, services and income. The study is a quantitative approach, exploratory, descriptive, correlational and cross-sectional population. We obtained a probability sample, random and stratified. We studied 2115 families, in which we had 241 people (11.7%) who have at least some kind of dependence on selfcare.

The results showed that the overall rate of resource utilization is 53.5% which means that are used just over half resources. Significant differences between selfcare are related to the importance that care provider and dependent give to selfcare. The economic reason it is the most significant reason for not using resources.

The results of this research may enhance a better planning of care to these families, because mobilizing adequate resources will facilitate the caregiving role and can enhance the autonomy of the dependent person, contributing to health gains.

Keywords: selfcare dependence, dependent, care provider, resources.

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis do estudo.....	48
Tabela 2 - Número de famílias clássicas por freguesia, no concelho de Paços de Ferreira (INE, 2001) e respectiva representação amostral.....	51
Tabela 3 - Número de elementos da amostra.....	56
Tabela 4 – Caracterização sócio demográfica dos dependentes.....	57
Tabela 5 – Profissão dos dependentes	58
Tabela 6 – Caracterização do alojamento.....	59
Tabela 7 – Rendimento do agregado familiar e tipo de família.....	60
Tabela 8 – Idade do prestador de cuidados – Perfil1 e Perfil 2.....	61
Tabela 9 – Caracterização do prestador de cuidados – Perfil 1 e Perfil 2.....	62
Tabela 10 – Profissão dos prestadores de cuidados – Perfil 1 e Perfil 2.....	64
Tabela 11 – Parentesco e co-habitação com a pessoa dependente- Perfil 1 e Perfil 2	65
Tabela 12 – Distribuição dos dependentes por freguesia.....	66
Tabela 13 – Distribuição de dependentes por autocuidado de acordo com a dependência.....	68
Tabela 14 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: tomar banho.....	70
Tabela 15 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para tomar banho.....	71
Tabela 16 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: vestir-se e despir-se.....	72
Tabela 17 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para tomar banho	72
Tabela 18 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: arranjar-se.....	73

Tabela 19 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para arranjar-se.....	73
Tabela 20 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: alimentar-se.....	74
Tabela 21 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para alimentar-se.....	75
Tabela 22 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: uso do sanitário.....	76
Tabela 23 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para usar o sanitário.....	77
Tabela 24 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: elevar-se.....	78
Tabela 25 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para elevar-se.....	78
Tabela 26 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: virar-se.....	79
Tabela 27 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para virar-se.....	80
Tabela 28 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: transferir-se.....	81
Tabela 29 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para transferir-se.....	82
Tabela 30 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: usar cadeira de rodas.....	83
Tabela 31 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para usar cadeira de rodas.....	83

Tabela 32 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: andar.....	84
Tabela 33 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para andar.....	85
Tabela 34 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: tomar medicação.....	86
Tabela 35 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para tomar medicação.....	87
Tabela 36 – Recursos complementares necessários, utilizados e desejados.....	88
Tabela 37 – Razão da não utilização dos recursos complementares.....	88
Tabela 38 – Taxa de utilização dos recursos por autocuidado.....	90
Tabela 39 – Recursos profissionais e serviços.....	92
Tabela 40 - Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)	94
Tabela 41 - Correlação entre a taxa de utilização de recursos e a idade do dependente.....	96
Tabela 42 - Taxa de utilização e nível de escolaridade dos dependentes (teste Anova).....	97
Tabela 43 - Taxa de utilização e nível de escolaridade dos prestadores de Cuidados (teste Anova).....	98
Tabela 44 - Taxa de utilização de recursos e rendimento do agregado familiar (teste Anova).....	98
Tabela 45 - Taxa de utilização e necessidade de obras no alojamento (teste Anova).....	99
Tabela 46 - Taxa de utilização e estado civil dos dependentes (teste Anova).....	99
Tabela 47 - Taxa de utilização dos recursos e tipo de moradia (teste Anova).....	100
Tabela 48 - Taxa de utilização dos recursos e grau de Parentesco (teste Anova)....	100

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Perfil do dependente.....	95
Diagrama 2 – Perfil do prestador de cuidados.....	95

INDICE

INTRODUÇÃO.....	12
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1. A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	16
1.1 Envelhecimento demográfico	16
1.2 A família como prestador de cuidados.....	18
1.2.1 O prestador de cuidados	20
1.3 Teoria de Enfermagem do déficit de autocuidado.....	24
1.4 Conceito de dependência	26
2. AS TRANSIÇÕES NO ENVELHECIMENTO	29
2.1 Teoria das transições de Meleis	29
2.2 Recursos do prestador de cuidados	37
2.2.1 Recursos externos.....	38
2.2.2 Recursos internos.....	42
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	45
3.1 Justificação do tema.....	45
3.2 Questões de investigação	46
3.3 Tipo de estudo.....	47
3.4 Variáveis do estudo.....	47
3.5 População e amostra.....	48
3.5.1 Técnica de amostragem	49
3.6 Instrumento da recolha de dados	52
3.7 Técnica de análise e tratamento dos dados	53
3.8 Questões éticas.....	53
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO RESULTADOS.....	55
4.1 Caracterização da amostra	55
4.1.1 Caracterização sócio demográfica dos dependentes.....	56
4.1.2 Caracterização clínica dos dependentes.....	60
4.1.3 Caracterização sócio demográfica dos prestadores de cuidados	61
4.1.4 Distribuição de dependentes por autocuidado de acordo com a dependência.....	67

4.2 Equipamentos por domínio de autocuidado	68
4.2.1 Autocuidado: tomar banho	69
4.2.2 Autocuidado: vestir-se e despir-se	71
4.2.3 Autocuidado: arranjar-se	73
4.2.4 Autocuidado: alimentar-se.....	74
4.2.5 Autocuidado: uso do sanitário	75
4.2.6 Autocuidado: elevar-se.....	77
4.2.7 Autocuidado: virar-se	78
4.2.8 Autocuidado: transferir-se	80
4.2.9 Autocuidado: usar cadeira de rodas	82
4.2.10 Autocuidado: andar	84
4.2.11 Autocuidado: tomar medicação	85
4.2.12 Recursos complementares.....	87
4.3 Utilização dos recursos por autocuidado.....	89
4.4 Recursos profissionais e serviços	90
4.5 Recursos financeiros	93
4.6 Perfil do dependente e do prestador de cuidados	94
4.7 Análise correlacional: variáveis relacionadas com a taxa de utilização dos recursos	96
5.CONCLUSÃO	102
6.BIBLIOGRAFIA	107

ANEXOS

ANEXO I - FORMULÁRIO- FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO (PARTE I ; PARTEII)

INTRODUÇÃO

À enfermagem, como ciência, exige-se o desenvolvimento de competências que permitam entender os fenómenos vivenciados pela pessoa relacionados com as diversas transições que experienciam ao longo da vida, estabelecendo intervenções com base em dados científicos e direccionadas aos problemas dos seus clientes. Como refere Silva (2001), “o exercício profissional dos enfermeiros está a evoluir de uma lógica executiva, para uma lógica conceptual”.

O envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida e a prevalência de doenças crónicas conduziu a um aumento significativo de pessoas com diversas incapacidades e que se tornaram dependentes de terceiros. Esta é uma preocupação de quem directamente se relaciona com estas pessoas, mas também uma preocupação política no mundo industrializado em geral, que revela sérias repercussões de âmbito social e económico, evidente na Resolução do Conselho de Ministros Nº 59/2002).

“A Organização Mundial de Saúde estima que nos próximos 20 anos aumentem em cerca de 300% as necessidades em cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças não transmissíveis de evolução prolongada. Surgirão, assim, novas necessidades de saúde e de apoio social, principalmente de longa duração.”

Desde há alguns anos que a sociedade tem sofrido alterações de vários âmbitos. A família como unidade base da sociedade, foi também alvo de mudanças sociais e de alterações nas funções da mesma que se reflecte no papel secular que lhe sempre foi atribuído: cuidar dos seus. De facto, como é referido por Brito (2000, p.14) “até há algumas décadas atrás, grande parte destes cuidados eram naturalmente assegurados, no domicílio, pelos familiares das pessoas idosas. No entanto, diversas alterações sociais e demográficas têm vindo a condicionar e a limitar a capacidade de ajuda das famílias aos seus idosos, sobretudo relacionadas com a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho.” Contudo, na maioria dos casos, a família desempenha ainda um papel fundamental na garantia de continuidade

de cuidados. Esta realidade é um desafio para a Enfermagem, para um cuidar dirigido a uma população dependente que precisará de vários sistemas de suporte e de cuidados, provenientes do sistema formal, mas essencialmente para a família, nomeadamente a pessoa prestador de cuidados, cuidador informal, que mantém a pessoa dependente no seu ambiente natural e lhe assegura todos os cuidados durante 24h/dia.

A qualidade da assistência à pessoa dependente depende da qualidade de vida e bem-estar de quem lhe presta cuidados. Assumindo este papel, muitas vezes não por opção, com um esforço acrescido e elevado, importa conhecer quais os recursos a que estes prestadores de cuidados recorrem ou de que dispõem ou que eventualmente precisariam, de forma a minimizar a sobrecarga física e emocional a que estão sujeitos. A sobrecarga física e emocional pode levar à exaustão e à incapacidade de cumprir o seu papel, impossibilitando-o de continuar a cuidar do seu familiar. Para além disso, a utilização de recursos poderá conduzir a situações de menor dependência por parte da pessoa dependente.

Tendo como suporte teórico a teoria das transições de Afaf Meleis, e a teoria de enfermagem do deficit de autocuidado de Dorothea Orem, pretende-se com este trabalho contribuir para a compreensão do fenómeno da dependência, da transição para a mesma e para o papel de prestador de cuidados.

Para Orem (1991) “o autocuidado é o conceito básico entendido como a capacidade que o indivíduo tem para realizar as actividades necessárias para viver e sobreviver, em seu próprio benefício mantendo a vida, a saúde e o bem-estar” e que encontrando-se incapaz de o realizar, o mesmo será realizado ou auxiliado por um outro elemento.

A transição para um novo papel, a vivência de situações de saúde/ doença são referidas por Meleis (2000) como um processo de transição definindo transição como uma passagem ou mudança de um estado, condição, ou dum local para outro. Para esta autora, os enfermeiros têm um papel chave neste processo dado que são eles os primeiros e principais cuidadores das pessoas que vivenciam uma transição e podem facilitar o processo de aprendizagem de novas competências.

À luz destas autoras pretendemos compreender de que forma os recursos que são utilizados, ou aqueles que eventualmente seria necessário utilizarem, poderão potenciar a qualidade de cuidados à pessoa dependente, e por inerência facilitar o papel de prestador de cuidados. Ao referirmo-nos a recursos, estes englobam um conjunto de equipamentos, serviços ou rendimentos de que alguém dispõe (o cuidador

ou o dependente), para fazer face a necessidades específicas. Estes apresentam-se como estratégicas facilitadoras no processo de transição, auxiliando o prestador de cuidados no exercício do seu papel ou promovendo a autonomia a um indivíduo com necessidades de suporte em algum domínio do autocuidado.

O presente trabalho insere-se num projecto maior que visa estudar as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado no concelho de Paços de Ferreira. Os resultados da presente investigação poderão potenciar uma mais correcta planificação dos cuidados a estas famílias, pois a mobilização adequada de recursos facilitará o papel de prestador de cuidados e pode potenciar a autonomia da pessoa dependente, contribuindo para ganhos em saúde. Pretende-se, desta forma, atingir os seguintes objectivos:

- Identificar os recursos utilizados/necessários para os cuidados de uma pessoa dependente no autocuidado no concelho de Paços de Ferreira;
- Identificar os equipamentos considerados necessários, utilizados e desejados por autocuidado;
- Conhecer as razões para a não utilização dos equipamentos considerados necessários;
- Conhecer a taxa dos equipamentos necessários, utilizados e desejados por autocuidado;
- Identificar os recursos complementares, profissionais, serviços e rendimentos do dependente/ prestador de cuidados;
- Analisar a relação entre as variáveis intrínsecas ao prestador de cuidados e a taxa de utilização de recursos;
- Analisar a relação entre as variáveis intrínsecas à pessoa dependente no autocuidado e a taxa de utilização de recursos.

O trabalho está dividido em 3 capítulos, no primeiro, a fase conceptual, proceder-se-á ao enquadramento teórico do tema onde serão definidos os conceitos centrais, a base teórica e revisão bibliográfica.

No 2º capítulo, o enquadramento metodológico, faz-se uma descrição sistematizada das etapas a percorrer, o plano de acção, no sentido de se alcançarem os objectivos propostos. Descrevem-se as estratégias utilizadas na realização do estudo. No terceiro e último capítulo apresentam-se e discutem-se os resultados

obtidos através de medidas de estatística descritiva e estatísticas inferenciais. Por fim, concluiremos o trabalho fazendo a análise do percurso efectuado, evidenciando as principais conclusões, configurando novos caminhos que, na continuidade deste, contribuam para o desenvolvimento do conhecimento.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No sentido de compreendermos a problemática em estudo, iremos proceder a uma revisão da bibliografia tendo em conta as áreas que estão na base da sua clarificação.

1. A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

A incapacidade da pessoa em responder de uma forma autónoma às actividades de vida diária, isto é, a dependência no autocuidado é hoje uma realidade crescente nos cenários sociais actuais. O aumento do envelhecimento, que concomitantemente está associado a um aumento de doenças crónicas, acarreta por vezes disfuncionalidades que vão conduzindo à dependência.

1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O aumento da esperança de vida pode ser visto como um sucesso da ciência, das medidas políticas e do comportamento social. Contudo, a longevidade está muitas vezes associada a vários problemas de saúde, o que constitui um desafio para os profissionais de saúde, para prover cuidados que minimizem o impacto desses problemas na autonomia das pessoas idosas.

Assim, a assistência às pessoas dependentes, exige uma readaptação do meio familiar, do ambiente onde se inserem e a criação de serviços que respondam adequadamente a estas necessidades.

Em Portugal é assumida a relevância desta problemática em termos legislativos, pois, na Resolução do Conselho de Ministros N°59/2002 é referido que "(...) a

progressiva consciencialização da necessidade de políticas intersectoriais que respondam, de facto, às necessidades das pessoas e famílias conduziu ao desenvolvimento de programas e medidas, baseados em metodologias de intervenção integrada, que exigem abordagens transversais por parte das áreas da saúde e da acção social, orientadas para as pessoas em situação de dependência, como forma de ultrapassar a intervenção sectorizada destes departamentos governamentais.”

Por sua vez, a Direcção Geral da Saúde (DGS) emite em 2004 o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas destinado a ser aplicado pelos profissionais da rede de centros de saúde, da rede hospitalar e da rede de cuidados continuados em resultado de uma necessidade de criar respostas mais adequadas a esta população, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

Estes desafios que se colocam às famílias, governo e sociedade em geral têm uma forte implicação sobre a economia quer da unidade familiar como do estado. O programa atrás referido tem como finalidade principal desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população. Este é também um processo multisectorial envolvendo a saúde, educação, segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a habitação, entre outros.

Em 2010 o INE divulga que se mantém a tendência de envelhecimento demográfico em que o número de indivíduos com 65 e mais anos por cada 100 indivíduos com idade dos 0 aos 14 anos – índice de envelhecimento – passou de 115 em 2008, para 118, no ano de 2009. Continua a verificar-se o envelhecimento da população residente, tendo a proporção de população com idade inferior ou igual a 64 anos diminuído de 83,2% para 82,1%. Por outro lado, o índice de envelhecimento passou de 107 para 118. As projecções da população 2010-2060, evidenciam a continuação do envelhecimento da população e uma baixa no índice de renovação da população em idade activa até 2040.

Estas novas realidades demográficas implicam, como assume a DGS, que a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa, constituindo barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias

1.2 A FAMÍLIA COMO PRESTADOR DE CUIDADOS

O conceito de família tem sofrido alterações ao longo das décadas, com grande variabilidade na estrutura e nas funções. No entanto, ainda é a unidade básica onde nos desenvolvemos e socializamos e desempenha um papel fundamental na garantia da continuidade de cuidados. Para Lage (2007, p.68) “a família constitui uma estrutura básica no sistema social. Em relação com o sistema de saúde constitui um suporte fundamental tanto nas acções preventivas como na promoção da saúde e nos cuidados durante a doença.” O mesmo é suportado por Petronilho (2008, p. 29), “é no seu espaço interno que os membros da família se apropriam do conceito de saúde-doença e dos comportamentos de procura de saúde baseados na transmissão de valores, crenças e atitudes inculcados na própria família.”

Numa perspectiva abrangente e talvez intemporal, a família é universal e o pilar do desenvolvimento da sociedade. Sampaio (1985) define família como um conjunto de elementos emocionalmente ligados, que compreende pelo menos três gerações, mas considera também que “fazem parte da família” elementos não ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo, ou indivíduos. E ainda, para o mesmo autor a família é também um sistema definido por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior e mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de vários estádios de evolução.

Família clássica é definida pelo Instituto Nacional de Estatística, como:

“Conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. São incluídos na família clássica o(a)s empregados domésticos internos, desde que não se desloquem todas ou quase todas as semanas à residência da respectiva família.”

Na teia de interações familiares definem-se papéis, nomeadamente o cuidar de elementos da família, como por exemplo, de crianças e/ou adultos/idosos que sejam incapazes de desenvolver de uma forma autónoma e eficiente as actividades de vida diária.

A família tem portanto, essa “obrigação” social e moral de acompanhar os seus membros em todas as fases da sua existência, incluindo momentos de crise, tal como refere Hanson (2005) citado por Araújo et al (2009, p.192) “A família é um espaço natural de quem a sociedade espera, além da função de reprodução e socialização das crianças, a “estabilização da personalidade dos adultos”, podendo contribuir para o equilíbrio psicológico em momentos de crise accidental. “

Neste contexto, sabe-se que a maioria das pessoas dependentes estão inseridas no seu meio familiar, pois, tal como refere Marote et al (2005, p.20) “é através do sistema informal que é possível manter o idoso no seu meio ambiente e com os cuidados que necessita durante as 24 horas diárias”, segundo os mesmos autores, a família é a responsável pela prestação de cuidados a 80 - 85% de todos os idosos dependentes.

Esta realidade não é exclusiva do nosso país, é uma realidade que acompanha os países industrializados. Cameron (2008) num artigo de revisão concluiu que, no Canadá, à semelhança de outros países industrializados, 56% das pessoas vítimas de AVC vão directamente para casa após tratamento agudo, 32% para uma unidade de reabilitação, e 11% vão para instituições de internamento de longa duração. Muitos destes doentes regressam à comunidade muitas vezes com sérias dependências em diversos autocuidados.

Também nos EUA, e de acordo com a National Alliance for Caregiving (2007) a família fornece cerca de 80%-90% de cuidados informais e assistência aos seus membros mais velhos Nguyen (2009).

Para Martins (2002) (...) a família predomina como alternativa no sistema de suporte informal aos idosos, mesmo que isso tenha consequências problemáticas para a reorganização familiar. As implicações familiares foram também referidas por Sousa e colaboradores (2006) citado por Araújo et al (2009, p.192) “Assim, cuidar dos idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis da família, o que, aliado à hostilidade para com as instituições, pressiona a família no sentido de manter esse papel, sem equacionar as exigências e as necessidades associadas.”

Conclui-se que a família é, habitualmente, a primeira resposta nas situações de dependência, contudo essa função não é isenta de provocar algum tipo de crise na família como um todo, ou no prestador de cuidados individualmente. A esta deverá ser proporcionado o suporte adequado para um melhor desempenho na execução deste papel.

1.2.1 O PRESTADOR DE CUIDADOS

Os estudos apontam que a responsabilidade da prestação de cuidados a pessoas dependentes não recai sobre a família como um todo. Tal como refere Lage (2007, p.137):

“(...) cuidar um familiar não é, geralmente, uma actividade partilhada. Dentro da família, a prestação de cuidados não se reparte equitativamente entre os seus membros, uma vez que existe um cuidador principal. Cuidador informal e família cuidadora são termos que se reportam a indivíduos não pagos, tais como família, amigos e vizinhos que prestam cuidados.”

Habitualmente esta função é “atribuída” a um membro, normalmente mulher, a esposa, filha, nora, sobre a qual recai as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio referido como prestador de cuidados informal. (Brito, 2000; Lage, 2007, Teixeira, 2009, Araújo, 2009).

A prestação de cuidados, em suma, o cuidar, tem, então, uma função protectora em estrita relação com a mulher desde a antiguidade. Tal como refere Collière (1999, p.15) “ (...) cuidar é e será sempre, não apenas indispensável à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social.” Collière salienta também a posição da mulher no acto de cuidar (1999, p.40) “(...) durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias, liga-se fundamentalmente às actividades da mulher. É ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida quotidiana nos seus mais pequenos pormenores.”

Esta realidade tem uma forte componente cultural também no nosso país, como identificou Araújo et al (2009, p.192) “A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados.”

Vários estudos confirmam a predominância das mulheres na assunção do papel de cuidador. Contudo, há estudos que relacionam o género à natureza dos cuidados prestados, isto é, as mulheres prestam mais cuidados pessoais e tarefas

domésticas enquanto os homens prestam mais apoio relacionados com a gestão financeira e transportes (Miller e Cafasso, 1992; Yee e Shulz, 2000 citado por Oliveira, 2009).

No entanto, cuidados prestados por indivíduos do sexo masculino, começa também a ter já alguma expressão como evidenciam estudos internacionais. Estatísticas canadianas e americanas indicam que entre 40% e 44% (Fast & Frederico, 1999, citado por Ducharme et al, 2007) dos cuidadores primários são homens e que a grande maioria destes são cônjuges idosos. Na Grã-Bretanha, devido a maior longevidade dos homens, a proporção de homens cônjuges a prestar cuidados às suas esposas foi praticamente igual à dos cônjuges do sexo feminino a fazer o mesmo no final dos anos 1990 (Hirst, 2001 citado por Ducharme et al, 2007). Neste estudo evidenciou-se também que os cuidadores masculinos demonstram elevado nível de envolvimento no acto de cuidar, despendendo uma média de 16 a 20 horas por semana ao cuidado das suas esposas.

Cuidar de alguém, representa assim, um dos maiores desafios a serem superados, envolvendo longo períodos de tempo dispensados ao doente, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional riscos mentais e físicos. (Santos, 2008). Wolf, Freedman e Soldo (1997) citado por Lage (2007, p.136) concluíram que:

“a tomada de decisão acerca da responsabilização pelos cuidados aos pais idosos funcionalmente dependentes ocorre num contexto de família alargada, e depende fundamentalmente do tipo de necessidades dos pais em matéria de cuidados, do tamanho e estrutura da família, do factor género entre os irmãos, e da chamada «curva de oferta», ou seja, cada filho tem uma curva de oferta condicional para cuidar, curva esta que varia em função do esforço e da disponibilidade dos outros irmãos para assumir esta responsabilidade.”

A capacidade de aceitação deste papel envolve um grande número de factores e motivos, nem sempre claramente identificáveis e muitas vezes sobreponíveis. Para Petronilho (2008, p.30) a assunção do papel varia de acordo com algumas características da família e principalmente do prestador de cuidados, tal como a percepção que tem de cuidar, a identificação com o novo papel e a aceitação do mesmo: “(...) quanto mais a pessoa se identificar e assumir o seu novo estatuto de cuidar de alguém, tanto maior será a disponibilidade com que irá desempenhar esse papel, contribuindo para o seu bem-estar.”

Outros motivos que fortalecem a adopção e aceitação deste papel por parte de membros familiares, relacionam-se com factores culturais identificados por Jani-le Bris

(1994) referido por Oliveira (2009, p.6,7) em duas categorias: “ o dever social e o dever moral. A mesma posição é sustentada por (Hespanha, 1993) citado pela mesma autora: “A família, mesmo nas piores condições, organiza-se para assumir o que considera a sua obrigação – retribuir o sacrifício dos pais. Fá-lo muitas vezes para dar o exemplo aos filhos ou evitar a censura dos vizinhos.” Contudo, muitas vezes este papel é assumido apenas por força das circunstâncias, não resultando de uma escolha pessoal nem da vontade de quem se assume como cuidador, por falta de outras opções, dado que as respostas sociais não são as suficientes.

A responsabilidade para aceitar a prestação de cuidados é, normalmente, assumida em primeiro lugar pelo cônjuge e depois pelos filhos. Na impossibilidade do cônjuge e dos filhos, o papel é assumido por outros familiares/parente e só finalmente este papel acabará por recair sobre os vizinhos.

A prestação de cuidados a uma pessoa dependente implica sempre uma grande alteração na vida no prestador de cuidados, bem como na família em que se insere. Muitas vezes, a prestação de cuidados, é mais um papel que o cuidador assume, acrescentando aos que já possuía antes dessa situação, como refere Marote et al, 2005, p.22):

“Resultante do desempenho do seu papel, o cuidador sofre o isolamento social fruto da falta de tempo para si e para as suas actividades sociais habituais. Por vezes o cuidador é obrigado a abdicar da sua actividade profissional sendo também este facto motivo de angústia. A situação agrava-se quando a rede de apoios é inexistente ou inadequada.”

Contudo, numa sondagem realizada nos EUA - (Metlife Mature Market Institute / NAC, referida por Juratovac (2009), concluiu-se que 60% dos cuidadores são trabalhadores, e a maioria destes, trabalhadores a tempo inteiro em simultâneo com o papel de prestadores de cuidados a pessoas adultas e não remunerados nessa função. Isto porque a função de cuidador familiar não é reconhecida a nível legal, é encarada como uma obrigação familiar, não existindo portanto medidas governamentais que facilitem à família a assunção deste papel com qualidade.

Estudos comprovam que a exigência física e psicológica da prestação de cuidados conduz o cuidador a uma situação de sobrecarga do papel de cuidador, implicando diversas consequências sobre o mesmo e sobre a pessoa dependente, situação esta que vem sendo alvo de atenção por parte dos investigadores, como refere Lage (2005, p.128):

“De entre as consequências negativas, que correspondem a alterações ou mudanças específicas na vida das pessoas resultantes do seu papel de cuidadores informais, a sobrecarga do papel de cuidador é um conceito chave na investigação sobre o cuidado familiar aos idosos e um dos mais sistematicamente referenciados no âmbito da literatura gerontológica.”

O desgaste do cuidador afecta o próprio, a pessoa dependente, mas também todos os outros elementos que constituem o núcleo familiar e está muitas vezes estritamente associada ao nível de dependência física. Não é um processo estático, evoluindo no tempo da prestação de cuidados.

As características individuais do cuidador como a auto-estima, percepção de auto-eficácia e percepção de sobrecarga são mais determinantes no aparecimento de elevados níveis de sobrecarga, do que as características do dependente, tendo portanto, uma resposta altamente individual. (Sequeira 2007; Lage, 2005; Bocchi, 2004). A sobrecarga dos cuidadores é um fenómeno a ser valorizado, pois as suas implicações, além de afectarem os próprios, com sentimentos de sobrecarga, culpa e stress, com consequências a nível físico e a nível psicológico, afectam ainda a qualidade dos cuidados prestados. Sapag et al (2010). A mesma opinião é partilhada por Fernandes (2002, p.32):

“Em muitas circunstâncias toda a família, ou em particular a pessoa mais directamente envolvida na prestação de cuidados, ou sobre a qual recai maior responsabilidade, entram em situações de crise e rotura manifestando entre outros sintomas, tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da auto-estima.”

No entanto, surgem também estudos que revelam que apesar das exigências físicas e emocionais da prestação de cuidados que conduzem à sobrecarga e exaustão do cuidador, a mesma pode ser encarada de uma forma positiva, devido à satisfação resultante de se cuidar de alguém que lhes é próximo e proporcionar qualidade de vida na fase final de vida. Para Brito (2000, p.26) “Trata-se de todo um conjunto de diversas e, muitas vezes, subtis fontes de satisfação, que os prestadores de cuidados a familiares experienciam, principalmente resultantes da história passada e presente do seu relacionamento afectivo com a pessoa de quem cuidam, que poderão influenciar decisivamente a forma como a situação no seu todo é vivenciada.”

1.3 TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICIT DE AUTOUIDADO

Os desafios emergentes do cuidar, no actual contexto social, relacionados com a complexidade do processo saúde-doença, exigem uma compreensão mais profunda do conceito de cuidar. Como refere Silva et al (2009, p.698) “(...) o cuidado vem atravessando civilizações antigas, gerações, e frente ao desenvolvimento tecnológico e científico, vem-se distanciando das acções do cuidar epistemológico, proporcionando a fragmentação do sujeito. O ser humano sente-se isolado, parcelizado, fissurado, separando-se das dimensões social e colectiva, reduzindo o cuidar apenas para tratar a doença. (...)”

O cuidado às pessoas tem sido apontado como objecto epistemológico da enfermagem. É um modo de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida das pessoas, como a promoção e a recuperação da saúde, o nascimento e a própria morte.

O autocuidado em Enfermagem foi referido pela primeira vez por Dorothea Elisabeth Orem em 1958 quando reflectia acerca de como os enfermeiros podiam ajudar os indivíduos que necessitavam de auxílio. Surgiu portanto, como o culminar da sua constante preocupação com a melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Orem definiu os conceitos do metaparadigma da seguinte forma (Orem 1995, 2001, citado por McEwen, 2007, p:168): “A enfermagem é vista como uma arte por meio da qual o profissional de enfermagem presta assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado. O enfermeiro também participa de forma inteligente do atendimento que o indivíduo recebe do médico.”

Para Orem (citada por Cavanagh, 1993) o autocuidado é definido como a capacidade que o indivíduo tem para realizar as actividades necessárias para viver e sobreviver, mantendo a vida, a saúde e o bem-estar. Bub (2006, p.155) refere que:

“essas acções são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano. Essas acções são influenciadas por factores básicos, tais como idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, factores sócio-culturais, características familiares, padrões da vida, como por exemplo, factores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos.”

Na incapacidade de o indivíduo executar essas acções voluntariamente e necessitar de auxílio para a satisfação das mesmas, a ajuda pode ter origem em elementos da família, amigos ou profissionais de Enfermagem.

Para Orem, (citada por MCEwwn, 2007, p.170) autocuidado é definido como “função reguladora humana que é uma acção deliberada para suprir ou garantir o fornecimento dos materiais necessários para continuar a vida, o crescimento e o desenvolvimento e a manutenção da integridade humana.” Tem como objectivo a implementação de acções de cuidado, seguindo um modelo, contribuindo para o desenvolvimento humano.

Orem (2001) citada por Silva et al (2009) identifica 3 requisitos que constituem as acções do autocuidado: requisitos universais, de desenvolvimento e os de alterações da saúde. Os requisitos universais do autocuidado são comuns para todos os seres humanos e incluem a conservação do ar, água, alimentos, eliminação, actividade e descanso, solidão e interacção social, prevenção de risco e promoção da actividade humana.

Estes 8 requisitos representam os tipos de acções humanas que proporcionam as condições internas e externas para manter a estrutura e actividade, que apoiam o desenvolvimento e o envelhecimento humano. Quando se proporciona de forma eficaz, o autocuidado centrado nos requisitos universais se promove a saúde e o bem estar.

Outro requisito do autocuidado é o das alterações da saúde. Para Orem, a doença ou lesão não apenas afectam a estrutura e o mecanismo fisiológico ou psicológico, mas o funcionamento integral do ser humano, quando está seriamente afectada. Evidencia que a capacidade de acção desenvolvida ou em desenvolvimento de autocuidado do indivíduo, quando existem os requisitos de alterações de doença, encontra-se seriamente prejudicada de forma temporária ou permanente. Esta análise do autocuidado das alterações da saúde tem evidenciado que, em tais situações, as necessidades do autocuidado surgem, tanto do estado patológico como dos procedimentos empregados para o seu diagnóstico e tratamento. Para que as pessoas com alterações de saúde sejam capazes de utilizar um sistema de autocuidado nestas situações, têm que ser capazes de aplicar conhecimentos necessários e oportunos para o seu próprio cuidado.

Esta teoria é constituída por três teorias sequenciais – autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem.

A teoria do autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar. É disto ilustrativo a pessoa com diabetes que consegue dar resposta à gestão do seu regime terapêutico.

O déficit de autocuidado constitui a essência da teoria geral do déficit de autocuidado por delinear a necessidade da assistência de enfermagem. Quando um indivíduo apresenta necessidade de acções para promover ou manter a sua saúde pessoal e essa necessidade é maior que a sua capacidade de acção, estabelece-se o que Orem chama de défice do autocuidado. Temos por exemplo as pessoas idosas que no decurso do processo de envelhecimento vão perdendo capacidades de autocuidado. E, por fim, a teoria dos sistemas de enfermagem descreve e explica como as pessoas são assistidas através da enfermagem.

O Autocuidado tem de ser apreendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras do indivíduo.

A capacidade de autocuidado não é inata, mas adquirida ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo. Esta não se manifesta em crianças (porque ainda não a adquiriram) nem em indivíduos dependentes (porque não adquiriram ou já perderam essa capacidade). O autocuidado e o cuidado de dependentes são desta forma, acções deliberadas que são afectadas pelas circunstâncias e pelo desejo individual em executar as intervenções necessárias em benefício próprio ou em benefício de alguém.

1.4 CONCEITO DE DEPENDÊNCIA

Quando nos referimos ao envelhecimento quase sempre se lhe associa um processo de crescente dependência e perda de controlo sobre a própria vida.

O envelhecimento é encarado como um processo de declínio, degenerativo, em que deixa de existir um potencial de desenvolvimento humano. Para Caldas (2003) o termo dependência liga-se a um conceito fundamental na prática geriátrica: a fragilidade.

A dependência não é exclusiva do envelhecimento, existem diversas situações de dependência em qualquer outra fase do desenvolvimento humano, mas é consensual que os idosos apresentam, com muita frequência, a capacidade funcional diminuída bem como a diminuição cognitiva necessitando de ajuda para cuidar de si próprio nas mais variadas actividades de vida diária.

A dependência é uma situação que se relaciona à autonomia física, psicológica e social, envolvendo, portanto, todas as dimensões da vida da pessoa. O aumento da dependência nas actividades de vida diária é considerado como sendo o resultado do envelhecimento bem como de doenças crónicas. A doença crónica, tem um efeito directo na capacidade dos indivíduos para satisfazer as actividades da vida diária e manter condições de vida independente.

Entende-se por dependência a “ (...) situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas, pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária “ (Decreto Lei 101/2006 nº 108 de 6 de Junho). Ainda associado a este conceito surge o de funcionalidade com sendo a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente.

Para se avaliar o grau de dependência alguns autores utilizam o método de avaliação funcional. Esse método, tem-se mostrado um indicador sensível e relevante para avaliar necessidades e determinar a utilização de recursos.

Para Caldas (2003, p.775), a função é definida como a capacidade de um indivíduo se adaptar às actividades que lhe são requeridas no seu meio, incluindo a sua participação na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social. É portanto, um fenómeno complexo, influenciado por múltiplos factores. Ainda para a mesma autora, a função é avaliada com base na capacidade de execução das actividades da vida diária (AVD), que por sua vez se dividem em:

- Actividades básicas da vida diária – tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, mover-se, etc.;

- Actividades instrumentais da vida diária – indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro, etc.;

- Actividades avançadas da vida diária – marcadoras de actos mais complexos, e em grande parte, ligados à automotivação, como trabalho, actividades de lazer, contactos sociais, exercícios físicos, etc.

Portanto, o individuo que consiga a realização destas actividades sem a ajuda de terceiros, é considerado uma pessoa independente. A dependência traduz-se numa necessidade de ajuda nas actividades referidas. A dependência é um estado dinâmico, podendo sofrer evolução ao longo do tempo. Uma escala frequentemente utilizada para a avaliação do grau de dependência é o Índice de Katz.

Amaral e Vicente (2000) caracterizaram a dependência em idosos no concelho de Castelo Branco em 3 graus usando a metodologia proposta por Thompson (1984) que divide a população idosa em 3 graus de funcionalidade e mobilidade de acordo com 2 indicadores de dependência: situação física e funcional e atitude de relação. Desse modelo resultam os seguintes graus: Grau I- Idosos dependentes; Grau II – Idosos fracamente dependentes e; Grau III – Idosos fortemente dependentes. 16,2% dos idosos encontram-se na classe I, portanto independentes, enquanto 40,4% perderam totalmente a autonomia. Verificaram uma nítida assimetria, em que predomina o grau II (fracamente dependentes), com 49,5%. Neste grau estão integrados os idosos que já perderam parcialmente a autonomia em um dos indicadores de dependência analisados, sendo por isso dependentes moderados. Por tal facto, necessitam de apoio dos serviços de saúde/sociais, no sentido de aumentarem o seu nível de saúde e melhorarem a sua qualidade de vida. No grau III (fortemente dependentes) encontram-se (40,4%), o que significa que já perderam autonomia em, pelo menos, um indicador analisado, ou perderam parcialmente autonomia em ambos os indicadores estudados. 10,1% dos inquiridos, são independentes. Constataram que o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário. Concluíram que uma grande margem dos idosos é dependente, pois 89,9% perderam parcial ou totalmente a autonomia em, pelo menos, um dos indicadores de dependência e 40,4% são totalmente dependentes em, pelo menos, um dos indicadores.

Um outro estudo realizado em São Paulo mostrou que mais da metade da população estudada (53%) referia necessidade de ajuda parcial ou total para realizar

pelo menos uma das actividades da vida diária. Foi detectado também que 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três dessas actividades, e 17% necessitavam de ajuda para realizar quatro ou mais actividades da vida diária. Rosa et al (2003).

2. TRANSIÇÕES NO ENVELHECIMENTO

Ao longo da vida as pessoas experienciam mudanças, transições que implicam um reajuste dos comportamentos e da percepção de si mesmo para fazer face à nova realidade. Para Petronilho (2008, p.30):

“qualquer momento da vida das pessoas em que ocorrem mudanças, sejam elas previsíveis, como o casamento, a reforma e o nascimento de um filho, ou inesperadas, como a morte, a doença súbita, a guerra e a gravidez não desejada, impõe que a família recorra à sua capacidade auto-organizativa e às suas fontes de suporte de forma a conseguir resolver os problemas.”

2.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

Transição, como conceito central na Enfermagem, foi operacionalizado por Meleis et al (2000) constituindo um quadro teórico onde se articulam e reflectem as relações entre os componentes de uma transição.

Para Meleis (2000) os enfermeiros são frequentemente os primeiros cuidadores dos clientes e das suas famílias que estão a viver uma transição. Assistem nas mudanças e exigências que surgem na vida dos indivíduos e das suas famílias. São os enfermeiros que preparam os clientes para as transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com eles próprios.

A relação entre o enfermeiro e um indivíduo ou família ocorre quando estes vivenciam um período de instabilidade precipitada por transições de desenvolvimento, situacionais ou de saúde/doença ou organizacional.

Estas alterações podem produzir alterações profundas na vida de cada indivíduo e da sua família e tem fortes implicações no seu bem-estar e saúde. Meleis (1997) citada por Petronilho (2008) refere que as pessoas que vivenciam transições tendem a ser mais vulneráveis às ameaças o que acaba por afectar a sua saúde e

bem-estar. Há uma mudança na condição de saúde, nas relações, expectativas ou habilidades, o que implica que os envolvidos modifiquem comportamentos alterando a definição de si próprio num novo contexto.

Meleis (2000) define transição como uma passagem ou mudança de um estado, condição, ou dum local para outro; propõem uma matriz de propriedades e dimensões da transição; e examinam as relações com as intervenções de enfermagem, ambiente, indivíduo e saúde. No entanto a investigação também evidenciou a multiplicidade e complexidade nos padrões de transição. Muitos indivíduos podem vivenciar simultaneamente mais de um tipo de transição indicando que estas não são discretas nem exclusivas.

Transição é um processo longo, que tem início quando ocorre um evento significativo ou uma mudança e que requer novos padrões de resposta até que se alcance de novo a estabilidade existente. É um período de experimentação de novas estratégias e padrões de resposta e de os incorporar na vida da pessoa em transição. O tempo necessário para uma transição é variável e depende da natureza da mudança e da forma como essa mudança interfere nos outros aspectos da vida da pessoa.

Das transições com relevância para a enfermagem, consideramos neste trabalho o envelhecimento, a transição para a dependência e a assunção do papel de prestador de cuidados. A transição para o papel de prestador de cuidados é um dos exemplos de uma transição do tipo situacional. A perda de independência e autonomia, que leva à necessidade do cuidado por parte de outra pessoa, situação decorrente em muitos casos, do envelhecimento, é uma transição do tipo saúde/doença e/ ou de desenvolvimento.

A forma como este período é percebido pelos enfermeiros “gerontológicos”, molda a forma como estes se relacionaram com os idosos e as suas famílias. A natureza dos cuidados prestados, os objectivos estabelecidos com os clientes e as intervenções implementadas dão-nos a perspectiva da relação dos enfermeiros com os dependentes e familiares. Muitas das transições vivenciadas pelos idosos são inerentes à sua saúde ou processos saúde/doença, resultando em necessidade de cuidados de enfermagem. O envelhecimento é um período de múltiplas transições como a reforma; o surgimento de doenças crónicas; a perda de pessoas significativas como o cônjuge ou amigos; é um período caracterizado por fragilidade dos envolvidos e é também um período onde podem surgir novas condições de vida.

Maioritariamente as transições que ocorrem com os idosos são transições que envolvem perda e não desejáveis pelos mesmos como as referidas anteriormente. Contudo também existem transições positivas e desejadas como o empenho em algo novo e o desenvolvimento de novas características de personalidade representam oportunidades em vez de perdas. Young (1990) citado por Schumacher e Meleis (1999) referiu que as transições nesta etapa de vida podem ser simples ou múltiplas e podem estar relacionadas ou não. Por exemplo, o ingresso num lar de idosos pode ocorrer num contexto de outras transições e pode incluir elementos de natureza situacional, como de saúde/doença e de desenvolvimento. A enfermagem gerontológica lida frequentemente com estes tipos de transições na sua prática, mas poucos estudos têm sido realizados e desenvolvidos nesta área. O tipo de transições, a exploração das relações entre eles e os resultados são, para Schumacher, áreas a necessitar de maior estudo.

Associados ao envelhecimento, transição para a dependência e transição para o papel de prestador de cuidados existem três padrões de transição:

- Padrões sequenciais;
- Padrões simultâneos/relacionados;
- Padrões simultâneos/não relacionados.

Em transições sequenciais, é frequente uma transição sobrepor uma outra, como por exemplo, a morte do cônjuge coincidir com o ingresso num lar ou reformar-se, emergindo daqui novas dimensões para o próprio. Estas transições podem estender-se demasiado no tempo e sobrepor-se entre si como por exemplo, a transição para a reforma ser simultânea a um declínio no estado de saúde ou surgimento de doença crónica e ainda a perda de interacção social.

Por sua vez, transições simultâneas poderão ser relacionadas ou não relacionadas e ocorrem simultaneamente num período de tempo. Transições simultâneas e relacionadas têm um evento comum que precipita numerosas transições. Por exemplo, o AVC pode resultar em perda de habilidades funcionais, identidade, alteração de condições de vida. A complexidade destas transições relacionam-se com transições simultâneas para a família do idoso que assume o papel de prestador de cuidados, altera o seu papel profissional e familiar. Portanto a transição de um idoso implica também várias transições para a família.

Por fim, as transições simultâneas podem ocorrer também sem que inicialmente estivessem relacionadas uma com a outra: um idoso pode estar a vivenciar um declínio na sua situação de saúde e ao mesmo tempo um filho adulto vivencia a saída de casa dos pais. Estas transições que ocorrem na família acontecem simultaneamente e, embora não directamente relacionadas à primeira vista, podem tornar-se interligadas ao longo do tempo.

As transições são acompanhadas por incerteza, sofrimento emocional, conflitos interpessoais e preocupação. Michels (1988) citado por Shumacher e Meleis (1999) investigou a incerteza sentida pelos cuidadores de idosos durante a transição do hospital para o domicílio que se caracterizava essencialmente por ser uma fonte de preocupação para os envolvidos. Johnson, Morton, e Knox (1992) citados pelos mesmos autores, caracterizaram a incerteza nos idosos que integram o lar. Nestas transições, a incerteza estava relacionada com a falta de informação e conhecimento acerca da natureza dos lares de idosos e o nível de envolvimento da família nos mesmos. As famílias descreveram sentimentos de tristeza e irritação, bem como sentimento de fracasso pelo ingresso do familiar no lar. A falta de comunicação entre os profissionais e a família é normalmente o causador do conflito que pode ser evitado se estes aspectos forem levados em conta. Como tal, a transição para a dependência é um factor que causa grande sofrimento emocional à pessoa que a vivencia bem como à família do mesmo e nem sempre recebem o apoio profissional que necessitam, durante esta transição.

Assim, as transições são complexas e multidimensionais. Algumas propriedades essenciais das transições foram identificadas:

- Consciencialização - está relacionada com a percepção e o conhecimento do acontecimento de uma transição. O indivíduo tem de ter sempre alguma consciencialização de que existem alterações a ocorrer e para os autores, a não consciência de que se experiencia uma transição poder significar que o indivíduo ainda não iniciou esse processo.

- 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 actividades, 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.

- Mudança - é uma propriedade essencial numa transição. Todas as transições envolvem mudança mas nem sempre a mudança está relacionada com transição. Para compreender uma transição é necessário descobrir e descrever o efeito e significado que a mudança envolve. As dimensões da mudança que podem ocorrer incluem a natureza, temporalidade, a importância percebida, a gravidade e as normas e expectativas individuais e familiares.

- O tempo da transição - todas 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 não é fácil e até poderá ser contraproducente estabelecer limites no tempo de cada transição.

- Eventos críticos - algumas transições estão associadas a um evento perfeitamente identificável como o nascimento, morte, diagnóstico de doença entre outros, outras existem 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.

Os seres humanos são definidos como seres activos com percepções e que atribuem significados às situações de saúde e doença. Estas percepções e significados são influenciados por condições em que a transição ocorre. É necessário conhecer as condições pessoais e ambientais que facilitam ou inibem o progresso para uma transição saudável. 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. Os factores relativos ao ambiente envolvente relacionam-se com a comunidade (em sentido restrito) e a sociedade.

O ambiente é referido também como promotor de recursos. Os recursos externos 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.

Neste trabalho, os recursos, equipamentos e serviços representam factores que influenciam o sucesso das transições, na medida em que facilitam o desempenho do papel do prestador de cuidados bem como a vivência da dependência. Como tal, a existirem os recursos de acordo com as necessidades, são considerados como condições facilitadoras de uma transição saudável.

O acesso a estes recursos, relaciona-se não só com aspectos da própria sociedade, como os serviços que esta disponibiliza e estes familiares/ doentes, como também com características dos próprios na medida em que poderão ter ou não as condições económicas para aceder aos mesmos, ou o conhecimento e informação suficiente do seu potencial benefício no processo de transição.

Um extenso planeamento ajuda a viver uma saudável e tranquila transição. Mesmo quando a transição é provocada por uma situação não planeada ou de crise, o planeamento pode ocorrer durante essa fase e prepara-lo para as fases seguintes. Um planeamento efectivo requer uma compreensão clara dos problemas, questões e necessidades que possam surgir durante a transição.

A transição é acompanhada por um ampla variedade de emoções, muitas delas confirmam as dificuldades sentidas durante a transição. Schumacher e Meleis (1999) referenciaram que o stress e sofrimento emocional são frequentes neste processo. Outros sentimentos como ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão também são vivenciados.

Transições em saúde são abordadas considerando os processos de transição e os indicadores de processo que foram definidos por Schumacher e Meies (1999). Os processos de transição são os processos cognitivos, comportamentais e interpessoais através dos quais se desenvolve a transição. É o que acontece durante a transição. Este processo direcciona o indivíduo no sentido da saúde, enquanto que nas transições não saudáveis, o indivíduo direcciona-se no sentido da vulnerabilidade e risco. Indicadores de processo são passos mensuráveis de como a transição ocorre, passo a passo. Dão-nos a possibilidade de monitorizar o progresso do indivíduo durante a transição, em vez de apenas apresentar a conclusão do mesmo. Os indicadores de processo que nos indicam que estamos perante uma transição saudável referem-se ao processo em que os envolvidos têm capacidade para redefinir significados; modificar expectativas, reestruturar rotinas, desenvolver habilidades e conhecimentos; criar novas opções e encontrar oportunidades de crescimento. Em oposto, quando estes objectivos não são conseguidos estamos perante um processo de transição não saudável em que os envolvidos apresentam resistência aos novos

significados; expectativas irrealistas; apego a antigas rotinas; evitam a aprendizagem de novas habilidades e conhecimentos; limitam as novas opções e recusam oportunidades de crescimento.

É fundamental que a enfermagem identifique os resultados de uma transição saudável, com o objectivo de facilitar a investigação sobre transições e a avaliação das intervenções implementadas. Os indicadores de resultado de transições saudáveis que são relevantes em todos os tipos de transição são a sensação de bem-estar, mestria do novo papel e o bem-estar das relações interpessoais.

Quando uma transição é bem sucedida os sentimentos de angústia dão lugar a uma sensação de bem-estar. A sensação subjectiva de bem-estar durante a transição inclui medidas efectivas de coping, gestão das emoções, sentido de dignidade, integridade e qualidade de vida. O emprego, casamento ou outro papel bem sucedido são outros indicadores subjectivos de uma transição bem sucedida.

A mestria de novos papéis indica o correcto desempenho de papéis especializados e confiança com o comportamento exigido na nova situação. Implica componentes como a competência, conhecimentos e habilidade cognitiva, tomada de decisão, capacidades psicomotoras e auto-confiança.

Reportando-nos à transição para a dependência e para o papel de prestador de cuidados, os indicadores de resultado de uma transição saudável permitirá observar que existe uma aceitação do papel de ambos, com sentimentos de bem-estar pessoal e nas relações interpessoais. A mestria de novos papéis com todas as características que lhe são inerentes, revela uma prestação de cuidados de qualidade e a mobilização dos recursos adequados às necessidades identificadas que permitem um melhor desempenho das novas funções adquiridas.

Quando o processo ocorre no sentido de uma transição bem sucedida, as relações familiares são restabelecidas ou promovidas. O bem-estar das relações pessoais tem sido conceptualizado em termos de adaptação, integração, valorização, aproximação e interacção significativa entre os membros da família. Por outro lado, quando não se atingem os objectivos referidos poderão existir desentendimentos e ruptura entre os membros familiares durante a transição e a mestria de novos papéis não será bem sucedida.

O objectivo das intervenções de enfermagem são facilitar os processos de transição saudável, diminuir as transições não saudáveis e apoiar os indicadores de processo positivos. Muitas intervenções de enfermagem poderão ser usada para

facilitar a transição sendo as apresentadas relevantes neste domínio Schumacker e Meleis (1999):

- Avaliação de enfermagem - é a base para a implementação de intervenções neste processo. 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.

A relevância do estudo das transições na enfermagem deve-se aos resultados verificados em saúde. Para Schumacher e Meleis (1999) é uma conceptualização de resultados que incorpora dimensões subjectivas, comportamentais e interpessoais. As intervenções de enfermagem destinam-se a promover e restaurar as dimensões de saúde do individual, familiar e organizacional. Além disso, segundo estes autores, a literatura revelou as condições que influenciam as experiências de transições, pelo que cabe a enfermagem promover a assistência às pessoas de forma a criarem condições que conduzam a uma transição bem sucedida.

A multidimensionalidade das condições (subjectivas, cognitivas, comportamentais, ambientais, emocionais e físicas) sugere uma abordagem abrangente nas intervenções de enfermagem, tendo em conta uma experiência holística de transição.

A teoria também pode ter implicações para a prática de enfermagem, fornecendo aos enfermeiros uma estrutura para descrever as necessidades dos doentes durante o internamento, alta, transferência e reabilitação. A investigação nesta área deverá focar tipos de transições e condições, cada um dos quais poderá ter um efeito diferente sobre as respostas e consequências.

Finalmente, porque as transições têm efeitos relacionados em indivíduos, há necessidade das intervenções de enfermagem serem dirigidas a evitar consequências negativas e melhorar os resultados de saúde.

2.2 RECURSOS DO PRESTADOR DE CUIDADOS

A manutenção da pessoa dependente no domicílio é o resultado desejável para o sistema de saúde Português e para a própria pessoa dependente, no primeiro caso devido a razões essencialmente económicas, no segundo por razões humanistas ao manter-se a pessoa no seu meio com aqueles que lhe são significativos. O familiar cuidador assume a responsabilidade destes cuidados, normalmente sem existir uma avaliação prévia dos recursos de que dispõe. Vários estudos (Brito, 2000, Lage, 2007, Petronilho, 2008) têm demonstrado que um suporte desadequado tem implicações na própria prestação de cuidados, na saúde dos cuidadores e das pessoas dependentes. Neste sentido, o sucesso destes cuidados pode passar também pelos recursos que estes cuidadores recebem/desenvolvem na prestação de cuidados.

O que é, e quais são os recursos utilizados pelo prestador de cuidados, pode permitir estabelecer melhores planos de assistência aos cuidadores informais, permitindo diagnosticar necessidades e implementar ou potenciar medidas de suporte. Recursos em saúde, engloba um conjunto de instrumentos, serviços, meios, financiamento, informação, entre outros, de que alguém dispõe seja o prestador de cuidados ou o dependente no autocuidado, para fazer face a necessidades específicas em cuidados de saúde.

Recurso em saúde é um conceito amplo, frequentemente dividido em duas grandes áreas: os recursos internos, próprios da pessoa, como as competências que possui para o cuidado da pessoa dependente, os significados que atribui a essa situação ou as estratégias de coping que desenvolveu, e os recursos externos que podem ser referentes a equipamentos materiais, rendimentos, serviços; podem ser fornecidos por instituições de saúde, por familiares, mas também se referem ao que a sociedade oferece aos indivíduos e tem uma estrita relação com os sistemas de saúde de cada sociedade. O mesmo refere Häggman-Laitila (2005) citado por Lage (2007, p.173):

“ao falar de recursos reportamo-nos ao conceito de recursos internos e externos. Onde os recursos internos compreendem os membros familiares, a saúde física e psíquica, a auto estima, conhecimentos e competências,

competências de resolução de problemas, e atitudes optimistas em relação ao futuro. E os recursos externos incluem os aspectos mais utilitários da situação como os apoios financeiros, condições habitacionais e ainda em diferentes dimensões de suporte social, ou seja, suporte emocional, cognitivo e concreto.”

2.2.1 RECURSOS EXTERNOS

As necessidades dos dependentes e dos cuidadores destes no meio domiciliário, já vai sendo alvo de alguns estudos e várias necessidades em recursos têm sido identificadas.

Um estudo levado a cabo no Brasil por Caldas (2003), indica que a família apresenta necessidades que vão desde os aspectos materiais até aos emocionais, passando pela necessidade de informação. O aspecto material inclui recursos financeiros, aspectos habitacionais, transportes e acesso a serviços de saúde. Por outro lado, a família cuidadora necessita de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso. Além disso, é importante o suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família aos serviços de apoio e meios que garantam qualidade de vida aos cuidadores principais.

Para Cameron (2008), a investigação realizada no Canadá, proporcionou medidas substanciais de implementação de intervenções em áreas de apoio social que têm como objectivo proporcionar diferentes elementos de apoio, como o suporte emocional (proporcionando conforto, ouvindo os problemas), instrumental (fornecendo formação, organização de serviços, ajudando nas tarefas domésticas), informativo (fornecendo informações sobre a doença e serviços) e suporte de avaliação (fornecendo feedback sobre os cuidados prestados). Os estudos revistos pelo autor, concluem que o apoio é mais vantajoso se este estiver direccionado para as necessidades individuais das pessoas. O que reforça a necessidade de observar de perto as necessidades dos cuidadores ao longo do tempo quando se estabelecem intervenções. O foco nas necessidades de apoio ao longo do tempo também pode contribuir para orientar a escolha de resultados que podem ser utilizados para avaliar as intervenções.

As necessidades dos cuidadores e dos dependentes são de várias ordens mas o recurso mais frequentemente mencionado como mais necessário em estudos efectuados, o primeiro em termos de importância e o que provoca maior angústia no

seio familiar é o apoio económico (Marote et al,2005, Almeida et al, 2005, Lopes, 2007). Dado que é este recurso que permite suportar a grande maioria dos outros recursos (como o acesso a ajudas técnicas, à medicação, a cuidados diferenciados) é fácil compreender a importância do mesmo e a consequência da sua escassez.

Esta realidade é idêntica ao que ocorre noutros países como refere Caldas (2003, p.774):

“As evidências empíricas mostram que as doenças causadoras de dependência geram gastos crescentes, cujo impacto na economia familiar ainda não é conhecido no Brasil. A necessidade de assistência permanente ao enfermo gera um custo elevado para os familiares, pois, actualmente, nenhum sistema de atenção à saúde prevê uma oferta suficiente dos serviços necessários a uma população portadora de dependências com crescimento exponencial. (...) Hoje, pouco se conhece sobre o impacto económico da dependência do idoso na família e no próprio sistema de saúde.”

Outras duas áreas de grande destaque em termos de recursos necessários que foram identificados pelos prestadores de cuidados nos estudos realizados, referem-se a:

- Acessibilidade a ajudas técnicas;
- Acessibilidade à educação para a saúde

Relativamente às ajudas técnicas, que se apresentam sob a forma de equipamentos, são instrumentos de auxílio ou de substituição, usados pelo dependente numa perspectiva de promoção da autonomia, como também, meios de suporte à prestação de cuidados, por parte do prestador de cuidados. Relativamente a este aspecto Lopes (2007, p.44) identificou que “No decurso das entrevistas, os cuidadores também referiram a necessidade de possuírem algumas ajudas técnicas que facilitassem a mobilização do familiar dependente.”; assim como Almeida et al (2005,p.30) que refere as áreas onde estes equipamentos são essenciais “A prestação de cuidados por parte do cuidador principal assentou, essencialmente, no domínio instrumental, englobando cuidados relativos à alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização (...).”

Em relação à acessibilidade à educação para a saúde, a sua relevância é inquestionável e o papel do enfermeiro imprescindível. O enfermeiro, seja em contexto ainda hospitalar ou já no domicílio é o responsável pela preparação em termos de conhecimentos e competências do dependente e familiares. Cabe-lhe a ele realizar acções de educação para a saúde, no sentido destes adquirirem conhecimentos e

habilidades para executar as actividades de autocuidado no domicílio e serem capazes de responder eficazmente a problemas que surjam no dia-a-dia, evitando-se assim, complicações no estado de saúde, internamentos desnecessários e custos acrescidos. O mesmo é referido por Petronilho (2008, p.54):

“a informação e o treino sobre os cuidados a prestar no domicílio são estratégias fundamentais com vista a capacitar o membro da família cuidador para lidar com a situação de dependência geradora de necessidades, sobretudo, no domínio do bem-estar, no autocuidado e na prevenção de complicações, com fortes implicações na qualidade de vida destas pessoas (cuidadora/cuidada).”

Num estudo realizado por Shyu (2000) citado por Petronilho (2008, p.72) referente à transição do dependente do hospital para o domicílio, este autor identificou as necessidades em educação para a saúde dos prestadores de cuidados: informação acerca da condição de saúde do doente; competências na monitorização de sinais e sintomas; domínio de habilidades nos cuidados pessoais; suporte emocional e; apoio da equipa de cuidados domiciliários.

De referir também que existem outras redes de apoio à família, como os serviços comunitários que incluem os serviços de saúde, igrejas, associações, escolas, etc. Estes serviços são externos à rede familiar e constituem um importante recurso em saúde pelo apoio instrumental que fornecem a custos mínimos ou muitas vezes gratuitamente, mas também e principalmente, pelo apoio emocional prestado.

Associado à sobrecarga dos cuidadores, estão sentimentos de ansiedade, frustração, depressão e desânimo sendo evidente a importância que desempenha o suporte social para a manutenção ou recuperação do bem-estar do indivíduo. Para Nunes (1999), citado por Tojal (2005) suporte social consiste num conjunto de transacções interpessoais que se estabelecem com as pessoas significativas, como os amigos, família, vizinhos, entre outros, e que englobam preocupações a nível emocional, o apoio instrumental, a informação e o reconhecimento por parte dos seus elementos significativos. O suporte concreto envolve fazer coisas pela pessoa, tais como, modificar o meio e arranjar suporte financeiro. Para Lage (2005, p.174) este tipo de suporte social tem uma função mediadora nos efeitos do stress:

“De todos os recursos sociais, aquele que mais interesse despertou no âmbito da literatura do stress foi o suporte social. O suporte social tem sido

considerado como um dos principais mediadores entre o stress e as perturbações na saúde. As conceptualizações acerca do suporte social, incluem o tipo de suporte emocional, informação, ajuda tangível/instrumental, como é que quem recebe esse suporte se sente apoiado, e quem dá esse suporte, ou seja, as rede de apoio. O processo de aquisição e distribuição de recursos para satisfazer as exigências é um aspecto crucial na resposta de ajustamento e adaptação.”

Em 2010, Sapag e colaboradores, no estudo que realizaram pretendiam identificar estratégias inovadoras dirigidas a melhorar o cuidado e o autocuidado dos doentes com doenças crónicas e explorar o interesse em criar uma rede Latino Americana de profissionais dessa área. Concluíram que as tecnologias da informação e telecomunicações aplicadas à saúde constituem um recurso pouco utilizado na América Latina para melhorar a efectividade e a eficácia dos programas de cuidados a doentes com doenças crónicas, apesar do uso amplo dos telefones fixos e móveis nas populações de todos os níveis económicos. Outras tecnologias informáticas como a Internet, estando cada vez mais disponíveis, poderiam ser aproveitadas para ultrapassar as limitações estruturais e de disponibilidade dos recursos humanos existentes nos sistemas de saúde destes países. O contacto com doentes crónicos através do telefone também pode dar uma maior continuidade ao tratamento e apoiar os doentes a adoptar e manter um estilo de vida que contribua para controlar a sua doença. O telecuidado realizado por profissionais – apoiados por outras tecnologias como o sistema de chamadas automáticas – permite também identificar problemas reversíveis, se forem detectados a tempo, e melhorar a comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde.

Estes autores concluíram que o seu uso, baseado em modelos de partilha de comportamentos, entrevistas motivacionais e guias estruturados de autocuidado, podem melhorar consideravelmente a efectividade e a eficácia dos cuidados de saúde. Alguns programas educativos informáticos demonstraram efeitos positivos na alimentação e alguns indicadores metabólicos em doentes diabéticos. O efeito positivo do telecuidado observou-se também em pessoas de menor nível educacional desde que os programas sejam coerentes e integrados.

Contudo, os autores verificaram que é necessário reduzir os custos destas intervenções. Demonstrou-se que o autocuidado realizado por profissionais de saúde é eficaz, mas demasiado dispendioso em alguns países devido às características específicas dos seus sistemas de financiamento de saúde. Por outro lado, as

chamadas automáticas – complementares do telecuidado profissional - permitem monitorizar e apoiar eficazmente e com menor custo o autocuidado dos doentes.

2.2.2 RECURSOS INTERNOS

Os recursos internos são as capacidades intrínsecas ao cuidador e à família. Os problemas físicos e psicológicos e a sobrecarga sentida pelo prestador de cuidados são muitas vezes devidos à dificuldade na assunção do papel de cuidador, relacionada com a complexidade dos cuidados e com um deficiente suporte da rede de apoio. Para Petronilho (2008, p.79) relacionam-se também com a motivação para o exercício do papel, dado que na maioria das vezes o cuidador assume o papel por uma obrigação e não por vontade própria. Relacionam-se portanto, com características da própria personalidade e a literatura divide-as em 3 áreas principais (Lage, 2007, p.116): competências ou recursos pessoais e familiares; significados atribuídos; estratégias de coping.

Lage (2005) refere que as competências pessoais incluem um conjunto de competências como a inteligência e o conhecimento, mas também a própria personalidade que podem facilitar a adopção de estratégias de coping. Petronilho (2008, p.35) também refere que as características do prestador de cuidados são determinantes para o sucesso deste processo “se a capacidade de adaptação do cuidador é reduzida, provavelmente a sua resposta à crise será insuficiente. Se o indivíduo possui recursos para fazer frente à situação de crise, a probabilidade de resolução dessa mesma crise será maior.” Relativamente à família destaca-se a coesão e a organização familiar e a comunicação que ajudam a família a coordenar esforços na gestão das exigências.

Relativamente aos significados atribuídos, Sequeira (2007) refere que a história de vida do cuidador com o idoso dependente torna-se relevante para a aceitação do papel do cuidador de forma positiva ou negativa. As experiências de conflito potenciam a percepção de repercussões negativas, em que as relações interpessoais passadas influenciam o comportamento entre ambos. Mas para Brito (2000) os significados atribuídos vão mais longe do que a relação entre cuidador/ dependente. Relacionam-se com os significados pessoais que o prestador de cuidados associa a esse papel.

O prestador de cuidados experiencia sentimentos de gratificação relacionados com os significados que atribui aos vários aspectos da prestação de cuidados como o facto de desenvolver novas competências e capacidades; o sentimento de estar a cumprir um dever; ou de estar a retribuir cuidados ou carinho recebidos no passado, ou de se sentirem reconhecidos por outros relativamente a esse papel.

Diversos estudos confirmam que recursos internos, como estratégias de coping podem facilitar a prestação de cuidados. Brito (2000) concluiu na sua investigação, que efectivamente os prestadores de cuidados apresentam indicadores de uma morbidade mais elevada do que a população em geral, tanto no que diz respeito à sintomatologia depressiva, como em relação à sua percepção do estado de saúde.

Situações de sobrecarga do cuidador (consequências físicas, psicológicas e sociais inerentes à prestação de cuidados), situações de crise e rotura, são frequentes no cuidador informal, e estão normalmente associadas a um suporte desadequado como refere Brito (2000, p.21):

“As situações de crise e mesmo de ruptura são frequentes, e a única forma de aliviar a sobrecarga pessoal e familiar de quem cuida dos idosos é de facto, conhecer e poder intervir junto desta população, antecipando-se às suas necessidades específicas e apoiando o seu esforço, evitando que surjam situações de descompensação que, além de prejudiciais ao próprio, precipitam frequentemente a institucionalização do idoso, que é afinal o que se pretende evitar.”

Serra (1988) citado por Petronilho (2008, p.34) define coping como “ um termo que se aplica às estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio com que se depara e para as quais não tem respostas de rotina preparadas”. Lage (2005, p.117) define de forma idêntica, sendo para esta autora um esforço específico através do qual o indivíduo ou família tentam reduzir uma exigência.” Ainda para a mesma autora, podem dividir-se em cinco os comportamentos específicos de coping:

- A acção directa para reduzir ou eliminar o número e/ou intensidade das exigências (ex., institucionalizar um familiar idoso em vez de o deixar no seu domicílio);

- A acção directa para conseguir recursos adicionais;

- A manutenção dos recursos existentes de forma a poderem ser mobilizados perante novas exigências (ex. manter os laços sociais, manter a coesão familiar);
- Gerir a tensão associada a pressões existentes (ex., expressar emoção e afecto);
- A avaliação cognitiva que visa mudar o significado das exigências (ex. reduzir as expectativas do papel) ou o significado dos recursos (ex. ver-se a si próprio como competente).

Numa situação de prestação de cuidados encontram-se factores facilitadores e/ou inibidores que podem facilitar ou não a vivência saudável deste processo. A Enfermagem tem um papel fundamental de assistência nas mudanças e exigências que surgem na vida dos doentes e das suas famílias. São quem preparam os doentes para as transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com eles próprios sendo um grupo profissional que por si só, constitui um recurso importante em saúde.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica tem como finalidade fazer uma descrição sistematizada das etapas a percorrer, de todo o plano de acção a elaborar e dos critérios a seguir, no sentido de se alcançarem os objectivos propostos. Serve para descrever as estratégias a utilizar na realização do estudo.

3.1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

O envelhecimento populacional é um fenómeno social que nos leva à reflexão acerca dos desafios que representa para a nossa profissão. A necessidade dum cuidar dirigido a uma população idosa, exige uma valorização de todos os sistemas de suporte, mas principalmente do papel dos cuidadores informais, pois sem eles a possibilidade de manter o idoso no seu meio ambiente nas vinte e quatro horas diárias com o mínimo de qualidade de vida, seria praticamente uma utopia. Para Marote et al (2005) é urgente a investigação da realidade dos prestadores de cuidados porque estes asseguram 80 a 85% dos cuidados prestados aos idosos dependentes.

O número de famílias que integram um familiar dependente não é conhecido. O conhecimento produzido poderá beneficiar a comunidade, identificando casos não sinalizados, identificando necessidades dos cuidadores e dos doentes dependentes e o estabelecimento de intervenções que permitam aumentar a qualidade de vida do cuidador/doente dependente.

Como vimos na parte teórica, vários estudos têm demonstrado que um suporte desadequado tem implicações na própria prestação de cuidados, na saúde dos cuidadores e das pessoas dependentes. Conhecer quais os recursos do prestador de cuidados no autocuidado de uma pessoa dependente, bem como saber quais desses recursos são utilizados, quais são necessários, e conhecer as causas da não utilização dos recursos considerados necessários, vai permitir estabelecer melhores planos de assistência aos cuidadores informais, permitindo diagnosticar necessidades e implementar ou potenciar medidas de suporte.

3.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para a consecução dos objectivos deste trabalho foram formuladas algumas questões. A questão de partida é:

- ▶ Quais são os recursos utilizados/necessários para os cuidados de uma pessoa dependente no autocuidado no concelho de Paços de Ferreira?

Pretendemos, então, conhecer os recursos de que dispõem os familiares cuidadores de uma pessoa dependente no autocuidado, tendo sido formuladas várias questões de investigação:

Que equipamentos são utilizados por autocuidado?

Quais os equipamentos considerados necessários pelo enfermeiro no autocuidado?

Quais os equipamentos que são utilizados pelo prestador de cuidados e pelo dependente?

Quais os equipamentos que são desejados pelo prestador de cuidados?

Quais as razões para a não utilização dos equipamentos considerados necessários?

Qual a taxa de utilização dos equipamentos por autocuidado?

Qual a taxa de utilização dos equipamentos necessários, utilizados e desejados?

Quais os recursos complementares que o dependente dispõe no autocuidado?

Quais as principais fontes de rendimento familiar?

Que recursos profissionais e serviços o dependente utiliza no autocuidado?

Que associações estatisticamente significativas se estabelecem entre as variáveis independentes e a taxa de utilização dos recursos?

3.3 TIPO DE ESTUDO

O estudo terá uma abordagem quantitativa, de carácter exploratório descritivo correlacional e transversal.

Os estudos descritivos exploratórios visam obter mais informações, sobre as características de uma população, por exemplo, e sobre os fenómenos em que existem poucos estudos de investigação. É um estudo do tipo correlacional, porque se pretende também o estabelecimento de relações entre as variáveis em estudo. Transversal, a recolha de dados efectua-se num único momento. É também um estudo de base populacional pois é realizado a partir de uma amostra que se pretende representativa da mesma população.

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis são para Fortin (2009) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas, ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.

As variáveis podem ser classificadas de diferentes formas, conforme a sua utilização em investigação. Algumas podem ser manipuladas, outras controladas. As variáveis independentes e dependentes estão interligadas, no sentido de que uma afecta a outra. (Tabela 1)

Variáveis independentes – é a que produz efeito sobre a variável dependente, é manipulável. (Fortin, 2009, p.37)

Variáveis dependentes – é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente. (Fortin, 2009, p.37)

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
<p>- Características sócio-demográficas do prestador de cuidados e do dependente:</p> <p>Sexo</p> <p>Idade</p> <p>Estado civil</p> <p>Nível de escolaridade</p> <p>Profissão</p> <p>- Modo de instalação da dependência</p> <p>- Situação que originou a dependência</p> <p>- Tipo de família</p> <p>- Parentesco</p> <p>- Co-habitação com a pessoa dependente</p> <p>- Rendimento do agregado familiar</p> <p>- Características do alojamento</p>	<p>- Recursos usados no autocuidado:</p> <p>Recursos necessários</p> <p>Recursos utilizados</p> <p>Recursos desejados</p> <p>Recursos não desejados</p> <p>Razão da não utilização (desconhecimento da forma de aceder ao recurso, desconhecimento da forma de funcionamento, económicas, limitações da residência, outras)</p> <p>- Recursos complementares</p> <p>- Recursos profissionais</p> <p>- Recursos financeiros</p> <p>- Outros serviços</p>

Tabela 1 - Variáveis do estudo

3.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo, a que se pretende estudar é constituída por todas as famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira. Os dados mais recentes relativos à distribuição das famílias clássicas no respectivo Município reportam aos Censos de 2001, realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Face à grande dimensão do número de famílias clássicas existentes neste concelho há portanto a necessidade de seleccionar uma amostra estatisticamente válida, que seja representativa da população que se pretende estudar.

Todas as famílias clássicas residentes nas subsecções amostradas, constituem a amostra. Quanto ao tipo de amostragem e para que possa extrapolar para todo o

município os resultados da amostra e quantificar as margens de erro, é absolutamente necessário que o tipo de amostragem utilizado seja probabilístico. Isto é, que todos os elementos passíveis de serem amostrados (subsecções estatísticas) tenham associado uma probabilidade de inclusão conhecida e diferente de zero. No que concerne ao método de amostragem, aplicou-se um método de amostragem aleatório simples das subsecções em cada freguesia do Município.

A amostra sendo um sub-conjunto da população deve ser representativa da mesma, ou seja deve possuir as características da população. Para a selecção dos indivíduos da amostra foram definidos critérios de inclusão no estudo:

- Ser residente no concelho de Paços de Ferreira;
- Aceitar participar no estudo;
- Fazer parte de uma família clássica de acordo com as definições do INE;
- Ter mais de 18 anos no caso de ser prestador de cuidados;
- Existir uma pessoa dependente de outra ou dependente de equipamento no autocuidado;

3.5.1 TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

“Os métodos de amostragem probabilística servem para assegurar uma certa precisão na estimação dos parâmetros da população, reduzindo o erro amostral.” (Fortin, 2009, p.204). O objectivo de uma amostragem probabilística, é obter-se a melhor representatividade possível para que se possa utilizar análises estatísticas inferenciais com vista a generalizar à população alvo os resultados obtidos.

A amostra aleatória estratificada é por isso, o método de amostragem ideal neste estudo, em que se divide a população alvo em subgrupos homogéneos chamados “estratos” e a seguir tiram-se de forma aleatória uma amostra de cada estrato (Fortin, 2009, p.15).

Pretendemos portanto, efectuar uma selecção aleatória estratificada proporcional por freguesia do Município de Paços de Ferreira, tendo como unidade amostral, as famílias clássicas, de modo a que um total mínimo de 1279 famílias

clássicas sejam observadas, e onde cada elemento da população tem igual probabilidade de ser ou não seleccionado.

Para a obtenção de amostras geográficas aleatórias por freguesias recorreu-se ao programa QuantumGis (QGIS), e Open Source Geographic Information System, constituído por sistemas de informação geográfica.

Para cálculo da dimensão da amostra foi utilizada a fórmula de cálculo de Lwanga e Lemeshow (1991) publicada pela OMS, em que: $n = Z^2 p (1-p)/d$, e: **n**= número de famílias da amostra; **p**= proporção esperada de prevalentes. (Uma vez que estudos similares estavam em curso em outras regiões do país e os dados preliminares apontavam para uma prevalência de 13,7%, assumiu-se o valor de 0,137 para um intervalo de confiança de 95%); **z** =valor da distribuição normal standard para o nível de confiança que assume o valor de 1,96; **d** = erro de precisão. Assume o valor de 0,05%, por não existirem diferenças significativas entre concelhos.

Com a aplicação da fórmula, a amostra resultante é de 182 famílias. Contudo, como o objectivo é estudar as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado e como o formulário trabalha conceitos diferentes para os quais o número máximo de itens era 20, então necessitaríamos de pelo menos 200 famílias que integrem pessoas dependentes no autocuidado.

Assim, atendendo que para $p=0,137$ estima-se que a amostra seja de 882 famílias. Nos estudos em curso referidos anteriormente os resultados preliminares apontavam para um valor percentual de não adesão entre 35% a 45%. Entrando com este valor no cálculo da amostra, o resultado apontava para 1279 famílias.

A distribuição de famílias por freguesia consta da tabela 2.

Freguesias	População	Amostra
Arreigada	592	49,36
Carvalhosa	1246	103,68
Codessos	257	21,56
Eiriz	614	51,12
Ferreira	1166	96,28
Figueiró	671	55,68
Frazão	1258	104,64
Freamunde	2201	182,08
Lamoso	483	50,64
Meixomil	1002	84,16
Modelos	438	37,04
Paços de Ferreira	1851	156,24
Penamaior	1041	86,28
Raimonda	744	62,52
Sanfins de Ferreira	893	74,44
Seroa	882	73,56
Total	15341	1279,28

Tabela 2 - Número de famílias clássicas por freguesia, no concelho de Paços de Ferreira (INE, 2001) e respectiva representação amostral

Recorreu-se à BGRI 2001- Base Geográfica de Referenciação de Informação, que são unidades territoriais definidas pelas subsecções estatísticas estabelecidas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), fornecendo a distribuição geográfica das habitações/famílias. Os dados alfanuméricos associados a esta base, são provenientes dos Censos 2001. Os polígonos que definem as subsecções estatísticas são mutuamente exclusivos e a sua agregação resulta nos limites do Município de Paços de Ferreira (sem exclusões). Eventuais duplicações foram verificadas e corrigidas antes de se lançar a amostragem. Os *outputs* que se pretendem desta análise são *layers* com subsecções estatísticas onde se encontram as famílias clássicas a amostrar por freguesia. Para além disso, pretende-se realizar a exportação destes *layers* para o formato kml, para que possam ser importados para o *Bing Maps* e facilitar a recolha de dados aos investigadores no terreno. No *Bing Maps*, pretende-se que para além do local assinalado, a *layer* exportada contenha informação do número de famílias clássicas desse local, de forma a recolher os dados ao total de famílias clássicas assinaladas.

3.6 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada através de um formulário – FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO (Anexo 1), que é constituído por 2 partes:

Parte I: Inquérito preliminar/ caracterização

Parte II: Formulário PCD

O formulário, ou entrevista estruturada é aquela em que o investigador exerce o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenrolar da entrevista, a análise e a interpretação de medida. (...) As questões a colocar, a sua formulação e a sua sequência foram determinadas previamente com a ajuda de questões fechadas (Fortin, 2009). Ainda para a mesma autora, este método exige algum treino por parte dos entrevistadores para evitar enviesamentos verbais e não verbais por parte dos entrevistadores. É um método que permite comparações entre os respondentes e denota uma maior fidelidade do que as formas de entrevista menos estruturadas. A recolha de dados foi realizada pelo investigador, preferencialmente ao prestador de cuidados principal e é o investigador quem regista as respostas dadas pelo inquirido. Uma vantagem deste instrumento é existir a possibilidade do entrevistador, que está presente, poder explicar melhor a questão no caso de haver dificuldade na interpretação de questões por parte de alguns inquiridos.

Os dados foram recolhidos no domicílio de cada entrevistado, “porta a porta”, pelos 5 investigadores que incluem o projecto global, no período de Outubro a Dezembro de 2010, identificando-se como enfermeiros e apresentando o respectivo cartão da Ordem dos Enfermeiros.

O formulário referente à avaliação da dependência foi desenvolvido no âmbito do trabalho de Duque (2002). No que se refere aos recursos foi construído de raiz para os estudos já referidos. Foi sustentado na pesquisa bibliográfica referente à temática; na legislação em vigor no que se reporta a ajudas técnicas a pessoas com dependência; na consulta a casas especializadas e ainda através de consenso entre os investigadores envolvidos nos projectos em curso.

3.7 TÉCNICA DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

O processo de lançamento dos dados foi realizado através do software TELEFORM, na ESEP, que faz a leitura de caracteres manuscritos, sem a intervenção de leitura humana, reduzindo o risco de erro. Estes dados, depois de corrigidas as inconformidades detectadas, foram tratados estatisticamente pelo Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18. Recorrendo às estatísticas descritivas, pretende-se resumir a informação numérica de uma forma estruturada, com o objectivo de se obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra (Fortin, 2009). Utilizam-se medidas de estatística descritiva com distribuição de frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central (médias) e de dispersão (desvio padrão). Aplicaram-se testes estatísticos, estatísticas inferenciais, para determinar se as relações observadas entre certas variáveis são estatisticamente significativas. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado como medida de associação entre duas variáveis. Trata-se de uma medida de associação entre variáveis quantitativas, indicando que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou no sentido inverso. Foi também utilizado o Teste de *Anova* para as variáveis explicativas com mais de duas categorias. A questão central desta análise consiste em saber se as populações têm ou não médias iguais para as variáveis que se pretendem testar. Os resultados obtidos serão considerados como estatisticamente significativos quando $p < 0,05$ ou equivalentemente quando consideramos um intervalo de confiança de 95%.

Por fim, apresentaremos os dados obtidos em gráficos e tabelas, para ter uma visão global dos resultados e facilitar a sua interpretação e tirar conclusões a partir dos resultados obtidos.

3.8 QUESTÕES ÉTICAS

Qualquer investigação que se realize com seres humanos levanta questões éticas e morais. Um consentimento para ser legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida. Para ser esclarecido a lei estabelece o dever de informação. A informação

deve conter os elementos essenciais à participação do sujeito (Fortin, 2009). Neste estudo a colheita de dados foi realizada na comunidade, e 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, a finalidade deste, foi garantida a protecção do anonimato e a confidencialidade dos dados, e garantido a possibilidade de recusar de continuar a participação no estudo a qualquer momento. Foram mantidos durante todo o processo os direitos fundamentais das pessoas: o direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. O formulário só foi aplicado após consentimento livre e esclarecido dos participantes. O presente estudo é do conhecimento da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos. Assim, organizámos os resultados em três partes: na primeira parte, apresentam-se os resultados relativos à caracterização das pessoas dependentes e dos prestadores de cuidados. Na segunda parte será apresentada a análise descritiva referente aos recursos distribuídos por autocuidado, os recursos considerados necessários, utilizados, desejados e razão da não utilização. Por fim, a análise inferencial onde se identificaram relações significativas entre variáveis. Os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas e dados descritivos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram aplicados 2126 questionários em todas as freguesias, no concelho de Paços de Ferreira, num estudo abrangente, que nos revelou uma perspectiva bem maior do que os itens que comporta o formulário. Obtiveram-se 2115 (99,5%) famílias que aceitaram participar no estudo, constituindo a nossa amostra, dado que 11 (0,5%) não aceitaram participar no estudo. Destas 11 famílias que não aceitaram participar 8 (3,2%) referiram ter dependentes a seu cargo. Excluindo portanto os que não pretendem participar no estudo temos uma amostra de 241 (96,8%) pessoas dependentes de ajuda de pessoa e/ou de equipamento para o autocuidado. Destes dados salientamos a elevada taxa de adesão ao estudo por parte da amostra - 99,5%. (Tabela 3)

	PARTE I		PARTE II	
	Inquérito preliminar/Caracterização		Formulário PCD	
	n	%	n	%
Aceita responder	2115	99,5	241	96,8
Não aceita responder	11	0,5	8	3,2
Total	2126	100	249	100

Tabela 3 - Número de casos da amostra

4.1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA DOS DEPENDENTES

Caracterizar-se-ão os 241 dependentes encontrados neste estudo face às variáveis já apresentadas anteriormente (tabela 4), ressaltando que em algumas dessas variáveis o n poderá ser diferente (inferior) a 241, devido a *missings* nos questionários. Estes *missings* podem estar relacionados com o facto do software TELEFORM ter dificuldade em proceder à leitura da escrita humana. Para além disso, há questões que não se reportam a todas as situações.

A idade mínima encontrada num dependente foi de 7 anos e a máxima de 97, sendo a média de 67,6 anos e o desvio padrão de 21,5 anos. De referir que neste estudo foram incluídas também as crianças com dependência não esperada para a idade, vítimas de doença ou acidente. Os dependentes são em 53,1% dos casos mulheres e em 46,9% homens, verificando-se pouca diferença entre géneros. Ainda assim esta taxa superior nas mulheres talvez seja devida à esperança média de vida superior neste género. Os dependentes são casados ou a viver em união de facto em 41,7% dos casos, seguido dos viúvos em 37,1% casos, 20,8% são solteiros e apenas 1 (0,4%) é divorciado. Todos os dependentes são de nacionalidade portuguesa. Salienta-se o elevado nível de iliteracia da amostra, sabendo-se que a taxa de analfabetismo segundo o INE (Censos 2001) é de 9,03%, obtiveram-se 44,6% dos dependentes sem escolaridade; 41,3% têm o 1º ciclo do ensino básico, apenas 7,9% com o 2º ciclo e 6,3% da amostra com o 3º ciclo e graus de escolaridade superiores. Esta diferença significativa é justificada pelo grupo etário deste estudo – maioritariamente idosos que são um grupo com baixa escolaridade.

	n	%
Sexo		
Feminino	128	53,1
Masculino	113	46,9
Total	241	100
Estado civil		
Casado/União de facto	100	41,7
Solteiro	50	20,8
Viúvo	89	37,1
Divorciado	1	0,4
Total	240	100
Nacionalidade		
Portuguesa	241	100
Não Portuguesa	-	-
Total	241	100
Nível de escolaridade		
Nenhum	107	44,6
Ensino básico -1.º ciclo	99	41,3
Ensino básico - 2.º ciclo	19	7,9
Ensino básico - 3.º ciclo	7	2,9
Ensino secundário	3	1,3
Ensino superior	5	2,1
Total	240	100

Tabela 4 – Caracterização sócio demográfica dos dependentes

Relativamente à profissão, 92,9% são inactivos: destes dados salienta-se que 81,5% são pensionistas/reformados; e 4,2% são estudantes, reportando-se estes dados ao grupo de dependentes que são ainda crianças. 7,1% dos dependentes tem uma profissão activa/ está empregado. (Tabela 5)

Profissão	n	%
População activa/ empregada		
Pessoal administrativo e similares	1	0,4
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	1	0,4
Operários, artificies e trabalhadores similares	3	1,3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	0,4
Trabalhadores não qualificados	2	0,8
Outra	9	3,8
Sub-total	17	7,1
População inactiva		
Doméstico	13	5,5
Desempregado	4	1,7
Pensionista / Reformado	194	81,5
Estudante	10	4,2
Sub-total	221	92,9
Total	238	100

Tabela 5 – Profissão dos dependentes

Os dados referentes ao tipo de edifício e características do alojamento encontram-se na tabela 6 onde o edifício clássico do tipo moradia é o mais frequente (83,8%), mas apenas 26,1% dos alojamentos possui acesso a PMC.

Água canalizada, instalação de banho ou duche, aquecimento e retrete, apesar de recursos essenciais não abrangem ainda a totalidade da população como se verifica na tabela referida. A necessidade de reparações no alojamento foi considerada pelo investigador como pequenas em 33,6% das habitações, seguido de médias em 29% das habitações.

	n	%
Tipo de edifício		
Clássico: apartamento	25	10,4
Clássico: moradia	202	83,8
Clássico: outro tipo	10	4,2
Não clássico	4	1,7
Total	241	100
Características do alojamento		
Acessibilidade a PMC	63	26,1
Água canalizada	213	88,4
Instalação de banho ou duche	227	94,2
Aquecimento	122	50,6
Retrete	231	95,85
Necessidade de reparações		
Muito grandes	5	2,1
Grandes	26	10,8
Médias	70	29,0
Pequenas	81	33,6
Nenhumas	1	24,5
Total	241	100

Tabela 6 – Caracterização do alojamento

O rendimento do agregado familiar encontra-se distribuído por intervalos (Tabela) onde se verifica que a maior fatia da amostra se inclui nos rendimentos entre 1001 e 2000€ (38,2%), seguido do intervalo 501 e 1000€ (27%). Não existem agregados com rendimento inferior a 250€. Enfatiza-se que o rendimento apresentado é por agregado, independentemente do número de pessoas que o constitui. A relação entre o factor económico e a prestação de cuidados é evidente, tal como refere Vicente (2001) citado por Andrade (2009), o baixo rendimento tem uma relação directa com o abandono do autocuidado, dieta desequilibrada e com problemas de saúde dos cuidadores. Relativamente ao tipo de família (tabela 7), a família clássica com um núcleo corresponde a 61,9% do total de famílias.

	n	%
Rendimento do agregado familiar		
De 251 a 500 euros	12	5,0
De 501 a 1000 euros	65	27,0
De 1001 a 2000 euros	92	38,2
De 2001 a 5000 euros	61	25,3
Mais de 5000 euros	12	5,0
Total	241	100
Tipo de família		
Clássica sem núcleos	39	16,5
Clássica com um núcleo	146	61,9
Clássica com dois núcleos	50	20,7
Clássica com três núcleos	1	0,4
Total	236	100

Tabela 7 – Rendimento do agregado familiar e tipo de família

4.1.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS DEPENDENTES

A situação que originou a dependência foi em 61% dos casos a doença crónica, seguida do envelhecimento (28,2%), acidente (10%) e doença aguda (7,9%). A dependência pode, contudo, ter sido originada por mais de uma destas situações em simultâneo e as várias respostas foram consideradas. A instalação da dependência foi gradual em 66,5% dos dependentes e súbita em 33,5%. Relativamente ao tempo de dependência este varia desde 1 mês até 44 anos, sendo a média de 11,5 anos e o desvio padrão de 11,1 anos. Um estudo realizado por Marote e colaboradores (2005) que estudou a realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da região autónoma da madeira, evidenciou resultados pertinentes que corroboram esta investigação. Dos resultados obtidos salienta-se que as mulheres surgem também como o sexo mais dependente (65,1%), e a doença crónica surge como o principal motivo de dependência (90,9%).

97,5% da amostra é consumidora de medicamentos, sendo também este o autocuidado onde se encontrou uma maior dependência. 93,8% da amostra não esteve internada no último ano, contra 6,2% com dois, três e mais de três internamentos. Não existiram dependentes com um internamento apenas, no último ano. Recorreram ao serviço de urgência no último ano 18,7% (duas vezes); 10,8% (três vezes) e 1,6% (mais de três vezes). Mas a grande maioria 68,9%, não recorreu nenhuma vez ao serviço de urgência no último ano e também não existiram situações de apenas um único recurso ao serviço de urgência.

4.1.3 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS

A caracterização dos prestadores é relativa às variáveis sócio demográficas já utilizadas para caracterizar os dependentes no autocuidado. Ressalva-se de novo que em algumas dessas variáveis o n poderá ser diferente (inferior) a 241, devido a *missings nos* questionários. Consideramos neste estudo o prestador de cuidados principal, e no caso de existir, o prestador de cuidados secundário. Os 241 dependentes deste estudo, tem respectivamente 241 cuidadores principais (perfil 1) e em 32 casos, existe um prestador de cuidados secundário (perfil 2). Os dados constam da tabela 8, referente à idade dos prestadores de cuidados, evidenciando que a diferença de médias de idades entre os dois grupos não é significativa e é superior a 54,6%.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade				
Prestador de cuidados Perfil 1	18	82	56,3	12,4
Prestador de cuidados Perfil 2	26	89	54,6	18,1

Tabela 8 – Idade do prestador de cuidados – Perfil1 e Perfil 2

No que se refere à distribuição dos prestadores de cuidados por sexo, estado civil, nacionalidade e escolaridade os dados estão disponíveis na tabela 9. É evidente a predominância do sexo feminino (89,6%) como prestador de cuidados principal e

uma diferença não tão significativa (56,3%) no prestador de cuidados secundário. Estes resultados estão de acordo com os resultados de estudos referidos anteriormente (Brito, 2000; Lage, 2007, Teixeira, 2009, Araújo, 2009), que evidenciam a predominância da mulher na prestação de cuidados. Os prestadores de cuidados são de nacionalidade portuguesa em todos os casos, e casados em 75,9% (PF1) e em 87,5% (PF2) dos casos. Na escolaridade, evidenciam-se diferenças se comparados com os resultados do dependente, em que a escolaridade mais frequente do prestador de cuidados (PF1 e PF2) é o 1º ciclo com 50,6% e 41,9% respectivamente, e o 2º ciclo com 14,9% (PF1) e 22,6% (PF2). Este aumento do nível de escolaridade deve-se ao facto de serem relativos a um grupo mais novo da população comparativamente com o grupo de dependentes.

	Prestador de cuidados Perfil 1		Prestador de cuidados Perfil 2	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	216	89,6	18	56,3
Masculino	25	10,4	14	43,7
Total	241	100	32	100
Estado civil				
Casado/União de facto	183	75,9	28	87,5
Solteiro	35	14,5	3	9,4
Viúvo	15	6,2	1	3,1
Divorciado	8	3,3	-	-
Total	241	100	32	100
Nacionalidade				
Portuguesa	241	100	32	100
Não Portuguesa	-	-	-	-
Total	241	100	32	100
Nível de escolaridade				
Nenhum	27	11,2	2	6,5
Ensino básico - 1.º ciclo	122	50,6	13	41,9
Ensino básico - 2.º ciclo	36	14,9	7	22,6
Ensino básico - 3.º ciclo	27	11,2	4	12,9
Ensino secundário	16	6,6	2	6,5
Ensino superior	13	5,4	3	9,7
Total	241	100	31	100

Tabela 9 – Caracterização do prestador de cuidados – Perfil 1 e Perfil 2

Na profissão, verifica-se que os prestadores de cuidados são em 63,9% (PF1) inactivos, distribuindo-se maioritariamente por domésticos (33,6%), reformados (21,2%), seguido por elementos activos/ empregados.

No prestador de cuidados secundário, a tendência é inversa. Com maior percentagem de elementos activos/ empregados (56,2%) a prestar cuidados.

Ao nível da profissão activa, salienta-se a maioria relacionada com actividades no sector primário (Tabela 10).

Almeida e colaboradores (2005) investigaram a transição do doente para a família e observou resultados similares no que respeita à escolaridade e à profissão, em que os prestadores de cuidados e dependentes apresentam igualmente um grau de escolaridade baixo e que em consequência disso possuem uma profissão ligada ao sector primário.

	Prestador de cuidados		Prestador de cuidados	
	Perfil 1		Perfil 2	
	n	%	n	%
Profissão				
População activa/ empregada				
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	7	2,9	1	3,1
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	9	3,7	2	6,3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	0,8	1	3,1
Pessoal administrativo e similares	13	5,4	3	9,4
Pessoal dos serviços e vendedores	13	5,4	5	15,6
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	1	0,4	1	3,1
Operários, artificies e trabalhadores similares	25	10,4	2	6,3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	5	2,1	1	3,1
Trabalhadores não qualificados	10	4,1	2	6,3
Outra	2	0,8	-	-
Sub-total	87	36,0	18	56,2
População inactiva				
Doméstico	81	33,6	3	9,4
Desempregado	22	9,1	2	6,3
Pensionista / Reformado	51	21,2	9	28,1
Sub-total	154	63,9	14	43,8
Total	241	100	32	100

Tabela 10 – Profissão dos prestadores de cuidados – Perfil 1 e Perfil 2

Os dependentes co-habitam com o prestador de cuidados principal em 89,4%, e em 74,2% dos prestadores de cuidados secundários. Uma realidade semelhante à encontrada por Marote e colaboradores (2005) cuja co-habitação corresponde a 81,5%, e 66,7% foi o resultado obtido por Almeida e colaboradores (2005). Andrade (2009, p.53) refere que a co-habitação é uma variável determinante na prestação de cuidados “a variável coabitação influencia de forma diferente cada uma das dimensões do cuidado. (...) o apoio instrumental pode ser afectado pela relação familiar,

proximidade geográfica e necessidade (problemas de saúde ou vivência solitária)”. Relativamente ao parentesco entre dependente e prestador de cuidados, o prestador é em 42,7% dos casos filho/filha do dependente, marido/esposa (27,8%) ou pai/mãe (16,2%) no prestador de cuidados PF1. No PF2 a percentagem maior referem-se aos prestadores de cuidados que são pais. O número ainda considerável de pais prestadores de cuidados, referem-se aos dependentes mais novos deste estudo, as crianças e jovens. Os filhos são, então, como verificamos o maior grupo de prestador de cuidados, mas o cônjuge tem também uma grande expressividade (27,8% e 21,9%, PF1 e PF2, respectivamente) do que se depreende que existe uma percentagem considerável de idosos a cuidar de idosos, provavelmente muitas delas com dificuldades e limitações na prestação de cuidados (Tabela 11). Marote e colaboradores (2005) obtiveram resultados diferentes no que se refere ao parentesco, sendo que o prestador de cuidados é predominantemente a esposa (91,5%) e depois os filhos (49,3%). Andrade (2009) também refere a predominância dos membros familiares na prestação de cuidados (88%) contra 12% de cuidados fornecidos pelo sistema de saúde formal.

	Prestador de cuidados		Prestador de cuidados	
	Perfil 1		Perfil 2	
	n	%	n	%
Parentesco				
Marido / Esposa	67	27,8	7	21,9
Pai/Mãe	39	16,2	11	34,4
Filho/Filha	103	42,7	7	21,9
Irmão/Irmã	10	4,1	1	3,1
Afinidade (nora; padraсто; cunhado)	10	4,1	4	12,5
Sem grau de parentesco	6	2,5	1	3,1
Outra	6	2,5	1	3,1
Total	241	100	32	100
Coabitação com a pessoa dependente				
Sim	193	89,4	23	74,2
Não	48	10,6	8	25,8
Total	241	100	31	100

Tabela 11 – Parentesco e co-habitação com a pessoa dependente - Perfil 1 e Perfil 2

Obtivemos a distribuição seguinte (Tabela 12) de dependentes nas 16 freguesias do concelho de Paços de Ferreira, que resulta numa taxa média de dependentes de 11,7%. A freguesia com maior número de dependentes é Modelos com 17,1% de dependentes e no extremo desta tabela com a menor taxa de dependentes encontra-se a freguesia de Penamaior com 6,2%. A taxa de dependentes obtida revela que a maioria dos dependentes existentes no concelho, encontram-se ao cuidado da família, em contraposição ao internamento em instituição. A justificação para este facto pode ser dada por Imaginário (2002) citado por Almeida (2005, p30) que defende que: “Esta orientação pode dever-se às vivências e as relações de convivalidade em meio rural, sendo consideradas como promotoras de uma cultura familiar que privilegia os idosos e as suas necessidades de cuidados.”

	n (amostra)	n (dependentes)	%
Arreigada	59	10	17,0
Carvalhosa	139	18	13,0
Codessos	32	5	15,6
Eiriz	111	15	13,5
Ferreira	131	14	10,7
Figueiró	100	14	14,0
Frazão	152	20	13,2
Freamunde	280	45	16,1
Lamoso	52	4	7,7
Meixomil	132	10	7,6
Modelos	70	12	17,1
Paços de Ferreira	212	25	11,8
Penamaior	241	15	6,2
Raimonda	172	14	8,1
Sanfins de Ferreira	147	11	7,5
Seroa	96	9	9,4
TOTAL	2126	241	11,7

Tabela 12 – Distribuição dos dependentes por freguesia

4.1.4 DISTRIBUIÇÃO DE DEPENDENTES POR AUTOUIDADO DE ACORDO COM A DEPENDÊNCIA

Os 241 dependentes foram caracterizados em função de 4 tipos de dependência, como se visualiza na tabela 13: dependente, não participa; necessita de ajuda de pessoa; necessita de equipamento; completamente independente, distribuídos numa tabela de frequências por domínio de autocuidado, em que:

- Dependente, não participa – individuo totalmente dependente, incapaz de realizar a actividade;
- Necessita de ajuda de pessoa) – individuo que realiza (inicia e / ou completa) a actividade mas com ajuda de uma pessoa;
- Necessita de equipamento – individuo que é capaz de realizar a actividade mas com auxílio de equipamento;
- Completamente independente – indivíduo independente na realização da actividade.

Da análise da tabela, salienta-se que, no geral, o maior grupo de dependentes necessita de ajuda de pessoa, o segundo grupo corresponde aos completamente independentes, em terceiro lugar, os dependentes que não participam e por fim, os dependentes que necessitam de auxílio de equipamento. O autocuidado tomar a medicação é o que tem o maior número de dependentes que não participam, bem como os que necessitam de ajuda de pessoa. É ainda o que tem menos indivíduos completamente independentes e nenhum a necessitar só de equipamento, de onde se conclui ser o autocuidado com maior dependência. Tomar a medicação revela-se assim, um autocuidado que exige elevada substituição ou participação, por parte do prestador de cuidados, o que é compreensível pois, associado à influência que tem no estado de saúde do doente e às competências que exige (leitura, compreensão, rotina, técnica no caso de pesquisa de glicemia capilar e administração de insulina, por exemplo), os prestadores de cuidados assumem mais rapidamente esta tarefa, reduzindo assim o risco de erro. Por outro lado, usar a cadeira de rodas, é onde existem menos dependentes, ou seja, 27. Elevar-se, virar-se e transferir-se constitui um grupo que inclui entre 34 a 38 dependentes que não participam no autocuidado, logo, necessitam de substituição por parte do prestador de cuidados, o que corresponde a uma percentagem de 14 a 15% do total de dependentes que são considerados “acamados”, pois já não possuem capacidades de sozinhos, saírem ou mobilizarem-se na cama. Nesta perspectiva, é facilmente compreensível que um

número considerável de recursos seja necessário para auxiliar no desempenho do papel de prestador de cuidados.

AUTOCUIDADO:	Dependente, não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tomar banho	45	18,8	153	64,0	1	0,4	40	16,7
Vestir-se e despir-se	37	15,4	159	66,3	2	0,8	42	17,5
Arranjar-se	39	16,3	160	66,7	2	0,8	39	16,3
Alimentar-se	36	14,9	166	68,9	5	2,1	34	14,1
Elevar-se	34	14,1	57	23,7	41	17,0	109	45,2
Usar o sanitário	40	16,6	111	46,1	15	6,2	75	31,1
Virar-se	34	14,1	38	15,8	12	5,0	157	65,1
Transferir-se	38	15,8	68	28,2	33	13,7	102	42,3
Usar cadeira de rodas	27	36,5	21	28,4	1	1,4	25	33,8
Andar	31	13,3	113	48,5	47	20,2	42	18,0
Tomar medicação	54	22,7	166	69,7	0	0	18	7,6

Tabela 13 – Distribuição de dependentes por autocuidado de acordo com a dependência

4.2 EQUIPAMENTOS POR DOMÍNIO DE AUTOCUIDADO

Os recursos estudados neste trabalho dividem-se entre equipamentos, recursos complementares, recursos profissionais e serviços. Os equipamentos são analisados segundo o domínio do autocuidado que integram, e nos seguintes parâmetros: necessário; utilizado, desejado e razão para a não utilização. Os equipamentos considerados necessários resultam da avaliação realizada pelos investigadores em campo, que de acordo com a dependência de cada indivíduo, determinam o equipamento adequado. O parâmetro “utilizado” refere-se ao equipamento que tendo sido considerado adequado, é utilizado pelo dependente. Os equipamentos “desejados” são os que são pretendidos pelo dependente/ prestador de cuidados mas não os possuem. As “razões para a não utilização” identificam as causas da não utilização e dividem-se entre as seguintes: económica,

desconhecimento da forma de aceder ao recurso, desconhecimento da forma de funcionamento, limitações da residência, outras razões.

Para cada equipamento é determinada a taxa global de recursos necessários (segundo a fórmula: número de recursos / número de dependentes por autocuidado X 100); a taxa de recursos utilizados (traduz a média de utilização dos recursos tendo por base os recursos considerados necessários, ou seja, na fórmula: recursos utilizados / recursos necessários X 100), a taxa de recursos desejados (recursos desejados / recursos necessários X 100) e a taxa de cada uma das razões da não utilização dos recursos (razão da não utilização / recursos necessários X 100). É ainda apresentada em cada tabela, o número total de equipamentos necessários por autocuidado.

São considerados equipamentos todos os instrumentos que auxiliam o autocuidado quer sejam utilizados pelos dependentes ou pelo prestador de cuidados. Podem ter uma função substitutiva, ou promotora da independência. São sempre facilitadores do autocuidado. Neste sentido, Fernandes e colaboradores (2002, p.34) refere que “a utilização de ajudas técnicas, cuja acessibilidade tem vindo a aumentar ultimamente, embora a sua divulgação e informação entre potenciais utilizadores e entre os próprios profissionais de saúde fique ainda aquém do desejável, pode ser um elemento e um factor importante, quando devidamente utilizadas na recuperação de situações de dependência.”

4.2.1 AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO

No autocuidado tomar banho, os resultados apontam para uma taxa global de utilização dos recursos de 38,5%, tendo este conjunto de recursos sido considerado necessário em 39,9% dos 199 dependentes neste autocuidado. Daqui se depreende, que o seu uso está francamente inferior ao que é necessário, pois existem 61,5% de dependentes que não beneficiam do uso dos recursos necessários. Salienta-se a taxa de utilização do antiderrapante de 92,2%, como o recurso mais utilizado neste autocuidado, bem como o mais necessário em 166 dependentes. É um recurso utilizado por 68,9% de todos os dependentes. Em contrapartida o lava cabeças para acamados é usado apenas por 4 dependentes, tendo sido considerado necessário em 24, traduzindo-se numa taxa de utilização deste recurso em 16,7%. (tabela 14)

AUTOCUIDADO: Tomar banho	Necessário (juízo do enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Assento suspenso para banheira	61	30,7	27	44,3	59	96,7
Barras de apoio para o banho	154	77,4	27	17,5	136	88,3
Cadeira de banho (fixa/giratória)	84	42,2	26	31,0	76	90,5
Cadeira higiénica	50	25,1	24	48,0	42	84,0
Elevador de banheira	15	7,5	3	20,0	15	100,0
Lava cabeças para acamados	24	12,1	4	16,7	22	91,7
Antiderrapante	166	83,4	153	92,2	159	95,8
Total/Média	554	39,9	264	38,5	509	92,4

Tabela 14 – Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: tomar banho

As razões para a não utilização dos recursos considerados necessários no autocuidado tomar banho constam da tabela 15 e são, no global, para todos os recursos, económicas em 29,6% dos casos, “outras razões” surge como a segunda razão com 14% como justificação para a não utilização do recurso.

O recurso que reúne mais razões para a não utilização é a cadeira de banho (fixa/giratória) com 65,5% de “outras razões” a justificar a não utilização deste recurso considerado necessário.

AUTOCUIDADO: Tomar banho	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Assento suspenso para banheira	22	36,1	5	8,2	2	3,3	5	8,2	2	3,3
Barras de apoio para o banho	44	28,6	3	1,9	1	0,6	30	19,5	18	11,7
Cadeira de banho (fixa/giratória)	28	33,3	14	16,7	-	-	3	3,6	55	65,5
Cadeira higiénica	15	30	5	10,0	-	-	1	2,0	4	8,0
Elevador de banheira	8	53,3	2	13,3	-	-	2	13,3	-	-
Lava cabeças para acamados	6	25,0	9	37,5	2	8,3	-	-	1	4,2
Antiderrapante	2	1,2	-	-	-	-	-	-	9	5,4
Total/Média	125	29,6	38	12,5	5	1,7	41	6,7	89	14,0

Tabela 15 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para tomar banho

4.2.2 AUTOCUIDADO: VESTIR-SE E DESPIR-SE

Para o autocuidado vestir-se, onde existem 37 pessoas dependentes que não participam e 159 que necessitam de ajuda de pessoa, definiram-se 5 equipamentos auxiliares deste autocuidado, sendo utilizados 326 destes equipamentos no universo de todos os dependentes, com uma taxa média global de utilização destes recursos de 25,3%.

Ainda mais baixa do que no autocuidado anterior (tomar banho) devido provavelmente à substituição do dependente por parte do cuidador, sem recurso aos equipamentos que poderiam promover a independência destes indivíduos. Destacam-se os cordões elásticos com uma taxa de utilização de 76%. (tabela 16)

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se	Necessário (juízo do enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Abotoador	52	26,3	4	7,7	45	86,5
Calça meias/tira meias	86	43,4	10	11,6	60	69,8
Calçadeira de cabo longo	91	46,0	11	12,1	63	69,2
Cordões elásticos	50	25,3	38	76,0	46	92
Extensões para fechos de correr	47	23,7	9	19,1	41	87,2
Total/Média	326	32,9	72	25,3	255	80,9

Tabela 16 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: vestir-se e despir-se

As razões da não utilização, são, com uma diferença significativa em relação aos restantes motivos, o desconhecimento da forma de aceder ao recurso (42,7%), o desconhecimento da forma de funcionamento foi pouco referido pelos inquiridos, bem como as razões económicas (ambas com 6,8%). As limitações da residência não são aplicáveis a estes equipamentos (tabela 17).

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Abotoador	3	5,8	32	61,5	7	13,5	-	-	3	5,8
Calça meias/tira meias	6	7,0	35	40,7	14	16,3	-	-	17	19,8
Calçadeira de cabo longo	6	6,6	36	39,6	2	2,2	-	-	29	31,9
Cordões elásticos	3	6,0	5	10,0	-	-	-	-	2	4,0
Extensões para fechos de correr	4	8,5	29	61,7	1	2,1	-	-	2	4,3
Total/Média	22	6,8	137	42,7	24	6,8	-	-	53	12,4

Tabela 17 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para tomar banho

4.2.3 AUTOUIDADO: ARRANJAR-SE

O arranjar-se surge como o autocuidado com menos equipamentos atribuídos, apenas o pente de cabo longo e o espelho inclinável (tabela 18). Tem uma das taxas de recursos necessários mais baixas (27,6%) e é utilizado por 58,1% dos 201 dependentes a quem foi considerado necessário. Contudo, existem ainda um número considerável de dependentes neste autocuidado: 39 totalmente dependentes, 160 a necessitarem de ajuda de pessoas e apenas 2 que necessitam de equipamento. Mais uma vez, uma tão baixa taxa de utilização dos recursos talvez seja devida à substituição do dependente.

AUTOUIDADO: Arranjar-se	Necessário (juízo do enfermeiro)		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pente de cabo longo	66	32,8	18	27,3	51	77,3
Espelho inclinável	45	22,4	40	88,9	44	97,8
Total/Média	111	27,6	58	58,1	95	87,6

Tabela 18 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: arranjar-se

As razões para a não utilização, são em 20,8% o desconhecimento da forma de aceder ao recurso. Outras razões em 9,9% dos casos e a razão económica justifica 6,4% dos casos. Não existem limitações da residência (tabela 19).

AUTOUIDADO: Arranjar-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pente de cabo longo	4	6,1	26	39,4	3	5,6	-	-	13	19,7
Espelho inclinável	3	6,7	1	2,2	-	-	-	-	-	-
Total/Média	7	6,4	27	20,8	3	2,8	-	-	13	9,9

Tabela 19 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para arranjar-se

4.2.4 AUTOUIDADO: ALIMENTAR-SE

O autocuidado alimentar-se mobiliza nove equipamentos auxiliares que são necessários a 23,4% dos 207 dependentes neste autocuidado (tabela 20). Com uma taxa de utilização de 54%, denota uma participação mais elevada dos dependentes na alimentação comparativamente com outros autocuidados. Contudo, apenas 5 dependentes são autónomos com o uso do equipamento. Existem 166 a necessitar de ajuda de pessoa e 36 dependentes que não participam, necessitando portanto, de substituição completa. Provavelmente por exigir o dispêndio de bastante tempo ao longo do dia, devido às diversas refeições, existe por parte dos prestadores de cuidados o cuidado ao acesso a equipamentos auxiliares que promovam a independência, ou redução da dependência, neste autocuidado. E também porque é um autocuidado que responde a uma necessidade humana básica que está intrinsecamente ligada à sobrevivência do sujeito. O babete com 90,1% e o suporte de palhinha para copo (71,8%) são os recursos mais utilizados.

AUTOUIDADO: Alimentar-se	Necessário (juízo do enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Abridor de frascos	70	33,8	26	37,1	46	65,7
Adaptador de talheres	51	24,6	23	45,1	47	92,2
Babete	101	48,8	91	90,1	90	89,1
Copo adaptado	47	22,7	26	55,3	43	91,5
Garfo flexível	32	15,5	18	56,3	31	96,9
Mesa de comer na cama	16	7,7	7	43,8	13	81,3
Rebordo para prato	49	23,7	15	30,6	44	89,8
Suporte de copos	30	14,6	17	56,7	25	83,3
Suporte de palhinha para copo	39	18,8	28	71,8	37	94,9
Total/Média	435	23,4	251	54,2	376	87,2

Tabela 20 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: alimentar-se

Com uma elevada taxa de recursos utilizados, as respectivas razões de não utilização são francamente menores, mas destas evidenciamos o desconhecimento da

forma de aceder ao recurso com 13,8%. De novo, não existem limitações da residência para estes equipamentos (tabela 21).

AUTOCUIDADO: Alimentar-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Abridor de frascos	6	8,6	15	21,4	6	8,6	-	-	13	18,6
Adaptador de talheres	10	19,6	7	13,7	8	15,7	-	-	2	3,9
Babete	2	2,0	1	1,0	-	-	-	-	6	5,9
Copo adaptado	5	10,6	8	17,0	2	4,3	-	-	5	10,6
Garfo flexível	6	18,8	6	18,8	1	3,1	-	-	1	3,1
Mesa de comer na cama	5	31,3	1	6,3	-	-	-	-	3	18,8
Rebordo para prato	5	10,2	6	12,2	17	34,7	-	-	7	14,3
Suporte de copos	1	3,3	7	23,3	1	3,3	-	-	1	3,3
Suporte de palhinha para copo	4	10,3	4	10,3	-	-	-	-	2	5,1
Total/Média	44	12,7	55	13,8	35	7,7	-	-	40	9,3

Tabela 21 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para alimentar-se

4.2.5 AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO

O uso do sanitário tem a terceira mais alta taxa de utilização dos recursos com 68,5%, logo após o autocuidado andar e tomar a medicação. Existem 15 dependentes que apenas com o uso do equipamento promovem a sua autonomia, contudo 111 ainda necessitam de ajuda de pessoa e 40 são totalmente dependentes. Os equipamentos mais necessários são as barras de apoio de sanitário, necessárias para 126 dependentes mas usadas apenas por 46 dependentes, com uma taxa de utilização de 36,5%. Em segundo lugar encontra-se o alteador de sanita necessário para 80 dependentes e com uma taxa de utilização de 33,8%. O colector urinário e o saco de colostomia/ileostomia/urina tem uma taxa de utilização de 100% o que se justifica porque são considerados necessários exclusivamente nos casos em que já são utilizados pelo dependente (tabela 22).

AUTOUIDADO: Uso do sanitário	Necessário (juízo do enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Alteador de sanita	80	48,2	27	33,8	74	92,5
Arrastadeira	8	4,8	3	37,5	5	62,5
Barra de apoio de sanitário	126	75,9	46	36,5	115	91,3
Cadeira sanitária	60	36,1	27	45,0	52	86,7
Cueca impermeável	54	32,5	42	77,8	45	83,3
Colector urinário	8	4,8	8	100,0	8	100,0
Fralda	65	39,2	62	95,4	61	93,9
Penso absorvente para incontinência	46	27,7	38	82,6	43	93,5
Penso higiénico	20	12,0	19	95,0	20	100,0
Resguardo	69	41,6	60	87,0	62	89,9
Saco de colostomia/ ileostomia/urina	10	6,0	10	100,0	10	100,0
Urinol	39	23,5	12	30,8	5	12,8
Total/Média	585	29,4	354	68,5	500	83,9

Tabela 22 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: uso do sanitário

As principais razões da não utilização dos recursos necessários são em primeiro lugar outras razões e depois as razões económicas, mas ambas com uma baixa taxa, comparativamente com outros recursos, devido à elevada taxa de utilização destes recursos. As limitações da residência justificam apenas a não utilização dos recursos mais necessários: o alteador de sanita e as barras de apoio de sanitário (tabela 23).

AUTOCUIDADO: Uso do sanitário	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Alteador de sanita	16	20,0	11	13,8	19	23,8	1	1,3	51	63,8
Arrastadeira	2	25,0	-	-	-	-	-	-	2	25,0
Barra de apoio de sanitário	26	20,6	2	1,6	1	0,8	39	31,0	11	8,7
Cadeira sanitária	18	30,0	8	13,3	-	-	-	-	5	8,3
Cueca impermeável	4	7,4	-	-	1	1,9	-	-	6	11,1
Colector urinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fralda	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,5
Penso absorvente para incontinência	3	6,5	-	-	1	2,2	-	-	4	8,7
Penso higiénico	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Resguardo	3	4,3	1	1,4	-	-	-	-	2	2,9
Saco de colostomia/ ileostomia/urina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urinol	2	5,1	9	23,1	1	2,6	-	-	13	33,3
Total/Média	75	10,3	31	4,4	23	2,6	40	2,7	95	13,6

Tabela 23 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para usar o sanitário

4.2.6 AUTOCUIDADO: ELEVAR-SE

Para elevar-se são utilizados mais de 50% dos equipamentos necessários, e são usados por 26,7% dos 132 dependentes no elevar-se (tabela 24). A dependência no elevar-se, como vimos, refere-se a um grupo de pessoas consideradas acamadas (34 pessoas). Contudo, tem uma taxa mais baixa de dependentes com 109 pessoas totalmente independentes, 41 a necessitar de auxílio de equipamento e 57 de ajuda de pessoa. Salienta-se o uso da almofada elevatória como o equipamento com maior taxa de utilização. Destaca-se uma taxa de recursos desejados neste autocuidado superior a 90%.

AUTOCUIDADO: Elevar-se	Necessário (juízo do enfermeiro) / Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Almofada elevatória	44	33,3	28	63,6	41	93,2
Apoio de cabeça anatômico	23	17,4	14	60,9	20	87,0
Apoio de pés	54	40,9	29	53,7	49	90,7
Barras paralelas e apoios da posição de pé	20	15,2	7	35,0	18	90,0
Total/Média	141	26,7	78	53,3	128	90,2

Tabela 24 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: elevar-se

As razões da não utilização são essencialmente económicas (17,7%). As limitações da residência justificam a não utilização das barras paralelas e apoios da posição de pé em 4 situações (tabela 25).

AUTOCUIDADO: Elevar-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamen to		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Almofada elevatória	9	20,5	5	11,4	1	2,3	-	-	-	-
Apoio de cabeça anatômico	4	17,4	2	8,7	1	4,3	-	-	-	-
Apoio de pés	7	13,0	2	3,7	8	14,8	-	-	4	7,4
Barras paralelas e apoios da posição de pé	4	20,0	3	15,0	1	5,0	4	20,0	1	5,0
Total/Média	24	17,7	12	9,7	11	6,6	4	5,0	5	3,1

Tabela 25 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para elevar-se

4.2.7 AUTOCUIDADO: VIRAR-SE

Para o autocuidado virar-se foram atribuídos dez equipamentos, que são utilizados por 46,2% dos 84 dependentes neste autocuidado, como consta na tabela

26. Com uma taxa de utilização de 47,5%, revela que não chegam a metade os dependentes a usarem os equipamentos necessários, embora sejam desejados por 93%. 34 pessoas são totalmente dependentes neste autocuidado e 157 são completamente independentes. É neste autocuidado que se verifica o maior número de pessoas completamente independentes. Como já referimos, a completa dependência no virar-se, é referente ao grupo de pessoas “acamadas”. O suporte para as costas é o recurso mais utilizado com uma taxa de utilização de 71,9%. Não existem dependentes a usar o imobilizador abdominal, mas este equipamento, necessário para 5 dependentes é desejado por 4. Os equipamentos considerados mais necessários pelos investigadores foram as grades de apoio/ segurança, necessários em 83 dependentes (em 84 dependentes neste autocuidado) e utilizada por 66,3%. O colchão anti-úlceras de pressão é utilizado por 61,3% dos dependentes. Um número similar foi obtido por Petronilho (2008) no seu estudo, em que 58,8% dos dependentes dispunham deste recurso.

AUTOCUIDADO: Virar-se	Necessário (juízo do enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Grades de apoio/segurança	83	98,8	55	66,3	80	96,4
Colchão anti-úlceras de pressão	75	89,3	46	61,3	73	97,3
Cotoveleira	11	13,1	3	27,3	11	100,0
Coxim	20	23,8	14	70,0	19	95,0
Transfer de cama (dispositivo para posicionar)	22	26,1	4	18,2	19	86,4
Imobilizador abdominal	5	6,0	-	-	4	80,0
Luva de imobilização	6	7,1	3	50,0	6	100,0
Posicionador de pernas e de pés	55	65,5	37	67,3	50	90,9
Suporte para as costas	64	76,2	46	71,9	59	92,2
Dispositivo de prevenção de pé equino	47	56,0	20	42,6	43	91,5
Total/ Média	388	46,2	228	47,5	364	93,0

Tabela 26 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: virar-se

O desconhecimento da forma de aceder ao recurso e as razões económicas são as principais razões da não utilização de equipamentos com uma taxa de desejados de 93% (tabela 27).

AUTOCUIDADO: Virar-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Grades de apoio/segurança	14	16,9	2	2,4	1	1,2	3	3,6	7	8,4
Colchão anti-úlceras de pressão	20	26,7	2	2,7	-	-	-	-	5	6,7
Cotoveleira	4	36,4	4	36,4	-	-	-	-	-	-
Coxim	4	20,0	2	10,0	-	-	-	-	-	-
Transfer de cama (dispositivo para posicionar)	9	40,9	3	13,6	3	13,6	1	4,5	-	-
Imobilizador abdominal	-	-	2	40,0	2	40,0	-	-	-	-
Luva de imobilização	-	-	2	33,3	-	-	-	-	1	16,7
Posicionador de pernas e de pés	6	10,9	6	10,9	1	1,8	-	-	4	7,3
Suporte para as costas	7	10,9	4	6,3	-	-	-	-	4	6,3
Dispositivo de prevenção de pé equino	8	17,0	8	17,0	8	17,0	-	-	-	-
Total/ Média	72	16,7	35	17,3	15	7,4	4	0,8	21	4,5

Tabela 27 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para virar-se

4.2.8 AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE

Existem 31,6% de dependentes dos 139 dependentes com necessidade de equipamentos para transferir-se (tabela 28). Destes apenas 30,5% utilizam os recursos considerados necessários, mas são desejados por 89,7% dos dependentes/cuidadores.

Verifica-se também aqui uma taxa de utilização de recursos baixa, havendo cerca de 70% dos dependentes sem acesso aos recursos necessários. Sendo o transferir-se um autocuidado que exige bastante esforço físico por parte do prestador de cuidados beneficiaria bastante do uso dos recursos que auxiliassem a sua

realização, já que são 68 os dependentes que necessitam de ajuda de pessoa para o realizar. Salienta-se ainda que 33 pessoas, com recurso ao equipamento adequado, são autónomas para se transferir.

A cabeceira e pés de cama amovíveis são necessários em 20 dependentes, utilizados em 15 e é portanto, o equipamento com maior taxa de utilização. Contudo, o equipamento mais necessário é a cama articulada, que é necessária em 64%, ou seja, para 89 dos dependentes no transferir-se e usada por 58, o que perfaz uma taxa de utilização de 65,2%. Relativamente ao uso da cama articulada Petronilho (2008), obteve uma percentagem de dependentes que usam este recurso um pouco superior, 70,1%. O disco de rotação não é utilizado por nenhum dependente, mas necessário em 9.

AUTOCUIDADO: Transferir-se	Necessário (juízo do enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Barra de apoio	86	61,9	32	37,2	77	89,5
Cabeceira e pés de cama amovíveis	20	14,4	15	75,0	18	90,0
Cama articulada	89	64,0	58	65,2	85	95,5
Elevador de transferência	19	13,7	1	5,3	17	89,5
Transfer leito-cama	40	28,8	2	5,0	34	85,0
Disco de rotação	9	6,5	-	-	8	88,9
Total/Média	263	31,6	108	30,5	239	89,7

Tabela 28 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: transferir-se

As razões da não utilização, tal como em outros autocuidados, são maioritariamente económicas (23,5%) e depois o desconhecimento da forma de aceder ao recurso (21,1%) como se verifica na tabela 29.

AUTOCUIDADO: Transferir-se	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Barra de apoio	18	20,9	3	3,5	-	-	25	29,1	6	7,0
Cabeceira e pés de cama amovíveis	3	15,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-
Cama articulada	22	24,7	4	4,5	-	-	-	-	4	4,5
Elevador de transferência	7	36,8	7	36,8	3	15,8	1	5,3	-	-
Transfer leito-cama	13	32,5	13	32,5	4	10,0	2	5,0	5	12,5
Disco de rotação	1	11,1	4	44,4	3	33,3	-	-	-	-
Total/Média	64	23,5	32	21,1	10	9,9	28	6,6	15	4,0

Tabela 29 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para transferir-se

4.2.9 AUTOCUIDADO: USAR CADEIRA DE RODAS

A cadeira de rodas surge aqui como autocuidado, mas é por si só um recurso utilizado por 74 dos 241 dependentes do estudo. 25 pessoas usam-na de uma forma autónoma, 21 necessita de ajuda de pessoa e 27 são totalmente dependentes. Apenas 1 pessoa beneficia em termos de autonomia com o uso de equipamento.

Existem portanto, 67,3% de dependentes que necessitam de recursos acessórios para usar cadeira de rodas. Estes têm uma taxa de utilização de 66,2%, mais elevada nas rodas anti-queda que são utilizadas por 87,9% dos dependentes.

A taxa de recursos desejados é também superior a 90% tal como na maior de todos os autocuidados (tabela 30). 63,9% foi o número de dependentes obtido por Petronilho (2008) com acesso a este recurso.

AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas	Necessário (juízo do enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Rampa	45	91,8	31	68,9	41	91,1
Rodas anti-queda	33	67,3	29	87,9	31	93,9
Plataforma vertical para cadeira de rodas	21	42,9	10	41,7	19	90,5
Total/Média	99	67,3	70	66,2	91	91,8

Tabela 30 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: usar cadeira de rodas

As limitações da residência são a principal causa apontada para a não utilização destes equipamentos (12,2%) como se facilmente compreende por exigirem mudanças estruturais no domicílio. A segunda razão referida foi o desconhecimento da forma de aceder ao recurso (7,3%). Salienta-se que não foi referido por nenhum cuidador, razões económicas para a não utilização (tabela 31).

AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Rampa	-	-	-	-	-	-	10	22,2	2	4,4
Rodas anti-queda	-	-	1	3,0	-	-	-	-	1	3,0
Plataforma vertical para cadeira de rodas	-	-	4	19,0	1	4,8	3	14,3	-	-
Total/Média	-	-	5	7,3	1	1,6	13	12,2	3	2,5

Tabela 31 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para usar cadeira de rodas

4.2.10 AUTOUIDADO: ANDAR

15,5% dos dependentes são-no para andar, necessitando de equipamentos como o andarilho, bengala, canadiana ou prótese (tabela 32).

A grande fatia deste grupo (113 pessoas) necessita de auxílio de outra para deambular, 47 beneficiam com o uso do equipamento e 42 são completamente independentes. As pessoas dependentes que não participam, correspondem a 31.

A taxa de utilização destes equipamentos é de 80,7%, a taxa mais alta de utilização dos equipamentos de todos os autocuidados. A utilização destes equipamentos proporciona a independência no deambular, razão que justifica a sua elevada taxa de utilização.

AUTOUIDADO: Andar	Necessário (juízo do enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Andarilho	29	15,2	18	62,1	23	79,3
Bengala	92	48,2	73	79,3	73	79,3
Canadiana(s)	27	14,1	22	81,5	23	85,2
Prótese	1	0,5	1	100,0	1	100,0
Total/Média	149	19,5	114	80,7	120	86,0

Tabela 32 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: andar

Dado que existe uma elevada taxa de utilização dos recursos, as razões para a não utilização são francamente menores. Ainda assim, as razões económicas e outras são as principais razões. Não existem casos de desconhecimento da forma de funcionamento nem de limitações da residência para aceder a estes equipamentos (tabela 33).

AUTOCUIDADO: Andar	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Andarilho	5	17,2	1	3,4	-	-	-	-	5	17,2
Bengala	5	5,4	1	1,1	-	-	-	-	13	14,1
Canadiana(s)	1	03,7	-	-	-	-	-	-	4	14,8
Prótese	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total/Média	11	6,6	2	1,1	-	-	-	-	22	11,5

Tabela 33 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para andar

4.2.11 AUTOCUIDADO: TOMAR MEDICAÇÃO

Tomar a medicação é o autocuidado para o qual foram considerados necessários mais equipamentos (820 equipamentos usados pelos 220 dependentes em tomar a medicação), e que tem a segunda maior taxa de utilização dos mesmos, logo a seguir ao andar, com 70,9%. Não existem neste autocuidado dependentes a beneficiarem exclusivamente com o uso do equipamento, e a grande maioria deles (166) são dependentes de outra pessoa. 54% são mesmo totalmente incapazes de fazer a gestão medicamentosa. Apenas 18 são completamente independentes, sendo portanto aqui, por comparação com os outros autocuidados, onde se verifica o menor número de pessoas completamente independentes.

Estes recursos foram considerados necessários em 37,3% dos dependentes neste autocuidado. A elevada taxa de utilização (70,9%) destes equipamentos justifica-se pela importância dada pelos dependentes e cuidadores no cumprimento do regime terapêutico. Os equipamentos relacionados com o controle da Diabetes (maquina de pesquisa de glicemia capilar e caneta de insulina) são dos que registam maior taxa de utilização. A oxigenoterapia e o nebulizador são também um recurso utilizado em 91,7%, e 86,2% dos casos respectivamente, e embora com uma taxa elevada, ressalva-se a necessidade de prescrição médica e de indicação clínica para o uso destes recursos, pelo que nestes casos a taxa de utilização deveria ser de 100%

nos casos considerados necessários como acontece com o uso da caneta de insulina. Por seu lado, Petronilho (2008, p.139) refere ter encontrado resultados pouco satisfatórios no que diz respeito a este autocuidado, já que apenas 4,1% dos cuidadores demonstraram capacidades para o regime medicamentoso e para a pesquisa de glicemia capilar/ administração de insulina (tabela 34).

AUTOCUIDADO: Tomar medicação	Necessário (juízo do enfermeiro)/ Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Aparelho para tensão arterial	161	73,2	77	47,8	142	88,2
Aspirador de secreções	21	9,5	14	58,3	20	95,2
Caixa de comprimidos	211	95,9	95	45,0	151	71,6
Caneta de insulina	39	17,7	39	100,0	39	100,0
Corta comprimidos	65	29,5	41	63,1	59	90,8
Máquina de pesquisa de glicemia capilar	64	29,1	57	89,1	63	98,4
Nebulizador	29	13,2	25	86,2	26	89,7
Oxigenoterapia	24	11,0	22	91,7	21	87,5
Termómetro (para registo de temperatura)	175	79,5	162	92,6	165	94,3
Triturador de comprimidos	31	14,1	11	35,5	12	38,7
Total/Média	820	37,3	543	70,9	698	85,4

Tabela 34 - Recursos necessários, utilizados e desejados para o autocuidado: tomar medicação

As razões para a não utilização prendem-se essencialmente com o desconhecimento da forma de aceder ao recurso em 10,1%, e outras razões em 7,9%, como se verifica na tabela seguinte. Nos recursos associados a prescrição médica como a máquina de pesquisa de glicemia capilar, oxigenoterapia e nebulizador, as razões da não utilização são quase exclusivamente por desconhecimento da forma de aceder ao recurso. As limitações da residência não se aplicam a nenhum destes equipamentos (tabela 35).

AUTOCUIDADO: Tomar medicação	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Aparelho para tensão arterial	51	31,7	1	0,62	13	8,1	-	-	12	7,5
Aspirador de secreções	1	4,8	4	19,0	2	9,5	-	-	-	-
Caixa de comprimidos	12	5,7	29	13,7	12	5,7	-	-	56	26,5
Caneta de insulina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corta comprimidos	1	1,5	13	20,0	1	1,5	-	-	5	7,7
Máquina de pesquisa de glicemia capilar	-	-	4	6,3	3	4,7	-	-	-	-
Nebulizador	-	-	3	10,3	-	-	-	-	-	-
Oxigenoterapia	-	-	2	8,3	-	-	-	-	-	-
Termómetro (para registo de temperatura)	2	1,1	-	-	-	-	-	-	8	4,6
Triturador de comprimidos	1	3,2	7	22,6	1	3,2	-	-	10	32,3
Total/Média	68	4,8	63	10,1	32	3,3	-	-	91	7,9

Tabela 35 – Razão da não utilização dos recursos considerados necessários para tomar medicação

4.2.12 RECURSOS COMPLEMENTARES

Outros equipamentos, não associados a nenhum autocuidado, foram considerados como recursos complementares.

Estes são necessários em 8,7% do total de dependentes e têm uma taxa de utilização de 48%. O telefone/telemóvel tem a maior taxa de utilização dos recursos com 92,8%. Por outro lado, a pinça para alcançar objectos é usada apenas por 5,6% dos casos considerados necessários (tabela 36).

Recursos complementares	Necessário (juízo do enfermeiro) / Taxa global		Utilizado/ Taxa de recursos utilizados		Desejado/ Taxa de recursos desejados	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Dispositivo de chamada	54	22,4	20	37,0	44	81,5
Material de instrução e aprendizagem	64	26,6	50	78,1	60	93,8
Prótese auditiva	63	26,1	38	60,3	58	92,1
Telefone/ telemóvel	97	40,3	90	92,8	83	85,6
Pinça para alcançar objectos	18	7,5	1	5,6	13	72,2
Suporte para cartas	8	3,3	3	37,5	7	87,5
Enfia agulhas	12	5,0	3	25,0	9	75,0
Total/Média	316	8,7	205	48,0	274	84,0

Tabela 36 – Recursos complementares necessários, utilizados e desejados

As razões da não utilização são o desconhecimento da forma de funcionamento em 16,1% dos casos e depois a forma de aceder ao recurso em 12,6%. Mais uma vez, não existem limitações da residência para o uso dos recursos complementares (tabela 37).

Recursos complementares	Razão da não utilização									
	Económica		Desconhecimento da forma de aceder ao recurso		Desconhecimento da forma de funcionamento		Limitações da residência		Outro	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Dispositivo de chamada	4	7,4	7	13,0	12	22,2	-	-	10	18,5
Material de instrução e aprendizagem	2	3,1	2	3,1	4	6,3	-	-	-	-
Prótese auditiva	19	30,2	-	-	-	-	-	-	7	11,1
Telefone/ telemóvel	2	2,1	-	-	1	1,0	-	-	5	5,2
Pinça para alcançar objectos	-	-	4	22,2	6	33,3	-	-	4	22,2
Suporte para cartas	-	-	2	25,0	2	25,0	-	-	-	-
Enfia agulhas	-	-	3	25,0	3	25,0	-	-	2	16,7
Total/Média	27	6,1	18	12,6	28	16,1	-	-	28	10,5

Tabela 37 – Razão da não utilização dos recursos complementares

4.3 UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS POR AUTOUIDADO

De seguida, apresenta-se uma tabela resumo da taxa de utilização dos recursos por autocuidado ordenada por ordem decrescente (tabela 38). Nesta tabela observa-se que 7 dos domínios do autocuidado têm taxas de utilização superior a 50% e 5 com a taxa inferior a 50%, cuja média global fica um pouco acima deste valor com 53,5%. A taxa média de recursos necessários é de 32,5% e a taxa média de utilização dos equipamentos é de 53,5%. Como já havia sido referido, é no andar que se encontra a maior taxa de utilização dos recursos (80,7%), seguida do autocuidado tomar medicação (70,9%), usar o sanitário (68,5%), usar cadeira de rodas (66,2%) e alimentar-se (54,2%). Da análise da tabela parece existir uma tendência para, de um modo geral, associadas às taxas mais elevadas de utilização dos recursos estarem associados autocuidados que se relacionam com aspectos vitais da sobrevivência humana como o alimentar-se, tomar medicação, usar o sanitário, etc. Tomar banho, vestir-se e despir-se, os autocuidados que se relacionam com o tratar do corpo, como a apresentação e o arranjo são dos que apresentam menor taxa de utilização dos recursos, acabando por se traduzir num espelho social, evidenciando a pouca atenção que é dada ao cuidado e à imagem em detrimento de autocuidados considerados indispensáveis à vida e que ocupam os lugares cimeiros da tabela.

As mais altas taxas de utilização dos recursos poderão estar então relacionadas com domínios do autocuidado que se relacionam com aspectos vitais para a sobrevivência, tal como refere Petronilho (2008, p.142) “sendo a nutrição e a gestão da terapêutica dimensões da saúde vitais para a sobrevivência dos doentes, parecem nos provocar nos cuidadores uma necessidade de procura de informação, utilizando frequentemente outras fontes (...)”.

A relevância da utilização dos equipamentos no autocuidado é aqui demonstrada, contudo é um domínio ainda pouco estudado, o que nos impossibilita a análise destes resultados à luz de outros trabalhos. Almeida e colaboradores (2005, p.30) refere que “a prestação de cuidados por parte do cuidador principal assentou, essencialmente, no domínio instrumental, englobando cuidados relativos à alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização, vigilância, acompanhamento aos serviços médicos, responsabilização aquisição dos medicamentos e ajudas técnicas.”; tal como Lopes (2007, p.44): “No decurso das entrevistas, os cuidadores também referiram a necessidade de possuírem algumas ajudas técnicas que facilitassem a mobilização do familiar dependente.” Os autores referidos revelam a importância atribuída aos equipamentos por parte dos prestadores de cuidados, mas o

acesso aos mesmos e a sua utilização não é ainda a ideal e a que traria ganhos importantes em termos de saúde e de promoção da autonomia do dependente e de auxílio e substituição quando usados pelo prestador de cuidados. Contudo, um estudo que incidisse sobre a identificação dos mesmos e sua utilização não foi encontrado, o que demonstra ser uma área ainda pouco explorada e como tal, não nos permite aqui fazer uma análise comparativa.

	Taxa de recursos necessários	Taxa de utilização dos recursos necessários
Taxa de utilização dos recursos por autocuidado	(%)	(%)
Andar	19,5	80,7
Tomar medicação	37,3	70,9
Usar o sanitário	29,4	68,5
Usar cadeira de rodas	67,3	66,2
Arranjar-se	27,6	58,1
Alimentar-se	23,4	54,2
Elevar-se	26,7	53,3
Recursos complementares	8,7	48,0
Virar-se	46,2	47,5
Tomar banho	39,9	38,5
Transferir-se	31,6	30,5
Vestir-se	32,9	25,3
Total	32,5	53,5

Tabela 38 – Taxa de utilização dos recursos por autocuidado

4.4 RECURSOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

Relativamente aos recursos profissionais, o médico e o enfermeiro são dois grupos profissionais com grande expressão no apoio familiar. Relativamente ao enfermeiro a elevada taxa de utilização deste recurso demonstra uma boa implementação dos cuidados de enfermagem, com um bom acompanhamento destes

casos de dependência e sem dúvida, um papel importante nos ganhos em saúde. Um estudo realizado por Marote e colaboradores (2005) relativos à realidade do prestador de cuidados, em que identifica os recursos que o cuidador gostaria de receber concluiu que em relação à formação para a prestação de cuidados 93,4% têm informação necessária sendo que em 56,4% dos casos a fonte da informação foi o enfermeiro. De facto, o papel do enfermeiro no domicílio, não se resume à realização de técnicas mas ao ensino e preparação dos cuidadores e dependentes. Petronilho (2008) na sua investigação, concluiu que 56,7% da amostra recebia visita da equipa de enfermagem, mas só se a solicitasse. E que 24,7% nunca haviam recebido visita. Os entrevistados referiram também a importância de um suporte adequado de forma a obter-se uma resposta mais eficaz às necessidades do doente.

O fisioterapeuta, é o terceiro grupo profissional e os restantes profissionais surgem com pouca expressão. Nos serviços, o Sistema Nacional de Saúde, com o Hospital, Centro de Saúde/ Unidade de saúde familiar e 112 INEM, dão suporte com cuidados diferenciados à quase totalidade, senão a totalidade da população o que se justifica porque, tal como refere Martins (2005, p.161): “É ao estado, a outras entidades públicas e às entidades privadas de base territorial, que estão acometidas as maiores responsabilidades, na garantia das respostas adequadas às necessidades individuais.”

Nos serviços de apoio ao cuidado do dependente, o cabeleireiro, manicure e esteticista, acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas, acompanhamento do dependente ao exterior e acompanhamento do dependente em casa têm uma taxa de utilização entre os 8,3% e os 12%. A linha de Saúde 24 tem apenas uma utilização de 7,9% e os serviços de tele-assistência e aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados não são utilizados por nenhum dependente (tabela 39). A baixa utilização destes serviços talvez esteja relacionada com o facto do estudo se desenvolver num meio essencialmente rural onde normalmente existe uma rede de apoio familiar alargada que suporta e auxilia o prestador de cuidados principal em determinadas situações, de acordo com a disponibilidade e apetência de cada membro, como refere Andrade (2009, p.222) “os familiares apoiam o cuidador principal na prestação de cuidados físicos, cuidados de vigilância e no acompanhamento da pessoa idosa dependente às consultas médicas.”

	n	%
Recursos profissionais		
Médico	224	92,9
Enfermeiro	162	67,2
Fisioterapeuta	52	21,6
Assistente social	24	10,0
Nutricionista	16	6,6
Psicólogo	15	6,2
Outros	8	3,3
Serviços		
Hospital	236	98,0
Centro de saúde/Unidade de saúde familiar	233	96,7
112 INEM	150	62,2
Cabeleireiro, manicure e esteticista	29	12,0
Acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas	27	11,2
Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)	20	8,3
Linha Saúde 24	19	7,9
Acompanhamento do dependente em casa	12	5,0
Cuidados de higiene e conforto	12	5,0
Confecção de refeições e apoio durante as mesmas	8	3,3
Apoio na compra de medicamentos	5	2,1
Apoio na compra de artigos alimentares	4	1,7
Apoio no tratamento da roupa do dependente	3	1,2
Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente	2	0,8
Tele-assistência	-	-
Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados	-	-

Tabela 39 – Recursos profissionais e serviços

4.5 RECURSOS FINANCEIROS

Nos recursos financeiros foram consideradas todas as formas de rendimento e não apenas a principal pelo que uma mesma pessoa poderá ser usufruidora de várias fontes de rendimento, como se verifica na tabela 40. Dado que se reportam a uma população maioritariamente idosa, 82,2% dos dependentes recebem pensão/ reforma. A família surge em segundo lugar como a principal fonte de rendimento e suporte (45,2%). O complemento de dependência e o rendimento solidário para idosos são uma fonte de rendimentos para 38,6% e 10% respectivamente dos dependentes. 5,8% são ainda um grupo profissional activo pelo que usufruem de rendimentos provenientes do trabalho. O programa conforto habitacional para idosos era desconhecido de todos os entrevistados e por essa razão não foi encontrado nenhum dependente que usufrísse deste programa. Dado que uma das principais razões para a não utilização dos recursos considerados necessários ser a razão económica, torna-se pertinente observar nesta tabela que ainda existe uma percentagem considerável de pessoas a receber subsídios temporários (social, desemprego, rendimento social de inserção) e mesmo de esmolas que dificilmente terão disponibilidade económica para despendem em determinados recursos. A investigação de Marote e colaboradores (2005), corrobora estes resultados já que na identificação das necessidades dos cuidadores, o recurso mais em falta, referido por 76,6% dos cuidadores, é o apoio financeiro sob a forma do subsídio de ajuda à terceira pessoa, ajuda para aquisição de fraldas e de medicamentos o que revela que a sobrecarga sócio-económica, é uma forte condicionante dos cuidados prestados. Estes autores também concluíram que 43,3% dos cuidadores dependem economicamente dos familiares o que demonstra uma percentagem quase idêntica nos resultados obtidos neste estudo (45,2%). De facto, as dificuldades e necessidades económicas são as mais frequentemente referidas pelos inquiridos e a causa de não se acederem aos recursos necessários para satisfazer as necessidades do dependente e do cuidador, tal como concluiu Almeida e colaboradores (2005) em que a família refere não dispor de meios financeiros suficientes para suportar as despesas acrescidas, bem como Palma (1999) citado por Andrade (2009, p.67) “ as necessidades económicas são referenciadas pelos cuidadores para obter recursos materiais (fraldas, medicamentos e ajudas técnicas) e recursos humanos (ajuda de outros durante a prestação de cuidados), que facilitem a prestação de cuidados à pessoa idosa.”

	n	%
Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)		
Pensão/Reforma	198	82,2
A cargo da família	109	45,2
Complemento de dependência	93	38,6
Rendimento solidário para idosos	24	10,0
Rendimento do trabalho	14	5,8
Apoio social	7	2,9
Subsídio de desemprego	6	2,5
Outros	5	2,1
Rendimento da propriedade e da empresa	5	2,1
Esmolas/Donativos	3	1,2
Rendimento social de inserção	2	0,8
Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	1	0,41
Outros subsídios temporários	1	0,41
Programa conforto habitacional para idosos	-	-

Tabela 40 - Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

4.6 PERFIL DO DEPENDENTE E DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Determinámos o perfil do dependente e do prestador de cuidados com base nos dados obtidos, mais frequentes, através do uso de médias e de frequências. O diagrama 1 corresponde ao perfil do dependente e o diagrama 2 ao perfil do prestador de cuidados.

O perfil do dependente corresponde a um indivíduo do género feminino, casada, sem escolaridade e reformada. A situação que originou a dependência foi maioritariamente uma doença crónica e conseqüentemente a dependência instalou-se de forma gradual. Por sua vez, o prestador de cuidados é também uma mulher, com idade média de 56,3 anos, casada e com o 1º ciclo do ensino básico. É doméstica e filha do dependente.

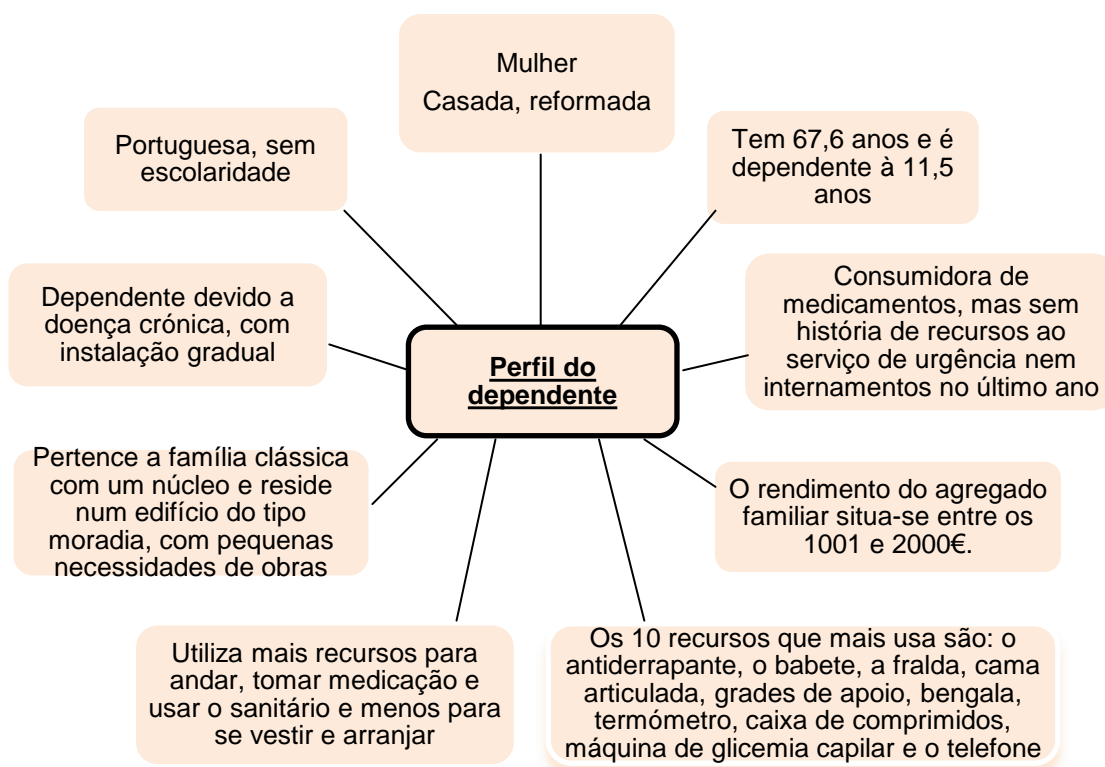


Diagrama 1 – Perfil do dependente

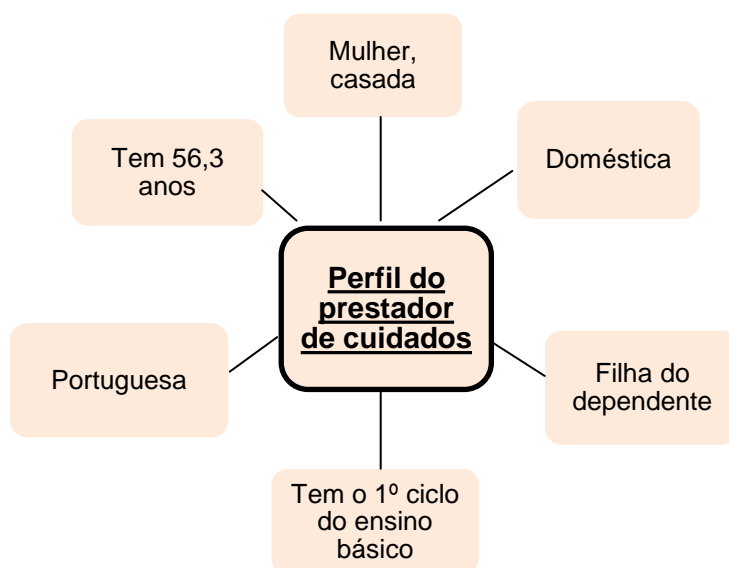


Diagrama 2 – Perfil do prestador de cuidados

4.7 ANÁLISE CORRELACIONAL: VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS

Os resultados seguintes referem-se às análises estatísticas inferenciais realizadas entre as variáveis do estudo. Pretendeu-se precisar as relações estabelecidas entre as variáveis independentes: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, rendimento do agregado familiar, necessidade de obras no alojamento, tipo de moradia, grau de parentesco e modo de instalação da dependência com a taxa de utilização dos recursos. Opta-se por se apresentar apenas as associações estatisticamente significativas.

No que respeita à relação entre a taxa de utilização de recursos e a idade dos dependentes pode constatar-se que a mesma apresenta uma correlação baixa e negativa, mas estatisticamente significativa ($- p < =0,01$) o que revela que quanto maior a idade das pessoas dependentes, menor é a taxa de utilização de recursos.

Estes dados relacionam-se com o facto de o acesso aos recursos talvez seja mais facilitado a pessoas mais novas dado que têm mais acesso à informação, e é importante lembrar que neste grupo estão incluídas crianças, cujos pais (prestadores de cuidados) poderão também, mobilizar mais recursos. (Tabela 41).

	Idade
Taxa de utilização de recursos	- 0,24**

Tabela 41- Correlação entre a taxa de utilização de recursos e a idade do dependente

Quanto às diferenças entre os vários níveis de escolaridade do dependente no que respeita a taxa global de utilização de recursos foi possível verificar em conformidade com os resultados da tabela 42, que as mesmas são estatisticamente significativas ($F = 5,639, p < 0,05$). Neste sentido, na mesma tabela pode-se verificar que os indivíduos com o ensino básico – 3º ciclo, apresentam maiores taxas de utilização de recursos e os indivíduos com nenhum, menores taxas.

Nível de Escolaridade	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	p
Ensino básico – 1ºciclo	99	63,86	22,14		
Ensino básico – 2º ciclo	19	67,82	26,28		
Ensino básico - 3º ciclo	7	81,77	22,75		
Ensino secundário	3	67,78	31,68	5,639	0,000
Ensino superior	5	68,32	11,00		
Nenhum	107	51,33	22,43		
Total	240	59,25	23,66		

Tabela 42 - Taxa de utilização e nível de escolaridade dos dependentes (teste Anova)

Relativamente aos prestadores de cuidados verificaram-se diferenças significativas nas taxas de utilização de recursos em função do nível de escolaridade ($F = 2,287$, $p < 0,05$), onde se verifica que são maiores as taxas de utilização de recursos nos prestadores com ensino básico – 3º ciclo e menores nos prestadores sem ensino.

A escolaridade parece influenciar o acesso aos recursos tanto nos dependentes como nos prestadores de cuidados, já que se evidencia uma maior taxa de utilização dos recursos no 3º ciclo de escolaridade, seguido dos graus de escolaridade mais elevada.

Estes resultados poderão relacionar-se, mais uma vez, com o acesso a informação respeitante aos recursos, mas também a graus mais elevados de escolaridade poderão estar associadas profissões ou pensões/reformas com mais elevados rendimentos (tabela 43). Grelha (2009, p.115) defende esta posição ao afirmar que:

“O que vai ao encontro com os anos de escolaridade dos cuidadores informais, onde está comprovado que os cuidadores com menos anos de escolaridade referem não necessitarem de ajuda, ou que desconhecem os recursos comunitários, enquanto os cuidadores com mais anos de escolaridade estão mais receptivos em pedir ajuda conhecendo os recursos existentes.”

Nível de Escolaridade	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	p
Ensino básico – 1ºciclo	122	56,38	23,64		
Ensino básico – 2º ciclo	36	61,21	18,64		
Ensino básico – 3º ciclo	27	71,25	25,13		
Ensino secundário	16	65,47	25,50	2,287	0,048
Ensino superior	13	68,92	16,60		
Nenhum	27	54,71	27,96		
Total	241	59,94	23,71		

Tabela 43 - Taxa de utilização e nível de escolaridade dos prestadores de Cuidados (teste Anova)

Em relação às diferenças relativas à taxa de utilização de recursos em função do rendimento do agregado familiar é possível verificar que as mesmas se apresentam significativas ($F = 9.178$, $p < 0,05$) sendo que neste caso os indivíduos com rendimentos superiores a 5000€ apresentam uma maior taxa de utilização de recursos contrariamente aos que auferem entre os 501 e os 1000 euros. A relação entre o rendimento do agregado familiar é uma relação praticamente directa, pois mais rendimentos proporcionarão o acesso a mais recursos e o inverso, obviamente. Como já foi referido anteriormente, as dificuldades e necessidades económicas são as mais referidas nas famílias, e justificam na maioria das vezes a não utilização de recursos considerados necessários (tabela 44).

Rendimento	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	p
De 251€ a 500€	12	54,77	22,01		
De 501€ a 1000€	64	48,09	20,59		
1001€ a 2000€	91	59,49	23,57		
De 2001€ a 5000€	60	69,79	21,99	9,178	0,000
Mais de 5000€	12	74,46	13,10		
Total	239	59,54	23,38		

Tabela 44 - Taxa de utilização de recursos e rendimento do agregado familiar (teste Anova)

As diferenças na taxa de utilização de recursos em função do tipo de necessidades de obras de alojamento por parte dos dependentes revelam-se estatisticamente significativas ($F = 4,516$, $p < 0,05$) revelando neste caso um número

superior nos alojamentos com pequenas necessidades de obras apresentando uma maior taxa de utilização de recursos e uma taxa inferior de utilização de recursos no grupo que tem alojamento com necessidades muito grandes de obras, onde mais uma vez, há uma estrita relação entre o factor económico, como na pobreza por exemplo, em que as condições de habitabilidade são precárias e obviamente faltarão também recursos financeiros para a aquisição de recursos necessários para o dependente (tabela 45).

Necessidade de obras de alojamento	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	p
Muito grandes	5	41,78	30,14		
Grandes	25	45,69	22,86		
Médias	69	61,07	17,17	4,516	0,002
Pequenas	80	65,11	22,85		
Nenhumas	57	56,95	27,59		
Total	236	59,41	23,47		

Tabela 45 - Taxa de utilização e necessidade de obras no alojamento (teste Anova)

Em relação às diferenças verificadas na utilização de recursos em função do estado civil dos dependentes demonstram uma relação significativa ($F = 5,685$, $p < 0,05$). Verifica-se que (excluindo o grupo dos divorciados sobre o qual não é possível calcular o desvio padrão por ser apenas um individuo, logo não é possível aplicar este teste) que a taxa de utilização de recursos é superior nos solteiros e inferior no grupo dos casados/União de Facto (tabela 46).

Estado Civil	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	p
Casado / União de facto	100	54,91	23,60		
Divorciado	1	75,00			
Solteiro	50	70,51	23,76	5,685	0,001
Viúvo	89	56,94	21,52		
Total	240	58,99	23,54		

Tabela 46 - Taxa de utilização e estado civil dos dependentes (teste Anova)

Quanto às diferenças na taxa de utilização de recursos em função do tipo de moradia pode-se constatar que as mesmas são estatisticamente significativas ($F = 4,770$, $p < 0,05$) sendo como tal superior a utilização de recursos por parte do grupo

dos dependentes com moradia não clássica e inferiores nos que tem uma moradia clássica de outro tipo (tabela 47).

Tipo de moradia	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	p
Clássica: apartamento	25	58,66	18,84		
Clássica: moradia	198	60,93	23,19		
Clássica: outro tipo	10	33,29	20,83	4,770	0,003
Não clássico	4	66,53	34,19		
Total	237	59,62	23,41		

Tabela 47 - Taxa de utilização dos recursos e tipo de moradia (teste Anova)

Os resultados das taxas de utilização de recursos por grau de parentesco revelam-se significativos ($F = 3,693$, $p < 0,05$), sendo que o cuidador pai/mãe apresenta maior taxa de utilização de recursos comparativamente com os cuidadores com afinidade (nora; padrasto, cunhado) que apresentam menores taxas de utilização (tabela 48). Os familiares directos (pais, filhos) como prestadores de cuidados têm associado ao cuidado uma conotação de “obrigação familiar” tal como refere Almeida e colaboradores (2005, p.30) “os cuidadores informais possuem um sentimento generalizado de que a tarefa de cuidar do doente dependente é um dever familiar.” Este sentido de obrigação e muitas vezes também o desejo do prestador de cuidados de manter o familiar em casa, talvez possa justificar a mais elevada taxa de utilização dos recursos neste grupo em comparação com o grupo cuja relação é de afinidade, pois nestes, esta relação, se existente, não é tão vinculada.

Grau de parentesco	Taxa de utilização de recursos				
	N	M	DP	F	p
Afinidade	10	44,83	24,63		
Filho / filha	86	58,71	22,68		
Irmão / irmã	9	62,19	22,97		
Marido / esposa	53	54,79	22,29	3,693	0,002
Outro	6	62,13	23,01		
Pai / mãe	30	75,82	24,51		
Sem grau de parentesco	6	63,28	14,54		
Total	200	59,94	23,71		

Tabela 48 - Taxa de utilização dos recursos e grau de Parentesco (teste Anova)

No que diz respeito às correlações estabelecidas neste trabalho, não foi possível estabelecer relações estatisticamente significativas como com as variáveis sexo, idade dos prestadores de cuidados, tipo de família, entre outras. Nas variáveis em que se verificaram relações estatisticamente significativas, verificou-se que existe uma relação inversamente proporcional entre a taxa de utilização dos recursos e a idade do dependente, justificada pela possibilidade de dependentes mais novos (incluindo as crianças e jovens) poderem usufruir mais de equipamentos do que o grupo de pessoas mais idosas. Em ambos os grupos (dependentes e prestadores de cuidados) verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a taxa de utilização dos recursos, com o 3º ciclo do ensino básico a apresentar a média mais alta de utilização dos recursos em oposto às pessoas sem ensino, com a taxa mais baixa. Verificaram-se também associações com significado estatístico com o estado civil dos dependentes (taxa mais elevada nos casados); com a necessidade de obras no alojamento (mais elevada nos alojamentos que necessitam de pequenas obras); com o rendimento do agregado familiar (no geral, mais elevada quanto maior for o rendimento); no tipo de moradia (mais elevada no tipo não clássico); no parentesco (maior quando o prestador de cuidados é mãe/pai).

5. CONCLUSÃO

Com o envelhecimento da sociedade um número cada vez maior de pessoas acabará por se tornar dependente de pessoas ou de equipamentos e um outro grupo, também cada vez maior, acabará por se tornar o cuidador, ou cuidadores dessas pessoas.

Algumas estratégias alternativas têm sido criadas, como a Rede Nacional de Cuidados Continuados e as ECCI- Equipas de Cuidados Continuados Integrados, mas a sua resposta ainda não é expressiva. Contudo, as ECCI que se encontram em fase de implementação, poderão vir a desempenhar um importante papel na prestação de cuidados no domicílio. Portanto, é ao cuidado das famílias no seu ambiente familiar que a maioria dos dependentes se encontra. O desempenho eficaz dos cuidadores destes dependentes exige disponibilidade, capacidades e recursos, que promovam uma adequada adaptação a esta realidade.

Neste trabalho, debruçamo-nos sobre conhecer os recursos que esses dependentes e prestadores de cuidados têm ao seu dispor. Abordamos os equipamentos sob a perspectiva dos necessários (avaliados pelos investigadores), utilizados, desejados e razão da não utilização de um vasto conjunto de equipamentos distribuídos por domínio de autocuidado. Procedemos ainda ao levantamento dos recursos profissionais, serviços e fontes de rendimento para cada dependente.

A transição para a dependência e para o papel de prestador de cuidados é uma fase de transição na vida de ambos, que afecta profundamente os papéis e estruturas familiares. Os enfermeiros são muitas vezes os primeiros profissionais a relacionarem-se profissionalmente com uma família que atravessa um período transicional e são eles que ajudam os dependentes e os prestadores de cuidados na assumpção deste novo papel e na aprendizagem de novos conhecimentos.

Com base no trabalho de Schumacher (2000), pode considerar-se que a transição para a dependência poderá inserir-se no conceito de transição saúde/doença e/ou de desenvolvimento e a transição para o papel de cuidados como transição situacional. Neste processo encontram-se factores facilitadores e/ou inibidores que

podem facilitar ou não a transição saudável e que se relacionam com condições do próprio sujeito que vivencia a transição, como o status sócio económico, o conhecimento, a comunidade, a sociedade. Dentro do grupo de condições facilitadoras, encontram-se os recursos sob a forma de equipamentos, serviços, fontes de rendimento, ou grupos profissionais. Estes são facilitadores do processo de transição na medida que aliviam a sobrecarga do cuidador, facilitando tarefas fisicamente mais desgastantes, ou promovendo a independência ou redução da dependência da pessoa dependente. A evidência deste estudo demonstra que o acesso aos recursos adequados pode facilitar a prestação de cuidados e a promoção da independência ou redução da dependência do doente.

Os resultados deste estudo demonstraram que a taxa global de utilização dos recursos é de 53,5% o que significa que mais de metade dos dependentes utiliza os recursos considerados necessários. A maior taxa de utilização dos recursos encontra-se no autocuidado andar e tomar medicação, mas enquanto no primeiro autocuidado estes recursos são promotores da independência da pessoa, permitindo a sua mobilização sem auxílio de terceiros, já no que diz respeito a tomar a medicação, os recursos considerados apenas servem como auxiliares, muitas vezes apenas, dos prestadores de cuidados. Sendo este autocuidado um domínio onde se manifesta um elevado nível de dependência, relacionado provavelmente com o facto de exigir maior capacidade cognitiva e associado ao facto de a grande maioria dos dependentes serem iletrados, justifique a pouca autonomia no tomar a medicação.

Os autocuidados usar o sanitário, usar a cadeira de rodas, alimentar-se, elevar-se, e arranjar-se, são, juntamente com os dois domínios referidos anteriormente, os que registam taxa de utilização superior a 50%. Abaixo desta linha, ficam os autocuidados virar-se, tomar banho, transferir-se, vestir-se e também o uso de recursos complementares. Existe alguma tendência por parte de alguns dos autocuidados com uma taxa de utilização mais elevada a serem associados a actividades indispensáveis à vida como o alimentar-se, usar o sanitário, andar e tomar a medicação. Abaixo dos 50% ficaram autocuidados como tomar banho, transferir-se, vestir-se e despir-se, que não têm esse estatuto e poderão ser considerados como não essenciais à sobrevivência. Salienta-se ainda o carácter substitutivo de muitos equipamentos ao invés de serem promotores da autonomia.

De referir que os dependentes encontrados nos autocuidados virar-se, elevar-se e transferir-se, cuja dependência total ou necessidade de ajuda de pessoa, faz deles o grupo de pessoas que se considera serem os “acamados” e que embora,

sejam em menor número, são os que exigem mais recursos, tempo, disponibilidade e esforço por parte dos prestadores de cuidados.

As razões da não utilização são de 4 tipos: económicas, desconhecimento da forma de aceder ao recurso, desconhecimento da forma de funcionamento, limitações da residência e outro. A principal razão apontada em todos os autocuidados para a não utilização foi as razões económicas, depois por ordem decrescente, o desconhecimento da forma de aceder ao recurso, outras, desconhecimento da forma de funcionamento, e por fim, limitações da residência.

Em relação aos recursos profissionais, serviços e fontes de rendimentos, verificou-se a elevada taxa de recurso aos profissionais médico e enfermeiro, destacando-se portanto uma boa implementação e apoio dos serviços de enfermagem a estes dependentes o que talvez justifique também o conhecimento que estes cuidadores têm dos recursos existentes e da forma de aceder aos mesmos.

Os serviços de apoio ao dependente (como o cabeleireiro, manicure, acompanhamento em actividades lúdicas, acompanhamento do dependente ao exterior e acompanhamento do dependente em casa, bem como, o serviço de cuidados de higiene) têm pouca expressão nos cuidados. Serviços como a tele-assistência e aconselhamento e instalação dos equipamentos considerados adequados, não são recursos utilizados por nenhum dependente. O facto do estudo se desenvolver num meio essencialmente rural, em que existe uma rede de apoio informal mais alargada, que proporciona suporte e auxílio ao dependente/cuidador talvez seja a razão para baixas taxas de utilização destes serviços.

Nas fontes de rendimento foram englobados e avaliados todos os rendimentos cumulativos que o dependente recebe. A pensão/ reforma é o principal recurso para uma grande faixa dos dependentes. Quase metade destes encontram-se a cargo da família do que se depreende que muitos dependentes não são auto-suficientes economicamente, dependendo de outros elementos familiares. O complemento de dependência e o rendimento solidário para idosos ocupam as posições seguintes como fonte de rendimento. Destaca-se ainda que, uma pequena percentagem são ainda um grupo profissional activo pelo que usufruem de rendimentos provenientes do trabalho. O rendimento é o principal responsável ao acesso aos recursos como já vimos, e no geral, pode-se afirmar que o rendimento do dependente é baixo, pelo que o acesso a recursos bem como a sua subsistência está muitas vezes dependente do apoio fornecido pelo cuidador/família.

Importa também referir que durante o trabalho de campo, foram vários os dependentes/ cuidadores que referiram desconhecer alguns dos recursos sociais apresentados a que, depois de devidamente avaliadas as condições individuais, poderão ter acesso. O Despacho nº 6716-A/2007 criou e regulou o acesso ao programa conforto habitacional para pessoas idosas, que se mostrou totalmente desconhecido por parte dos dependentes/ familiares e que importa a sua divulgação. É de valorizar o papel que a Enfermagem poderá ter na divulgação destes recursos disponíveis à comunidade, como acabou por acontecer durante a realização deste trabalho. Os resultados desta investigação poderão ser um subsídio para potenciar uma mais correcta planificação dos cuidados a estas famílias, pois algumas necessidades foram identificadas, e poder-se-á, desta forma, se os recursos adequados forem mobilizados, obter-se ganhos em saúde.

Em suma, este estudo proporcionou o conhecimento da realidade dos dependentes e dos seus prestadores de cuidados no seio familiar. As dificuldades diárias de quem presta cuidados são constantes e os apoios são poucos ou inexistentes. Andrade (2009, p.67) resume esta realidade afirmando que.

“ Uma análise cuidada de várias leituras leva-nos a concluir que as dificuldades surgidas aos cuidadores, em consequência da prestação de cuidados às pessoas idosas dependem, entre outras razões, da falta de conhecimentos, de recursos e de acompanhamento dos serviços comunitários.”

Os resultados desta investigação poderão ser um subsídio para potenciar uma mais correcta planificação dos cuidados a estas famílias, pois algumas necessidades foram identificadas, e poder-se-á, desta forma, se os recursos adequados forem mobilizados, obter-se ganhos em saúde. Embora não seja o propósito final do trabalho identificaram-se outras necessidades em cuidados de saúde, por parte desta população, nomeadamente:

- Necessidade de informação. O desconhecimento por parte dos familiares dos recursos disponíveis adequados às necessidades de cada dependente. E mais uma vez se destaca a importância da enfermagem na ajuda à identificação e mobilização dos recursos disponíveis;

- Proporcionar suporte emocional, explorar o sentido de competência e valorização do trabalho realizado pelos cuidadores, vítimas muitas vezes de exaustão e sobrecarga do papel de cuidador, como tantas vezes presenciamos;

- A mobilização de outros profissionais como os serviços sociais, para que determinadas condicionantes habitacionais, económicas ou mesmo relativas à prestação de cuidados, que não confluem para a manutenção da dignidade da pessoa, sejam avaliadas e se possível, resolvidas.

6.BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, A.C.; et al.- Transição do Doente Dependente para a Família. Sinais Vitais. Vol.62 (2005)

AMARAL, M.F.; VICENTE, M.O. - Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. Saúde dos idosos. Vol.18 Nº 2 (Jul/Dez 2000)

ANDRADE, C.- Transição para Prestador de Cuidados Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem. Pensar Enfermagem. Vol.13 Nº1 (2009)

ANDRADE, F.M.M. - O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal, Instituto de Educação e Psicologia Universidade do Minho (2009) Dissertação apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação

ARAÚJO, I.M.; PAÚL, C.; MARTINS, M.M. – Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. Cienc Cuid Saude Vol.8 Nº2 (Abr/Jun 2009)

BOCCHI, S.C.M. - Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. Rev Latino-Am Enfermagem Vol.12 Nº1(Jan/Fev 2004)

BUB, M.B.C. et al., - A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem, Texto e Contexto Nº15. (2006)

BRITO, M.L.S., - A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos, Universidade do Porto. (2000) Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental

CALDAS, C.P. - Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública. Vol.19 Nº3 (Mai/Jun 2003)

CAMERON, J.I.; GIGNAC, M.A.M. - "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling* Vol.70 (2008)

CAVANAGH, S. J.- *Modelo de Orem - Aplicación Práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. (1993)

COLLIÈRE, M.F. - *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência. (2003).

DUCHARME, F. et al., study. *INT'L. J. AGING AND HUMAN DEVELOPMENT*, Vol. 65 Nº1 (2007)

FERNANDES, M.C. et al. – *Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. *Sinais Vitais*. 43. (2002)

FORTIN, M.F.- *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures. Lusociência. (2009)

GRELHA, P.A.S.S. - *Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida*, Faculdade de Medicina de Lisboa (2009), Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Instituto Nacional de Estatística www.ine.pt /

JESUS, C.S.; SILVA, C.M.R.S.; ANDRADE, F.M.M.- *Alta clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio*. *Sinais Vitais*. Vol.59. (2005)

JURATOVAC, E. – *Effort in caregiving and its relationship to caregiver depressive symptoms*. Frances Payne Bolton School of Nursing Case Western Reserve University (2009). Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.

LAGE, M.I.G.S.- Avaliação dos cuidados informais a idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. (2007) Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Ciências de Enfermagem

LOPES, L.M.P. – Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.25 Nº1 (2007)

LWANGA, S.K., LEMESHOW, S. – Sample size determination in health studies a practical manual. World Health Organization. Geneva. (1991)

MAROTE, A. et al - Realidade dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Região Autónoma da Madeira, Sinais Vitais, Nº61, (Julho 2005)

MARTINS, M.M. - Uma crise acidental na família: o doente com AVC. Coimbra: Formasau. (2002)

MARTINS, R.M.L.- A Emergência de um Cuidar Gerontológico. Servir. Vol.53 Nº4. (2005)

MCEWEN, M., WILLS, E.M. – Bases Teóricas para Enfermagem. São Paulo. Artmed. (2007)

MELEIS, A. et al.,- Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. Vol 23 (Set.2000)

MELEIS, A.; SCHUMACKER, K. L., - Transitions: A Central Concept in nursing. Journal of Nursing Scholarship, Vol. 26, Nº2 (1994)

NGUYEN, M. - Nurse's Assessment of Caregiver Burden. MEDSURG Nursing. Vol. 18 Nº 3 (May/June 2009)

OLIVEIRA, A.L.C. - Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações. Universidade de Aveiro (2009). Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia

PEREIRA, H.R.- Subitamente cuidadores informais: da incerteza ao(s) ponto(s) de equilíbrio uma análise de conhecimento existente. Pensar Enfermagem. Vol.10 Nº2 (2006)

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; LATORRE, R.D.O.; RAMOS, L.R. – Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública, Vol.37 N°1 (2003)

Resolução do Conselho de Ministros N°59/2002- D.R. I SÉRIE-B N°69 - www.cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao/res_cons_min_59_2002.pdf

SAMPAIO, D.; et al. - Terapia familiar. Edições afrontamento. Porto. (1985)

SANTOS, D.I.F.A. - As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente Um Estudo no Concelho da Lourinhã. Universidade Aberta (2008). Dissertação apresentada à Universidade Aberta para obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde

SAPAG, J.C. et al. - Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. Vol. 27 N°1 (2010)

SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. - Transition: a central concept in nursing. Journal of nursing scholarship. Vol.26 N°2 (1994)

SEQUEIRA, C. - Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto Editora. (2007)

SILVA, A.P. -Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina, Servir, Vol.55, N°12 (Jan-Abr 2007)

SILVA, I.J. et al., Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem Rev Esc Enferm USP. Vol.43 N°3 (2009)

SILVA, J. F. – A Alta Hospitalar e a Valorização dos Cuidados de Enfermagem. Servir. 56:3 (2007)

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev Saúde Pública, Vol.37 N°3 (2003)

TEIXEIRA, B.M.A. - Cuidar de Pessoas Dependentes com Úlceras de Pressão: Percursos e Discursos dos Cuidadores Informais, Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar. (2009) Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem

TOJAL, A.P.L.; RAMOS, D.F.J.; GOMES, M.R.O.- Suporte Social, uma Variável a Ter em Conta. Sinais Vitais. 60. (2005)

ANEXOS

ANEXO 1

CODIFICAÇÃO:

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

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

INQUÉRITO PRELIMINAR

Aceita responder ao inquérito preliminar? Sim Não

Se não, porque:

Não quer Não reside Não pode Não tem tempo Outro

Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

Sim Não

Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?

Sim Não

Tem algum familiar directo internado num lar ou noutra instituição de saúde?

Sim Não

Aceita responder ao inquérito? Sim Não

Se não, porque:

Não quer Não reside Não pode Não tem tempo Outro

ALOJAMENTO

Edifício de alojamento familiar

- Clássico: moradia
 Clássico: apartamento
 Clássico: outro tipo
 Não clássico (barraca, móvel, improvisado)

Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)

- Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC? Sim Não

Área útil m²

N.º divisões

N.º ocupantes

Alojamento com:

Sim Não

Retrete

Água canalizada

Sim Não

Instalação de banho ou duche

Aquecimento

FAMÍLIA

Tipo de família

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

Número de membros da família

Rendimentos do agregado / mês

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



23967

PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO**Perfil 1**

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

Coabita com o dependente? Sim Não

Sexo

M F

Idade

--	--

Estado civil

- Casado/ União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado

Nacionalidade

- Portuguesa
 Não portuguesa (especificar)

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

Nível de escolaridade

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

Profissão

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

Parentesco

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

Perfil 2

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

Coabita com o dependente? Sim Não

Sexo

M F

Idade

--	--

Estado civil

- Casado/ União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado

Nacionalidade

- Portuguesa
 Não portuguesa (especificar)

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

Nível de escolaridade

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

Profissão

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

Parentesco

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



55527

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)

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

Profissão

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

Nível de escolaridade

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

Situação que originou a dependência

Sim Não

- Envelhecimento
 Acidente
 Doença aguda
 Doença crónica
 Outra

Instalação da dependência

- Súbita
 Gradual

Tempo de dependência

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

Anos Meses

Consumo medicamentos

- Não
 Sim

Variedades de fármacos (n.º)

--	--

Internamentos no último ano

- Nenhum
 Um
 Dois
 Três
 Mais de três (especificar)

--	--

Episódios de recursos ao SU, no último ano

- Nenhuma
 Uma
 Duas
 Três
 Mais de três (especificar)

--	--

Número de fármacos nas tomas/dia

--	--

AUTOCUIDADO: Tomar banho

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

55527

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

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 de apoio para banho

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

Cadeira de banho (fixa/ giratória)

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

Cadeira higiénica

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

Elevador de banheira

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

Lava cabeças para acamados

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

Antiderrapante

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

55527

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

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

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

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

- Dependente Prestador de cuidados Outro

55527

	Nunca	Às vezes	Sempre
Incentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça/descalça o seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procede a ajustes no vestuário do seu familiar em função de alterações da temperatura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abotoador**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Calça meias/tira meias**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Calçadeira de cabo longo**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Cordões elásticos**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

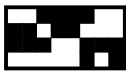
Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro

Extensões para fechos de correr**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Para:**Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp. ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher o vestuário do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex em função da temperatura ambiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir e calçar o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e o calçado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



55527

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

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar? vezes / mêsCom que frequência penteia o cabelo ao seu familiar? vezes / diaCom que frequência corta/apara a barba ao seu familiar? vezes / semanaCom que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar? vezes / mêsCom que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar? vezes / semanaCom que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar? vezes / semanaCom que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar? vezes / semanaCom que frequência lava os dentes ao seu familiar? vezes / dia**Pente de cabo longo****Razão da não utilização**
 Económica
 Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 Desconhecimento da forma de funcionamento
 Limitações da residência
 Outro
Necessário (juízo do enfermeiro) S N**Utilizado** S N**Desejado** S N**Espelho inclinável****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: Alimentar-se

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

Quantas refeições fornece ao seu familiar? vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

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

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

- Na cama
 Na sala de jantar/cozinha
 Outro

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

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

Abridor de frascos

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Adaptador de talheres

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Babete

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Copo adaptado

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Garfo flexível

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

55527

Mesa de comer na cama**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Rebordo para prato****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Suporte de copos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Suporte de palhinha para copo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Para:****Sente-se:**

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

55527

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 NuncaPosiciona o seu familiar no sanitário? Sempre Às vezes NuncaIncentiva 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

55527

<u>Fralda</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>Penso absorvente para incontinência</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>Penso higiénico</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>Resguardo</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>Saco de colostomia/ileostomia/urina</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>Urinol</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
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e o local estabelecidos para o seu familiar urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar, relativamente àquilo que é habitual		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar a fralda ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar o colector urinário ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a região perineal ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar o seu familiar na sanita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



55527

AUTOCUIDADO: Elevar-se

Levantar parte do corpo

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

Com que frequência senta o seu familiar? vezes / dia

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

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

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

Almofada elevatória

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Apoio de cabeça anatómico

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Apoio de pés

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Barras paralelas e apoios da posição de pé

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

AUTOCUIDADO: Virar-se

Move o corpo, virando-o de um lado para o outro

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

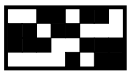
Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira? vezes / dia

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

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

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

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



55527

Grades de apoio / segurança**Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Colchão anti-úlceras de pressão****Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Cotoveleira****Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Coxim****Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Transfer de cama (dispositivo para posicionar)****Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Imobilizador abdominal****Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Luva de imobilização****Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Posicionador de perna e pés****Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Suporte para as costas****Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Dispositivo de prevenção de pé equino****Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S N**Utilizado** S N**Desejado** S N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro

55527

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

AUTOCUIDADO: Transferir-se

Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão

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

Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama

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

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

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

O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro

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

Barra de apoio

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Cabeceira e pés da cama amovíveis

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Cama articulada

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

Elevador de transferência

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S N

S N

S N

Razão da não utilização

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

55527

Transfer leito-cadeira**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Disco de rotação****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Para:****Sente-se:**

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

AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas

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

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

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

 O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro OutroIncentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas? Sempre Às vezes Nunca**Rampa****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Rodas anti-queda****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Plataforma vertical para cadeiras de rodas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro

55527

AUTOCUIDADO: Andar

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

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação? vezes / diaIncentiva o seu familiar a deambular sozinho? Sempre Às vezes Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

 O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro**Andarilho****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Bengala****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Canadiana(s)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S N S N S N Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Prótese****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

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

Para:

Sente-se:

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

55527

AUTOCUIDADO: Tomar medicação

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

Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento? Sempre Às vezes Nunca

Costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento? Sempre Às vezes Nunca

Costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação? Sempre Às vezes Nunca

Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos? Sempre Às vezes Nunca

Aparelho para tensão arterial**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

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

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

55527

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

CUIDADOS COMPLEMENTARES

Respeita a dieta aconselhada ao seu familiar? Sempre Às vezes Nunca

Quem decide a dieta do seu familiar?

O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro

Procede a ajustes na dieta em função das preferências? Sempre Às vezes Nunca

Costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do seu familiar? Sempre Às vezes Nunca

Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar? vezes / dia

Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar? Sempre Às vezes Nunca

Costuma incluir na dieta do seu familiar frutas/legumes? Sempre Às vezes Nunca

Costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir? Sempre Às vezes Nunca

Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar? Sempre Às vezes Nunca

Costuma fazer a pesquisa de fecalomas? Sempre Às vezes Nunca

Com que frequência inspecciona a pele do períneo do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência inspecciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência desenvolve actividades estimulantes da memória com o seu familiar? vezes / semana

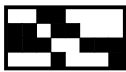
Costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes,...)? Sempre Às vezes Nunca

Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções? Sempre Às vezes Nunca

Costuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar? Sempre Às vezes Nunca

Costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do seu familiar se altera?

Sempre Às vezes Nunca



55527

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

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

Necessário (juízo do enfermeiro)**Utilizado****Desejado** S N S N S N**Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Outro 2 (especificar)**

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

Necessário (juízo do enfermeiro)**Utilizado****Desejado** S N S N S N**Razão da não utilização** Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro



55527

OUTROS RECURSOS

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

Recursos não profissionais

Familiar
 Vizinho
 Amigo
 Empregada
 Outro

Serviços de:

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

Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento do trabalho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimentos da propriedade e da empresa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio de desemprego
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros subsídios temporários
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento social de inserção
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensão / Reforma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cargo da família
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio social
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento solidário para idosos (RSI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complemento de dependência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esmolas / donativos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra situação

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

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

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da limpeza das vias aéreas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acumulação de secreções traqueobrônquicas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aumento frequência respiratória
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deglutição comprometida
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição de higiene e asseio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: odores corporais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: unhas sujas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má higiene oral
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções oculares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções auditivas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções nasais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sujidade corporal visível
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição vestuário
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa suja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa desabotoada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à temperatura ambiente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição antropométrica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição de dependência

N.º de quedas no último mês

Estado mental

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

Evacuar (controlo dos intestinos)

- Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.
 Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).
 Consegue controlar os intestinos.

Urinar (controlo vesical)

- Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.
 Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.
 Continente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.