



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

**A ALTA HOSPITALAR DO DOENTE DEPENDENTE NO
AUTOCUIDADO: DECISÕES, DESTINOS, PADRÕES DE ASSISTÊNCIA
E DE UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS**

**- Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do
familiar cuidador -**

Fernando Alberto Soares Petronilho

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2013



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



**A ALTA HOSPITALAR DO DOENTE DEPENDENTE NO
AUTOCUIDADO: DECISÕES, DESTINOS, PADRÕES DE ASSISTÊNCIA
E DE UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS**

**- Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do
familiar cuidador -**

(Tese orientada pelo Prof. Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva e
Prof. Doutor Filipe Miguel Soares Pereira (co-orientador))

Fernando Alberto Soares Petronilho

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2013

Ao meu pai...incondicionalmente, sempre presente!

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Abel Paiva... pela forma como, ao longo dos anos, invariavelmente, nos tem dado a conhecer um “olhar diferente” sobre os cuidados de enfermagem e que nos faz muito sentido... obrigado!

Ao Prof. Doutor Filipe Pereira... pelo rigor, competência e exigência... mas, também, pela paciência e disponibilidade sem limites!... obrigado!

Às pessoas dependentes e familiares cuidadores!... pela “abertura de portas”, pelos inúmeros momentos de contacto e longas conversas!... uma aprendizagem que jamais será possível evidenciar, integralmente, nas palavras deste relatório!... obrigado!

Aos Conselhos de Administração dos hospitais onde se realizou o estudo: Centro Hospitalar do Alto Ave, Centro Hospitalar do Médio Ave, Hospital de S. Marcos e Hospital de Santa Maria Maior... pela agilização na autorização do estudo...obrigado!

Aos colegas dos serviços de internamento (medicinas) que integraram o estudo, bem como, aos elementos das equipas de gestão de altas... pela disponibilidade nas entrevistas e empenho na recolha de dados...obrigado!

Aos colegas das unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, aos responsáveis dos lares e às famílias de acolhimento... igualmente, pela sua colaboração no estudo...obrigado!

À Bárbara e à Ana Catarina, também, pelo enorme contributo na recolha de dados na casa das famílias...obrigado!

À colega Ana Isabel... pela informação muito útil que nos facultou sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pela clarificação e, também, pela sua preocupação em nos manter atualizados ao longo do tempo de elaboração do relatório... obrigado!

À minha escola – Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho – pelo período de dispensa que me foi facultado, permitindo desenvolver o trabalho com mais capacidade de reflexão!... obrigado!

Um agradecimento muito particular para a minha colega de gabinete – Manuela Machado – pelo incentivo, pela ajuda e pelas reflexões sempre muito pertinentes...mas, também, pela sobrecarga de trabalho na minha ausência!... obrigado!

Também uma palavra para os colegas Simão e Paula Encarnação... pela ajuda preciosa no arranjo final do relatório...obrigado!

Não poderia deixar de dar uma palavra aos eternos amigos... porque estiveram sempre “presentes” durante este longo percurso e outros: João Cainé e Carlos Margato...obrigado!

E...ao Ricardo, ao Francisco, à Cristina e à Gia... por tudo!...

RESUMO

A investigação que apresentamos, situa-se no domínio de duas áreas centrais da enfermagem: a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados.

Objetivos: 1) identificar os critérios de decisão utilizados sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar (Estudo I); 2) conhecer o destino dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar, bem como, conhecer o seu perfil em função dos diferentes destinos (Estudo II); 3) conhecer a evolução da condição de saúde dos dependentes, a evolução do processo de tomar conta dos familiares cuidadores, bem como, a evolução dos recursos utilizados (Estudo III).

Metodologia: foram realizadas entrevistas exploratórias a 18 profissionais de saúde (Estudo I). Foi identificada uma amostra de 273 dependentes com alta hospitalar, internados em seis hospitais da região norte de Portugal, tendo sido aplicado um instrumento de avaliação (Estudo II). Numa perspetiva longitudinal, esta amostra de 273 dependentes, foi acompanhada durante os primeiros 3 meses após a alta hospitalar tendo sido aplicado o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado” (Estudo III).

Resultados: os critérios envolvidos na decisão sobre o destino dos dependentes no momento da alta hospitalar estão, fundamentalmente, focalizados: no próprio dependente; no familiar cuidador; no contexto da família; nos recursos da comunidade e, por fim, nas respostas dos serviços de saúde. Quanto ao destino após a alta hospitalar, 58,6% dos dependentes regressou a casa, 28,2% foi referenciada para os serviços de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 9,5% para os lares e 3,7% para as famílias de acolhimento. Existem diferentes perfis em função do destino do dependente após a alta hospitalar. Globalmente, há uma evolução negativa no nível de dependência e nas complicações associadas aos processos corporais. Relativamente à transição para o exercício do papel de prestadores de cuidados dos familiares, verificou-se ligeira evolução positiva na perceção de autoeficácia e uma estabilização no perfil de cuidados assegurados, bem como, um ligeiro aumento dos recursos utilizados, todavia, insuficientes.

Conclusão: Os enfermeiros podem constituir um recurso significativo na ajuda dos dependentes, a preservar a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-a-dia e a melhorar a sua autonomia. Este suporte pode ser fornecido, quer através do desenvolvimento de competências nos próprios dependentes, quer através do desenvolvimento da mestria nos familiares para o exercício do papel de prestadores de cuidados. Todavia, parte significativa dos cuidados que os dependentes necessitam e assegurados pelos familiares cuidadores, revestem-se de grande complexidade e intensidade, apontando para a grande relevância dos cuidados de enfermagem, facilitadores das transições saudáveis nesta população-alvo.

Palavras-chave: Transição; Autocuidado; Familiar cuidador; Estudo longitudinal

ABSTRACT

The research we present is situated in the field of two central areas of nursing: the person's transition, associated with the dependence in self-care and the transition to exercise the role of carer.

Objectives: 1) Identify the decision criteria used on the destination of dependent patients in self-care at the time of hospital discharge (Study I); 2) know the destination of dependent patients in self-care at the time of hospital discharge, as well as their profile according to the different destinations (Study II); 3) know the evolution of the dependents health status, the evolution of the family caregivers in the taking care process as well as the evolution of the resources used (Study III).

Methodology: Exploratory interviews were conducted at 18 health professionals (Study I). It was identified a sample of 273 dependents discharged of six hospitals, in the northern region of Portugal, and applied an assessment instrument (Study II). In a longitudinal perspective, this sample of 273 dependents, was followed during the first 3 months after discharge and was applied the form "Families that integrate dependents on self-care" (Study III).

Results: The criteria involved in deciding the destination of the dependents at the time of hospital discharge are fundamentally focused: on the dependent, the family caregiver, in the context of family, community resources and, finally, the responses of health services. As for the destination after discharge, 58.6% of dependents returned home, 28.2% were referred for inpatient services of the National Continuous Care Network, 9.5% for nursing homes and 3.7% for host families. There are different profiles depending on the destination of the dependent after hospital discharge. Globally, there is a negative trend in the level of dependence and complications associated with bodily processes. Regarding the transition of relatives to exercise the role of carers, there was a slight positive trend in the perception of self-efficacy and stabilization in the profile of care provided, as well as a slight increase of resources used, however, insufficient.

Conclusion: Nurses can be a significant resource in helping dependents in self-care, to preserve their ability to perform day-to-day life activities and improve their autonomy. This support can be provided either through the development of their skills, either by developing mastery in the family caregivers to exercise the role of carers. However, a significant part of the care that they need, and held by family caregivers, are of great complexity and intensity, pointing to the great importance of nursing care, facilitators of healthy transitions in this target population.

Keywords: Transition, Self-Care, Family Caregiver; Longitudinal study

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	27
1.1 PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS	28
1.1.1. O autocuidado como conceito central da enfermagem.	33
1.1.2. A transição da pessoa associada à dependência no autocuidado.	39
1.1.3. A teoria das transições.	42
1.1.4. A transição associada ao exercício do papel de prestador de cuidados.	45
1.1.5. A perceção de autoeficácia como indicador das transições dos familiares cuidadores.	52
1.1.6. Os destinos dos dependentes no autocuidado após a alta hospitalar e as transições vivenciadas.	55
1.1.6.1. As respostas sociais e de saúde na comunidade, no âmbito da pessoa com dependência: a realidade no distrito de Braga.	57
1.2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	63
1.2.1. Finalidade do estudo.	67
1.2.2. Objetivos do estudo.	68
1.3. VISÃO GLOBAL DO RELATÓRIO E DO ESTUDO	69
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	71
2.1. ESTUDO I: CRITÉRIOS DE DECISÃO SOBRE O DESTINO DOS DOENTES DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR: DOS DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	73
2.1.1. Tipo de estudo.	73
2.1.2. Participantes.	74
2.1.3. Contexto do estudo.	75
2.1.4. Procedimento de recolha de dados.	76
2.1.5. Técnica de recolha de dados.	76
2.1.6. Análise dos dados.	77
2.2. ESTUDO II: DESTINO E PERFIL DOS DOENTES DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO FACE AOS CRITÉRIOS DE DECISÃO UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR	77
2.2.1. Tipo de estudo.	78
2.2.2. População e amostra.	78
2.2.3. Contexto do estudo.	79
2.2.4. Procedimento de recolha de dados.	79
2.2.4.1. Instrumento de avaliação: “Destino e perfil dos dependentes, no momento da alta hospitalar”.	79

2.2.4.2.	Validade e fidelidade do instrumento de avaliação - “Destino e perfil dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar”.	80
2.3.	ESTUDO III: EVOLUÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO E DO PROCESSO DE TOMAR CONTA DOS FAMILIARES CUIDADORES: ESTUDO LONGITUDINAL	81
2.3.1.	Tipo de estudo.	81
2.3.2.	População e amostra.	81
2.3.3.	Contexto do estudo.	82
2.3.4.	Procedimento de recolha de dados.	82
2.3.4.1.	Formulário: “Famílias que integram dependentes no autocuidado”.	84
2.3.4.2.	Fidelidade das escalas do autocuidado e da perceção de autoeficácia utilizadas no formulário: “Famílias que integram dependentes no autocuidado”.	86
2.3.4.3.	Notas de campo.	86
2.3.5.	Procedimentos de análise dos dados.	87
2.4.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.	87
3.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89
3.1.	CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS FAMÍLIAS QUE INTEGRAM MEMBROS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO	90
3.1.1.	Tipo de família e rendimentos do agregado familiar.	90
3.1.2.	Alojamento.	91
3.1.3.	Caraterização sociodemográfica dos dependentes no autocuidado.	92
3.1.4.	Caraterização sociodemográfica dos familiares cuidadores.	93
3.1.5.	O(s) destino(s) dos doentes dependentes.	95
3.2.	ESTUDO I - CRITÉRIOS DE DECISÃO SOBRE O DESTINO DOS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR: DO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	99
3.2.1.	Categoria: Aspetos centrados no doente dependente.	99
3.2.2.	Categoria: Aspetos centrados na família.	101
3.2.3.	Categoria: Aspetos centrados nas respostas da comunidade.	105
3.2.4.	Categoria: Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde.	106
3.2.5.	Síntese dos principais achados.	108
3.3.	ESTUDO II - PERFIL E DESTINOS DOS DOENTES DEPENDENTES FACE AOS CRITÉRIOS DE DECISÃO ENVOLVIDOS NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR	111
3.3.1.	Destino(s) dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar.	111
3.3.2.	Intervenientes no processo de decisão após a alta sobre o destino do doente dependente no autocuidado.	112

3.3.3. Perfil global da amostra face aos critérios de decisão utilizados sobre o destino dos doentes dependentes, no momento da alta hospitalar.	113
3.3.4. Perfil dos dependentes em função dos destinos no momento da alta hospitalar tendo em conta os critérios de decisão envolvidos.	119
3.3.5. Síntese dos principais resultados.	122
3.4. ESTUDO III – EVOLUÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO, DO PERFIL DO FAMILIAR CUIDADOR PARA TOMAR CONTA E DOS RECURSOS UTILIZADOS - ESTUDO LONGITUDINAL.....	126
3.4.1. Evolução da condição de saúde dos doentes dependentes.	127
3.4.1.1. Evolução do tipo e nível de dependência no autocuidado.	127
3.4.1.1.1 <i>Um mês após a alta hospitalar (M1)</i>	129
3.4.1.1.2 <i>Dois meses após a alta hospitalar (M2)</i>	130
3.4.1.1.3 <i>Três meses após a alta hospitalar (M3)</i>	132
3.4.1.1.4 <i>Evolução do nível de dependência: síntese e discussão dos resultados</i>	133
3.4.1.2. Evolução da condição de saúde do doente dependente: compromisso nos processos corporais.	135
3.4.1.2.1 <i>Um mês após a alta hospitalar (M1)</i>	135
3.4.1.2.2 <i>Dois meses após a alta hospitalar (M2)</i>	136
3.4.1.2.3 <i>Três meses após a alta hospitalar (M3)</i>	136
3.4.1.2.4 <i>Evolução da condição de saúde do doente dependente: compromisso nos processos corporais - síntese e discussão dos resultados</i>	137
3.4.2. Evolução do exercício do papel dos familiares cuidadores.	138
3.4.2.1. Evolução da perceção de autoeficácia do familiar cuidador (PAE do FC) para tomar conta do dependente.	138
3.4.2.1.1 <i>PAE do familiar cuidador, um mês após a alta hospitalar (M1)</i>	139
3.4.2.1.2 <i>PAE do familiar cuidador, dois meses após a alta hospitalar (M2)</i>	142
3.4.2.1.3 <i>PAE do familiar cuidador, três meses após a alta hospitalar (M3)</i>	144
3.4.2.1.4 <i>Evolução da PAE do FC para tomar conta do familiar dependente: síntese e discussão dos resultados</i>	147
3.4.2.2. Evolução do perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores.	152
3.4.2.2.1 <i>Perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores, um mês após a alta hospitalar (M1)</i>	153
3.4.2.2.1.1 <i>Cuidados de incentivo à autonomia do dependente, um mês após a alta hospitalar (M1)</i>	153
3.4.2.2.1.2 <i>Intensidade com que o familiar cuidador presta cuidados ao dependente, um mês após a alta hospitalar (M1)</i>	154
3.4.2.2.1.3 <i>Decisão sobre os cuidados ao dependente, um mês após a alta hospitalar (M1)</i>	155

3.4.2.2.1.4 Locais da prestação de cuidados ao dependente, um mês após a alta hospitalar (M1).	155
3.4.2.2 <i>Perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores, dois meses após a alta hospitalar (M2)</i>	156
3.4.2.2.2.1 Cuidados de incentivo à autonomia do dependente, dois meses após a alta hospitalar (M2).	156
3.4.2.2.2.2 Intensidade com que o familiar cuidador presta cuidados ao dependente, dois meses após a alta hospitalar (M2).....	156
3.4.2.2.2.3 Decisão sobre os cuidados ao dependente, dois meses após a alta hospitalar (M2).	158
3.4.2.2.2.4 Locais da prestação de cuidados ao dependente, dois meses após a alta hospitalar (M2).	158
3.4.2.2.3 <i>Perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores, três meses após a alta hospitalar (M3)</i>	158
3.4.2.2.3.1 Cuidados de incentivo à autonomia do dependente, três meses após a alta hospitalar (M3).	158
3.4.2.2.3.2 Intensidade com que o familiar cuidador presta cuidados ao dependente, três meses após a alta hospitalar (M3).	159
3.4.2.2.3.3 Decisão sobre os cuidados ao dependente, três meses após a alta hospitalar (M3).	161
3.4.2.2.3.4 Locais da prestação de cuidados ao dependente, três meses após a alta hospitalar (M3).	161
3.4.2.2.4 <i>Evolução do perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores: síntese e discussão dos resultados</i>	162
3.4.2.3. Evolução dos recursos utilizados pelas famílias face à dependência do familiar	167
3.4.2.3.1 <i>Um mês após a alta hospitalar (M1)</i>	168
3.4.2.3.1.1 Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M1).	168
3.4.2.3.1.2 Recursos: serviços de apoio (M1).....	169
3.4.2.3.1.3 Recursos: financeiros (M1).	171
3.4.2.3.2 <i>Dois meses após a alta hospitalar (M2)</i>	171
3.4.2.3.2.1 Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M2).	171
3.4.2.3.2.2 Recursos: serviços de apoio (M2).....	172
3.4.2.3.2.3 Recursos: financeiros (M2).	173
3.4.2.3.3 <i>Três meses após a alta hospitalar (M3)</i>	173
3.4.2.3.3.1 Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M3).	174
3.4.2.3.3.2 Recursos: serviços de apoio (M3).....	174

3.4.2.3.3 Recursos: financeiros (M3)	175
3.4.2.3.4 <i>Evolução dos recursos utilizados e necessários às famílias face à dependência do familiar: síntese e discussão dos resultados.</i>	176
3.4.3. Correlações entre as principais variáveis do Estudo III.	185
3.5. EVOLUÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA AO LONGO DOS CINCO MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DO ESTUDO: DO CONTEXTO DOMICILIÁRIO AO TERCEIRO MÊS APÓS A ALTA HOSPITALAR.....	189
3.5.1. Comparação da evolução da dependência entre os casos “dependentes antes do internamento hospitalar” com aqueles que eram “autônomos no autocuidado”.	193
3.6. CARATERIZAÇÃO DOS <i>CLUSTERS</i> (5) EM FUNÇÃO DA EVOLUÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA ENTRE O CONTEXTO DOMICILIÁRIO E TRÊS MESES APÓS O REGRESSO A CASA.....	196
3.6.1. Cluster 1: Doentes que mantêm o nível de dependência.	198
3.6.2. Cluster 2: Doentes que mantêm o nível de dependência no internamento e melhoram após a alta hospitalar.	199
3.6.3. Cluster 3: Doentes que melhoram sempre o nível de dependência.	200
3.6.4. Cluster 4: Doentes que pioram o nível de dependência no internamento e melhoram após a alta hospitalar.	201
3.6.5. Cluster 5: Doentes que pioram sempre o nível de dependência.	203
3.7. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS DO(S) ESTUDO(S).....	205
4. CONCLUSÕES.....	215
5. BIBLIOGRAFIA	227
ANEXOS	241

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1– Indicadores demográficos relativos ao envelhecimento e dependência, nas sub-regiões do Cávado e Ave (INE, 2011).....	29
Tabela 1.2 – Indicadores demográficos relativos às famílias clássicas nas sub-regiões do Cávado e Ave (INE, 2011)	30
Tabela 1.3 – “Processos de cuidar” (Schumacher et al., 2000).....	54
Tabela 1.4– Nº de equipamentos sociais para pessoas dependentes, no distrito de Braga, em 2011 (Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos: Relatório 2011; INE, 2011)	57
Tabela 1.5 – Capacidade de respostas sociais para pessoas idosas/dependentes; população residente e índice de envelhecimento, por concelho, no distrito de Braga, em 2010	58
Tabela 1.6 – Distribuição do nº de unidades de internamento/ECCI da RNCCI, por concelho, no distrito de Braga (Ministério da Saúde, ARS Norte)	61
Tabela 1.7 – Motivos de referenciação para a RNCCI no 1º semestre 2011	62
Tabela 1.8 – Visão global do estudo	69
Tabela 2.1 – Caraterização dos participantes do Estudo I	74
Tabela 2.2 – Instituições de saúde e serviços de internamento do estudo	76
Tabela 3.1- Caraterização das famílias clássicas: tipo e rendimentos	91
Tabela 3.2 - Caraterização das famílias clássicas: alojamento	92
Tabela 3.3 - Caraterização sociodemográfica dos dependentes.....	93
Tabela 3.4 - Caraterização sociodemográfica dos FC (FC1: principal; FC2: secundário)	94
Tabela 3.5 – Distribuição dos doentes dependentes pelo destino: momento da alta hospitalar; 1º mês, 2º meses e 3º meses após a alta hospitalar.....	96
Tabela 3.6 – Critérios de decisão sobre o destino do dependente no autocuidado no momento da alta hospitalar	99
Tabela 3.7 - Categoria: Aspetos centrados no doente dependente	101
Tabela 3.8 - Categoria: Aspetos centrados na família	103
Tabela 3.9 – Categoria: Aspetos centrados nas respostas da comunidade.....	105
Tabela 3.10 – Categoria: Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde	107
Tabela 3.11 – Distribuição dos doentes dependentes relativamente ao destino no momento da alta hospitalar (M0); (N=273)	111
Tabela 3.12 – Distribuição dos doentes dependentes relativamente ao domínio e nível de dependência no autocuidado, antes do episódio de internamento (M-1) e no momento da alta hospitalar (M0).....	115
Tabela 3.13 – Caraterização dos doentes pelo nível global de dependência, por domínio de autocuidado – escala ordinal (M1)	129
Tabela 3.14 – Nível médio de dependência global no autocuidado – escala quantitativa (M1); (n=117) 130	
Tabela 3.15 – Caraterização dos doentes pelo nível global de dependência, por domínio de autocuidado – escala ordinal (M2)	130
Tabela 3.16 – Nível médio de dependência global no autocuidado – escala quantitativa (M2); (n=115) 131	
Tabela 3.17 – Caraterização dos doentes pelo nível global de dependência, por domínio de autocuidado – escala ordinal (M3)	132
Tabela 3.18 – Nível médio de dependência global no autocuidado – escala quantitativa (M3); (n=162) 133	
Tabela 3.19 – Distribuição dos doentes pelo compromisso dos processos corporais (M1)	136
Tabela 3.20 – Distribuição dos doentes pelo compromisso dos processos corporais (M2)	136
Tabela 3.21 – Distribuição dos doentes pelo compromisso dos processos corporais (M3)	137
Tabela 3.22 – Caraterização da PAE do FC Global por domínio de autocuidado – escala ordinal (M1) 140	
Tabela 3.23 – Caraterização da PAE do FC Global por processos de cuidar de Schumacher - escala ordinal (M1)	140
Tabela 3.24 – Caraterização da PAE do FC Global (M1)	141
Tabela 3.25 - Caraterização da PAE do FC Global por domínio de autocuidado - escala ordinal (M2) . 142	
Tabela 3.26 - Caraterização da PAE do FC Global por processos de cuidar de Schumacher - escala ordinal (M2)	143

Tabela 3.27 - Caraterização da PAE do FC Global (M2)	143
Tabela 3.28 - Caraterização da PAE do FC global por domínio de autocuidado - escala ordinal (M3) ..	145
Tabela 3.29 - Caraterização da PAE do FC Global por processos de cuidar de Schumacher - escala ordinal (M3).....	145
Tabela 3.30 - Caraterização da PAE do FC Global (M3)	146
Tabela 3.31 – Frequência das atividades de incentivo à autonomia do dependente por parte dos FC (M1).....	153
Tabela 3.32 – Juízo clínico (enfermeiro) em função da Média/Frequência com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M1)	155
Tabela 3.33 – Frequência das atividades de incentivo à autonomia do dependente por parte dos FC (M2)	156
Tabela 3.34 – Juízo clínico (enfermeiro) em função da Média/Frequência com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M2)	157
Tabela 3.35 – Frequência das atividades de incentivo à autonomia do dependente por parte dos FC (M3)	159
Tabela 3.36 – Juízo clínico (enfermeiro) em função da Média/Frequência com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M3)	160
Tabela 3.37 – Distribuição dos recursos não profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M1).....	170
Tabela 3.38 – Distribuição dos recursos profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M1)	170
Tabela 3.39 – Distribuição dos serviços específicos de apoio utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M1).....	170
Tabela 3.40 – Distribuição dos serviços financeiros utilizados pelas famílias para tomar conta do familiar dependente (M1)	171
Tabela 3.41 – Distribuição dos recursos não profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M2).....	172
Tabela 3.42 – Distribuição dos recursos profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M2)	172
Tabela 3.43 – Distribuição dos serviços específicos de apoio utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M2).....	173
Tabela 3.44 – Distribuição dos serviços financeiros utilizados pelas famílias para tomar conta do familiar dependente (M2)	173
Tabela 3.45 – Distribuição dos recursos não profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M3).....	174
Tabela 3.46 – Distribuição dos recursos profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M3)	175
Tabela 3.47 – Distribuição dos serviços específicos de apoio utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M3).....	175
Tabela 3.48 – Distribuição dos serviços financeiros utilizados pelas famílias para tomar conta do familiar dependente (M3)	175
Tabela 3.49 – Correlações entre as principais variáveis do Estudo III (Coeficiente de Correlação de Pearson (r)).....	187
Tabela 3.50 – Distribuição do nº de doentes dependentes avaliados nos cinco momentos de avaliação	191
Tabela 3.51 – Distribuição do nº de doentes dependentes pelos momentos de avaliação, quanto à evolução da condição de dependência (melhorou, manteve, piorou).....	191
Tabela 3.52 - Diferença de médias (Test t) do nível de dependência entre os dependentes e autónomos antes do internamento hospitalar em 4 momentos de avaliação do estudo (M0, M1, M2 e M3).	194
Tabela 3.53 – Caraterização do Cluster 1 em função das principais variáveis do estudo	198
Tabela 3.54 – Caraterização do Cluster 2 em função das principais variáveis do estudo	200
Tabela 3.55 – Caraterização do Cluster 3 em função das principais variáveis do estudo	201
Tabela 3.56 – Caraterização do Cluster 4 em função das principais variáveis do estudo	202
Tabela 3.57 – Caraterização do Cluster 5 em função das principais variáveis do estudo	204

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 - Teoria de Médio Alcance das Transições (adaptado de Meleis et al., 2010, p. 56).....	43
Figura 1.2 – Aquisição do papel de prestador de cuidados (adaptado de Schumacher, 1995, p. 217)	49
Figura 1.3 – Síntese do processo de tomada de decisão acerca do destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar (adaptado de Tavares, 2011, p. 79)	56
Figura 2.1 – Desenho do estudo	72
Figura 2.2 – Evolução da população acessível do Estudo III, nos 3 momentos de avaliação (M1, M2 e M3).....	82
Figura 2.3 – Procedimento de recolha de dados do Estudo III	84
Figura 3.1 – Evolução da população acessível e da amostra do Estudo III	98
Figura 3.2 – Perfil dos doentes dependentes em função dos destinos no momento da alta hospitalar..	125
Figura 3.3 – Correlação entre o nível de dependência (autonomia) e principais variáveis do Estudo III	186
Figura 3.4 – Correlação entre a perceção autorficácia do FC e principais variáveis do Estudo III	186
Figura 3.5 – Correlação entre Incentivo à autonomia por parte do FC e principais variáveis do Estudo III	188
Figura 3.6 - Estrutura do modelo de clusters (5).....	196
Figura 3.7 – Caraterização dos Clusters (5) em função do perfil de evolução do nível de dependência ao longo da investigação; (N=162).....	197
Figura 3.8 – Caraterização do Cluster 1	198
Figura 3.9 - Caraterização do Cluster 2	199
Figura 3.10 – Caraterização do Cluster 3	200
Figura 3.11 – Caraterização do Cluster 4	201
Figura 3. 12 – Caraterização do Cluster 5	204
Figura 4.1 – Esquema descritivo dos principais resultados da investigação	225

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1.1 – % Regional de referenciação nacional de doentes para a RNCCI (1º semestre 2011).....	60
Gráfico 1.2 – % de referenciados para a ECCI dos doentes referenciados para a RNCCI em cada região (1º semestre 2011)	61
Gráfico 3.1 - Profissional de saúde (%) que deu início ao processo de referenciação do doente dependente; N=273	112
Gráfico 3.2 – Distribuição dos intervenientes (%) na decisão sobre o destino do doente dependente após a alta hospitalar; N=273	113
Gráfico 3.3 – Evolução da % de doentes “grandes dependentes” (“dependente não participa” ou “necessita de ajuda de pessoa”) por domínio de autocuidado, entre o momento antes do episódio de internamento hospitalar (M-1) e o momento da alta clínica (M0).....	115
Gráfico 3.4 – % de “grandes dependentes” por domínio de autocuidado (M1)	130
Gráfico 3.5 – % de “grandes dependentes” por domínio de autocuidado (M2)	131
Gráfico 3.6 – % de “grandes dependentes” por domínio de autocuidado (M3)	132
Gráfico 3.7 – Nível Médio de Dependência Global no Autocuidado em cada um dos 3 momentos de avaliação (M1; M2; M3)	133
Gráfico 3.8 – Evolução da % de casos com compromisso dos processos corporais entre M1 e M3	137
Gráfico 3.9 – PAE do FC por domínio de autocuidado e por processos de cuidar, face ao Nível Médio de PAE FC Global (M1)	141
Gráfico 3.10 – PAE do FC por domínio de autocuidado e por processos de cuidar, face ao Nível Médio de PAE FC Global (M2).....	144
Gráfico 3.11 – PAE do FC por domínio de autocuidado e por processos de cuidar, face ao Nível Médio de PAE FC Global (M3).....	146
Gráfico 3.12 – Nível Médio de PAE FC Global para tomar conta, em cada um dos 3 momentos de avaliação (M1, M2 e M3)	147
Gráfico 3.13 – Nível Médio Global de Incentivo à Autonomia do Dependente, em cada um dos momentos de avaliação (M1, M2, M3)	162
Gráfico 3.14 - Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M1).....	169
Gráfico 3.15 - Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M2).....	172
Gráfico 3.16 - Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M3).....	174
Gráfico 3.17 – Evolução das taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários, por domínio de autocuidado, entre M1 e M3.....	176
Gráfico 3.18 – Taxa Total de utilização de recursos em cada um dos momentos do estudo (M1, M2, M3)	183
Gráfico 3.19 – Evolução da % de “grandes dependentes” entre M-1 e M3, por domínio de autocuidado	190
Gráfico 3.20 – Evolução do nível de dependência (%) entre os diferentes momentos de avaliação em função dos 3 status: melhorou, manteve e piorou, o nível global de dependência	192
Gráfico 3.21 – Nível Médio de Dependência Global no Autocuidado em cada um dos 5 momentos de avaliação (M-1; M0; M1; M2; M3).....	193
Gráfico 3.22 – Evolução do Nível Médio de Dependência Global no Autocuidado nos 5 momentos de avaliação, nos doentes “dependentes antes do internamento” e doentes “autónomos antes do internamento”	194

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A – “A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam no seu seio um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura”.....	243
ANEXO B - O autocuidado como conceito central da enfermagem: dos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011).	249
ANEXO C- Autorização dos Conselhos de Administração das instituições de saúde envolvidas para a realização do estudo	269
ANEXO D - Critérios de decisão sobre o destino dos dependentes no momento da alta hospitalar - Análise de conteúdo”	283
ANEXO E - Instrumento de avaliação aplicado no momento da alta hospitalar do dependente “Destino e perfil dos dependentes no momento da alta hospitalar”	291
ANEXO F - Dimensões do instrumento de avaliação “Destino e perfil dos dependentes no momento da alta hospitalar”	301
ANEXO G - Operacionalização das variáveis do instrumento de avaliação “Destino e perfil dos dependentes no momento da alta hospitalar”	305
ANEXO H – Pedido de autorização à Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) para utilização do instrumento de recolha de dados "Famílias que integram dependentes no autocuidado"	309
ANEXO I - Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”	313
ANEXO J - Operacionalização das variáveis de atributo do Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”	335
ANEXO K Operacionalização das variáveis em estudo do Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”	339
ANEXO L Declaração de Consentimento Informado dos doentes dependentes e familiares cuidadores	345
ANEXO M Resultados do Estudo II - Perfil e destinos dos doentes dependentes face aos critérios de decisão envolvidos no momento da alta hospitalar	347
ANEXO N Perfil dos dependentes em função dos destinos no momento da alta hospitalar tendo em conta os critérios de decisão envolvidos.....	351
ANEXO O Nível de dependência por domínio de autocuidado	359
ANEXO P Condição de saúde do dependente: compromisso nos processos corporais	369
ANEXO Q Perceção de autoeficácia do FC para tomar conta por domínios do autocuidado e por “processos de cuidar” de Schumacher.....	377
ANEXO R Perfil de cuidados do FC para tomar conta do familiar dependente.....	407
ANEXO S Recursos necessários e utilizados face à dependência do familiar.....	415
ANEXO T Caraterização dos <i>clusters</i> em função da evolução do nível de dependência	433

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades de vida diária
CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CE – Conselho de Enfermagem
DGS – Direção-Geral da Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI - Equipa de cuidados continuados integrados
ECL – Equipa Coordenadora Local
ED – Enunciado Descritivo
EGA – Equipa de Gestão das Altas
ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
E.U.A. – Estados Unidos da América
FC - Familiar cuidador
FC1 - Familiar cuidador principal
FC2 - Familiar cuidador secundário
IC – insuficiência cardíaca
ICN - International Council of Nursing
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
MSSS – Ministério da Solidariedade e da Segurança Social
M-1 ou AI - Momento antes do episódio de internamento hospitalar
M0 - Momento da alta hospitalar
M1 - 1º Mês após a alta hospitalar
M2 - 2º Mês após a alta hospitalar
M3 - 3º Mês após a alta hospitalar
MFPC – Membro da família prestador de cuidados
Nº - Número
NUTS II - Unidade Territorial Estatística de Portugal de Nível II
PAE FC – Perceção de autoeficácia do familiar cuidador
RIMR - Relatório Intercalar de Monitorização da REDE
RNCCI/REDE – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
UMCC – Unidade de Missão dos Cuidados Continuados
UC – Unidade de Convalescença
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

1. INTRODUÇÃO

O estudo que apresentamos resulta de um percurso de investigação no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem (4º curso), numa parceria entre a Universidade de Lisboa e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Situa-se no domínio de dois conceitos centrais da enfermagem e indissociáveis – a dependência no autocuidado e o exercício do papel do familiar cuidador – tendo por objeto específico, a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e, por consequência, a transição dos membros da família para o exercício do papel de prestador de cuidados.

A pesquisa que realizámos no contexto do mestrado em ciências de enfermagem (Petronilho, 2007) e outros trabalhos disponíveis no contexto nacional (Brito, 2002; Campos, 2008; Duque, 2009; Imaginário, 2004; Lage, 2005, 2007; Louro, 2009; Pereira, 2008; Santos, 2004; Sequeira, 2007), centrados no fenómeno do envelhecimento, da transição após um evento gerador de dependência no autocuidado e para o exercício do papel de prestador de cuidados (caraterizados por utilizarem diferentes dispositivos metodológicos), apontam-nos para a necessidade de desenvolver mais investigação acerca do fenómeno. Permite, deste modo, um melhor aprofundamento das suas dimensões, numa perspetiva que seja clinicamente relevante para a enfermagem.

Procedemos, ainda, a uma revisão da literatura em bases de dados científicas internacionais¹ com o objetivo de explorar o conhecimento produzido sobre os fenómenos mencionados e que nos permitiu confirmar a utilidade da concretização da investigação que apresentamos neste relatório. Na verdade, o conceito de autocuidado aparece amplamente na literatura, mas, em grande medida, associado à capacidade das pessoas para gerir o regime terapêutico (autogestão da doença). Assim, surge, fundamentalmente, relacionado com a medicação prescrita, a dieta adequada, a identificação e a gestão de sinais e sintomas das doenças, a prevenção das suas complicações, etc. Significa, pois, que o conceito de autocuidado, na perspetiva do nível de dependência, assim como, nesta sequência, o exercício do papel de prestador de cuidados, são fenómenos da saúde insuficientemente explorados na investigação e, concretamente, na investigação em enfermagem.

É conhecido que o envelhecimento da população, a crescente prevalência das doenças crónicas e o conseqüente aumento de pessoas em situação de dependência, têm tido um impacto significativo no sistema financeiro, social e de saúde das sociedades, onde Portugal não foge à regra. Em resposta a este “cenário”, as políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização, envolvimento e na capacitação dos cidadãos e das famílias, para cuidarem-se a si próprios em relação às atividades de vida diária (AVD), bem como, na procura de comportamentos de saúde que integrem esquemas terapêuticos definidos com a ajuda dos profissionais de saúde, no sentido de encontrar respostas mais

¹ No âmbito deste percurso publicámos duas revisões da literatura: 1) centrada no exercício do papel de prestador de cuidador (Petronilho, 2010), Anexo A; 2) centrada no fenómeno do autocuidado (Petronilho, 2012), Anexo B.

eficazes aos processos de transição, ao longo do ciclo de vida. Pereira (2011), no estudo recente sobre “*subitamente cuidadores*” reforça a importância deste fenómeno para a enfermagem:

“(…) o acompanhamento dos cuidadores informais se encontra no âmbito do interesse da área de saber e atuação de enfermagem. Na realidade, são muitas e variadas as expressões deste interesse: os enfermeiros acompanham as pessoas com necessidades de apoio e capacitam os seus familiares para que lhes possam prestar cuidados em segurança; os enfermeiros acompanham os próprios familiares como alvo do seu interesse profissional, avaliam a sua resposta à situação de cuidado e identificam, como diagnóstico, a sobrecarga do cuidador (ou o risco para sobrecarga do cuidador); os enfermeiros investigam a adaptação dos cuidadores ao seu papel, as intervenções que podem minimizar o impacto do cuidar, a eficácia de intervenções de ensino, suporte ou pausa no cuidar. As respostas dos cuidadores informais estão claramente no âmbito de atuação dos enfermeiros, independentemente do foco e da perspectiva que se assuma” (p. 194).

Assim, pareceu-nos existir um argumento sólido para investigar com maior profundidade o fenómeno da dependência no autocuidado e, em associação, a prestação de cuidados no seio das famílias, na perspetiva dos cuidados de enfermagem. Acreditamos que esta pesquisa possa dar um contributo para uma melhor descrição e explicação dos fenómenos em estudo e que, à *posteriori*, possa concorrer para a conceção de respostas em cuidados de enfermagem mais eficazes para a saúde e o bem-estar dos cidadãos e, também, com mais sentido para as próprias famílias que integram dependentes. Este estudo, está ancorado em construtos teóricos que suportam o objeto do nosso estudo como relevante para o domínio da enfermagem: a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), a Teoria das Transições de Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000; Meleis, 2007; Meleis, 2010) e o conceito de papel de prestador de cuidados (Schumacher, 1995; Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd & Dibble, 2000; Shyu, 2000b).

1.1 PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS

Atualmente, os países do chamado “velho continente”, onde Portugal se enquadra, são caracterizados por um envelhecimento significativo da população. As causas estão claramente identificadas e estão basicamente associadas à diminuição da taxa de mortalidade e natalidade, ao aumento da esperança média de vida em consequência do avanço dos processos terapêuticos e da melhoria das condições socioeconómicas das populações. Daqui, decorre uma tendência acentuada para o aumento do número de pessoas com doenças crónicas, as quais, estão fortemente associadas à transição² vivida após um evento gerador de dependência no autocuidado e, por consequência, à transição para o exercício do papel de prestador de cuidados por parte dos membros da família.

Nos próximos parágrafos, reportamo-nos a alguns dados sociodemográficos que descrevem a situação de Portugal e que entendemos pertinentes face ao nosso objeto de investigação. Sempre que possível, procedemos à descrição de dados disponíveis relativos ao contexto geográfico da presente investigação: as sub-regiões do Cávado (a norte) e do Ave (a sul)³. Os resultados estatísticos relativamente aos

² Transição (Meleis, 2010) “é a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta” (pp. 25-26).

³ Os resultados numéricos e percentuais que apresentamos relativos às sub-regiões do Cávado e do Ave resultam da média do somatório das 2 sub-regiões, uma vez que o INE, divulga os dados de forma separada por cada sub-região. A sub-região do Cávado inclui os concelhos de Amares, Barcelos, Braga, Esposende, Terras do Bouro e Vila verde. A sub-região do Ave inclui os concelhos de Fafe, Guimarães, Póvoa do Lanhoso, Santo

censos de 2011 (INE, 2011) revelam que a população portuguesa teve um crescimento de 1,9% comparativamente a 2001. O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento do número de idosos e pela diminuição da população jovem, agravou-se na última década. Os resultados dos censos de 2011 indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O “índice de envelhecimento da população” é de 129. Significa que, por cada 100 jovens, existem, hoje, 129 idosos. Em 2001, este índice era de 102. Na última década, verificou-se, igualmente, o agravamento do “índice de dependência total⁴”, sendo, em 2001, de 48 e, em 2011, este índice passou para 52. Significa que, por cada 100 pessoas em idade ativa, existem 52 dependentes. O agravamento do “índice de dependência total” é resultado do aumento do “índice de dependência de idosos” que subiu de 24 em 2001 para 29 em 2011. No entanto, quer o “índice de envelhecimento”, quer o “índice de dependência total”, quer o “índice de dependência de idosos” da zona geográfica do presente estudo (sub-regiões do Cávado e Ave), em média, são mais baixos comparativamente à média nacional, respetivamente, 91,45, 44,05 e 21,05 (Tabela 1.1).

Tabela 1.1- Indicadores demográficos relativos ao envelhecimento e dependência, nas sub-regiões do Cávado e Ave (INE, 2011)

Indicadores	Sub-regiões do Cávado e Ave	
	2001	2011
Índice de envelhecimento	60,5	91,45
Índice de dependência de idosos	16,7	21,05
Índice de dependência total	44,4	44,05

Entre 2001 e 2011 o número de famílias clássicas aumentou cerca de 10,8%, atingindo as 4.044.100. As famílias são, atualmente (2011), de menor dimensão, com uma média de 2,6 membros, sendo, em 2001, de 2,8. Aumentou o número de famílias constituídas por uma e duas pessoas. As famílias de maior dimensão têm vindo a perder expressão. Em 2011, as famílias com cinco ou mais pessoas representam 6,5%, face a 9,5% em 2001 e a 15,4% em 1991. Em 2011, nas sub-regiões do Cávado e Ave, em média, as famílias com cinco ou mais pessoas representam 9,63%, portanto, um número mais elevado em relação à média nacional (Tabela 1.2).

Numa comparação entre os censos de 2001 e 2011, nas sub-regiões do Cávado e Ave, o número de famílias clássicas constituídas por um, dois e cinco membros, aumentaram. No entanto, as famílias clássicas com quatro membros diminuíram. Nesta região, verificou-se, também, um aumento do número de famílias institucionais, passando, em 2001, de duzentos e dezanove, para trezentos e três em 2011. Relativamente à população residente nas sub-regiões do Cávado e Ave, no censo de 2001, registou-se 903.031 indivíduos, dos quais, 4% vivem em famílias sem núcleo, 86,3% vivem em famílias com um núcleo, 8,4% vivem em famílias de dois núcleos, 0,6% vivem em famílias de três ou mais núcleos. Por último, 0,7% vivem em famílias institucionais (Tabela 1.2).

Relativamente ao envelhecimento demográfico, definido pela proporção das pessoas idosas na população total, os dados de 2001 (INE) revelaram que a população idosa (65 anos e mais)

Tirso, Trofa, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão e Vizela. Ambas as sub-regiões (Cávado e Ave) pertencem à *Unidade Territorial Estatística de Portugal de Nível II* (NUTS II), (INE, 2011).

⁴ “Índice de dependência total” é definido pela relação entre a soma do número de jovens e do número de idosos com idades consideradas inativas do ponto de vista económico (menores de 15 anos e 65 e mais anos), e o número de pessoas em idade activa (dos 15 aos 64 anos). Corresponde à soma do índice de dependência de jovens e do índice de dependência de idosos (INE, 2011).

relativamente à população total, passa de 8% em 1960, para 16,4% em 2001. No entanto, a média, nas regiões do Cávado e Ave em 2011, representa um valor significativamente mais baixo (11,5%). A população residente mais idosa (75 e mais anos), a nível nacional, passou de 238.121 em 1960 para 701.366 em 2001, quase que triplicou em 40 anos. A percentagem de famílias clássicas com pelo menos um idoso era de 32,5% em 2001 e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias. De referir que do total de famílias constituídas apenas por idosos, 50,5% é constituída apenas por um idoso e por dois idosos 48,1%. A esperança média de vida à nascença (em anos), entre 1960 e 2001, aumentou de 60,7 para 73,4 nos homens e de 66,4 para 80,4 nas mulheres.

Em relação ao parque habitacional, os censos de 2011 (INE, 2011) registam, novamente, um forte crescimento na última década, embora mais moderado do que na década de noventa. Assim, os censos 2011, comparando com os censos de 2001, indicam um crescimento de, respetivamente, 12,1% e 16,3%, no número de edifícios e de alojamentos, fixando-se em 3.543.595 edifícios e 5.877.991 alojamentos. A dimensão média dos edifícios (número de alojamentos por edifício) tem vindo continuamente a crescer: 1,7 alojamentos por edifício em 2011, 1,6 em 2001 e 1,5 em 1991. Os edifícios construídos para possuir 3 ou mais alojamentos representam 8,2%. Nas últimas décadas, as condições de habitabilidade dos alojamentos melhoraram significativamente. As infraestruturas básicas, como água canalizada, esgotos e casa de banho com banho e duche estão, hoje, presentes em praticamente todos os alojamentos.

Tabela 1.2 – Indicadores demográficos relativos às famílias clássicas nas sub-regiões do Cávado e Ave (INE, 2011)

Indicadores demográficos relativos às famílias clássicas		Sub-regiões do Cávado e Ave			
		2001		2011	
		Nº	%	Nº	%
População residente	População residente	903.031	100,0	921.886	100,0
	População residente com 65 ou mais anos	103.848	11,5	-	-
Famílias clássicas e tipo de Família clássica	Famílias sem núcleo	36.123	4,0	-	-
	Famílias com 1 núcleo	779.179	86,3	-	-
	Famílias com 2 núcleos	76.161	8,4	-	-
	Famílias com 3 ou mais núcleos	5.523	0,6	-	-
	Indivíduos nas famílias institucionais	6.045	0,7	-	-
Famílias clássicas e institucionais (Dimensão)	Famílias clássicas Total	274.818	99,92	311.852	99,90
	Famílias clássicas com 1 pessoa	26.035	9,46	41.825	13,39
	Famílias clássicas com 2 pessoas	58.756	21,36	82.876	26,54
	Famílias clássicas com 3 pessoas	74.284	27,00	85.285	27,32
	Famílias clássicas com 4 pessoas	73.293	26,64	71.800	23,00
	Famílias clássicas com 5 pessoas	26.824	9,75	30.066*	9,63*
	Famílias clássicas com 6 pessoas	9.927	3,60	-	-
	Famílias clássicas com 7 pessoas	3.517	1,27	-	-
	Famílias clássicas com 8 pessoas	1.276	0,46	-	-
	Famílias clássicas com 9 pessoas	510	0,18	-	-
	Famílias clássicas com 10 ou mais pessoas	396	0,14	-	-
Famílias institucionais	219	0,08	303	0,1	

*Com 5 pessoas ou mais

Em termos nacionais, a percentagem de alojamentos que ainda não dispõem de água canalizada é de 0,59% (23.579 alojamentos), a falta de sistema de esgotos afeta 0,45% dos alojamentos (17.966) e a falta de casa de banho com instalação de banho ou duche ocorre em 1,92% dos alojamentos (76.924).

No que diz respeito a alguns indicadores de saúde nas regiões do Cávado e Ave (INE, 2011):

- Em 2009, o nº de camas por 1000 habitantes era de 3,15 para uma média nacional superior (3,4);

- Em 2009, a taxa de ocupação das camas nos estabelecimentos de saúde foi de 80,4% para um valor inferior de 77,5% no contexto nacional;
- Em 2009, o nº de extensões dos centros de saúde era de 39 para um total no país de 1.225;
- Em 2009, o nº de hospitais era de 18 (públicos e privados) para no total de 186 a nível nacional;
- Em 2010, o nº de farmácias e postos farmacêuticos móveis por 1000 habitantes era de 0,2 para uma média nacional de 0,3;
- Em 2009, o nº de internamentos por 1000 habitantes constou de 99,55, para uma média nacional de 113,9;
- Em 2010, o nº de enfermeiros a exercer funções nos centros de saúde era de 761 para um total de 8.760 no território nacional. Em relação aos médicos, verificou-se 587 para 7.057 no país;
- Em 2009, o nº de enfermeiros nos hospitais era de 2.049, para 37.906 a nível nacional. O nº de médicos comportava 1.554 para 21.652 a nível nacional;
- Em 2010, havia um rácio de 4,65 enfermeiros por 1000 habitantes, para um valor nacional superior de 5,9. Por outro lado, o rácio de médicos por 1000 habitantes é de 2,4, para um valor nacional também superior de 3,9.

Em 2050, Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população ativa. Entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses aumentará de 16,9% para 31,9%. Em 2050, prevê-se que Portugal seja o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos, apenas ultrapassado pela Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%). Os países mediterrâneos continuarão a ter uma baixa taxa de natalidade associada a uma longa esperança média de vida (DGS, 2005).

O crescente número de idosos em situação de vulnerabilidade e de dependência é significativo, o que justifica duas reflexões relativamente ao futuro das políticas de saúde e sociais, sobretudo nos países com maior índice de envelhecimento onde Portugal se enquadra: 1) muito provavelmente, os cuidados em contexto domiciliário são menos dispendiosos para a sociedade comparativamente aos cuidados prestados em contexto de internamento; 2) a possibilidade de continuar a viver em casa, mesmo na velhice, é um aspeto muito valorizado na perspectiva das famílias e dos sistemas de saúde (Backman & Hentinen, 1999). No entanto, existem muitos fatores que determinam a possibilidade das pessoas poderem viver no seu domicílio enquanto envelhecem. Alguns desses fatores que destacáramos são: a condição de saúde (física e mental), a força de vontade em permanecer no domicílio, o apoio informal, sobretudo exercido pelo familiar cuidador, o suporte formal (cuidados de saúde domiciliários, respostas sociais) e as condições económicas. Relativamente à condição de saúde, uma dimensão muito importante que permite às pessoas viverem e permanecerem no seu domicílio é a capacidade de realizar o autocuidado (Backman & Hentinen, 1999). Associado a este fenómeno, as competências do familiar cuidador (FC) para o exercício do papel. No entanto, estes cuidados, requerem um nível de conhecimentos e habilidades entre os *leigos* (familiares cuidadores) sem precedentes face à sua crescente complexidade. Collière (2003) refere que:

“O futuro do apoio domiciliário é uma questão social, económica e política. Pode julgar-se uma sociedade pela conceção de cuidados que tem e pela forma de os prodigalizar e de os reconhecer. [...] O verdadeiro problema do apoio domiciliário é conceber e oferecer uma ação de cuidar vivificante tanto para os utilizadores como para os prestadores de cuidados e cujo valor social e económico seja reconhecido pelos poderes administrativos e financeiros e pelo público, devido à exigência de competência e conhecimentos que isso requer” (pp. 340-341).

Como já o referimos, a mudança demográfica associada ao envelhecimento da população e aos avanços na área dos cuidados de saúde, traduz-se num número significativo de pessoas em contexto domiciliário, cuja condição de saúde é caracterizada pela dependência no autocuidado. Assim, a necessidade em cuidados de saúde está fortemente associada à própria transição da pessoa após um evento gerador de dependência e, deste modo, à competência dos indivíduos e familiares para gerir os novos desafios de saúde que terão de experimentar ao longo do tempo.

Apesar de estarmos a viver um momento em que se verifica um interesse crescente por parte dos responsáveis políticos numa estratégia de (re)organização do sistema de saúde, por forma a dar resposta adequada a esta nova realidade (em Portugal, a criação da RNCCI é um exemplo desta preocupação), uma parte substantiva dos cuidados continuarão a ser prestados pelos familiares, no domicílio, durante um período de tempo significativo. No entanto, estes cuidados prestados pelos familiares requerem, frequentemente, conhecimentos e habilidades de grande complexidade e intensidade (Meleis 2010; Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000a; Shyu, 2000b). No estudo que realizámos (Petronilho, 2007), sobre a preparação do regresso a casa, verificámos que *“na maioria das situações, estes [FC], face ao impacto, não estão preparados para dar resposta adequada às necessidades dos familiares dependentes, estando eles, no contexto familiar, em simultâneo, a viver também um processo de transição com a necessidade do exercício de um novo papel”* (p.13).

Face a estas mudanças profundas, torna-se essencial desenvolver e “refinar” os conceitos de *autocuidado* e de *papel de prestador de cuidados*⁵, que seja clinicamente relevante para os enfermeiros, visto serem assumidos como dois conceitos centrais da enfermagem (Orem, 2001; Pereira, 2007; Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000a, 2000b; Silva, 2007). Desenvolver terapêuticas de enfermagem para ajudar as famílias a tornarem-se mais competentes para *tomar conta*⁶ dos familiares dependentes, requer uma base teórica sólida (Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000a, 2000b; Shyu et al., 2008). O desenvolvimento de conhecimento formal sobre esta problemática pode tornar mais explícita a natureza do papel de prestador de cuidados e estabelecer a base para uma abordagem mais sistémica na avaliação clínica do fenómeno da transição para o papel de prestador de cuidados. Assim, a investigação revela-se útil, sendo a habilidade do prestador de cuidados para tomar conta, uma dimensão importante (Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000).

É neste enquadramento que surge o propósito do objeto da investigação do presente estudo. Aprofundar e desenvolver o conhecimento sobre a transição da pessoa após um evento gerador de dependência no autocuidado e dos membros da família para o exercício do papel de prestadores de cuidados, é um estudo que se foca em conceitos centrais da enfermagem, estando associados às respostas humanas,

⁵ Na CIPE® Versão 2.0 (ICN, 2011), *Papel de Prestador de Cuidados* “Papel do indivíduo: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente” (p.65). Sousa et al (2006) referem-se ao conceito de *Cuidador Informal* como “elemento da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos, colegas...) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário” (p.53).

⁶ *Tomar conta* é definido na CIPE® Versão 2.0 (ICN, 2011) como: “Atender: Providenciar cuidados quando necessário” (p. 78).

aos processos de vida e de doença e à necessidade de readaptação. O mesmo será dizer, são fenómenos ancorados nas teorias de enfermagem. Assim, é, também, uma dimensão central do exercício profissional dos enfermeiros, dos quais se espera a prática de uma “*enfermagem avançada*” (Silva, 2007). Nos últimos anos, temos assistido a um crescente interesse da comunidade científica por esta problemática, onde incluímos alguma investigação já produzida no contexto nacional, no âmbito dos mestrados e doutoramentos em enfermagem.

Orem (2001) diz-nos que o sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros, é baseado nas necessidades de autocuidado e no potencial do doente para o desempenho das atividades do autocuidado. Os cuidados de enfermagem são exigidos, quando existe um défice de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado). Com base no trabalho de Meleis e colaboradores (2000, 2007, 2010) onde se procedeu ao desenvolvimento de uma teoria de *médio alcance* sobre as experiências de transições, enquadra-se a transição da pessoa após um evento gerador de dependência no autocuidado como uma transição de desenvolvimento (caso decorra do processo de envelhecimento) ou transição de saúde-doença (caso decorra a partir de um processo patológico). A transição para o papel de prestador de cuidados, à luz desta teoria, enquadra-se nas transições situacionais (relacionadas com a mudança de papéis). Schumacher et al. (2000) utilizando a metodologia da *grounded theory*, desenvolvem o conceito de *papel de prestador de cuidados*, tendo por objeto a experiência de transição dos doentes em tratamento com quimioterapia e respetivos familiares cuidadores.

Para Meleis (2010) o principal desígnio dos cuidados de enfermagem, é ajudar as pessoas a vivenciar as transições de forma saudável, considerando que as mudanças ocorridas associadas aos processos de saúde-doença e de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, tornam as pessoas mais vulneráveis e expostas a riscos que potencialmente afetam a sua saúde e o seu bem-estar. Deste modo, o desafio para os enfermeiros é identificar e caracterizar adequadamente os processos de transição e desenvolver terapêuticas de enfermagem com as pessoas, por forma a facilitar e ajudar a recuperar o equilíbrio e o bem-estar, de acordo com o projeto de saúde individual.

1.1.1. O autocuidado como conceito central da enfermagem.

Sendo o autocuidado um conceito central da enfermagem, tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal. Neste sentido, o autocuidado é um fenómeno complexo e multidimensional (Clark et al., 2009; Høy, Wagner, Hall, 2007; Sidani, 2011; Wilkinson & Whitehead, 2009). Pode ser concetualizado como um processo de saúde e de bem-estar dos indivíduos, *inato* mas também *aprendido* - na perspetiva da capacidade destes tomarem iniciativa, responsabilidade e funcionarem de forma eficaz no desenvolvimento do seu potencial para a saúde (ex. no desempenho das AVD). Portanto, significa que, os indivíduos sejam capazes de dar resposta aos *requisitos* do autocuidado (Orem, 2001) com ou sem a ajuda dos profissionais de saúde, aquilo a que podemos denominar como autocuidado *básico*. Também pode ser concetualizado como uma *resposta aprendida*, face aos processos de saúde-doença dos indivíduos – na perspetiva destes levarem a cabo comportamentos de procura de saúde, integrando regimes terapêuticos *negociados* com os profissionais

de saúde, promotores de uma gestão eficaz da doença (com ênfase na doença crônica), ao que podemos nomear como *gestão do regime terapêutico*⁷ (*self-management*).

Na CIPE® Versão 2.0 (ICN, 2011), o autocuidado é definido como “*Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*” (p. 41). Assim, o autocuidado refere-se à “*prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar*” (Orem, 2001, p. 43). Vários fatores têm contribuído para a importância do autocuidado como foco de atenção no domínio da saúde (Sidani, 2011; Wilkinson & Whitehead, 2009): 1) as alterações dos padrões e prevalência de doenças crônicas associadas ao envelhecimento da população, 2) a mudança de paradigma com a evolução de uma lógica de cuidados curativos para um maior enfoque nos cuidados orientados para a promoção da saúde, 3) a economia da saúde, caracterizada por recursos limitados e o enfoque dado à contenção de custos, levando a internamentos hospitalares mais curtos e, assim, com a crescente relevância dos cuidados de proximidade, em contexto domiciliário, com a necessidade de capacitar as pessoas para uma melhor adaptação aos desafios de saúde e, 4) maior consumo de informação por parte dos cidadãos, tornando-os mais capazes de tomar decisões sobre as questões da saúde e estratégias de abordagem, maior exigência no controle da saúde, envolvimento ativo e maior motivação para melhorar a sua saúde e o bem-estar.

Como resultado destas mudanças, o autocuidado tem sido identificado como um “recurso” para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de doença. As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo e, por definição, caracterizam-se pela impossibilidade de cura definitiva. Por isso, o autocuidado, como resposta humana, assume uma dimensão muito relevante no contexto global da saúde e do bem-estar dos cidadãos, com especial atenção nos grupos mais vulneráveis: 1) pela variabilidade do comportamento das doenças e do seu tratamento ao longo do tempo, 2) pela necessidade dos indivíduos serem competentes para identificar e controlar os sinais e sintomas de agudização da doença crônica, 3) pela necessidade dos indivíduos incorporarem um conjunto de comportamentos e atividades promotores de equilíbrio físico e mental (ex. dieta, prática de exercício físico, regime medicamentoso, autovigilância, estratégias de autocontrole) e, 4) pela necessidade de suporte efetivo e percebido (dos familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde) como recurso determinante.

O autocuidado é o foco e o resultado de promoção da saúde e das intervenções para gerir a doença, que visam melhorar os problemas de saúde física, psicossocial e condição de saúde global dos indivíduos (Sidani, 2011). Nesta perspectiva, o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais. Implica o planeamento das atividades de aprendizagem

⁷ Ryan & Sawin (2009) definem a *Gestão do Regime Terapêutico (Self-Management)* como um fenómeno multidimensional, complexo, tradicionalmente centrado nos indivíduos ou famílias. Habitualmente, o fenómeno da gestão do regime terapêutico tem sido utilizado quando queremos referir três aspetos diferentes, ou seja, pode ser visto como um processo, um programa ou um resultado. Como um processo quando se refere ao uso de autorregulação e habilidades para gerir as condições crônicas ou os fatores de risco. Esses processos, habitualmente, incluem atividades como: 1) estabelecimento de objetivos, 2) monitorização e interpretação de sinais e sintomas e capacidade crítica para tomar decisões, 3) planeamento e envolvimento em comportamentos específicos, 4) autoavaliação e, 5) gestão das respostas físicas, emocionais e cognitivas associadas às mudanças nos comportamentos de saúde. Como um programa ou intervenção implementado pelos profissionais de saúde, a gestão do regime terapêutico tem o objetivo de dotar as pessoas a assumirem a responsabilidade de gerir as suas doenças crônicas ou a prática de atividades de promoção de saúde. Como resultado, a gestão do regime terapêutico tem sido utilizada para descrever os resultados alcançados, como a incorporação de uma dieta adequada nos hábitos alimentares, a gestão eficaz do regime medicamentoso prescrito ou, mesmo, a prática de exercício físico. De salientar que, de acordo com estes autores, a gestão do regime terapêutico e autocuidado assumem particularidades distintas: o autocuidado é um termo que tem sido usado para se referir ao desempenho AVD sem a colaboração dos profissionais de saúde, a gestão do regime terapêutico, envolve o conhecimento e as crenças, competências de autorregulação e habilidades e suporte social para os indivíduos serem capazes de gerir as condições crônicas ou envolverem-se em comportamentos saudáveis.

que visam aumentar o repertório de conhecimentos e habilidades dos indivíduos, face à necessidade de tomar decisões, decorrentes das transições ao longo do ciclo de vida (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007, 2010). O conteúdo destas atividades de aprendizagem, envolve o conhecimento dos indivíduos sobre a sua condição de saúde, a proposta de tratamento e a sua capacitação no domínio da: 1) monitorização de sinais e sintomas relacionados com a doença e identificação de possíveis alterações, 2) interpretação do significado e saber fazer julgamentos sobre as mudanças, 3) avaliação das opções disponíveis para gerir eficazmente essas mudanças, 4) seleção e execução de ações adequadas (Sidani, 2011). Os objetivos e os resultados esperados pelos enfermeiros decorrentes das suas intervenções, são o desempenho apropriado das ações e comportamentos por parte dos indivíduos, com vista a obterem ganhos em saúde. Deste modo, o autocuidado, é considerado, também, um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Irvine et al., 1998; Johnson & Maas, 1997; Mitchell et al., 1998; cit. por Sidani, 2011; Orem, 2001; Pereira, 2007; Silva, 2007).

A conceptualização do autocuidado foi iniciada por Orem em 1956 e formalmente validada em 1967, através do trabalho realizado pelo *Nursing Development Conference Group*. Orem (2001) definiu o autocuidado como:

“Uma função humana reguladora. Difere de outras funções reguladoras como, por exemplo, a regulação neuro-endócrina. O autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como o crescimento e desenvolvimento. Também são ações com o foco na prevenção, alívio, cura, ou controle de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. Isto inclui, quando indicado, procurar e participar na assistência clínica nas várias modalidades, como a enfermagem e outras formas de cuidados de saúde”. (p.45)

Orem (2001), desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, que engloba três teorias inter-relacionadas: 1) Teoria do Autocuidado; 2) Teoria do Défice de Autocuidado e, 3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A primeira publicação desta teoria surge em 1971, no seu livro *Nursing: Concepts of Practice*. Incorporado nesta teoria surgem conceitos centrais e inter-relacionados, dos quais, destacamos: autocuidado (*self-care*), agente de autocuidado (*self-care agent*), agente dependente de cuidados (*dependent care agent*), défice de autocuidado (*self-care deficit*), sistemas de enfermagem (*nursing system*), ação do autocuidado ou ação deliberada (*self-care agency*), comportamentos de autocuidado (*Self-care behavior*); factores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*), necessidade terapêutica de autocuidado (*therapeutic self-care demand*) e requisitos de autocuidado (*self-care requisites*).

Autocuidado refere-se a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença, através de práticas consideradas adequadas. Deste modo, o autocuidado desempenha um papel fundamental na saúde dos indivíduos, uma vez que está diretamente relacionado com os resultados associados à saúde das pessoas. Autocuidado reporta-se, tradicionalmente, às atividades associadas à promoção da saúde, significando, deste modo, os comportamentos assumidos pelos indivíduos para promover ou recuperar a sua saúde (Backman & Hentinen, 1999). As AVD são, frequentemente, usadas para avaliação do autocuidado. O autocuidado pode ser visto, não apenas como uma forma racional para promover a

saúde, mas de forma mais abrangente, como a preocupação do indivíduo consigo próprio, relativamente às rotinas diárias. Práticas de autocuidado são vistas como reflexo dos estilos individuais e adaptações específicas às histórias de vida pessoais, às circunstâncias atuais e às expectativas de futuro (Backman & Hentinen, 1999).

No essencial, Orem (2001) refere na sua teoria que o autocuidado é visto como uma função humana reguladora, não inata, uma vez que necessita de ser aprendida e desenvolvida, de forma a suprir as necessidades reguladoras dos indivíduos. Parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar, por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida. Quando os indivíduos não têm esta capacidade de se autocuidarem, necessitam que os cuidados sejam realizados por outras pessoas que assumem a responsabilidade por esses mesmos cuidados (ex. familiares cuidadores). Todavia, se estes cuidados resultarem da ação profissional dos enfermeiros, estes são denominados de *therapeutical self-care agent*.

Outro dos conceitos centrais que Orem (2001) desenvolve na sua Teoria do Autocuidado, é a *ação de autocuidado* ou *ação deliberada (self-care agency)* e que se reporta à capacidade ou o poder do ser humano em envolver-se no autocuidado e que é afectada por factores que denominou de *factores condicionantes básicos (basic conditioning factors)*. Ação de autocuidado é uma ação tomada com motivação ou a procura de resultados em saúde pelo indivíduo (McEwen & Wills, 2009). É a “*capacidade adquirida, complexa, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar*” (Orem, 2001, p. 254). Varia em função do desenvolvimento dos indivíduos, desde a infância até à velhice e, deste modo, é condicionado pelo estado de saúde, pelos fatores que influenciam a educação e pelas experiências de vida que permitem a aprendizagem, pela exposição às influências culturais e a utilização de recursos na vida diária. Orem (2001) refere que “*A capacidade humana chamada ação de autocuidado, o poder de se envolver no autocuidado, desenvolve-se no dia-a-dia através do processo espontâneo de aprendizagem. O seu desenvolvimento é ajudado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e por experiências na realização das atividades do autocuidado*” (p. 255).

Ação do autocuidado envolve vários domínios (Orem, 2001): 1) cognitivo, reporta-se ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação de autocuidado (ex. habilidades na tomada de decisão), 2) o domínio físico, refere-se à capacidade física para realizar a ação de autocuidado, 3) o domínio emocional ou psicossocial, ou seja, a atitude, os valores, o desejo, a motivação e a perceção de competência na realização da ação do autocuidado e, 4) o domínio do comportamento, isto é, ter as habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado.

Os *comportamentos de autocuidado (Self-care behavior)* referem-se à prática de ações ou atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, nos prazos adequados e no interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e do bem-estar (Orem, 2001). Os domínios dos comportamentos do autocuidado são definidos em relação aos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde.

O conceito de *fatores condicionantes básicos* (*basic conditioning factors*) da Teoria do Autocuidado de Orem é também um conceito importante e refere-se aos “[...] *fatores internos ou externos aos indivíduos que afetam a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário* [...]” Orem (2001, p. 245). Estes fatores são: a idade; o sexo; o estado de desenvolvimento; o estado de saúde; a orientação sociocultural; os fatores associados ao sistema de saúde, como o diagnóstico médico e o tratamento; os fatores do sistema familiar; os padrões de vida, incluindo o envolvimento em atividades do dia-a-dia; os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade dos recursos.

O termo *necessidade terapêutica de autocuidado* (*therapeutic self-care demand*) foi introduzido pelo *Nursing Development Conference Group*, em 1970. Antes da formalização do conceito e da sua introdução, *action demand* e *self-care demand* eram os termos usados para referir “*quantidade e tipo de autocuidado que as pessoas devem ter*” (Orem, 2001, p. 222). *Necessidade terapêutica de autocuidado* “*é uma estrutura formulada e expressa em ações ou medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios selecionados para atender - ou seja, cumprir - as metas reguladoras (funcionais ou de desenvolvimento) dos requisitos de autocuidado dos indivíduos*” (Orem, 2001, p. 223).

Orem (2001), desenvolve também o conceito de *requisitos de autocuidado* (*self-care requisites*). O início da formalização deste conceito ocorreu em 1958, num trabalho desenvolvido e publicado pelo *United States Department of Health, Education and Welfare, Office of Education*. O conceito - requisitos de autocuidado - apresenta três categorias: 1) requisitos universais de autocuidado (*universal self-care requisites*), 2) requisitos de autocuidado de desenvolvimento (*developmental self-care requisites*) e, 3) requisitos de autocuidado no desvio de saúde (*health-deviation self-care requisites*). Os requisitos de autocuidado são comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas do ciclo de vida, daí, serem denominados *por requisitos universais de autocuidado* e devem ser vistos como dimensões inter-relacionadas. Estão associados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Termos comuns para designar estes requisitos são as atividades de vida diária.

São oito os requisitos universais de autocuidado (Orem, 2001, p. 225): 1) a manutenção de uma quantidade suficiente de ar, 2) a manutenção de uma ingestão suficiente de água, 3) a manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos, 4) a provisão de cuidados associados com os processos de eliminação, 5) a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso, 6) a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, 7) a prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano e, por último, 8) a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal. Normalidade é usada no sentido do que é essencialmente humano, de acordo com a genética, as características que constituem o ser humano, bem como, o seu talento.

Os *requisitos de autocuidado de desenvolvimento* são relevantes para a formação inicial das características humanas (estruturais, funcionais e comportamentais) e do seu movimento dinâmico em direção a níveis cada vez maiores e mais complexos de organização e funcionamento (Orem, 2001). Os requisitos de desenvolvimento expressam dois objetivos: 1) providenciar condições e promover

comportamentos que irão prevenir a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento; 2) providenciar condições e experiências que minimizem ou superem efeitos nocivos no desenvolvimento. As condições referidas são: a) privação da educação, b) problemas de adaptação social, c) falhas de saúde individual, d) associadas a perdas de familiares e amigos, e) perda de haveres e de segurança ocupacional, f) mudança súbita de residência para um ambiente desconhecido, g) problemas associados ao *status*, h) saúde pobre ou incapacidade, i) condições de vida opressivas e, j) doença terminal ou morte iminente (Orem, 2001, p. 232).

Por último, os *requisitos de autocuidado no desvio de saúde* são exigidos em condições de doença ou de lesão, portanto, associado a formas específicas de patologias ou podem resultar de intervenções médicas de diagnóstico e tratamento. Existem seis categorias de *requisitos de autocuidado no desvio de saúde* (Orem, 2001, p. 235):

1. Procurar e garantir assistência médica adequada nos eventos de exposição a agentes específicos (físicos ou biológicos) ou condições ambientais associadas a eventos patológicos humanos ou quando resulta de condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas conhecidas;
2. Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos, incluindo os efeitos decorrentes do desenvolvimento;
3. Realizar efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas, direcionadas à prevenção de patologias específicas, às normas de funcionamento humano integral, à correção de deformidades e anormalidades, à compensação das incapacidades;
4. Estar consciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas, incluindo os efeitos do desenvolvimento;
5. Modificar o autoconceito (e a autoimagem) em aceitar estar num estado de saúde particular e necessitar de formas específicas de cuidados de saúde;
6. Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções e diagnóstico médico e tratamento no estilo de vida que promovam um continuado desenvolvimento pessoal.

A Teoria do Défice de Autocuidado é o elemento essencial da Teoria de Orem. Exprime e desenvolve a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem. Orem, identifica cinco métodos de ajuda (George, 2000): 1) Agir ou fazer para outra pessoa, 2) guiar e orientar, 3) Proporcionar apoio físico e psicológico, 4) Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e 5) Ensinar, quando as necessidades são superiores à capacidade do indivíduo autocuidar-se, surge um défice (dependência) de autocuidado. O défice de autocuidado estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado. Este conceito é orientador, permitindo a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel dos indivíduos doentes no autocuidado. Perante a avaliação deste défice de autocuidado, o enfermeiro adequa a sua intervenção, uma vez que esta ocorre quando as suas necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo. É nesta altura que os enfermeiros, através da sua ação profissional, intervêm no sentido de minimizar os efeitos desse défice (dependência).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, “*estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem*” (Orem, 2001, p. 147). Nesta teoria, é determinado como é que os enfermeiros, os doentes, ou ambos, dão resposta às necessidades decorrentes da dependência no autocuidado. O sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros é baseado nas necessidades de autocuidado e no potencial do doente para o desempenho das atividades do autocuidado. Os cuidados de enfermagem são exigidos, quando existe um déficit de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado).

Orem (2001), identificou três classificações de sistemas de enfermagem com o objetivo de darem resposta aos requisitos de autocuidado dos indivíduos e que definem o âmbito da responsabilidade dos enfermeiros no seu exercício profissional: 1) o *Sistema Totalmente Compensatório (Wholly Compensatory Systems)*; representa as situações em que o indivíduo não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-se socialmente dependente de outros para a sua sobrevivência e bem-estar; 2) o *Sistema Parcialmente Compensatório (Partly Compensatory Systems)*; ocorre nas situações em que o enfermeiro, indivíduo ou outros, realizam tarefas de cuidados que envolvem a deambulação ou tarefas manipuladoras. O cuidado prestado pelos enfermeiros é aceite pelo indivíduo, no entanto, a função deste é compensar as suas limitações, e a sua ação profissional passa por realizar algumas tarefas de autocuidado e; 3) o *Sistema de Apoio – Educação (Supportive – Educative Systems)*. O indivíduo possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento das atividades de autocuidado. Ocorre nas situações em que o indivíduo é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas exigidas com terapêuticas de autocuidado orientadas, mas não pode fazê-lo sem assistência. Estratégias sólidas para ajudar nestas situações, incluem combinações de apoio, orientação, ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem.

1.1.2. A transição da pessoa associada à dependência no autocuidado.

Temos vindo a referir que o autocuidado é um domínio central para a enfermagem. Em particular, o fenómeno da transição após um evento gerador de dependência no autocuidado, uma das principais dimensões do presente estudo. Pode ser resultado do processo (natural) de envelhecimento ou estar associado a eventos críticos agudos (doença), que desafiam os indivíduos a experimentar transições, para as quais, os cuidados de enfermagem podem dar um contributo importante. Partimos então do pressuposto, que a “transição da pessoa associada à dependência no autocuidado” tem implicações nas actividades da vida diárias, alterando, drasticamente, as rotinas e os hábitos de vida dos indivíduos. Implica, por isso, o desenvolvimento de processos adaptativos a uma nova condição de saúde, para os quais, as pessoas necessitam de ajuda para desenvolverem a capacidade de lidarem com os novos desafios, onde os enfermeiros se afiguram como um recurso de saúde indispensável.

A dependência pode ser definida como “*estado com as características específicas: Estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio*” ICN, 2005, p. 107). No Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho (criação da RNCCI), a dependência é definida como:

“A situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença

severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (p. 3857).

Como já refletimos anteriormente, a dependência no autocuidado é avaliada pela relação que existe entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado. Perante esta avaliação, o enfermeiro adequa a sua intervenção, uma vez que, esta ocorre quando as necessidades terapêuticas do dependente são superiores à sua capacidade de realizar o autocuidado (Orem, 2001). É nesta altura que os enfermeiros, através da sua ação profissional, intervêm, no sentido de minimizar os efeitos desse défice (dependência). Portanto, perante o défice no autocuidado, torna-se fundamental a capacidade dos enfermeiros em avaliar o potencial de desenvolvimento dos indivíduos, com recurso a instrumentos adequados, sendo esta avaliação, orientadora do processo terapêutico, com vista aos melhores resultados em saúde na transição da pessoa associada à dependência. A intervenção do enfermeiro na satisfação das necessidades de autocuidado do indivíduo é, deste modo, realizada de forma terapêutica, como resultado da incapacidade do indivíduo em determinar ou executar as necessidades de autocuidado (McEwen & Wills, 2009).

Quando partimos para a realização deste estudo, efetuámos uma revisão da literatura sobre o fenómeno do autocuidado (Petronilho, 2012)⁸. O trabalho realizado teve como finalidade, explorar o conhecimento disponível sobre o fenómeno da transição da pessoa associada à dependência no autocuidado, objeto central do nosso estudo. Todavia, chegámos à conclusão que, a maioria dos estudos encontrados, tinham como foco central de pesquisa, o autocuidado na perspetiva da gestão da doença (*self-management*). Assim, apresentamos o conjunto de resultados que encontrámos focalizados, especificamente, no objeto do presente estudo:

- Hoy et al. (2007) realizaram um estudo de revisão da literatura sobre o autocuidado e a promoção da saúde nos idosos. A amostra englobou cinquenta e sete (57) estudos publicados entre 1990 e 2006. Os participantes eram idosos (idade igual ou superior a 65 anos). O autocuidado, como recurso de saúde dos idosos, emerge como um conceito multidimensional e com diferentes definições: *porque é realizado, o que implica a sua realização e como é realizado*. Dos artigos analisados emergiram duas áreas de acordo e inter-relacionadas na exploração do conceito de autocuidado como um recurso de saúde dos idosos: 1) *Autocuidado como a capacidade para a manutenção da saúde*, 2) *Autocuidado como um processo para a manutenção e desenvolvimento de saúde*;

- A atitude e o nível de experiência adquirida pelos indivíduos face à capacidade de dar prioridade às atividades a desempenhar, influenciam os comportamentos e a capacidade de autocuidado (Cameron, Worrall-Carter, Page & Stewart, 2010; Dickson, Buck & Riegel, 2011);

- A preparação da alta hospitalar por parte da equipa multidisciplinar, como um método de planeamento de assistência bem estruturada, personalizada, com continuidade e sistematizada, pode levar a maior satisfação dos doentes com o suporte percecionado e, deste modo, a maior adesão a comportamentos adequados e a maior capacidade para realizarem o autocuidado, com um contributo significativo para a diminuição das taxas de readmissão hospitalar (Cebeci & Celik, 2008; Chapple & Rogers, 1999; Jaarsma, Abu-saad, Dracup & Halfens, 2000; Minet, Møller, Vach, Wagner & Henriksen, 2010; Negarandeh,

⁸ As principais sínteses da revisão da literatura que efetuámos sobre o fenómeno do autocuidado, podem ser consultadas no Anexo B.

Nayeri, Shirani & Janani, 2011; O'Hara, Cadbury, Souza & Ide, 2002; Yu et al., 2010; Spichiger, Rieder, Fröhlich & Kesselring, 2011; Zrínyi & Zékányné, 2007);

- Os idosos com maior capacidade para o autocuidado são aqueles que têm maior capacidade funcional, melhores estilos de vida, melhor aceitação do futuro e do envelhecimento e assim permanecem mais ativos, melhores relações familiares, maior satisfação com a vida, mais responsáveis pela sua saúde e gestão do regime medicamentoso (Zelevnik, Zelevnik & Stricevic, 2010);

- A melhoria da autoestima, o desejo de regressar a casa, o suporte adequado da equipa de enfermagem e dos familiares, são fatores que facilitam a recuperação de habilidades no autocuidado (Chang, 2009; Conn, Taylor & Hayes, 1992; Blair, 1999; Driver, Rees, O'Connor & Lox, 2006);

- A ação profissional dos enfermeiros por forma a facilitar a transição de cuidados agudos para os cuidados de reabilitação dos doentes com vista a recuperarem o autocuidado engloba 3 fases: 1) facilitar o envolvimento dos doentes no processo de reabilitação, 2) potenciar o esforço do doente, 3) proporcionar assistência gradual. O objetivo é melhorar a sua independência no autocuidado (Pryor, 2009);

- A taxa de institucionalização dos idosos dependentes no autocuidado é significativamente mais elevada quando as relações com os familiares cuidadores (FC) são mais pobres. As relações familiares estão muito associadas à tensão psicológica e podem ser determinantes para a decisão de institucionalizar o familiar dependente em lares (Kodama et al., 2009);

- O suporte percebido através dos profissionais de saúde, a procura de informação relevante na *internet* acerca das necessidades específicas, a partilha de experiências com os pares, a socialização com amigos e familiares, são estratégias fundamentais dos indivíduos para a manutenção do sentido de *normalidade* nas suas vidas diárias, a preservação da identidade e com impacto positivo na capacidade de manter e realizar o autocuidado (Kidd, Kearney, O'Carroll & Hubbard, 2008);

- O acesso a programas de intervenção de saúde individualizados promove mais competências no autocuidado (mestria), maior percepção de autoeficácia e uma melhoria na condição de saúde (Huang, Li & Wang, 2008);

- Maior apoio social (particularmente pessoas significativas) está associado a menor confiança no desempenho do autocuidado. Este facto pode ser explicado pelo facto dos familiares poderem ter uma atitude de excessiva proteção e não promoverem a sua responsabilidade e autonomia no autocuidado (Sayers et al., 2008);

- Vários fatores multidimensionais estão associados à baixa satisfação com a vida dos idosos com capacidade de autocuidado reduzida. Estes fatores estão relacionados com a atividade física e as AVD, sociais, saúde mental e económicos. A baixa satisfação com a vida dos idosos com reduzida capacidade no autocuidado está associada, no global, a uma fraca condição de saúde, recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades do dia-a-dia, a uma diminuição da capacidade de realizar as AVD, à solidão e a um sentimento de preocupação (Borg, Hallberg & Blomqvist, 2006);

- O uso sistemático do instrumento de avaliação da condição de saúde do idoso aumentou a sua capacidade no autocuidado, maior satisfação, facilitou o processo de comunicação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e com impacto positivo no número de dias de internamento

hospitalar. O conhecimento mais global e mais holístico da condição de saúde do doente com a aplicação da escala ajudaram ao planeamento das intervenções de forma mais personalizadas e assim o trabalho dos profissionais passou a ser mais centrado no idoso e menos na tarefa a desempenhar. O papel do enfermeiro ao tornar-se mais eficaz com esta nova metodologia teve implicações positivas na comunicação e no papel desenvolvido por toda a equipa multidisciplinar. Foi também identificada uma melhor compreensão por parte dos idosos do trabalho dos profissionais e daquilo que era esperado por estes no seu envolvimento nos cuidados por forma a tornarem-se mais autónomos. Os idosos expressaram também uma maior satisfação com os cuidados de reabilitação prestados no domicílio com impacto na sua capacidade de gerir melhor o autocuidado no dia-a-dia (Lorensen & Eriksen, 2003);

- Há uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre o suporte social e a capacidade de autocuidado (Chapple & Rogers, 1999; Conn et al., 1992; Maëkinen, Suominen & Lauri, 2000; Silverman, Musa, Kirsch & Siminoff, 1999; Toljamo & Hentinen, 2001; Whittle & Goldenberg, 1996; Williams & Bond, 2002);

- Há uma associação significativa entre o estilo de autocuidado dos idosos e o nível de autoestima, nível de satisfação com a vida, nível de perceção de saúde e de capacidade funcional (Conn et al., 1992; Nicholas, 1993; Whittle & Goldenberg, 1996; Backman & Hentinen, 2001);

Após termos dado a conhecer uma síntese dos principais resultados da revisão da literatura que efetuámos sobre o fenómeno do autocuidado e de maior interesse para o objeto de estudo da presente investigação, passamos a focalizar-nos noutro conceito, igualmente, importante – As transições.

1.1.3. A teoria das transições.

O conceito de *transição* é central na enfermagem (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007, 2010). Os enfermeiros ocupam-se dos indivíduos quando estes experienciam, antecipam ou completam as transições. Neste contexto, a transição é definida como (Meleis, 2010):

“A passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas limitado e a perceção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta” (pp. 25-26).

Meleis e seus colaboradores desenvolveram uma teoria de *médio alcance* sobre as experiências de transições que engloba um conjunto de dimensões (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007, 2010) (Figura 1.1):

- Tipos e padrões de transições,
- Propriedades das experiências de transições,
- Condições da transição facilitadoras e inibidoras,
- Indicadores de processo,
- Indicadores de resultado,
- Terapêuticas de enfermagem.

Os *tipos* de transição com que os enfermeiros lidam na interação com os clientes podem ser de *desenvolvimento*, quando associadas às fases do ciclo de vida. O fenómeno da transição da pessoa

associado à dependência no autocuidado está, em grande medida, associado à velhice. As transições podem, também, ser de *saúde-doença* (com enfoque na doença crónica), às quais, o fenómeno da dependência no autocuidado, também, está muito associado. Podem, ainda, ser *situacionais*. Damos como exemplo, sendo um aspeto central deste estudo, a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados. Este ocorre em resposta à transição vivida pelo familiar dependente e envolve mudanças nos papéis, padrões de comportamentos estabelecidos, nas expetativas e na aquisição de novos conhecimentos e habilidades, por parte dos familiares cuidadores. Por último, as transições podem ser *organizacionais* e damos como exemplo, a mudança nas lideranças das equipas de trabalho.

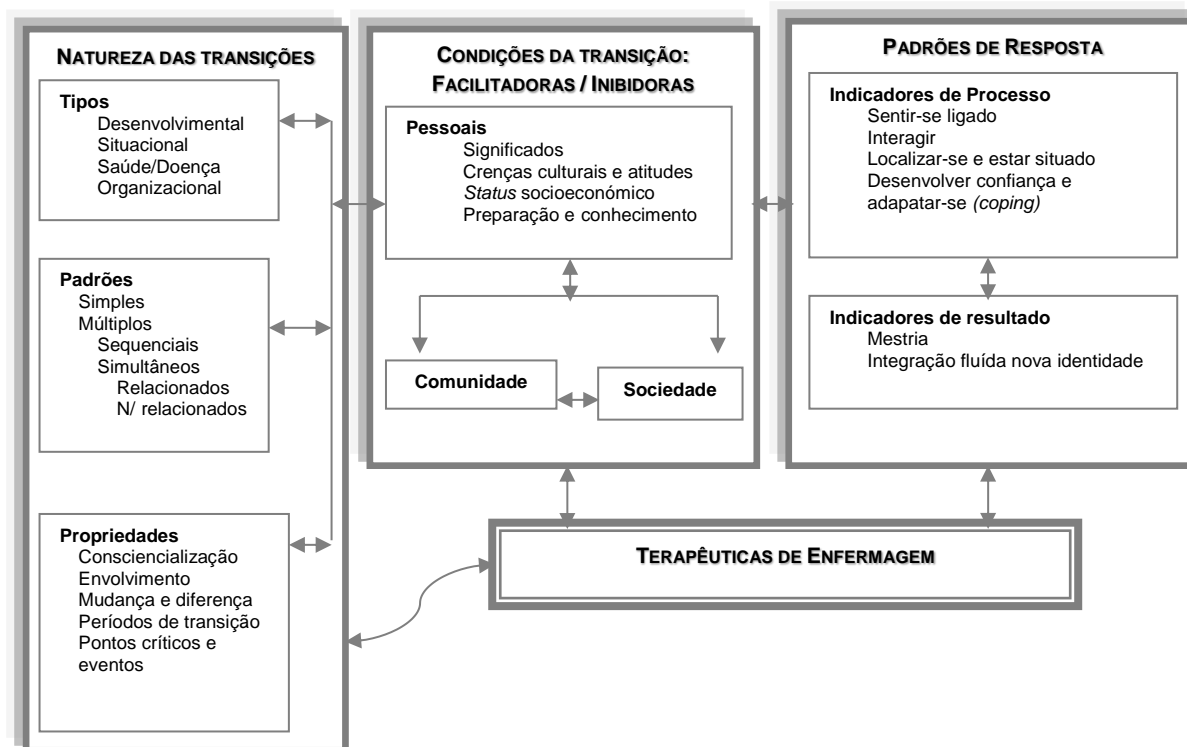


Figura1.1 – Teoria de Médio Alcance das Transições (adaptado de Meleis et al., 2010, p. 56)

Todavia, as transições têm *padrões* de multiplicidade e complexidade, uma vez que há situações em que os indivíduos experienciam mais do que uma transição (ex. a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado por motivo de doença e, em simultâneo, a transição associada à reforma), o que mostra que não são mutuamente exclusivas. Apesar das transições serem um fenómeno complexo e multidimensional, podemos definir um conjunto de *propriedades* comuns. Estas propriedades englobam a *consciencialização* que está relacionado com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência da transição. A aquisição do papel de prestador de cuidados é um processo de consciencialização e uma experiência individual.

O *compromisso*, refere-se ao grau de envolvimento demonstrado pela pessoa no processo inerente à transição. Por exemplo, o grau de vinculação dos familiares cuidadores ao papel de tomar conta do dependente é decisivo para a qualidade da transição. Outra dimensão das *propriedades* da transição é a *mudanças e diferenças*. Isto é, todas as transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição. O *intervalo de tempo*, também como dimensão central. Assim, as

transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo. O dispositivo metodológico do presente estudo, perspetiva uma caracterização mais adequada do fenómeno da transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e associada ao exercício do papel de prestador de cuidados, em diferentes fases, uma vez que, serão feitas avaliações em sucessivos momentos no espaço temporal. Portanto, numa perspetiva longitudinal. Por último, os *pontos críticos e eventos*. As transições podem ser despoletadas por um evento marcante que, frequentemente, promove a consciencialização da transição – nascimento, morte, diagnóstico da doença, período imediato ao regresso a casa do familiar dependente.

As transições são, ainda, determinadas por um conjunto de *fatores pessoais e ambientais facilitadores ou inibidores* dessas mesmas transições. Meleis et al. (2000) identificam vários fatores, como as *condições pessoais*, da *comunidade* e da *sociedade*. Relativamente aos fatores pessoais, referem-se ao *significado atribuído ao evento*, podendo precipitar a transição e, deste modo, ser um fator facilitador ou inibidor da transição.

As *crenças culturais e a atitude*. Por exemplo, no presente estudo, as crenças e atitude dos familiares cuidadores podem ser um condicionalismo pessoal das próprias transições e monitorizadas pela perceção de autoeficácia para tomar conta do dependente. O *Status socioeconómico*. Centrado no fenómeno do nosso estudo, a capacidade económica das famílias para aceder aos recursos necessários para assegurar os cuidados aos dependentes, será um aspeto determinante das transições. A *preparação e o conhecimento* adequado que permite antecipar e preparar a experiência da transição, sendo um fator facilitador da própria transição vivenciada pelos indivíduos. Quanto aos fatores associados à comunidade e sociedade, as autoras referem os recursos disponíveis, como o apoio e aconselhamento dos pares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde, produtos de apoio, económicos, equipamentos sociais ou instituições de saúde.

Uma vez que as transições manifestam-se ao logo do tempo, podem ser identificados *padrões de resposta* (indicadores) que nos apontam a direção das transições (ou no sentido da transição saudável ou no sentido de maior vulnerabilidade). Estes padrões de resposta são *indicadores de processo* e de *resultado*. Quanto aos *indicadores de processo*, temos como dimensão, *sentir-se conectado* perante a experiência de transição. É importante sentir e contar com novos apoios e continuar com os apoios de que já dispunha antes da vivência da transição (por parte dos familiares, dos amigos, da rede social e de saúde). Outro indicador é *interagir*. Através da interação com os profissionais de saúde, familiares ou amigos, o significado da transição e os comportamentos necessários são integrados, clarificados e reconhecidos. *Localizar-se e estar bem situado*, onde damos como exemplo, as comparações estabelecidas por parte dos familiares cuidadores, entre a vida, as relações, as experiências, as práticas quotidianas, as atitudes, as expectativas, antes e durante a experiência do exercício do papel.

Desenvolver confiança e mecanismos de coping configura-se, também, como um indicador de processo. Na experiência do processo de transição, existe um padrão que indica que os indivíduos envolvidos, experienciam um aumento nos níveis de confiança. Desenvolver a confiança manifesta-se no grau de compreensão relativamente ao diagnóstico, tratamento, convalescença, limitações, recursos a utilizar e desenvolvimento de estratégias para gerir o problema. No presente estudo, a caracterização da evolução

da percepção de autoeficácia dos familiares cuidadores ao longo dos três meses após a alta hospitalar do dependente, será um indicador (de processo) que nos ajudará a avaliar a qualidade da transição.

Por fim, na teoria sobre as experiências de transição, emergem dois *indicadores de resultado*. Estes refletem o grau de aproximação (ou distanciamento) da experiência de transição com a qualidade de vida percebida pelos indivíduos. A *mestria*, concetualizada como a necessidade de desenvolver novas habilidades e comportamentos para gerir o processo de transição. Podemos tomar como exemplo, os “processos de cuidar” de Schumacher et al. (2000), onde os familiares cuidadores têm necessidade de desenvolver competências na monitorização e interpretação de sinais e sintomas de agravamento do dependente, tomar decisões, providenciar ações, fazer ajustamentos, acesso aos recursos, capacidades instrumentais, trabalhar em colaboração com os profissionais de saúde, negociar com o sistema de saúde. A *Integração fluida da (nova) identidade* é, também, um indicador de resultado. A experiência da transição resulta na reformulação da identidade que leva a uma melhor adaptação. A integração por parte dos dependentes e dos familiares cuidadores de novos comportamentos, novas experiências, novos contextos culturais, económicos, sociais e políticos, novas competências, transformam a sua identidade, promovendo melhores condições para que a experiência de transição seja saudável.

A avaliação do momento em que a transição está completa é, forçosamente, variável e depende do tipo de mudança ou do evento que dá início à transição, bem como, da natureza e os padrões da transição. A determinação do início e do termo da transição frequentemente está relacionada com outros eventos vividos pelos indivíduos, bem como, pela natureza da própria transição. Cada experiência de transição, por ser única, é caracterizada pela sua singularidade, complexidade e multidimensionalidade, o que deve implicar esforços dos investigadores no sentido de desenvolver mais conhecimento com outro tipo de populações, com outros tipos e padrões de transições e a necessidade de descobrir o nível e a natureza dos diferentes estadios percorridos durante o processo de transição.

Finalmente, as *terapêuticas de enfermagem*. Estas refletem a variedade e complexidade das experiências de transição, o que torna necessário identificá-las, clarificá-las, desenvolvê-las, testá-las e avaliá-las (Meleis, 2010). Para Meleis as terapêuticas de enfermagem vão para além das intervenções de enfermagem, uma vez que referem-se à intencionalidade colocada nas ações de enfermagem. A experiência da transição, como dimensão central na condição humana, deve ter implicações na prática de enfermagem, uma vez que, fornece aos enfermeiros, uma estrutura para descrever as necessidades das pessoas ao longo deste processo de transição. São exemplos de vivências destas transições por parte das famílias e relacionado com o nosso estudo, o evento gerador do internamento hospitalar do dependente, o período imediato ao seu regresso a casa, bem como, o período da sua permanência no domicílio.

1.1.4. A transição associada ao exercício do papel de prestador de cuidados.

Nos países da União Europeia, mais de 80% dos cuidados prestados no contexto familiar, são da responsabilidade dos familiares cuidadores, dos quais, cerca de dois terços são prestados por mulheres, sobretudo, filhas e esposas (Hoffman & Rodrigues, 2010). Estes autores apontam, ainda, para diferenças significativas quando comparamos o fenómeno do envelhecimento entre os países do Norte e do Sul da

Europa. A assistência por parte dos familiares aos idosos é mais frequente nos países do Norte. Todavia, quando existe apoio, é mais intenso no Sul. A explicação mais plausível tem a ver com o facto dos agregados familiares serem mais numerosos no Sul, mas, também, com o apoio disponibilizado da rede formal. Com efeito, nos países do Norte, nos doze meses que antecederam o estudo realizado por estes autores, cerca de um terço dos idosos entrevistados que viviam sós recebiam apoio relativamente aos cuidados pessoais (autocuidado) e nas tarefas domésticas. Esta percentagem foi significativamente inferior, quando comparada com os resultados obtidos nos países do Sul, como a Espanha, a Itália ou a Suíça. Esta realidade é explicada pela falta de suporte por parte das famílias. Sobretudo, quando os idosos vivem sozinhos e agravada pela insuficiente estrutura da rede formal nos países do Sul, não sendo facilitadora do processo de envelhecer quando a pessoa não coabita com os restantes familiares (Hoffman & Rodrigues, 2010).

Em Portugal, nos últimos anos, assistimos a uma preocupação crescente por parte das entidades políticas na reforma dos cuidados de saúde, no que diz respeito à assistência aos indivíduos em situação de dependência e respetivas famílias. A implementação da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) é um contributo substantivo para a concretização desta mudança. No entanto, parece-nos insuficiente, uma vez que o sistema de saúde ainda está predominantemente organizado tendo por foco as necessidades associadas ao diagnóstico e tratamento das doenças⁹. Tavares (2011), num estudo exploratório realizado muito recentemente no contexto nacional sobre critérios, intervenientes e níveis de decisão sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar, refere que “a criação da REDE, enquanto resposta integradora, abriu a porta a um grande leque de opções, no entanto, [...] insuficientes para dar resposta a todas as situações que atualmente nos surgem, nomeadamente naquelas em que o fator social prevalece” (p.83).

Assistimos desde há alguns anos, a um paradigma onde se sobrepõem modelos organizacionais em que os internamentos hospitalares são cada vez mais curtos, mesmo nas situações mais complexas. Estaríamos em absoluto acordo, caso a continuidade de cuidados em contexto familiar e o apoio efetivo às famílias que integram membros dependentes, fosse uma realidade, face às suas reais necessidades. Lage (2005, p. 205) refere que “quando o lugar do cuidado é o ambiente familiar, tal permite ao idoso viver num meio conhecido e preservar o carácter de intimidade que caracteriza o autocuidado de saúde”.

Caldas (2003) refere que a família apresenta necessidades relacionadas com aspetos materiais, emocionais e de informação. Os aspectos materiais incluem recursos financeiros, questões associadas à habitação, transporte e acesso a serviços de saúde. Por outro lado, os FC necessitam de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente físico. Além destes aspetos, é importante o suporte emocional, a rede de cuidados que aproxime a família aos serviços de suporte e os meios que garantam qualidade de vida aos FC (Caldas, 2003).

O membro da família que presta cuidados é, geralmente, denominado por *membro da família prestador de cuidados, cuidador informal ou familiar cuidador*¹⁰, sendo um elemento da rede social do dependente

⁹ Hesbeen (2003, p. 72) diz-nos que o “sistema de saúde necessita de uma interdisciplinaridade plena, coerente e que respeite as diferentes profissões que formam as equipas. Isto representa um verdadeiro desafio para a população. Com efeito, só a interdisciplinaridade permite abordar a complexidade das situações humanas, ultrapassando as abordagens redutoras que fragmentam e onde cada um tem a sua área de intervenção definida”.

¹⁰ Ao longo deste estudo, optamos pela designação de *familiar cuidador (FC)*. A nossa opção por esta designação ao longo deste estudo, justifica-se pelo facto da evidência empírica demonstrar que, efetivamente, a grande maioria dos cuidadores informais são membros da família da pessoa dependente.

e que assume o compromisso de lhe prestar cuidados não remunerados e sem qualquer vínculo formal (Figueiredo, 2007; Lage, 2007; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Na CIPE® Versão 2.0 (ICN, 2011), *Membro da Família Prestador de Cuidados* é definido como “*Prestador de Cuidados: Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família*” (p. 115). Na cultura anglo-saxónica, o membro da família prestador de cuidados é designado por *caregiver*. Figueiredo (2007) refere-se ao conceito de cuidado informal como “*as interações entre um membro da família (ou amigo, ou vizinho) que ajuda o outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar atividades que são necessárias para viver com dignidade*” (p. 101).

No estudo recente de Tavares (2011), tendo como objetivo, explorar os critérios de decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar, a autora refere que a avaliação do suporte familiar é, na maioria dos casos, realizada “*através da análise de comportamentos e da disponibilidade dos familiares durante todo o processo de preparação da alta*” (p. 67). Acrescenta a autora que, somente as assistentes sociais realizam entrevistas formais mas sem utilizarem qualquer instrumento de avaliação. Não existem reuniões formais entre a Equipa de Gestão das Altas (EGA), a família e o doente, com o objetivo de planear as decisões relativas à alta hospitalar.

Martin (2005), referindo-se ao momento de escolha de quem irá assegurar os cuidados ao dependente, diz-nos que esta recai no elemento que tem menos a perder com o papel a desempenhar, numa tentativa da família tirar o melhor proveito da sua produtividade. A literatura disponível aponta-nos para um perfil dos familiares cuidadores: ser mulher; normalmente esposa ou filha/nora da pessoa dependente; casada; idade entre os 45 a 60 anos, apesar do crescente número de pessoas idosas a desempenhar o papel, sobretudo, se se tratar de esposas “*idosos jovens independentes cuidando de idosos dependentes*” (Caldas, 2003, p. 778); doméstica, desempregada ou com uma atividade profissional pouco diferenciada, com baixa escolaridade e a coabitar com o familiar dependente. Imaginário (2004) refere que as principais razões que levam a que a maioria dos familiares cuidadores seja do sexo feminino são justificadas pela educação recebida e com a construção social das funções da mulher.

A *transição associada ao exercício do papel de prestador de cuidados* constitui uma base substantiva do conhecimento que o enfermeiro deve utilizar, por forma a poder apresentar-se como um recurso de saúde imprescindível aos familiares na aquisição de competências para tomarem conta dos membros dependentes (Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000b).

Schumacher (1995) e Schumacher et al. (2000) ao desenvolverem esta abordagem concetual, associada à aquisição do papel de prestador de cuidados, consideram uma área da saúde importante para a prática clínica dos enfermeiros. A aquisição do papel de prestador de cuidados é um fenómeno que diz respeito à prática clínica dos enfermeiros, quer em contextos de preparação da alta clínica hospitalar, quer em cuidados no domicílio, ou mesmo, em ambiente de ambulatório. Terapêuticas de enfermagem focalizadas no apoio e na mestria dos familiares cuidadores na realização das atividades de tomar conta, têm como objetivo, facilitar o processo de aquisição do papel de prestador de cuidados (Schumacher, 1995; Schumacher et al. 2000). Deste modo, a investigação em enfermagem centrada na exploração deste fenómeno torna-se útil e relevante. O papel de prestador de cuidados é definido como um papel de transição da própria família e desenvolvido através da interação entre o familiar cuidador e

o membro dependente e, entre esta díade e os outros (Schumacher, 1995; Schumacher et al. 2000). Desta forma, a aquisição do papel de prestador de cuidados é um processo de consciencialização e experiência individual.

A aquisição do papel de prestador de cuidados é uma transição específica que ocorre no seio das famílias em resposta a mudanças na saúde. Seja por doença ou por envelhecimento, causando um declínio na capacidade de autocuidado de um dos membros. Simultaneamente, surge a necessidade dos cuidados serem assegurados por outros membros da família (Schumacher, 1995). Assim, assumir o papel de prestador de cuidados, envolve mudanças nos padrões de comportamentos estabelecidos, nas expectativas e na aquisição de novos conhecimentos e habilidades. Todavia, uma característica importante deste processo, é a criatividade e o estilo pessoal com que ocorre, associado à assimilação de normas e expectativas sociais e institucionais que advém da necessidade de assumir o papel (Figura 1.2). Um dos aspetos fundamentais no exercício do papel de prestador de cuidados é a natureza interativa entre quem assume o papel, a pessoa dependente e a rede social. É um papel que pode ser assumido por qualquer membro da família. Nessa medida, não está, necessariamente, associado a determinada posição ou hierarquia dentro da própria família. Por isso, não requer normas ou expectativas formalizadas, uma vez que, na maioria dos casos, não é possível anteciper a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados por parte da pessoa que o vai exercer. Significa, pois, frequentemente, que a aquisição do papel é um processo criado pelo próprio cuidador.

A transição para o exercício do papel de prestador de cuidados ocorre em resposta à transição vivida pelo familiar dependente, frequentemente, dois fenómenos simultâneos. Deste modo, muitos aspetos deste papel são moldados pela interação estabelecida entre as pessoas envolvidas, com o objetivo de atender às suas próprias circunstâncias. Daí, esta interação se desenvolver num ambiente criativo (Schumacher, 1995).

Indicadores de transições saudáveis incluem bem-estar subjetivo, mestria e bem-estar nas relações. Estes indicadores globais de transições saudáveis podem ser aplicados na transição para o exercício do papel de prestador de cuidados. Schumacher (1995) refere um conjunto de indicadores de saúde que monitorizam a transição para a aquisição do papel de prestador de cuidados e constituem uma estrutura para a saúde na concetualização da aquisição do papel de prestador de cuidados. Esses indicadores de saúde são (Figura 1.2):

- *Respostas subjetivas*; pode incluir: *i) tensão* na prestação de cuidados diretos, definida como a dificuldade sentida no desempenho do papel, *ii) satisfação* no exercício do papel, associado às recompensas que resultam da prestação de cuidados e definido como o significado e prazer atribuído pelos familiares cuidadores ao processo de cuidar;
- *Respostas comportamentais*; refere-se a: *i) insuficiência no papel*, definido como a perceção de desempenho do papel de forma inadequada relacionada com a falta de conhecimentos ou a falta de preparação e *ii) mestria no exercício do papel*, refere-se à competência ou à capacidade para o desempenho efetivo, o conhecimento e as habilidades necessárias;

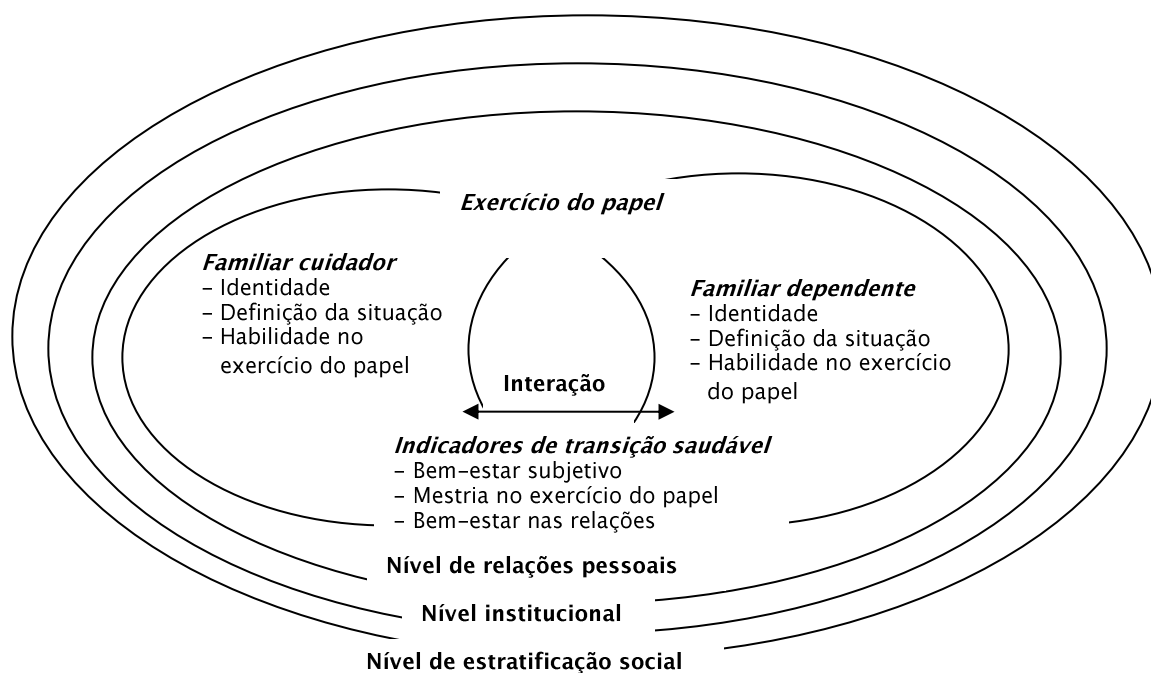


Figura1.2 – Aquisição do papel de prestador de cuidados (adaptado de Schumacher, 1995, p. 217)

- *Respostas interpessoais*; durante a aquisição do papel de prestador de cuidados, as relações entre os cuidadores e os familiares dependentes e, entre os cuidadores e os outros membros da família são relevantes, uma vez que face à vulnerabilidade da situação, há potencial para a rotura destas relações que se podem manifestar por conflitos familiares. O *i) conflito familiar*, pode ser definido por desacordo interpessoal manifestado ou por ressentimentos em relação a outro elemento da família. Outro tipo de resposta interpessoal pode ser *ii) relação entre cuidador e familiar dependente (“mutuality”)*, representando a qualidade (positiva) da relação entre o familiar cuidador e o membro dependente e definido como a capacidade de encontrar satisfação nesta interação, na procura de um sentido no cuidado.

Assim, estes indicadores de saúde, são parte integrante do processo de aquisição do papel de prestador de cuidados e importantes durante todo o processo da transição.

Shyu (2000b), tendo como objectivo, explorar a assunção do papel do familiar cuidador, identifica três fases do seu processo de adaptação na transição do hospital para o domicílio, até se atingir um *padrão estável de cuidar*. São estas fases: 1) *fase de compromisso/ajuste (role engaging)*. Ocorre, ainda, em meio hospitalar. O familiar cuidador sente a necessidade de informação sobre a condição de saúde do dependente, monitorização de sintomas e como intervir, assistência nos cuidados pessoais (autocuidado) e intervenção de emergência; 2) *fase de negociação (role negotiating)* ao novo papel. Acontece no período imediato à alta hospitalar. O familiar cuidador sente a necessidade de ajuda para desenvolver a mestria nos cuidados, ajuda na adesão do doente, intervenção sobre as emoções do doente, apoio continuado e, por último, 3) *fase de resolução (role settling)*, que conduz à adaptação e estabilização do papel, onde sente a necessidade de suporte emocional para continuar as suas funções.

Desta descrição, podemos concluir que, o papel do familiar cuidador é um processo que se constrói ao longo do tempo.

No estudo Rotondi et al. (2007), os familiares cuidadores relatam uma insuficiente preparação com vista a uma adequada continuidade de cuidados ao dependente no seu regresso a casa. Para uma adequada satisfação das suas necessidades, a rede formal de apoio deve estar atenta e ser responsável pela identificação dessas mesmas necessidades, ao longo do tempo. Desta forma, possibilita-se uma maior acessibilidade ao serviço de saúde, quando os familiares cuidadores necessitam de suporte. Neste estudo (Rotondi et al., 2007), foram identificadas quatro fases na transição do familiar cuidador, ao longo do tempo no exercício do seu papel: 1) na fase aguda da doença do doente, 2) na fase de reabilitação, 3) no regresso a casa e, por último, 4) na fase de integração na comunidade.

No estudo de revisão da literatura realizado por Turner, Fleming, Ownsworth e Cornwell (2007), são identificadas duas intervenções estratégicas face à transição dos dependentes do hospital para casa: 1) um programa de suporte após a alta hospitalar e 2) programas e serviços que ajudem a viver a transição a *longo - termo*. Ambas as estratégias devem ser implementadas no sentido de ir ao encontro das necessidades dos doentes e familiares cuidadores, durante este processo de transição.

No contexto do desenvolvimento deste estudo, procedemos a uma revisão da literatura sobre o fenómeno da transição para o exercício do papel de prestador de cuidados (Petronilho, 2010), donde destacamos com maior interesse, face aos objetivos do presente trabalho, os seguintes resultados:

- A urgência dos FC em encontrar o ponto de equilíbrio (*"finding a balance point"*) face à necessidade de desempenhar o papel de prestador de cuidados (Shyu, 2000a);
- O desejo e a necessidade de existir programas de educação e apoio efetivo aos FC, da iniciativa da rede formal, onde os enfermeiros ocupam um lugar de destaque, tendo em conta as expectativas e necessidades dos FC, facilitando o exercício do seu papel, com ênfase no período imediato à alta hospitalar (Pringle, Hendry & Mclafferty, 2008; Shyu, Chen, Chen, Wang & Shao, 2008; Stoltz et al., 2004);
- Os FC na transição para o papel beneficiam com a implementação de programas de preparação da alta hospitalar, uma vez que são satisfeitas a suas necessidades na prestação de cuidados aos familiares dependentes no regresso a casa. Tornam-se mais competentes para o exercício do papel de cuidadores e assim também mais satisfeitos com o papel exercido (Shyu et al., 2008);
- A necessidade de promover uma parceria de cuidados mais efetiva e mais eficaz entre os FC e a rede formal de apoio, capaz de preparar os cuidadores, com ênfase na informação sobre as suas necessidades que vão mudando ao longo do exercício do seu papel (Brereton & Nolan, 2000);
- A relação significativa entre a efetividade das intervenções dos profissionais de saúde na ajuda aos doentes e respetivos FC por forma a que estes tenham um papel mais ativo e eficaz no regresso do doente a casa e a taxa de reinternamento no hospital (Coleman et al., 2004);
- As necessidades e expectativas dos FC estarem integradas no planeamento da alta hospitalar por forma a que, deem respostas mais adequadas aos desafios de saúde no regresso a casa (Levine et al., 2006; Wennman-Larsen & Tishelman, 2002);

- A necessidade de uma comunicação mais efetiva entre as equipas de saúde que prestam assistência no domicílio e os FC, no sentido de treiná-los, desenvolvendo-lhes a mestria necessária para cuidarem, ensinando-lhes métodos adequados, estarem disponíveis para lhes fornecer informação quando necessitam, proporcionando-lhes descanso e suporte financeiro quando necessário (Levine et al., 2006; Lucke et al., 2004; Sit et al., 2004);

- A sugestão de se realizar, futuramente, investigação sobre as fases de transição no exercício do papel de cuidadores, pela urgência e necessidade de desenvolver uma melhor compreensão teórica ajudando ao desenvolvimento de uma abordagem inovadora e adaptada a cada situação específica (Pringle et al., 2008; Turner et al., 2007);

- O momento da alta hospitalar é considerado um ponto crucial na transição do hospital para casa. O 1º mês após alta hospitalar é um período muito crítico e angustiante para as famílias, gera, frequentemente, situações de crise, em particular, para quem irá desempenhar o papel de prestador de cuidados. Como recomendações, sugere-se a necessidade de investigar o fenómeno da experiência vivida pós-alta hospitalar (após semanas ou meses), com maior profundidade e como objetivo central dos estudos. Maior compreensão das experiências durante este período, deve permitir uma melhor preparação das famílias e um melhor suporte da rede formal (Pringle et al., 2008; Turner, Fleming, Ownsworth & Cornwell, 2007; Popejoy, 2010);

- As crenças de perceção de autoeficácia dos FC estão envolvidas não só no exercício do controle sobre a ação, mas também com a regulação do pensamento e das emoções. Este estudo explorou as crenças do FC sobre si mesmo em relação à perceção de apoio social. Em termos de implicações para a prática clínica, os autores referem que os resultados deste estudo sugerem que a intervenção psico-educacional orientada para a autoeficácia no sentido de promover o controlo sobre os pensamentos negativos pode ser eficaz na promoção do bem-estar dos FC (Au et al., 2009);

Desta revisão da literatura que realizámos (Petronilho, 2010), ficou claro para nós que os estudos sobre o fenómeno da transição para o exercício do papel de prestador de cuidados, na sua grande maioria, focalizam-se na exploração das características sociodemográficas dos familiares cuidadores e no impacto do cuidado muito centrado nos aspetos emocionais (Au et al., 2009; Brereton & Nolan, 2000; Chumbler, Rittman, Puymbroeck, Vogel & Qnin, 2004; Degeneffe, 2001; Fortinsky, Kercher & Burant, 2002; Gilliam & Steffen, 2006; Grimmer, Moss & Gill, 2000; Khan, Pallant & Brand, 2007; Lage, 2007; Levine et al., 2006; Lin & Lu, 2005; Lucke, Coccia, Goode & Lucke, 2004; Pringle et al., 2008; Rabinowitz et al., 2006; Rotondi et al., 2007; Wong, Clinton, Li & Fong, 2004; Stoltz, Udén & Willan, 2004; Turner et al., 2007; Wennman-Larsen & Tishelman, 2002). No entanto, os aspetos associados ao perfil de competências dos familiares cuidadores (conhecimento e habilidades, potencial para o exercício do papel), bem como, os recursos utilizados, facilitadores do desenvolvimento da mestria nas atividades de tomar conta (Meleis et al., 2000, Meleis, 2010; Schumacher et al., 2000), salvo algumas exceções, não têm sido o foco central da investigação produzida, em particular, no contexto nacional. Significa, pois, que há uma necessidade de maior conhecimento acerca de uma dimensão significativa da saúde das pessoas e que se reporta ao objeto de intervenção dos enfermeiros.

1.1.5. A percepção de autoeficácia como indicador das transições dos familiares cuidadores.

Eficácia refere-se à capacidade dos indivíduos em desenvolver competências cognitivas, sociais, emocionais e comportamentais, que deve ser organizada e instrumentalizada de forma eficaz para servir inúmeros propósitos. Há uma diferença significativa entre possuir competências e ser capaz de integrá-las de forma apropriada em ações específicas e executá-las, adequadamente, em circunstâncias difíceis. A autoeficácia percebida preocupa-se, não com o conjunto de habilidades que os indivíduos possuem, mas com o que estes acreditam que são capazes de fazer com aquilo que possuem, em diferentes circunstâncias (Bandura, 1997b). Crenças de eficácia *“operam como um fator decisivo num sistema gerador de competência humana. Assim, pessoas diferentes com habilidades similares ou as mesmas pessoas em diferentes circunstâncias podem executar mal, adequada ou extraordinariamente, dependendo das flutuações nas suas crenças de eficácia pessoal”* (Bandura, 1997b, p. 37).

A autoeficácia é conceptualizada como uma crença do indivíduo na sua própria capacidade de realizar uma tarefa específica, onde é imperativo mobilizar a motivação, os recursos cognitivos e de ação, necessários para enfrentar e satisfazer as exigências específicas duma situação considerada desafiadora (Bandura, 1997a, 1997b). Portanto, a autoeficácia é um constructo psicológico individual e que se refere à confiança do indivíduo na realização de um determinado comportamento e ser capaz de superar os obstáculos na concretização desse comportamento. Sentimentos de autoeficácia resultam da interação dos comportamentos pessoais com os fatores ambientais necessários à realização desses mesmos comportamentos (Bandura, 1997b; Weng, Dai, Wang, Huang & Chiang, 2008). É parte de um processo de autorregulação e que é orientado para atingir metas. É um preditor significativo de bem-estar psicológico. É através da contínua interação com os outros que os indivíduos desenvolvem a crença de que têm a capacidade de influenciar as suas próprias vidas. No contexto da prestação de cuidados, a autoeficácia percebida, refere-se à crença de ser capaz de lidar, adequadamente, com problemas específicos da saúde/desenvolvimento, problemas estes que podem surgir num determinado momento do ciclo de vida (Pinquart & Sorensen, 2006).

No contexto das transições de vida potencialmente stressantes, como, por exemplo, a transição para o exercício do papel de cuidador, as crenças de autoeficácia podem servir como recurso pessoal ou um fator de vulnerabilidade (Bandura, 1997a). Pesquisas sobre ansiedade e capacidades cognitivas, demonstraram que um baixo sentido de eficácia no confronto com os problemas do dia-a-dia, deixa as pessoas vulneráveis a experiências adversas. Tendem a ficar preocupadas, com fracas expectativas sobre as suas competências no desempenho das tarefas específicas, interpretam a excitação fisiológica como indicador de ansiedade e o *feedback* vindo de outros como momentos de avaliação do seu valor individual. Deste modo, sentem-se pessoalmente incompetentes no desempenho das tarefas e, assim, responsáveis pelo fracasso perante as situações com que são confrontadas (Bandura, 1997a).

Segundo Bandura (1997a), as crenças dos indivíduos a respeito da sua autoeficácia podem ser desenvolvidas e reforçadas através de quatro formas de influência/fontes:

Experiência com mestria na execução das tarefas

A forma mais eficaz de desenvolver uma elevada percepção de autoeficácia é através de experiências prévias com domínio das tarefas a realizar. O sucesso na execução das tarefas ajuda a construir uma robusta crença na eficácia pessoal. Envolve a aquisição de ferramentas cognitivas, comportamentais e de autorregulação para criar e executar ações, apropriadas à gestão das circunstâncias da vida em constante mudança. Se as pessoas experimentam apenas sucessos fáceis de atingir, os quais envolvem resultados de alcance rápido, são facilmente desencorajadas perante as situações de fracasso. Um sentido de autoeficácia com resiliência, exige experiência na superação dos obstáculos, através do esforço persistente. Quando as pessoas interiorizam aquilo que é necessário para alcançar o sucesso perante os desafios, perante novas situações de adversidade, sabem utilizar a experiência prévia adquirida nas situações anteriores, saindo a sua competência reforçada.

Experiências vicariantes fornecidas pelos modelos sociais

Ou seja, a oportunidade de observar outros a executar a tarefa. Ver as pessoas semelhantes a si com sucesso pelo esforço persistente influencia as crenças de autoeficácia, levando a acreditar que também se é capaz de dominar atividades comparáveis. O impacto da modelação sobre as crenças de eficácia pessoal é fortemente influenciado pela similaridade percebida com os modelos. As pessoas procuram modelos eficientes que possuem as competências a que aspiram. Através de seus comportamentos e formas de pensar expressas, os modelos competentes transmitem conhecimentos e ensinam habilidades e estratégias eficazes aos observadores para gerir as exigências do ambiente. Assim, os enfermeiros, através de processos de intervenção bem planeados, sistemáticos, contextualizados a cada família e com o seu envolvimento nas decisões, constituem “modelos” importantes no desenvolvimento das competências necessárias aos familiares cuidadores.

Persuasão social (receber um reforço positivo dos outros)

Pessoas persuadidas verbalmente que possuem a capacidade de dominar determinadas atividades são suscetíveis de mobilizar um maior esforço quando surgem problemas. Ajudar a construir e a reforçar a percepção de autoeficácia que leva ao sucesso na execução das tarefas é mais do que transmitir avaliações positivas. Passa também por encorajar as pessoas à autoavaliação do seu desempenho em termos de autoaperfeiçoamento e não apenas como triunfo sobre os outros.

Condição física e emocional no julgamento das suas capacidades quando envolvidos nas tarefas

As pessoas também dependem, em parte, do seu estado físico e emocional, quando fazem um juízo sobre as suas capacidades. Normalmente, interpretam as reações de *stress* e tensão como sinais de vulnerabilidade para um mau desempenho. Nas atividades que envolvem força e resistência, as pessoas julgam a sua fadiga e as dores como sinais de debilidade física. O humor também afeta o julgamento sobre a eficácia pessoal. Humor positivo aumenta a autoeficácia percebida. Influenciar positivamente as crenças de eficácia passa por melhorar o estado físico, reduzir o *stress* e as tendências emocionais negativas, bem como, construir interpretações corretas sobre a condição de saúde. O estado afetivo pode ter um efeito muito generalizado sobre as crenças de eficácia pessoal nas diversas dimensões do funcionamento humano.

A supervisão do papel exercido pelos familiares cuidadores, após o regresso a casa do dependente, deve ser um aspeto central do exercício profissional das equipas de enfermagem. Assim, as intervenções de enfermagem visam facilitar o processo de aquisição do papel e passam por desenvolver a capacitação e dar suporte aos familiares cuidadores (Schumacher, 1995). Na transição para o papel de familiar cuidador, é crucial que o enfermeiro seja capaz de identificar as competências dos familiares, acerca das necessidades de cada situação específica, à qual, terão de dar resposta eficaz na assunção do papel. A natureza do envolvimento, os cuidados a assegurar, as mudanças a efetuar e o período de tempo de todo este processo, terão de ser foco de atenção dos enfermeiros. Na sua decisão clínica, estes profissionais devem enfatizar os aspectos considerados positivos no exercício do papel dos familiares cuidadores. Caso seja oportuno, incentivá-los a participar em grupos de ajuda, onde, através da partilha de dificuldades e experiências, se promove o seu envolvimento no processo de tomar conta (Zagonel, 1999). O elogio das competências dos familiares cuidadores, reforça-lhes a autoeficácia e, assim, sentem-se mais competentes para poderem lidar com os desafios (Mok, Chan, Chan, & Yeung, 2002).

A construção de autoeficácia por parte dos indivíduos na execução das tarefas tem apelado, consideravelmente, a uma organização teórica e de investigação, que permita o desenvolvimento de instrumentos de medida nesta área (Crncec, Barnett & Matthey, 2008). Schumacher et al. (2000), através da concretização de estudos, identificaram nove (9) “processos de cuidar” (competências), associados à habilidade dos familiares cuidadores para assegurar os cuidados necessários ao dependente (Tabela 1.3). Assim, o papel de prestador de cuidados, conceptualmente, foi definido como a habilidade do familiar para se envolver, eficaz e progressivamente, nos nove “processos de cuidar”. O familiar cuidador, torna-se competente, quando consegue obter os melhores resultados possíveis dos cuidados que presta, como uma adequada gestão dos sinais e sintomas, a prevenção de lesões, a identificação precoce de problemas, entre outros. A habilidade nos cuidados prestados leva a resultados positivos.

Tabela 1.3 – “Processos de cuidar” (Schumacher et al., 2000)

“Processos de cuidar”	
1.	Monitorizar: processo de observação das atividades realizadas pela pessoa cuidada e garantir a deteção de possíveis mudanças na sua condição de saúde.
2.	Interpretar: processo de raciocínio complexo, caracterizado pela capacidade de reconhecer e atribuir significado às mudanças no curso normal ou esperado da condição de saúde da pessoa cuidada e ser capaz de identificar as causas.
3.	Decidir: processo de escolha de uma determinada ação baseado em observações e interpretação das situações.
4.	Agir: processo de executar as decisões e as instruções recomendadas sobre os cuidados a prestar.
5.	Providenciar cuidados: processo de realizar procedimentos de enfermagem e médicos, caracterizado pela atenção à segurança e ao conforto.
6.	Ajustar: processo de refinar progressivamente as ações até encontrar a estratégia mais eficaz.
7.	Aceder a recursos: processo de obter os recursos necessários para prestar cuidados, incluindo as informações, equipamentos e materiais para uso doméstico, assistência dos serviços da comunidade, ajuda nas tarefas domésticas e assistência nos cuidados pessoais.
8.	Trabalhar com a pessoa cuidada: processo de partilha de cuidados sensíveis aos valores, crenças e desejos quer da pessoa cuidada, quer do cuidador.
9.	Negociar com o sistema de cuidados de saúde: processo de assegurar que as necessidades da pessoa cuidada foram cumpridas adequadamente.

Uma das dimensões que nos parece determinante das transições e que é objeto do nosso estudo, é o destino após a alta hospitalar, enquadrando este, numa lógica de respostas de saúde e sociais disponíveis às famílias que integram membros dependentes. Damos como exemplo, as próprias famílias, as tipologias da RNCCI, os lares e as famílias de acolhimento. No próximo capítulo, o(s) destino(s) dos dependentes após a alta hospitalar, será matéria da nossa reflexão e, em particular, as respostas disponíveis na área geográfica do nosso estudo: o distrito de Braga.

1.1.6. Os destinos dos dependentes no autocuidado após a alta hospitalar e as transições vivenciadas.

Já referimos que os recursos são fatores determinantes das transições das famílias que integram membros dependentes no autocuidado (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Os hospitais, em particular, os que se caracterizam por um maior grau de diferenciação de cuidados prestados têm, por norma, uma sobrelotação do número de internamentos de doentes com necessidade de cuidados especializados, o que obriga a uma constante rotatividade de doentes internados e, daí, a uma gestão rigorosa do número de vagas disponíveis. A alta hospitalar é, fundamentalmente, uma decisão médica e assenta em critérios exclusivamente clínicos. Portanto, verifica-se a inexistência de uma partilha necessária com os outros profissionais de saúde, também intervenientes diretos do processo de cuidados (Cainé, 2004; Petronilho, 2007). As decisões decorrentes das políticas atuais relacionadas com a redução dos períodos de internamento, acarretam maiores implicações nos doentes que apresentam doenças crónicas e maior nível de dependência no autocuidado. Este facto, justifica por si, uma maior preocupação por parte das equipas de saúde e das famílias quanto ao processo de preparação da alta hospitalar. Neste contexto, as decisões sobre o destino dos dependentes após a alta clínica, é um aspeto muito importante, na medida em que são determinantes, numa perspetiva de continuidade de cuidados e, assim, na transição das famílias.

Há poucas dúvidas de que as famílias desempenham um papel fundamental no apoio aos membros dependentes, após o regresso a casa. Na verdade, a evidência científica tem demonstrado que os familiares são a principal fonte de suporte e, frequentemente, o único apoio disponível. No entanto, pouco se sabe sobre o nível de participação dos doentes dependentes, familiares e equipas de saúde, quanto ao processo de tomada de decisão sobre o destino após a alta hospitalar (Popejoy, 2010). Esta tomada de decisão reveste-se de uma natureza diferente daquela que se reporta às decisões sobre os tratamentos, os regimes terapêuticos prescritos e os cuidados a prestar, uma vez que, na maioria dos casos, implica o envolvimento ativo da família na prestação de cuidados, exigindo profundas alterações nos processos familiares (Popejoy, 2010). Opie (1998) refere que as decisões tomadas pela equipa de saúde multidisciplinar sobre o destino dos doentes após a alta hospitalar, não levam em conta a sua própria vontade, assim como, as (possíveis) tensões existentes nas relações entre os membros da família.

O estudo de Popejoy (2010) teve como objetivo explorar o nível de participação dos idosos dependentes, dos familiares cuidadores e da equipa de saúde na decisão sobre o destino após a alta hospitalar. Os resultados deste estudo apontam para a existência de diferentes níveis de participação das famílias (“ativa”, “colaborativa”, “passiva”). Conclui-se, ainda, que esta participação é influenciada pela qualidade

da relação que existe entre os membros da família, entre estes e a equipa de saúde, a vontade expressa do dependente, a gravidade da doença, as exigências do processo de cuidar, as experiências prévias com o sistema de saúde e o apoio percebido da rede formal (Popejoy, 2010). No entanto, verificou-se neste estudo que, quando se tratava de situações complexas relativamente à tomada de decisão sobre o destino, os doentes e famílias desejavam assumir um papel “ativo” ou “colaborativo”.

O estudo exploratório recentemente realizado por Tavares (2011) em três hospitais centrais da região do Porto – Portugal, tendo como objetivo compreender o processo de tomada de decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar, revela-nos um conjunto de achados pioneiros relativamente à problemática em estudo e, na nossa opinião, muito relevantes. Passamos a apresentar as principais sínteses informativas que resultaram desta pesquisa:

1. Quanto aos níveis de decisão:

- 1º Nível; sinalização (ou não) à EGA por parte da equipa prestadora de cuidados da unidade de internamento (inclui enfermeiros e médicos);
- 2º Nível; a assistente social da unidade de cuidados (nos doentes com necessidade de apoio social) ou a deliberação da EGA (decisão de referênciação à REDE e escolha da tipologia para os doentes com critérios de admissão);
- 3º Nível; a ECL (parecer quanto ao processo de referênciação do doente na REDE e decisão de admissão na REDE).

2. Quanto aos critérios de decisão:

- O diagnóstico médico não constitui um critério relevante de sinalização à EGA;
- O suporte familiar é um critério tido em conta (ou a sua insuficiência);
- O potencial de reconstrução da autonomia também é apontado como critério presente;
- Ao invés, o *status* económico da família nunca foi apontado como critério de decisão.

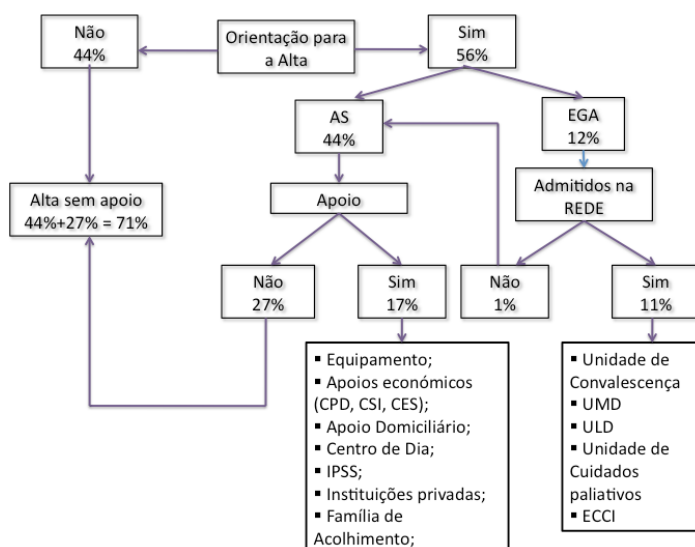


Figura1.3 – Síntese do processo de tomada de decisão acerca do destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar (adaptado de Tavares, 2011, p. 79)

3. Quanto aos intervenientes na decisão:

- A equipa prestadora de cuidados da unidade de internamento (inclui enfermeiros e médicos);
- A assistente social;
- A EGA;
- A ECL;
- Em relação ao doente dependente e família “(...) *transparece um baixo nível de participação*” (p. 86).

A Figura 1.3 mostra-nos uma síntese dos resultados do estudo de Tavares (2011). Um conjunto alargado de estudos empíricos revela que as decisões inadequadas relativamente ao processo de preparação da alta hospitalar e da continuidade de cuidados na comunidade, têm impacto negativo significativo na transição do indivíduo associada à dependência no autocuidado, na transição para o papel de prestador de cuidados por parte dos familiares e, em consequência, no aumento das taxas de readmissão hospitalar face à evolução negativa da condição de saúde dos doentes (Bowles, 2000; Bowles, Naylor & Foust, 2002; Brereton & Nolan, 2000; Coleman et al., 2004; Driscoll 2000; Henderson & Zernike, 2001; Lage, 2005; Levine et al., 2006; Lucke et al., 2004; Naylor et al., 1999; Petronilho, 2007; Pringle et al., 2008; Rotondi et al., 2007; Shyu, 2000a; Shyu, 2000b; Sit et al., 2004; Stajduhar & Davies, 2005; Stoltz et al., 2004; Turner et al., 2007; Shyu et al., 2008; Popejoy, 2010; Wennman-Larsen & Tishelman, 2002).

1.1.6.1. As respostas sociais e de saúde na comunidade, no âmbito da pessoa com dependência: a realidade no distrito de Braga.

Mostramos alguns dados que consideramos importantes relativamente à região de Braga, por se tratar da área geográfica do contexto da presente investigação. Assim, a Tabela 1.4 mostra-nos o número de equipamentos sociais disponíveis às pessoas dependentes, no distrito de Braga, em 2011.

Tabela 1.4- Nº de equipamentos sociais para pessoas dependentes, no distrito de Braga, em 2011 (Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos: Relatório 2011; INE, 2011)

Distrito	Centros de Dia	Lares de Idosos	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)
Braga	113	133	195

A capacidade de respostas sociais para pessoas dependentes nos concelhos do distrito de Braga, está representada na Tabela 1.5. Da sua análise, verificamos que o *índice de dependência dos idosos*¹¹ é mais elevado nos concelhos mais periféricos do distrito de Braga (Terras do Bouro, Vieira do Minho, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Póvoa do Lanhoso e Vila Verde). No entanto, também, são estes os concelhos que apresentam uma acentuada diminuição da *população residente*. Braga, Guimarães, Vila Nova de Famalicão e Barcelos são, destacadamente, os concelhos com mais *população residente* e, em simultâneo, os que apresentam um *índice de dependência dos idosos* mais baixo, apenas ultrapassados pelo concelho de Vizela (16,1). Significa, pois, que à medida que nos afastamos

¹¹ Índice de Dependência de Idosos = população com idade ≥65 anos /população ativa (14 anos aos 65 anos) * 100, (INE, 2011).

das zonas mais urbanas para as zonas mais rurais verifica-se um maior envelhecimento da população, como, de resto, acontece ao nível de todo o território nacional.

O concelho de Vila Nova de Famalicão, proporcionalmente aos restantes concelhos e tendo em conta a *população residente* (o terceiro mais populacional do distrito) e o *Índice de dependência dos idosos* (dos mais baixos do distrito), é aquele que dispõe de mais oferta social às famílias no que diz respeito a *centros de dia* (500) e a *serviços de apoio domiciliário aos idosos* (1.106) e com um número de *lares de idosos* proporcionalmente adequado comparado com os restantes concelhos.

O concelho de Braga, sendo o mais populacional, mas, também, dos que apresentam um *índice de dependência dos idosos* mais baixo (o segundo mais baixo do distrito, a seguir ao concelho de Vizela) é aquele que oferece mais *centros de dia* (530) e *lares de idosos* (962), no entanto, como já referimos, quanto aos *serviços de apoio domiciliário aos idosos* (796) é ultrapassado pelo concelho de Vila Nova de Famalicão (1.106).

Tabela 1.5 - Capacidade de respostas sociais para pessoas idosas/dependentes; população residente e índice de envelhecimento, por concelho, no distrito de Braga, em 2010

Concelhos	Centros de dia	Lares de idosos	Serviços de apoio domiciliário (idosos)	População residente (censos 2011)	Índice de dependência dos idosos (censos 2011)
Amares	52	61	92	18.889	24,6
Barcelos	290	399	581	120.391	19,8
Braga	530	962	796	181.474	18,8
Cabeceiras Basto	0	110	223	16.710	30,0
Celorico Basto	0	169	220	20.098	29,1
Esposende	167	148	125	34.254	21,5
Fafe	96	357	335	50.633	24,6
Guimarães	456	672	666	158.124	19,4
Póvoa Lanhoso	52	95	287	21.886	26,5
Terras Bouro	20	92	172	7.253	39,7
Vieira Minho	41	149	370	12.997	36,1
V. N. Famalicão	500	526	1.106	133.832	19,8
Vila Verde	10	271	453	47.888	26,4
Vizela	55	104	88	23.736	16,1
Total	2.269	4.115	5.514	848.165	25,1 (Média)

Fonte: *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos: Relatório 2011*; INE (2011)

Se nos focalizarmos nos concelhos com maior *índice de dependência dos idosos* (Terras do Bouro, Vieira do Minho, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Póvoa do Lanhoso e Vila Verde), o que significa, também, maior probabilidade de existir um maior número de pessoas dependentes, os concelhos de Terras do Bouro e de Vieira do Minho (os mais periféricos e rurais do distrito) são aqueles que apresentam valores mais elevados de todo o distrito de Braga, respetivamente, 39,7 e 36,1. No entanto, visto também apresentarem-se como os concelhos menos populosos do distrito, em termos de respostas sociais e proporcionalmente aos restantes concelhos mais envelhecidos, são aqueles que estão mais apetrechados em número de *centros de dia*, *lares de idosos* e *serviços de apoio domiciliário aos idosos*.

Em Portugal, com o objetivo de dar respostas mais adequadas às novas necessidades de saúde e sociais, associadas ao fenómeno do envelhecimento das populações e o conseqüente aumento de pessoas em situação de dependência, numa perspetiva de continuidade de cuidados integrados¹², foi criada em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). À data, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho):

“Neste âmbito, o Programa do XVII Governo Constitucional define como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade” (p. 3856).

Na sua composição, a RNCCI inclui unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, apoio social, e cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade. Abrange, também, os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais (artigo 2º).

Da análise do Decreto-Lei, a RNCCI, na assunção dos seus objetivos específicos e no respeito pelos seus princípios (artigo 4º e 6º, respetivamente) ressaltam, entre outras, duas dimensões que nos parecem muito centradas no objeto do nosso estudo: por um lado, a oferta aos cidadãos de um conjunto de cuidados focalizados na reconstrução da sua autonomia face à condição de dependência e, por outro lado, a oferta aos cidadãos de um conjunto de cuidados centrados nos processos de aprendizagem do FC, capacitando-o para tomar conta. Fica também explícita, a intenção de manter, sempre que possível, a pessoa dependente no seu domicílio, mesmo que esta necessite de suporte terapêutico e apoio social para a manutenção da sua saúde e bem-estar. Portanto, no contexto das políticas de saúde, o ambiente familiar continua a ser assumido como o lugar privilegiado da prestação de cuidados às pessoas em situação de dependência. O capítulo IV do referido Decreto-Lei, define a tipologia da RNCCI. Assim, a prestação de cuidados é assegurada por:

1) Unidades de internamento:

- *Unidades de convalescença* (internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos - artigo 13º);
- *Unidades de média duração e reabilitação* (internamentos com previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos - artigo 15º);
- *Unidades de longa duração e manutenção* (período de internamento superior a 90 dias consecutivos - artigo 17º);
- *Unidades de cuidados paliativos.*

2) Unidades de ambulatório:

- *Unidade de dia e de promoção da autonomia* (funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis - artigo 21º).

¹² No Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho, Artigo 3º define-se *Cuidados Continuados Integrados* como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

3) Equipas hospitalares:

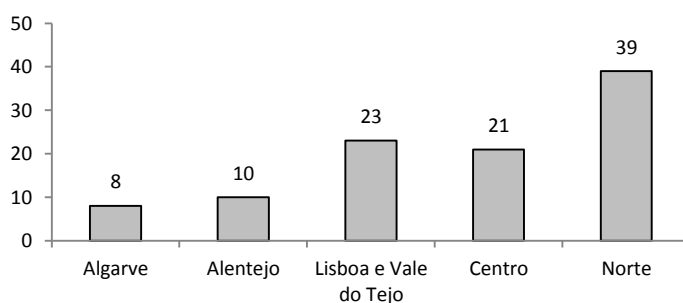
- *Equipas de gestão de altas* (encontram-se sediadas em hospitais de agudos e devem integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social - artigo 23º);
- *Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos* (devem integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo – artigo 25º).

4) Equipas domiciliárias:

- *Equipas de cuidados continuados integrados*¹³ (são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma - artigo 27º);
- *Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos* (equipas multidisciplinares da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e devem integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro – artigo 29º).

O Gráfico 1.1 mostra-nos o “peso” de cada região na referênciação do território nacional para a RNCCI. Verifica-se, pois, que a região Norte foi aquela que, em 2011, mais percentagem de casos referenciou, com uma percentagem muito superior às restantes regiões (39%). Ao invés, a região do Algarve foi a que apresentou a menor percentagem de doentes referenciados (8%).

Gráfico 1.1 - % Regional de referênciação nacional de doentes para a RNCCI (1º semestre 2011)

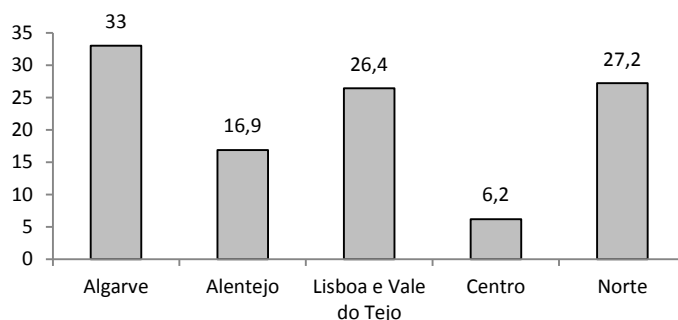


Fonte: UMCC - *Relatório Intercalar de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º Semestre de 2011* (p. 25)

Em relação ao total dos doentes referenciados para a RNCCI e por região, o Gráfico 1.2 mostra-nos que o Algarve foi a região que em 2011 mais percentagem de casos referenciou para as ECCI (33%). A região Centro, foi aquela que menos doentes foram referenciados (6,2%) do total dos casos nesta região.

¹³ As *Equipas de cuidados continuados integrados* (ECCI) asseguram: a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; b) Cuidados de fisioterapia; c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; e) Apoio na satisfação das necessidades básicas; f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária; g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (Decreto-Lei 101/2006, artigo 28º).

Gráfico 1.2 - % de referenciados para a ECCI dos doentes referenciados para a RNCCI em cada região (1º semestre 2011)



Fonte: UMCC - *Relatório Intercalar de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º Semestre de 2011* (p. 27)

Centrando-nos na oferta da RNCCI em unidades de internamento e equipas domiciliárias no distrito de Braga, uma vez tratar-se da principal área geográfica do contexto da nossa investigação, verificamos, pela análise da Tabela 1.6, que dispõe de vinte e três (23) unidades de internamento.

Tabela 1.6 - Distribuição do nº de unidades de internamento/ECCI da RNCCI, por concelho, no distrito de Braga (Ministério da Saúde, ARS Norte)

Unidades de Internamento e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI, por Concelho, no Distrito de Braga						
Localização geográfica		Tipologia				
Sub-região (INE)	Concelho	Unidade convalescença	Unidade média duração e reabilitação	Unidade longa duração e manutenção	Unidade cuidados paliativos	Equipas cuidados continuados integrados
Ave	Celorico Basto	1	-	-	-	1
	Cabeceiras Basto	1	-	-	-	-
	Fafe	1	-	-	-	1
	Guimarães	-	-	2	-	1
	Póvoa Lanhoso	1	-	1	-	1
	Vieira Minho	-	-	1	-	1
	V. N. Famalicão	1	1	2	-	1
	Vizela	-	1	1	-	1
Cávado	Amares	-	-	-	-	1
	Barcelos	-	-	1	-	2
	Braga	-	1	1	1	3
	Esposende	1	1	1	-	1
	Terras do Bouro	-	-	-	-	1
	Vila Verde	-	1	1	-	1
Totais		6	5	11	1	16

Destas, seis (6) são de convalescença, cinco (5) de média duração e reabilitação, onze (11) de longa duração e manutenção e uma (1) unidade de cuidados paliativos. Quanto às equipas domiciliárias, o distrito de Braga dispõe de dezasseis (16) equipas de cuidados continuados integrados (ECCI).

Tendo em conta a análise do *Relatório Intercalar de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º Semestre de 2011* (UMCC, 2011), foram vários os motivos de referência dos doentes para a REDE. A Tabela 1.7 mostra-nos os motivos de referência e a percentagem de doentes referenciados para cada tipologia da REDE, ordenadas de forma decrescente e numa dimensão nacional. Podemos verificar que, a **dependência nas AVD** e o **ensino ao doente/familiar cuidador**, foram os **principais motivos de referência** para a REDE,

respetivamente, 67% e 64%, o mesmo acontecendo, sem exceção, para todas as tipologias da REDE. Se analisarmos por tipologia:

- Nas ECCI, a *dependência nas AVD* (70%) e o *ensino ao doente/familiar cuidador* (73%) foram o principal motivo de referência;
- Nas UC, a *dependência nas AVD* (85%), o *ensino ao doente/familiar cuidador* (79%) e a *reabilitação* (78%) foram o principal motivo de referência;
- Nas UCP, a *dependência nas AVD* (39%), o *ensino ao doente/familiar cuidador* (36%) foram o principal motivo de referência;
- Nas ULDM, a *dependência nas AVD* (47%), o *ensino ao doente/familiar cuidador* (44%) foram o principal motivo de referência;
- Nas UMDR, a *dependência nas AVD* (76%), o *ensino ao doente/familiar cuidador* (69%) e a *reabilitação* (64%) foram o principal motivo de referência.

Tabela 1.7 – Motivos de referência para a RNCCI no 1º semestre 2011

Referenciação para a RNCCI, 2011						
Motivos	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR	Nacional
Dependência nas AVD	70%	85%	39%	47%	76%	67%
Ensino ao doente/familiar cuidador	73%	79%	36%	44%	69%	64%
Reabilitação	33%	78%	2%	13%	64%	44%
Cuidados pós-cirúrgicos	12%	37%	2%	3%	15%	16%
Tratamento de feridas/úlceras de pressão	29%	4%	3%	10%	8%	12%
Doença cardiovascular	11%	13%	1%	7%	13%	10%
Gestão do regime terapêutico	9%	4%	28%	13%	4%	9%
Úlceras de pressão múltiplas	12%	1%	1%	5%	6%	5%
Descanso do familiar cuidador	1%	1%	1%	13%	4%	4%
Manutenção de dispositivos	5%	1%	5%	8%	2%	4%
Cuidados pós-traumáticos	2%	4%	0%	1%	3%	2%
Deteriorização cognitiva	2%	1%	2%	4%	1%	2%
DPOC	3%	2%	1%	1%	2%	2%
Desnutrição	1%	0%	2%	0%	0%	1%
Hepatopatia	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Portadores de SNG/PEG	7%	2%	5%	12%	6%	6%
Ventilação assistida	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,2%	0,4%

Fonte: UMCC – *Relatório Intercalar de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º Semestre de 2011* (p. 30)

Outro dado que nos parece relevante, é a maior percentagem de doentes com necessidade de *tratamento de feridas/úlceras de pressão* (29%) e *úlceras de pressão múltiplas* (12%), terem sido referenciados para as ECCI. Assim como, a maior percentagem de doentes referenciados por necessidade de *gestão do regime terapêutico* se verificar nas UCP (28%). Pensamos nós que este dado, pode estar associado à maior complexidade do regime medicamentoso a que estes doentes estão submetidos, face à sua condição de saúde particular, sobretudo na fase terminal da sua vida. São doentes que, frequentemente, necessitam de analgesia por via sistémica para controlo da dor crónica, o que conduz ao internamento por ausência de suporte profissional às famílias no contexto domiciliário, cenário que ainda se passa na maioria do território nacional. Por último, uma referência à maior percentagem de doentes referenciados para as ULDM para *descanso do familiar cuidador* (13%), Tabela 1.7. Todavia, parece-nos ser valores muito baixos, se atendermos a que estamos perante um grupo de doentes que, na maioria dos casos, apresentam uma condição de saúde muito vulnerável, com elevados níveis de dependência e, assim, associado a um significativo compromisso ou complicações nos

“processos corporais” (ICN, 2011)¹⁴. Deste modo, acarreta ao familiar cuidador, uma grande intensidade e complexidade de cuidados no dia-a-dia, potenciador de grande sobrecarga física e emocional, muitas vezes, sem qualquer apoio quer da rede informal quer da rede formal.

Assim, face a esta análise, os principais motivos de referenciação dos doentes para a RNCCI estão, fortemente, focalizados nos aspetos centrais do presente estudo: a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados. Há, portanto, um apelo significativo a cuidados de enfermagem, o que ajuda a tornar mais relevante a necessidade de produzir conhecimento sobre esta problemática.

1.2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Da revisão da literatura realizada sobre os fenómenos da transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e da transição associada ao exercício do papel de prestadores de cuidados, é sugerido por vários autores, a importância de futuras investigações em enfermagem centradas em metodologias de perfil longitudinal, uma vez que, a grande maioria das pesquisas encontradas remete para um único momento de avaliação (perfil transversal). Ou seja, recomendam-se estudos que, pela sua natureza, proponham diferentes momentos de avaliação com o objetivo de avaliar os fenómenos de enfermagem e, em concreto, a evolução da condição de saúde dos doentes numa dimensão temporal mais alargada, sendo o fator tempo um aspeto determinante nas transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Uma das maiores lacunas na investigação acerca da prestação de cuidados, tem a ver com um escasso número de estudos que explorem a sua dimensão temporal e longitudinal (Figueiredo, 2007). Schumacher (1995) refere que as pesquisas longitudinais são necessárias para o avanço do conhecimento sobre o processo de transição para o exercício do papel de prestador de cuidados ao longo da “carreira de cuidador”.

Sabemos que os estudos longitudinais exigem a disponibilidade de maiores recursos humanos, financeiros e, inevitavelmente, pela sua natureza, exigem mais tempo para a sua realização, bem como, comportam uma maior complexidade decorrente da instabilidade da amostra ao longo dos diferentes momentos de avaliação. Significa isto, que os estudos longitudinais incorrem em maiores dificuldades e limitações para a sua concretização, o que tem contribuído para que se privilegiem as pesquisas de cariz transversal.

Podemos constatar que os estudos de perfil longitudinal, em torno da problemática da transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e da transição associada ao exercício do papel de prestador de cuidados, são escassos, quer a nível internacional quer a nível nacional. Uma das conclusões da revisão da literatura que efetuámos para a concretização deste estudo (Petronilho, 2012) é a inexistência de estudos centrados no *domínio e nível* de dependência no autocuidado (ex. alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal, arranjar-se, uso do sanitário, andar, transferir-se, virar-se), comparativamente ao número muito significativo de estudos centrados no autocuidado associado à

¹⁴ O compromisso dos “processos corporais” refere-se ao conjunto de funções do corpo que estão alteradas, inadequadas ou ineficazes (ICN, 2011), os quais, estão muito associados à fisiopatologia das doenças, traduzindo-se em sinais e sintomas que determinam, frequentemente, o internamento hospitalar.

capacidade de gerir a doença crónica. Aquilo que, por definição, é designado por *gestão do regime terapêutico/Self-management* (dieta adequada, prática de exercício físico, autovigilância, regime medicamentoso, monitorização e interpretação de sinais e sintomas de agudização da doença).

Em paralelo, os estudos que analisámos na revisão da literatura centrados no exercício do papel de prestador de cuidados (Petronilho, 2010), não aprofundam as transições relacionadas com as suas competências associadas ao quadro de dependência do familiar (domínio e nível de dependência), porque não têm como objetivo central procederem a esta caracterização. São estudos, sobretudo, focalizados na sobrecarga do FC decorrente das atividades de tomar conta no dia-a-dia, sendo no entanto (e não temos dúvidas) esta dimensão, simultaneamente importante na perspetiva da saúde e bem-estar das famílias. O conceito de sobrecarga do FC é, de resto, o primeiro conceito a ser desenvolvido por via da investigação relacionado com os cuidados prestados pelos familiares aos membros dependentes (Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000).

Ainda resultado da revisão da literatura que efetuámos para o desenvolvimento deste estudo, uma das dimensões associadas ao fenómeno do autocuidado, que nos permitiu concluir da existência de uma lacuna na investigação, tem a ver com a natureza dos recursos necessários e utilizados, quer pelos próprios doentes dependentes, quer pelos FC. Embora tenhamos identificado estudos que enfatizam a importância dos recursos instrumentais (equipamentos/produtos de apoio), na promoção das competências e na qualidade de vida dos doentes dependentes e FC, não encontramos estudos tendo por objetivo principal a caracterização e a identificação, com detalhe, dos recursos que são necessários e utilizados no dia-a-dia como fatores relevantes nas transições bem-sucedidas dos doentes dependentes e dos FC nas atividades de tomar conta (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Schumacher, 1995; Shumacher et al., 2000). Assim, pelas razões explicitadas, colocar os recursos que servem de suporte às famílias que integram membros dependentes como objeto de estudo da enfermagem, parece-nos um “bom caminho” que vai de encontro aos modelos “expostos” da disciplina. Por esta razão, aumentar o reportório de conhecimentos dos enfermeiros por forma a que consigam no seu exercício profissional, advogar o uso dos recursos necessários é, na nossa opinião, mais um contributo substantivo para a melhoria da qualidade de vida das famílias, reduzindo a sua sobrecarga e promovendo um *padrão estável de cuidar* (Rotondi et al., 2007; Shyu, 2000b; Stolz et al., 2004), o que será, certamente, muito valorizado pelas próprias famílias.

Temos referido nos últimos tempos, persistentemente, a necessidade de refinar instrumentos de avaliação do autocuidado com maior utilidade para a prática clínica dos enfermeiros no que diz respeito, em particular, à avaliação da capacidade funcional. O mesmo será dizer, o *nível de dependência* face aos diferentes domínios do autocuidado, uma vez que a evidência científica nos refere que esta dimensão tem um grande impacto na independência e autonomia do indivíduo (Backman & Hentinen, 2001; Chang, 2009; Duque, 2009; Petronilho, 2007; Petronilho, Magalhães, Machado & Miguel, 2010; Whittle & Goldenberg, 1996; Zeleznik et al., 2010). Também não encontramos novos instrumentos na revisão da literatura que efetuámos que abordassem o domínio e o nível de dependência de forma satisfatória, ou seja, clinicamente mais relevante para a ação profissional dos enfermeiros. Aqueles que conhecemos já com alguns anos (ex. índice de Barthel, índice de Katz), na nossa opinião, não operacionalizam suficientemente o conceito de *dependência* no autocuidado, porque não aprofundam adequadamente a caracterização do indivíduo relativamente ao *tipo e nível de dependência*. Daí, apesar

dos instrumentos desenvolvidos e utilizados muito frequentemente na investigação, o autocuidado como foco e como resultado sensível às intervenções dos enfermeiros não tem o valor clínico consonante com as necessidades dos doentes, porque fica *invisível* no exercício profissional dos enfermeiros. Daí, julgamos nós, uma grande limitação no apoio à tomada de decisão.

Sendo o fenómeno do autocuidado considerado central para a enfermagem, quer como estrutura teórica orientadora da prática clínica, quer como um resultado dos cuidados de enfermagem e, apesar da existência de um número muito significativo de estudos de investigação realizados ao longo das últimas décadas, não tem sido consensual a clarificação das dimensões centrais que lhe estão associados, o que de alguma forma, tem comprometido a conceção de instrumentos de medida que operacionalizem modelos de intervenção mais eficazes (Sidani, 2011).

A investigação que realizámos no contexto do mestrado em ciências de enfermagem (Petronilho, 2007) e outras que encontramos (Louro, 2009), com o objetivo comum de explorar o fenómeno do regresso a casa, com dois momentos de avaliação e com um intervalo de tempo de um mês, já permitiram identificar relações significativas entre a evolução da condição de saúde dos doentes dependentes, a evolução das competências dos FC nas atividades de tomar conta, bem como, os recursos utilizados. Louro (2009), apontando algumas limitações do seu estudo refere-se mesmo à utilidade de se definir um terceiro momento de avaliação (para além do momento da alta hospitalar e um mês após o regresso a casa dos doentes dependentes) *“eventualmente noventa dias após a alta, alargaria o espaço de avaliação de algumas variáveis relevantes quer na ótica do doente quer na do cuidador”* (p. 230).

Da revisão da literatura apresentada neste estudo, ficou evidente a variabilidade das respostas humanas às transições, ao longo do ciclo de vida, em que a variável *tempo* é muito determinante. Estas respostas, estão associadas à condição de saúde individual, fatores culturais, espirituais, demográficos, processos familiares, mas, igualmente, aos recursos de saúde e sociais necessários, acessíveis e utilizados. Estas são dimensões (recursos) muito determinantes para a qualidade dessas mesmas transições, o que justifica, por si, a realização de estudos mais alargados no espaço temporal. Desta forma, contribuir-se-á para a produção de conhecimento que acrescente uma melhor descrição e explicação do fenómeno e que seja, à *posteriori*, uma ajuda no sentido do desenvolvimento de programas de intervenção mais eficazes para a saúde e o bem-estar das famílias que integram no seu seio membros dependentes. Aneshensel et al. (1995) e Nolan et al. (1996, 2003), citados por Figueiredo (2007), ao realizarem estudos de perfil longitudinal, enfatizaram a noção de “carreira de cuidador” e a construção de modelos temporais de intervenção com implicações relevantes para o desenvolvimento de respostas de apoio aos FC.

Sendo a dependência no autocuidado identificada como um fator que pode ser modificável - por via do potencial de aprendizagem do indivíduo e/ou da mestria do FC – a intervenção neste domínio e a sua melhoria, é considerada como uma estratégia bem-sucedida, numa perspetiva de qualidade dos cuidados de enfermagem. Avaliar a dependência no autocuidado e o potencial de reconstrução da autonomia dos doentes é importante e permite: 1) melhorar a implementação de intervenções de suporte e educativas tendo em vista a otimização do potencial de autonomia dos indivíduos e a gestão da doença crónica, 2) uma avaliação mais rigorosa dos resultados decorrentes dos cuidados de saúde prestados aos indivíduos (Yu et al., 2010).

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses (Conselho de Enfermagem, 2003), na definição do Enquadramento Conceptual e, em particular, na descrição das seis categorias de Enunciados Descritivos (ED) da qualidade do exercício profissional, enfatiza a importância do fenómeno do autocuidado e o envolvimento dos familiares/pessoas significativas no processo de cuidados. São exemplos, com enfoque particular no fenómeno do nosso estudo, as seguintes descrições (pp. 148-150):

- “O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual, no processo de cuidados” (ED: A satisfação do cliente);
- “A identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade” (ED: A satisfação do cliente);
- “A identificação, mais rapidamente quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar/completar atividades de vida, relativamente às quais o cliente é dependente” (ED: O bem-estar e o autocuidado);
- “A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem” (ED: A readaptação funcional);
- “O planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade” (ED: A readaptação funcional);
- “O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade” (ED: A readaptação funcional);
- “A otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerirem o regime terapêutico prescrito” (ED: A readaptação funcional);
- “O ensino, a instrução e o treino do cliente sobre adaptação individual requerida face à readaptação funcional” (ED: A readaptação funcional);

As novas políticas de organização e gestão dos cuidados de saúde e, em particular, no domínio da continuidade de cuidados, com a criação da RNCCI (Decreto-Lei nº 101/2006), trouxeram uma nova realidade, estando implícito nos seus principais objetivos, potenciar a reconstrução da autonomia do doente dependente e a mestria do FC para tomar conta. Somos de opinião que se trata de um território dos cuidados de saúde muito centrado na natureza dos cuidados de enfermagem, sendo por isso, um desafio para a profissão e disciplina, mas, em simultâneo, uma oportunidade para a demonstração da sua utilidade e conseqüente visibilidade social. Os dados disponíveis revelam que uma parte substantiva dos doentes dependentes, após a alta hospitalar, é referenciada para a RNCCI, o que significa que esta estrutura constitui, atualmente, um recurso de saúde importante para as famílias. Nessa medida, dado ser uma realidade com implementação ainda relativamente recente, mas com enorme potencial de ser alvo de investigação e, em concreto, na perspectiva da natureza dos cuidados de enfermagem, parece-nos importante proceder à recolha de dados empíricos que possibilitem dar um contributo na avaliação do impacto da RNCCI para a qualidade de vida das famílias, centrado na transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e para o exercício do papel de cuidador. A reforçar o que acabámos de refletir, vimos no capítulo anterior, que os principais motivos de referenciação dos doentes para a RNCCI estão, significativamente, centrados nos aspetos centrais do presente estudo, ou seja, a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados.

Do exposto, iríamos mais longe, tornando-se, assim, relevante a questão: em que medida, as decisões sobre o(s) destino(s) dos doentes dependentes após a alta hospitalar, são determinantes para as transições envolvidas? Implicando as transições (bem-sucedidas), em concreto, o potencial de reconstrução de autonomia, a prevenção do compromisso nos processos corporais, o potencial do FC para as atividades de tomar conta e o nível de utilização de recursos necessários. Ou seja, falármos de diferentes destinos, reportamo-nos a diferentes padrões (respostas) assistenciais de cuidados às famílias que integram membros dependentes, face às necessidades individuais e determinantes para a sua saúde e o bem-estar das próprias famílias.

Face aos argumentos apresentados, cremos ser importante investigar com maior profundidade o processo de tomada de decisão dos vários elementos que constituem a equipa de saúde sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar, como fator determinante da transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e, deste modo, na reconstrução da sua autonomia. Em paralelo, investigar a transição dos familiares cuidadores para o exercício do papel de tomar conta, parece-nos um objeto de estudo central no domínio da investigação em enfermagem e um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Schumacher (1995) ao teorizar sobre o conceito de papel de prestador de cuidados, coloca a ênfase nos recursos necessários como aspeto determinante das transições associadas ao exercício do papel. É, igualmente importante, ter conhecimento sobre as condições em que esses recursos são necessários e variam ao longo do tempo.

Pereira (2007), refere-se a quatro áreas de investigação, a partir de fenómenos que considera como fundamentais para a disciplina. Deste modo, afirma o autor que, configura-se como um desafio “*a promoção da independência no Auto cuidado e dos comportamentos de Adesão; a promoção do exercício da Parentalidade e do Papel de prestador de cuidados; e a ampliação do reportório de recursos dos clientes para o desenvolvimento de respostas Adaptativas e de Auto controlo eficazes*” (p. 399).

Do exposto e tendo presente o contributo útil dos estudos que encontrámos sobre a problemática, pensamos que se justifica partirmos para a concretização do presente estudo, para o qual, enunciámos a sua finalidade e os objetivos definidos.

1.2.1.Finalidade do estudo.

A investigação que propomos realizar tem como finalidade, caracterizar o fenómeno da transição vivida pelo adulto para lidar com a dependência no autocuidado e a transição do FC para o exercício do papel. Pretende, ainda, caraterizar os recursos mobilizados pelas famílias face à necessidade de lidarem com a condição de dependência de um dos seus membros, na perspetiva da sua evolução ao longo do tempo. Trata-se, pois, de um domínio central da enfermagem. Assim, a ideia que apresentamos, parece-nos de grande utilidade para uma compreensão mais consistente do fenómeno em estudo e, desta forma, esperamos dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Ao investigarmos a prática clínica dos enfermeiros, contribui-se para a promoção do desenvolvimento da profissão, na medida em que revela os seus “modelos em uso”, permitindo, deste modo, que se discuta, clarifique e melhore o exercício profissional. Promove-se, ainda, o desenvolvimento da disciplina, o mesmo será dizer, os “modelos expostos” uma vez que há potencial para acrescentar elementos ao seu corpo de conhecimento (Basto, 1998; Lopes, 2006; Pereira, 2007; Silva, 2006).

1.2.2. Objetivos do estudo.

Esta investigação assenta em três (3) estudos:

- 1) **Estudo I**, realizado em contexto hospitalar, teve como objetivo:
 - Identificar os critérios envolvidos na decisão sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado, no momento da alta hospitalar.

- 2) **Estudo II**, realizado em contexto hospitalar, teve como objetivos:
 - Identificar os destinos dos doentes dependentes no autocuidado, no momento da alta hospitalar;
 - Identificar o perfil dos doentes dependentes no autocuidado em função dos destinos no momento da alta hospitalar e tendo em conta os critérios de decisão envolvidos.

- 3) **Estudo III**, de perfil longitudinal, realizado nos primeiros três meses após a alta hospitalar, teve como objetivos:
 - Conhecer a evolução da condição de saúde dos doentes dependentes no autocuidado quanto:
 - i. Ao nível e tipo de dependência e
 - ii. Ao compromisso dos processos corporais;
 - Conhecer a evolução do processo de tomar conta dos familiares cuidadores quanto:
 - i. À percepção de autoeficácia;
 - ii. Ao perfil de cuidados assegurados (grau de incentivo à autonomia dos familiares dependentes; intensidade de cuidados assegurados; local da prestação de cuidados; decisores sobre os cuidados necessários);
 - iii. Aos recursos utilizados e necessários;

Em síntese, o presente estudo, numa 1ª fase (Estudo I), procurou conhecer os critérios que orientam os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes sociais) envolvidos no processo de tomada de decisão clínica sobre o destino do doente dependente no autocuidado no momento da alta hospitalar.

Numa 2ª fase (Estudo II), tendo por base estes critérios e a partir de uma amostra de 273 dependentes no autocuidado, foram identificados os diferentes destinos, bem como, o seu perfil em função destes destinos e tendo em conta os critérios de decisão envolvidos na referênciação.

Numa 3ª e última fase (Estudo III), esta amostra de 273 dependentes, foi acompanhada durante os primeiros três meses após a alta hospitalar (ao 1º, 2º e 3º mês), onde se procedeu à caracterização da evolução da sua saúde, centrados no tipo e nível de dependência no autocuidado. Em paralelo, procedeu-se à caracterização da evolução do processo de tomar conta dos familiares cuidadores.

1.3. VISÃO GLOBAL DO RELATÓRIO E DO ESTUDO

Na tese seguiremos a sequência das diferentes fases da investigação por ordem cronológica da recolha de dados. Para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido, apresentamos na Tabela 1.8 uma visão global do estudo.

Tabela 1.8 – Visão global do estudo

A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador			
	Estudo I	Estudo II	Estudo III
Espaço temporal	De maio a julho de 2009	De julho a dezembro de 2010	De agosto de 2010 a março de 2011
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os critérios de decisão sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado, no momento da alta hospitalar; 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os diferentes destinos dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar; Identificar o perfil dos doentes dependentes no autocuidado em função dos destinos no momento da alta hospitalar tendo em conta os critérios de decisão envolvidos 	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a evolução da condição de saúde dos doentes dependentes no autocuidado quanto: i) Ao nível e tipo de dependência e ii) Ao compromisso dos processos corporais; Conhecer a evolução do processo de tomar conta dos familiares cuidadores quanto: i) À percepção de autoeficácia para tomar conta; ii) Ao perfil de cuidados assegurados (intensidade de cuidados prestados e grau de incentivo à autonomia dos familiares dependentes); iii) Aos recursos utilizados e necessários.
Contexto do estudo	EGAS e Unidades de internamento de medicina: Hospital de Barcelos, Hospital de Braga, Centro Hospitalar do Alto Ave e Centro Hospitalar do Médio Ave		Domicílio, lares, famílias de acolhimento, unidades de internamento da RNCCI, hospitais.
Metodologia	Estudo exploratório qualitativo;	Estudo quantitativo descritivo exploratório com avaliação no momento da alta hospitalar	Estudo quantitativo descritivo exploratório de perfil longitudinal (avaliação ao 1º, 2º e 3º mês após a alta hospitalar)
Participantes /População/ Amostra	18 Profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes sociais);	Amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 273 doentes dependentes no autocuidado	População: 273 doentes dependentes no autocuidado e respetivos FC (amostra do Estudo II)
Instrumento de recolha de dados	Entrevistas exploratórias	Formulário – “Destino e perfil dos dependentes, no momento da alta hospitalar”	Formulário – “Famílias que integram dependentes no autocuidado”

Relativamente à estrutura deste relatório, no primeiro momento – Introdução - reportamo-nos à problemática e aos conceitos centrais da investigação. Num segundo momento deste relatório, apresentamos o enquadramento metodológico, onde nos referimos ao desenho do estudo, aos participantes/amostra(s), ao(s) procedimento(s) e instrumentos de recolha de dados, bem como, à(s) técnica(s) de análise dos dados e às considerações éticas. Num terceiro momento, apresentamos e discutimos os resultados encontrados nos estudos que efetuámos. Esta apresentação será realizada pela ordem cronológica da recolha dos dados, permitindo, deste modo, uma interpretação lógica e sequencial do estudo global. Daí, iniciaremos por mostrar os resultados que dizem respeito ao Estudo I, seguindo-se os resultados do Estudo II e, por fim, os resultados do Estudo III. Num quarto momento, sintetizamos os aspetos que entendemos mais relevantes e que derivam da análise e discussão dos resultados dos três estudos efetuados. Num último momento, apresentamos as principais conclusões, onde nos referimos, também, às implicações desta investigação para a prática dos enfermeiros, para a investigação e para o ensino em enfermagem.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Descritos e justificados os fundamentos que conduziram ao presente estudo, os referenciais teóricos adotados e os objetivos propostos, é o momento de justificarmos as opções metodológicas. No desenvolvimento deste capítulo, explicaremos o desenho adotado para o nosso estudo: fases, amostra(s), contexto(s), procedimento(s) de recolha de dados, técnica(s) de análise dos dados utilizadas e, por último, as considerações éticas.

Face à forma como pensámos desenvolver esta pesquisa, decidimos dividi-la em três (3) estudos:

- 1) O **Estudo I**, desenvolvido em contexto hospitalar, teve como objetivo identificar os critérios de decisão utilizados sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar, através de entrevistas exploratórias aos profissionais de saúde (numa abordagem de perfil qualitativo);
- 2) O **Estudo II**, também concretizado em contexto hospitalar, teve como objetivos, identificar o(s) destino(s) dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar e identificar o seu perfil em função dos diferentes destinos face aos critérios de decisão utilizados. Para a concretização deste estudo, foi aplicado um instrumento de avaliação concebido a partir das categorias que emergiram da análise de conteúdo às entrevistas exploratórias realizadas com os profissionais de saúde (no Estudo I);
- 3) O **Estudo III**, desenvolvido em contexto comunitário, no essencial, corresponde a um estudo de perfil longitudinal, onde foram acompanhados os 273 casos da amostra do Estudo II. Este acompanhamento decorreu durante os primeiros três meses após a alta hospitalar, onde se procedeu a três (3) momentos de avaliação. O primeiro momento de avaliação (M1), ocorreu um mês após a alta hospitalar; o segundo momento de avaliação (M2), teve lugar dois meses após a alta hospitalar e, por último, o terceiro momento de avaliação (M3), foi efetuado três meses após a alta hospitalar. Este estudo teve como objetivos: i) conhecer a evolução da condição de saúde dos doentes dependentes no autocuidado quanto ao nível e tipo de dependência e ao compromisso dos processos corporais; ii) conhecer a evolução do processo de tomar conta dos familiares cuidadores quanto à perceção de autoeficácia, ao perfil de cuidados assegurados (ex. grau de incentivo à autonomia dos familiares dependentes, intensidade de cuidados prestados) e, por último, aos recursos utilizados e necessários.

A Figura 2.1 representa o desenho do estudo.

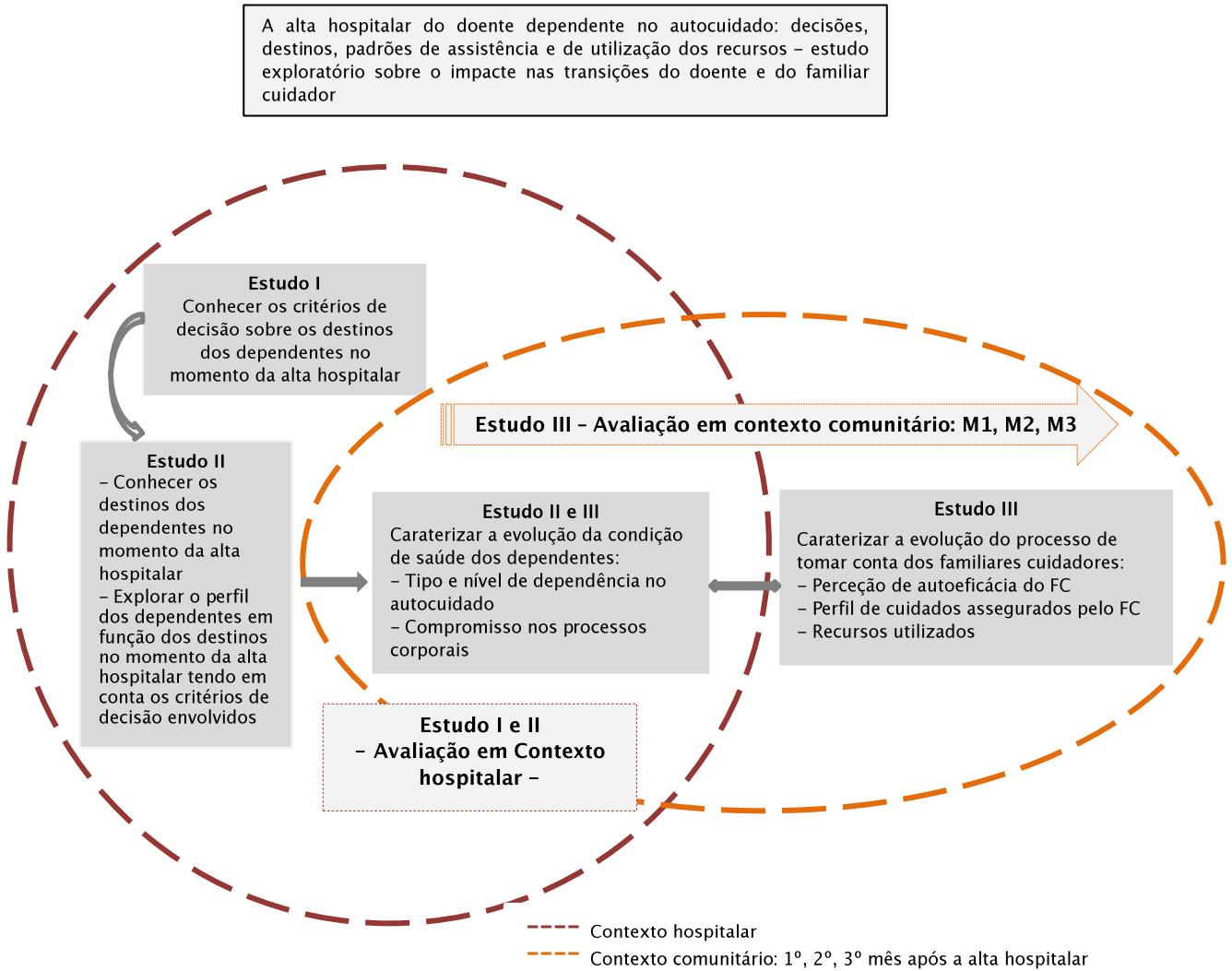


Figura 2.1 – Desenho do estudo

2.1. ESTUDO I: CRITÉRIOS DE DECISÃO SOBRE O DESTINO DOS DOENTES DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR: DOS DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Como já referimos, o Estudo I, foi realizado em contexto hospitalar. Denominámos por “*Crítérios de decisão sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar: dos discursos dos profissionais de saúde*”.

Relembramos o objetivo proposto para o Estudo I:

- Identificar os critérios envolvidos na decisão sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado, no momento da alta hospitalar.

Metodologicamente, este estudo foi orientado por entrevistas realizadas com os elementos das equipas de saúde, como principais intervenientes neste processo de decisão e que faziam parte do contexto onde se realizou o estudo. Colocámos a estes elementos uma questão de partida, de acordo com o objetivo traçado:

De acordo com a sua experiência e prática quotidiana, quais os critérios que são utilizados na tomada de decisão sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar?

O momento da alta hospitalar é, pela sua complexidade, considerado um momento crítico para as famílias que integram membros dependentes, onde existe um conjunto de fatores associados (clínicos, cognitivos, suporte, económicos, processos familiares, culturais) determinantes e levados em conta na tomada de decisão dos profissionais de saúde sobre o destino¹⁵ do doente dependente. No entanto, relativamente à referenciação para a RNCCI, existe um conjunto de critérios (motivos) formalmente explícitos no Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho, orientadores dessa mesma tomada de decisão.

Nesta fase do estudo, foi nosso propósito compreender, com maior detalhe, a operacionalização por parte dos profissionais de saúde, dos critérios de decisão sobre o destino do dependente após a alta hospitalar. Tendo nós presente, a existência de critérios de referenciação da RNCCI formalmente explícitos, o que significa que estes assumem grande relevância nesta tomada de decisão dos profissionais envolvidos.

2.1.1. Tipo de estudo.

Para este primeiro estudo, a nossa opção metodológica incidiu numa abordagem de perfil qualitativo, cuja finalidade, foi a compreensão do fenómeno sob o ponto de vista dos participantes, tendo em conta a sua experiência profissional. Assim, assente numa investigação exploratória e descritiva, este estudo,

¹⁵ No contexto deste estudo, o *destino* refere-se ao local para onde o doente é encaminhado após a alta hospitalar associada ao episódio de internamento do estudo. Este local pode ser: domicílio, lar, RNCCI, família de acolhimento ou outro hospital.

visa a exploração dos critérios envolvidos na decisão sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado, no momento da alta hospitalar.

2.1.2. Participantes.

Tendo presente o principal objetivo do estudo, tínhamos pela frente a tarefa de selecionar os participantes. Pela natureza da informação que pretendíamos, os critérios que estabelecemos para a seleção dos participantes estavam relacionados com o seu elevado grau de envolvimento no processo de referenciação e preparação da alta hospitalar, habitualmente, da responsabilidade da equipa multiprofissional. Por outro lado, face a este argumento, era nosso propósito, obtermos uma perspectiva multiprofissional da problemática. Este facto, levou-nos a acreditar num maior potencial de enriquecimento dos dados, pelos diferentes olhares sobre o mesmo fenómeno. No entanto, complementares. A preparação do regresso a casa deve ter uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional (Bull & Roberts, 2001; Closs & Tierney, 1993; Martins, 2002; Petronilho, 2007).

Face a este argumento, a nossa decisão foi no sentido de realizar entrevistas aos elementos da EGA de cada centro hospitalar/hospital envolvido na pesquisa, uma vez que, pela natureza das suas funções, eram informantes cruciais para a concretização dos objetivos nesta fase do estudo. Cada EGA era constituída por três elementos: um enfermeiro, uma assistente social e um médico. No entanto, para além destes elementos, entrevistámos um enfermeiro de cada unidade de cuidados envolvida no estudo. Demos prioridade aos enfermeiros que desempenhavam um papel fundamental no processo de referenciação e preparação da alta hospitalar dos dependentes e, assim, melhor posicionados para serem interlocutores privilegiados dos serviços de internamento com a EGA.

Neste sentido, estamos perante uma amostra teórica (Polit, Beck & Hungler, 2004) ou intencional (Lincoln & Guba, 1985; Patton, 1990; cit. por Streubert & Carpenter, 2002). *“Os indivíduos são selecionados para participar na investigação de acordo com a sua experiência, em primeira mão, da cultura, interação social ou fenómeno de interesse”* (Streubert & Carpenter, 2002, p. 25). Com este tipo de participantes, pretende-se um conjunto de dados densos e ricos acerca do fenómeno em estudo.

Tabela 2.1 – Caracterização dos participantes do Estudo I

Nº	Categoria profissional	Contexto da prática
P1	Médica	Equipa de Gestão de Altas
P2	Enfermeira especialista em médico-cirúrgica	Equipa de Gestão de Altas
P3	Enfermeira graduada	Serviço de internamento
P4	Enfermeira especialista em médico-cirúrgica	Serviço de internamento
P5	Enfermeira graduada	Serviço de internamento
P6	Enfermeira graduada	Serviço de internamento
P7	Enfermeiro especialista em reabilitação	Serviço de internamento
P8	Enfermeira chefe	Serviço de internamento
P9	Enfermeiro especialista em reabilitação	Equipa de Gestão de Altas
P10	Assistente social	Equipa de Gestão de Altas
P11	Enfermeira especialista em reabilitação	Serviço de internamento
P12	Enfermeira especialista em reabilitação	Serviço de internamento
P13	Enfermeira graduada	Equipa de Gestão de Altas
P14	Assistente social	Equipa de Gestão de Altas
P15	Enfermeira especialista em reabilitação	Serviço de internamento
P16	Assistente social	Equipa de Gestão de Altas
P17	Médica	Equipa de Gestão de Altas
P18	Enfermeira supervisora	Equipa de Gestão de Altas

A Tabela 2.1 apresenta os profissionais de saúde entrevistados relativamente à sua categoria profissional e contexto onde exerciam a sua prática clínica.

Verificamos que dos dezoito (18) profissionais entrevistados, 11,1% (2) são médicos; 16,7% (3) são assistentes sociais e, 72,2% (13) são enfermeiros. Destes, cinco (5) são especialistas em reabilitação; quatro (4) são graduados; dois (2) são especialistas em médico-cirúrgica e, por último, um (1) é chefe e o outro (1) é supervisor.

2.1.3.Contexto do estudo.

Face aos objetivos globais do estudo, teríamos de eleger contextos onde o número de casos de internamento de pessoas dependentes no autocuidado fosse significativo. Não era propósito do nosso estudo identificar indivíduos a partir de diagnósticos médicos específicos (doenças), uma vez que, posicionámo-nos numa perspectiva disciplinar (de enfermagem) em que o fenómeno da dependência no autocuidado representa um conceito central da disciplina. Daí, poder estar associado a processos de transição de saúde-doença, mas, também, poder estar associado às transições de desenvolvimento com particular enfoque no envelhecimento, onde a progressiva deterioração dos sistemas corporais é inevitável ao longo do tempo e, em particular, os sistemas neuro-músculo-esquelético. Face às novas tendências demográficas e ao aumento da esperança média de vida, a conjugação destas duas situações é, na verdade, aquela que mais ocorre.

Os contextos de cuidados de saúde, em particular os hospitais, relativamente à sua estrutura organizacional, são tradicionalmente *medicocêntricos*, onde os internamentos nas unidades de cuidados estão organizados em função da doença específica ou, se quisermos, por especialidades médicas (ex. ortopedia, pneumologia, neurologia) e do tipo de tratamento (médico ou cirúrgico). Os serviços de medicina, pela sua natureza, são contextos de cuidados que se caracterizam por uma grande prevalência de doentes com grande variedade de doenças agudas e crónicas incapacitantes e, assim, geradoras de dependência no autocuidado. Na maioria dos casos, pessoas idosas. Daí, termos selecionado para o desenvolvimento do nosso estudo, unidades de internamento de “medicina”. Como já justificámos, no sentido de obtermos uma amostra com um número significativo de casos, mas, também, para proporcionar um conhecimento do fenómeno tendo em conta uma zona geográfica mais ampla, optámos por incluir no estudo, contextos (hospitais) de proximidade com o nosso local de trabalho - Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Assim, foram identificados seis hospitais da região norte do país, pertencentes às sub-regiões do Cávado e Ave¹⁶. Dois (2) destes hospitais estão localizados na região do Cávado – hospitais de Barcelos e de Braga - e quatro (4) estão localizados na região do Ave – hospitais de Guimarães e Fafe (Centro Hospitalar do Alto Ave) e hospitais de Famalicão e Santo Tirso (Centro Hospitalar Médio Ave). Nestes seis hospitais, selecionámos para o estudo, a totalidade dos serviços de medicina existentes. A Tabela 2.2 mostra-nos, com maior detalhe, a distribuição dos hospitais/centros hospitalares e respetivos serviços de internamento englobados no estudo.

¹⁶ As sub-regiões do Cávado e Ave pertencem à *Unidade Territorial Estatística de Portugal de Nível II* (NUTS II), (INE, 2012).

Tabela 2.2 - Instituições de saúde e serviços de internamento do estudo

Instituição de saúde		Serviços de internamento	Sub-região
Hospital de Barcelos		Medicina piso 4 Medicina piso 5	Cávado (NUTS II)
Hospital de Braga		Medicina I Medicina II	
Centro Hospitalar Alto Ave	Unidade de Guimarães	Medicina piso 8 Medicina piso 9	Ave (NUTS II)
	Unidade Fafe	Medicina	
Centro Hospitalar Médio Ave	Unidade de Famalicão	Medicina homens Medicina mulheres	
	Unidade de Santo Tirso	Medicina	

2.1.4. Procedimento de recolha de dados.

Após decidirmos sobre os contextos onde iríamos desenvolver o estudo, iniciámos os contactos com as instituições de saúde. Numa primeira abordagem, contactámos com os enfermeiros responsáveis pelos serviços de internamento no sentido de explicar os objetivos globais da nossa investigação e perceber da sua abertura e disponibilidade para colaborar. Ultrapassada esta etapa e acordados os procedimentos em cada unidade de cuidados, solicitámos a sua colaboração para a identificação de um elemento da equipa de enfermagem por serviço de internamento, no sentido de colaborar como informante na recolha de dados. Como já referimos anteriormente, os critérios que estabelecemos para a seleção dos informantes, centraram-se no seu elevado grau de envolvimento no processo de referenciação e preparação da alta hospitalar. A participação no estudo assentou numa entrevista (com gravação áudio), a qual incluiu uma pergunta aberta para dar resposta aos objetivos desta fase da investigação. Do mesmo modo, em cada hospital/centro hospitalar, contactámos o gabinete da EGA, também com o propósito de indagar a disponibilidade dos seus elementos para participarem no estudo. Terminado este processo, no qual tivemos uma boa receptividade por parte dos responsáveis e dos restantes elementos contactados (enfermeiros dos serviços de internamento e elementos da EGA), providenciámos os pedidos de autorização formal aos Conselhos de Administração das instituições envolvidas. Assim, após a devida autorização (Anexo C), demos início ao desenvolvimento do estudo e, no concreto, à recolha de dados. As entrevistas aos profissionais de saúde do Estudo I decorreram entre maio e julho de 2009.

2.1.5. Técnica de recolha de dados.

Após obtermos a autorização para dar início ao estudo, contactamos os informantes-chave para a calendarização das entrevistas. Estas foram realizadas no seu contexto de trabalho. Utilizámos o método de entrevista não estruturada (Gerrish & Lacey, 2008; Polit et al., 2004) ou entrevista aberta (Streubert & Carpenter, 2002). As entrevistas não estruturadas, dentro dos diferentes tipos de entrevistas, são as mais profundas e, por sua vez, as menos controladas. Têm como finalidade, examinar com detalhe uma área de interesse ou fenómeno, são muito informais, tendem a apresentar uma natureza de conversação e são dirigidas, fundamentalmente, pela perspetiva e ponto de vista do participante (Gerrish & Lacey,

2008; Polit et al., 2004). Permite aos participantes explicarem a sua experiência vivida sobre o fenómeno em estudo (Streubert & Carpenter, 2002). Habitualmente, este método é utilizado quando o conhecimento prévio sobre o fenómeno em estudo é escasso. Sabíamos que os critérios (motivos) que estão na base da decisão dos profissionais de saúde sobre o processo de referenciação dos doentes dependentes no autocuidado para a RNCCI estão formalmente explícitos (Decreto-Lei 101/2006) e operacionalizados através de um conjunto de domínios – avaliação biopsicossocial - contidos no *Instrumento de Avaliação Integral (IAI)*¹⁷. Todavia, parece-nos ser útil e clinicamente relevante, uma melhor compreensão sobre este processo de tomada de decisão, com grande enfoque no processo diagnóstico dos diferentes profissionais intervenientes. De referir que não foi possível realizar as entrevistas planeadas a cinco elementos contactados, por dificuldades na sua marcação. Destes elementos, dois eram médicos, um era assistente social da EGA e dois eram enfermeiros dos serviços de internamento.

2.1.6. Análise dos dados.

As narrativas resultantes da pergunta aberta aos participantes no Estudo I foram analisadas através da análise de conteúdo, como técnica de tratamento de dados. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2009).

Após a colheita de dados procedeu-se à transcrição das entrevistas, constituindo o *corpus* documental atendendo à exaustividade, representatividade, homogeneidade e respetiva adequação. Seguiu-se a codificação dos dados, que se reporta ao processo de transformação e agregação dos dados brutos em unidades que permitem a descrição concisa das características relevantes do conteúdo. Dos dados recolhidos através das entrevistas realizadas emergiram as categorias, os respetivos temas (unidades de registo) e as unidades de contexto (Bardin, 2009).

2.2. ESTUDO II: DESTINO E PERFIL DOS DOENTES DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO FACE AOS CRITÉRIOS DE DECISÃO UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR

Neste subcapítulo, reportamo-nos à metodologia adotada no Estudo II. Assim, terminado o Estudo I, onde procedemos à identificação dos critérios de decisão sobre o destino dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar, evoluímos para o Estudo II, no sentido de conhecer o destino destes e explorar o seu perfil, em função desse mesmo destino e tendo em conta os critérios de decisão envolvidos. A amostra do Estudo II foi identificada a partir de doentes dependentes no autocuidado internados nas unidades de cuidados que participaram no estudo (Tabela 2.2). Para a concretização do trabalho, desenvolvemos um instrumento de avaliação que derivou do trabalho

¹⁷ Sistema de informação e documentação da condição de saúde e social utilizado na referenciação dos doentes para a REDE, constituindo uma ferramenta de suporte à tomada de decisão dos profissionais envolvidos.

desenvolvido no Estudo I – as categorias emergentes das entrevistas exploratórias aos profissionais de saúde - e com recurso à revisão da literatura. Designámos este instrumento de avaliação por: “Destino e perfil dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar”. Posteriormente, procedeu-se à sua aplicação no momento da alta hospitalar dos doentes dependentes, onde obtivemos a colaboração dos enfermeiros dos serviços de internamento que participaram no estudo. Relembramos os objetivos definidos para o Estudo II:

- Identificar os diferentes destinos dos doentes dependentes no autocuidado, no momento da alta hospitalar;
- Identificar o perfil dos doentes dependentes no autocuidado face aos critérios de decisão utilizados em função dos diferentes destinos, no momento da alta hospitalar.

2.2.1. Tipo de estudo.

O estudo que pretendemos realizar nesta fase, enquadra-se na investigação de perfil quantitativo e de carácter exploratório, dada a escassa literatura produzida sobre as dimensões que nos propomos estudar. Portanto, trata-se de aspetos de um fenómeno ainda pouco conhecido, os quais, queremos caracterizar com maior profundidade. Assim, com a aplicação de um instrumento de avaliação, pretende-se conhecer o destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar, bem como, explorar o seu perfil em função deste mesmo destino e critérios de decisão envolvidos.

2.2.2. População e amostra.

A população do Estudo II é constituída pelos doentes dependentes no autocuidado internados nas unidades de cuidados selecionadas para a investigação (Tabela 2.2). Assim, a amostra do Estudo II é constituída pelos doentes dependentes que foram identificados para participarem no estudo à medida que decorria o seu internamento nos serviços de internamento e verificados os critérios de inclusão, com critério temporal definido entre julho e dezembro de 2010. Assim, foram identificados pelos enfermeiros que colaboraram no estudo, em média, 30 casos por serviço de internamento. No total, a amostra é constituída por 273 casos – doentes dependentes no autocuidado e respetivos FC. Os critérios de inclusão estabelecidos para os participantes que integram a amostra do estudo foram os seguintes:

- Doentes dependentes em pelo menos um (1) domínio do autocuidado (ex. tomar banho; alimentar-se; transferir-se; tomar a medicação; outros);
- Doentes dependentes com idade igual ou superior a 18 anos;
- Doentes dependentes que, após consentimento livre e esclarecido, autorizassem a sua participação Ou, quando estes não reunissem as condições, o FC dava autorização/aceitava participar no estudo.

Trata-se, pois, de uma amostra não probabilística e de conveniência ou acidental (Fortin, 2009; Polit et al., 2004), uma vez que *“é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem aos critérios de inclusão precisos [...] permite escolher indivíduos que estão no local certo ou no momento certo. Constitui-se a amostra à medida que os indivíduos se apresentam até que o número desejado seja*

atingido” (Fortin, 2009, p. 321). O número estabelecido como desejado, por serviço de internamento, foi de trinta (30) casos.

2.2.3.Contexto do estudo.

O Estudo II foi realizado a partir da identificação dos doentes dependentes no autocuidado, que reuniam os critérios de inclusão e internados nos serviços das instituições de saúde já mencionadas: Centro Hospitalar do Alto Ave (Guimarães e Fafe), Centro Hospitalar Médio Ave (Vila Nova de Famalicão e Santo Tirso), Hospital de S. Marcos (Braga) e, por fim, Hospital de Santa Maria Maior (Barcelos), Tabela 2.2.

2.2.4.Procedimento de recolha de dados.

Como já mencionámos, após terminada a recolha de dados do Estudo I, procedemos à análise de conteúdo. A partir dos achados, evoluímos para a construção do instrumento de avaliação – “Destino e perfil dos dependentes, no momento da alta hospitalar” (Anexo E). Para a sua aplicação, no momento da alta hospitalar dos dependentes, contámos com a colaboração dos elementos da equipa de enfermagem dos serviços de internamento, identificados pelos seus líderes (enfermeiros chefes). Coincidiram, na sua maioria, com aqueles a quem realizámos as entrevistas do Estudo I. Estes elementos reuniam características comuns: enfermeiros com horário fixo, trabalhavam no turno da manhã de 2^a a 6^a feira, um número significativo de especialistas em enfermagem de reabilitação e, como já referimos anteriormente, com um elevado grau de envolvimento no processo de referência e preparação da alta hospitalar do doente dependente.

Após reunirmos com cada um destes enfermeiros que colaboram no processo de recolha de dados, com o propósito de explicarmos ou relembrarmos os objetivos do estudo, particularidades respeitantes ao próprio instrumento de avaliação que iriam aplicar, o seu preenchimento e procedimentos de natureza ética, deu-se início à recolha de dados. Esta decorreu entre julho e dezembro de 2010. Neste período, a nossa visita às unidades de cuidados para recolha dos formulários preenchidos foi realizada quinzenalmente, após prévio contacto telefónico com os enfermeiros chefes e/ou enfermeiros que colaboraram na sua aplicação.

2.2.4.1. Instrumento de avaliação: “Destino e perfil dos dependentes, no momento da alta hospitalar”.

Explicado o procedimento de recolha de dados para o Estudo II, importa descrever os itens que compõem o instrumento de avaliação utilizado nesta fase, o qual foi concebido por nós, com recurso aos achados das entrevistas exploratórias do Estudo I e da revisão da literatura que efetuámos, conforme já tivemos oportunidade de explicar. Denominámos este instrumento de avaliação por “Destino e perfil dos dependentes, no momento da alta hospitalar” (Anexo E). Trata-se, pois, na sua essência, de um

formulário constituído por seis (6) dimensões principais, as quais, englobam um conjunto de subcategorias/subescalas:

1. Destino do doente dependente após a alta hospitalar e intervenientes na decisão;
2. Condição de saúde do doente dependente;
3. Potencial do familiar cuidador para tomar conta;
4. Recursos familiares;
5. Recursos da comunidade e políticas de gestão dos serviços de internamento;
6. Fatores intrínsecos aos profissionais de saúde determinantes para o processo de referenciação do doente dependente no momento da alta hospitalar.

No Anexo F, descrevemos com maior detalhe, as dimensões que englobam o instrumento de avaliação. O Anexo G mostra-nos a operacionalização das variáveis que o integram.

2.2.4.2. Validade e fidelidade do instrumento de avaliação - “Destino e perfil dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar”.

Concebido a partir do trabalho empreendido com as entrevistas exploratórias do Estudo I, a aplicação do instrumento de avaliação nos hospitais, nesta fase do estudo, testou a sua sensibilidade, consistência e validade de conteúdo, na avaliação do perfil dos dependentes. A fidelidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados, quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável (Maroco & Garcia-Marques, 2006). O valor de fidelidade estimado pelo *Coeficiente Alfa de Cronbach* (α) é uma estimativa da fiabilidade dos dados obtidos com a aplicação de um instrumento de medida, que nos podem informar sobre a sua precisão. Quanto mais elevadas forem as covariâncias (ou correlações entre os itens) maior é a homogeneidade dos itens e maior é a consistência com que medem a mesma dimensão ou constructo teórico. Com base nos dados que recolhemos para o presente estudo, verificamos que a escala do autocuidado aplicada para avaliar o nível de dependência no autocuidado, no momento antes do internamento hospitalar (M-1) e no momento da alta (M0), revelou boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005), com valores de *Coeficiente Alfa de Cronbach* para estes dois momentos, respetivamente, [M-1 ($\alpha=0,996$) e M0 ($\alpha=0,979$).

O pré-teste do instrumento de avaliação decorreu em junho de 2010 e foi aplicado a dez doentes. Procedemos a ligeiras alterações no sentido de obter uma melhor clarificação de alguns itens de informação e introduzimos outros considerados importantes pelos enfermeiros que colaboraram na sua aplicação.

Assim, o Estudo II, partindo de uma amostra de 273 dependentes no autocuidado, identificados nos serviços de internamento que participaram no estudo (Tabela 2.2), permitiu-nos conhecer o seu destino no momento da alta hospitalar, bem como, explorar o seu perfil em função dos diferentes destinos, tendo em conta os critérios de decisão utilizados pelos profissionais de saúde.

2.3. ESTUDO III: EVOLUÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO E DO PROCESSO DE TOMAR CONTA DOS FAMILIARES CUIDADORES: ESTUDO LONGITUDINAL

Iniciado o Estudo II (julho de 2010) com a aplicação do instrumento de avaliação no momento da alta hospitalar, evoluiu-se para o Estudo III (início em agosto de 2010). Esta fase da nossa investigação, permitiu-nos acompanhar os 273 dependentes identificados no Estudo II, no momento da alta hospitalar. Este acompanhamento foi desenvolvido durante os primeiros três (3) meses após a alta hospitalar. Neste período, procedemos à sua avaliação em três (3) momentos:

1. Um mês após a alta hospitalar, que ao longo do relatório iremos designar por “M1”;
2. Dois meses após a alta hospitalar, que ao longo do relatório iremos designar por “M2”;
3. Três meses após a alta hospitalar, que ao longo do relatório iremos designar por “M3”.

Relembramos os objetivos que definimos para a sua concretização:

- Conhecer a evolução da condição de saúde dos doentes dependentes no autocuidado quanto:
 - i. Ao nível e tipo de dependência e
 - ii. Ao compromisso dos processos corporais.
- Conhecer a evolução do processo de tomar conta dos familiares cuidadores quanto:
 - i. À percepção de autoeficácia;
 - ii. Ao perfil de cuidados assegurados (grau de incentivo à autonomia dos familiares dependentes, intensidade de cuidados assegurados);
 - iii. Aos recursos utilizados e necessários;

2.3.1. Tipo de estudo.

Utilizando uma metodologia de perfil longitudinal¹⁸, foi desenvolvido um estudo descritivo e exploratório, a partir de uma população acessível de 273 dependentes no autocuidado, que corresponderam à amostra do Estudo II. Estes casos foram seguidos por um período de três meses e submetidos a três momentos de avaliação.

2.3.2. População e amostra.

A população do Estudo III é composta pela amostra do Estudo II, isto é, 273 doentes dependentes no autocuidado e respetivos familiares cuidadores (FC). No entanto, face ao dispositivo metodológico

¹⁸ Os estudos longitudinais examinam mudanças nos mesmos indivíduos durante um determinado período de tempo (Burns & Grove, 1997; Fortin, 2009).

adoptado com um desenho de perfil longitudinal, a população acessível ao longo dos três momentos de avaliação, sofreu alterações significativas, por dois motivos: i) por falecimento dos doentes dependentes (total=92) ao longo do tempo em que decorreu o Estudo III (3 meses), e ii) por impossibilidade de contacto com as famílias num dos momentos de avaliação (total=19). Assim, em M1 a população acessível é constituída por 203 doentes dependentes e respetivos FC, em M2 é constituída por 179 doentes dependentes e respetivos FC e, finalmente, em M3 é constituída por 162 doentes dependentes e respetivos FC. A Figura 2.2 mostra, com maior detalhe, a evolução da população acessível durante os três momentos de avaliação do Estudo III. Desta população acessível, nos três momentos de avaliação, a maioria permanece no domicílio. No subcapítulo seguinte, explicamos com maior detalhe o dispositivo metodológico adotado para a recolha de dados nos três momentos de avaliação, com particular enfoque na delimitação da amostra em cada um destes momentos.

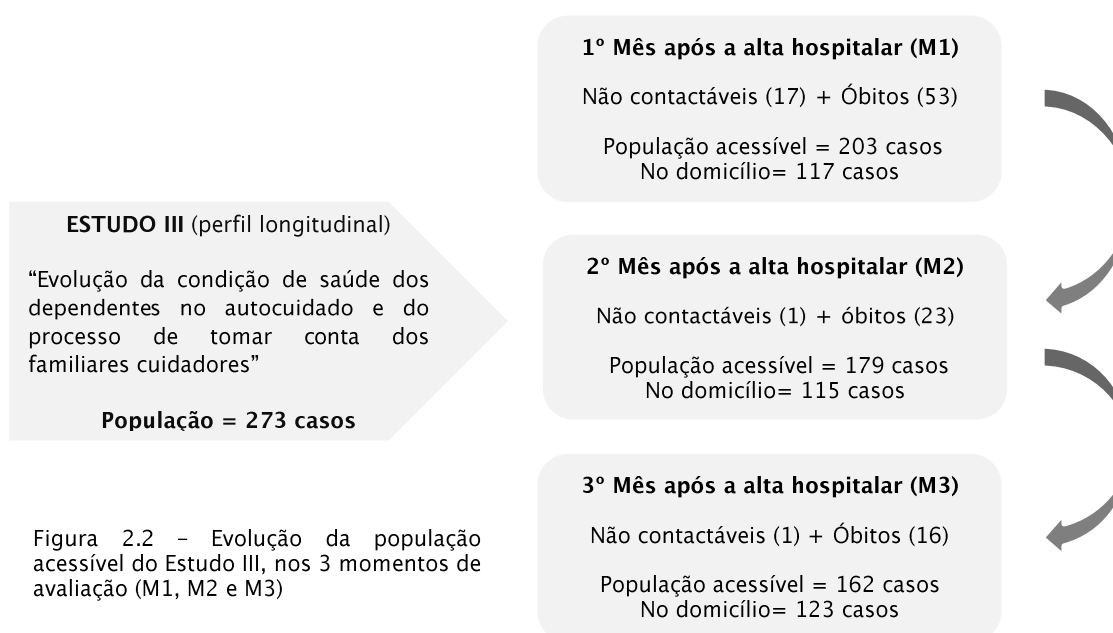


Figura 2.2 - Evolução da população acessível do Estudo III, nos 3 momentos de avaliação (M1, M2 e M3)

2.3.3.Contexto do estudo.

O Estudo III foi realizado em contexto comunitário, a partir dos “destinos” dos dependentes após a alta hospitalar: 1) Unidades da RNCCI, 2) domicílio, 3) lares, 4) famílias de acolhimento e, por último, 5) serviços de internamento, sempre que os doentes, no dia planeado para se proceder à avaliação, se encontravam reinternados.

2.3.4.Procedimento de recolha de dados.

Um mês após o início da recolha de dados com a aplicação do instrumento de avaliação nos serviços de internamento (Estudo II), iniciámos a recolha de dados (agosto 2010) para o primeiro momento de avaliação (M1), após a alta hospitalar. Para o efeito, utilizámos o instrumento de recolha de dados preconizado para esta etapa – “Famílias que integram dependentes no autocuidado” (Anexo I), o qual,

para a sua aplicação no presente estudo, procedemos ao pedido de autorização à Escola Superior de Enfermagem do Porto (Anexo H). Como explicámos atrás, o Estudo III caracterizou-se por uma metodologia de perfil longitudinal, uma vez que tinha por objetivo global, identificar a evolução dos casos num espaço temporal de três meses após a alta hospitalar. Neste período, os participantes foram sujeitos a três momentos de avaliação: 1) ao primeiro mês (M1), 2) ao segundo mês (M2) e, 3) ao terceiro mês (M3), sempre que possível.

Importa neste momento explicar, com maior detalhe, o dispositivo metodológico adotado para a recolha dos dados em contexto comunitário, relativamente aos três momentos de avaliação: Assim:

- A recolha de dados ao 1º e 2º momento de avaliação (M1 e M2) decorreu com recurso a entrevistas telefónicas realizadas entre o investigador e os familiares cuidadores (FC), após prévio contacto e agendamento da mesma;
- Em M1 e M2, a recolha de dados apenas foi efetuada aos **doentes que se encontravam em casa (domicílio)**. Caso estes não permanecessem no domicílio, portanto, encontravam-se institucionalizados (ex. unidades da RNCCI, famílias de acolhimento, lares, reinternados nos hospitais por agravamento da sua condição de saúde), apesar da entrevista telefónica ser realizada com os FC, recolhíamos dados relativamente a todos os campos - *Parte I* - do formulário e, apenas, os dados - *Parte II* - relativos aos campos de caracterização sociodemográfica do dependente e dados clínicos relativos a “número de internamentos no último mês” e ao “número de episódios de recurso ao serviço de urgência no último mês”. Significa, pois, que os dados da - *Parte II* - do formulário referentes à caracterização da dependência, dos processos corporais, do perfil do FC e dos recursos utilizados não eram recolhidos nestas circunstâncias específicas (em doentes que em M1 e M2 não estavam no domicílio);
- A recolha de dados no 3º momento de avaliação (M3), **sem exceção, foi realizada a todos os casos, independentemente, do seu destino no momento de avaliação**. A avaliação foi efetuada através de entrevistas presenciais, realizadas entre o investigador e os FC, após prévio contacto telefónico e agendamento da mesma. Caso os doentes, no dia da entrevista não se encontrassem no domicílio, deslocávamo-nos ao destino da sua permanência (unidades de internamento da RNCCI, famílias de acolhimento, lares, hospitais), também, após prévio pedido de autorização aos responsáveis das instituições onde se encontravam e procedíamos à recolha de dados. Importa, pois, referir que nestes casos específicos (doentes institucionalizados), relativamente à recolha de dados, apenas preenchíamos os itens do formulário referentes aos domínios da condição de saúde do doente: “nível de dependência no autocuidado” e “processos corporais”, uma vez que, nestes casos, sendo os cuidados prestados por *cuidadores formais*, não foi definido como objetivo do estudo a avaliação do seu exercício profissional;
- Na avaliação ao 3º mês (M3), efetuada por entrevista presencial do investigador, conforme já o referimos, caso o doente dependente estivesse institucionalizado, a entrevista era realizada com um dos seguintes elementos:
 - ⇒ O enfermeiro responsável pelo doente no turno - nas unidades de internamento da RNCCI ou nos hospitais (nesta última situação, quando ocorria o reinternamento do

doente dependente por episódio agudo de doença, agravando a sua condição de saúde);

⇒ A pessoa responsável por toma conta: i) nos lares, com os enfermeiros ou, na sua ausência, com os auxiliares, ii) nas famílias de acolhimento, com o elemento responsável que, habitualmente, coincidia com a pessoa que assumia a prestação de cuidados.

- Ainda relativamente ao 3º momento de avaliação (M3), uma nota que entendemos ser importante: a avaliação referente aos dados da condição de saúde do doente dependente (tipo e nível de dependência e processos corporais), fornecidos quer pelos FC (no domicílio), quer pelas famílias de acolhimento ou auxiliares dos lares, sempre que possível, era validada pelo investigador;
- Pela necessidade de manter o maior rigor possível no processo de recolha de dados, o espaço temporal definido para a realização das entrevistas nos três momentos de avaliação ocorreu entre os três dias anteriores e os três dias posteriores à data em que se completava um mês (30 dias) de intervalo entre os momentos de avaliação.

A recolha de dados do Estudo III, com aplicação do formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”, decorreu entre agosto de 2010 e março de 2011. A Figura 2.3 faz uma representação esquemática do procedimento de recolha de dados do Estudo III.

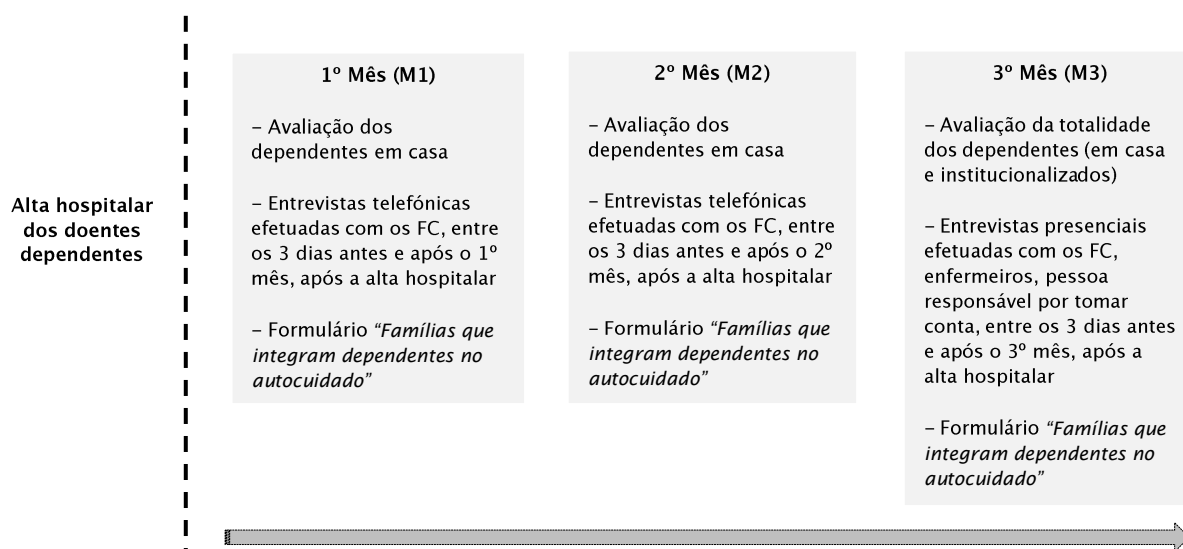


Figura 2.3 – Procedimento de recolha de dados do Estudo III

2.3.4.1. Formulário: “Famílias que integram dependentes no autocuidado”.

Passamos a explicar o formulário que temos vindo a referir e que foi utilizado na recolha de dados para o Estudo III, quer do ponto de vista da sua organização, quer das variáveis que o integram, denominado – “Famílias que integram dependentes no autocuidado”.

Importa referir e clarificar que este instrumento de recolha de dados foi concebido por uma equipa de investigadores da ESEP, fazendo parte de um projeto desenvolvido nesta escola com o objetivo de caracterizar o fenómeno da dependência no autocuidado. Antes de mais, este formulário, para além de

incluir outras dimensões de saúde, engloba duas escalas: tipo e nível de dependência no autocuidado e percepção de autoeficácia do familiar cuidador para as atividades de tomar conta. Assim, este instrumento, na sua estrutura global, contém duas partes distintas (Anexo I):

- 1) A 1ª parte, denominada “Famílias que integram dependentes no autocuidado (Parte I): Inquérito preliminar/caracterização”; no essencial, inclui um conjunto de variáveis de atributo que visam a caracterização sociodemográfica das famílias que integram membros dependentes. Exemplos destas variáveis são: tipo de família, rendimentos do agregado familiar, alojamento e caracterização dos familiares cuidadores;
- 2) A 2ª parte, denominada “Famílias que integram dependentes no autocuidado (Parte II)”; a sua parte inicial integra um conjunto de variáveis de atributo que visam a caracterização sociodemográfica do dependente (ex. idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, profissão, etc). Engloba, também, um conjunto de variáveis de investigação que têm como objetivo, proceder à caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado, onde estão incluídos onze (11) domínios do autocuidado, definidos com recurso à CIPE® Versão 1,0 (ICN, 2005). São exemplos: “tomar banho”, “alimentar-se”, “andar”, “tomar a medicação”. A cada um destes onze domínios do autocuidado, está associada a caracterização:
 - i) Do perfil de cuidados assegurados pelo FC; nomeadamente, para cada domínio do autocuidado, são avaliadas as atividades de incentivo à autonomia do familiar dependente; a intensidade com que o FC assegura os cuidados face à dependência do familiar; pessoa que decide sobre os cuidados necessários; local da prestação dos cuidados.
 - ii) Dos recursos, onde se explora os equipamentos/produtos de apoio necessários e utilizados face ao nível de dependência, para cada domínio do autocuidado;
 - iii) Da percepção de autoeficácia do FC para as atividades de tomar conta, para cada domínio do autocuidado;

Na sua parte final, o formulário engloba um conjunto de variáveis que permite explorar outros recursos necessários e utilizados para além dos mencionados anteriormente, como, por exemplo, serviços de apoio (profissionais e não profissionais), bem como, recursos financeiros.

Por último, permite a caracterização da condição de saúde do dependente quanto ao compromisso nos processos corporais (ex. sinais aparentes de desidratação, comprometimento da amplitude articular, presença de úlceras de pressão, comprometimento da limpeza das vias aéreas, estado mental).

Nos Anexo J e K, apresentamos, em detalhe, a operacionalização das principais variáveis que compõem o formulário do Estudo III (dimensões/componentes/indicadores), mencionadas anteriormente. No entanto, face ao número muito elevado de variáveis, aquelas que estão associadas ao autocuidado; condição de saúde do doente: processos corporais; percepção da autoeficácia do FC para tomar conta; perfil de cuidados prestados pelo FC para tomar conta, optámos por dar apenas alguns exemplos ilustrativos da sua operacionalização. Deve ficar claro que para as restantes dimensões dessas mesmas variáveis, o processo que levou à sua operacionalização é semelhante aos exemplos dados no Anexo K. Assim, damos como exemplo, para uma melhor compreensão, a variável dependência no autocuidado. Em Anexo K, ilustramos a operacionalização desta variável tomando como exemplo o domínio do

autocuidado “tomar banho”. Deste modo, para as restantes dez (10) dimensões da variável, o processo de operacionalização é semelhante.

2.3.4.2. Fidelidade das escalas do autocuidado e da perceção de autoeficácia utilizadas no formulário: “Famílias que integram dependentes no autocuidado”.

As escalas que integram o instrumento de recolha de dados aplicado no Estudo III, avaliam a dependência no autocuidado e a perceção de autoeficácia do familiar cuidador (PAE FC) para tomar conta. O valor do *Coefficiente Alfa de Cronbach* pode variar entre 0 e 1, sendo que, quanto mais perto de 1 melhor é a sua classificação, isto é, maior será a consistência interna do instrumento (Fortin, 2009; Polit et al. (2004). Ribeiro (2010) refere que uma boa consistência deve exceder um alfa de 0,80. Todavia, valores acima de 0,60 já são considerados satisfatórios.

Em relação à escala global de avaliação do tipo e nível de dependência no autocuidado, ficou demonstrada a sua boa consistência interna. Assim, no Estudo III, para o primeiro momento de avaliação (M1), o valor do *Coefficiente Alfa de Cronbach* apurado, da escala global, foi de ($\alpha=0,947$). Para o segundo momento de avaliação (M2), o valor foi de ($\alpha=0,934$). Por último, para o terceiro momento de avaliação (M3), registou-se um valor de ($\alpha=0,930$).

Relativamente à escala global da PAE FC, em função dos domínios do autocuidado, o valor do *Coefficiente Alfa de Cronbach* apurados em M1 foi de ($\alpha=0,861$); em M2 ($\alpha=0,894$) e, por último; em M3 ($\alpha=0,895$). Assim, registou-se para esta escala, igualmente, uma boa consistência interna.

Estamos perante instrumentos de medida que já foram testados e validados em vários estudos de investigação (Duque, 2009; Leão, 2012; Martins, 2010; Matias, 2011; Queirós, 2011; Silva, 2011) inseridos em projetos de maior amplitude e, como já o referimos, da responsabilidade de um grupo de investigadores da ESEP. Desde logo, estas subescalas demonstraram a facilidade da sua utilização, a sua utilidade clínica e, acima de tudo, a sua fidelidade. Requerem pouco tempo no seu preenchimento, sem necessidade de treino prévio dos enfermeiros e, o seu baixo custo, permite ser repetido periodicamente (monitorização longitudinal), apresentando-se como uma estratégia muito útil na avaliação da dependência no autocuidado da pessoa adulta e da perceção de autoeficácia do familiar cuidador. A utilização destas subescalas permitem conhecer a especificidade do tipo de dependência no autocuidado e do nível de autoperceção das competências do familiar cuidador para as atividades de tomar conta. Deste modo, torna-se mais viável a definição de objetivos e intervenções mais adequadas, a definição de critérios de alta com planeamento em termos temporais, a possibilidade e a antecipação de necessidades e de reajustes no contexto domiciliário e um suporte comunitário mais efetivo.

2.3.4.3. Notas de campo.

Durante as entrevistas (via telefone em M1 e M2 e presenciais em M3), fomos anotando relatos dos familiares cuidadores que considerámos importantes, tendo em vista uma melhor complementaridade na descrição e compreensão da análise e discussão dos resultados estatísticos, resultantes das respostas aos instrumentos de medida adotados para este estudo. Trata-se, pois, de dados qualitativos que se

reportam quase exclusivamente a expressões, sentimentos e opiniões dos FC, face à sua experiência de tomar conta e que fomos ilustrando ao longo da análise e discussão dos resultados. Embora fossem proferidos na sequência das questões objetivas contidas nos formulários, têm uma dimensão de experiência vivida que consideramos relevante face à problemática em estudo. As notas de campo “*podem ser descrições objetivas de eventos e conversas; as informações como o tempo, o lugar, a atividade e o diálogo são registadas de maneira tão completa quanto possível*” (Polit et al., 2004, p. 268).

2.3.5. Procedimentos de análise dos dados.

Após a recolha de dados com a aplicação do formulário do Estudo III - “Famílias que integram dependentes no autocuidado” - procedeu-se à sua leitura ótica com recurso ao aplicativo informático denominado *Teleform Reader*. Terminado este processo, os dados foram exportados para uma base de dados (*Microsoft Access®*).

Os dados recolhidos com a aplicação do formulário do Estudo II – “Destino e perfil dos dependentes, no momento da alta hospitalar” - foram introduzidos na mesma base de dados criada para os dados do formulário do Estudo III.

Após a junção dos dados referentes aos dois formulários, foi realizada uma verificação caso-a-caso com o objetivo de detetar possíveis erros e proceder às devidas correções. Finalmente, os dados foram novamente exportados o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18,0 onde se procedeu ao tratamento estatístico. Para a estatística descritiva foram usadas: frequências, medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (máximo, mínimo, desvio padrão).

Para a análise inferencial foram utilizados testes paramétricos, como, por exemplo, o *Teste t de Student* para avaliar diferenças de médias entre dois grupos de amostras independentes para a mesma variável intervalar; o *Coefficiente de Correlação de Pearson* que averigua a associação entre variáveis intervalares, bem como, a direção (positiva ou negativa) e a magnitude desta associação e, a *Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial* quando se pretendeu comparar três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável intervalar (Martins, 2011). Nos testes estatísticos foi considerado o valor 0,05 como nível de significância dos resultados ($p < 0,05$).

Recorreu-se também a testes não paramétricos como, por exemplo, o *Teste de Qui-Quadrado* para averiguar a existência de associação entre duas variáveis nominais ou uma variável nominal e uma ordinal.

2.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento do estudo foram acautelados os procedimentos éticos necessários com vista à proteção dos direitos e da dignidade dos participantes. Foi formalizado o pedido de autorização aos Conselhos de Administração das instituições de saúde envolvidas. Após deferido o pedido de autorização (Anexo C), reunimos com os elementos envolvidos (enfermeiros das unidades de cuidados e elementos das Equipas de Gestão das Altas) no sentido de lhes explicar os objetivos do estudo e a

natureza da sua participação. No seguimento, elaborámos um documento de Consentimento Informado para os doentes dependentes e familiares cuidadores (Anexo L), explicando, também, a natureza do estudo, a sua finalidade e os objetivos pretendidos, bem como, a natureza da sua participação. Foi reforçado o consentimento livre e esclarecido dos participantes no estudo e a possibilidade de desistirem em qualquer momento, caso o desejassem e sem qualquer prejuízo.

A participação no estudo, por parte dos doentes dependentes e familiares cuidadores, não resultou de qualquer tipo de incentivo ou hipotético prejuízo. No contacto com as famílias, sobretudo, no último momento de avaliação (M3), com a nossa presença no domicílio das famílias, orientou-nos sempre a possibilidade de encontrar casos de dependentes “mal cuidados”, o que nos “obrigava” a dar conhecimento à equipa de saúde da sua área de influência. Este tipo de situação, em nenhum caso se justificou. No entanto, no contacto com as famílias, nos momentos de avaliação (via telefone ou presencialmente), foi sempre nossa preocupação intervir, sempre que identificávamos necessidades de cuidados, para as quais, entendíamos ser capazes de dar resposta adequada que promovesse melhoria na capacitação para a saúde e bem-estar dos dependentes e familiares cuidadores.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Explicado o dispositivo metodológico adotado para este estudo, passaremos à apresentação e discussão dos resultados. Tendo em conta os objetivos propostos para esta investigação e para cada uma das suas fases (estudos), a apresentação dos resultados obedece à seguinte organização:

- Iniciamos por apresentar uma caracterização sociodemográfica dos doentes dependentes e familiares cuidadores (FC);
- Feita a caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo, passaremos a apresentar os achados do **Estudo I**, realizado em contexto hospitalar. Procedeu-se a entrevistas exploratórias com 18 participantes (profissionais de saúde) com o objetivo de identificar os critérios utilizados na decisão sobre o destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar;
- De seguida, passaremos à apresentação e discussão dos resultados do **Estudo II**, realizado também em contexto hospitalar. Foi aplicado um instrumento de avaliação a uma amostra de 273 dependentes. Este estudo teve como objetivos principais, identificar os destinos dos dependentes no momento da alta hospitalar e identificar o seu perfil face aos critérios de decisão utilizados em função dos diferentes destinos;
- Discutidos os resultados do Estudo II, apresentaremos os resultados do **Estudo III**, realizado em contexto comunitário. Este estudo foi concebido numa perspetiva longitudinal, a partir dos 273 casos identificados no Estudo II. Foi um estudo centrado em três momentos de avaliação, correspondendo ao primeiro (M1), segundo (M2) e terceiro mês (M3), após a alta hospitalar. A recolha de dados foi realizada com recurso à aplicação de um formulário para os três momentos de avaliação. Teve como objetivos principais, conhecer a evolução da condição de saúde dos dependentes (tipo e nível de dependência e o compromisso dos processos corporais), bem como, conhecer a evolução do processo de tomar conta dos familiares cuidadores (perceção de autoeficácia, perfil de cuidados assegurados e recursos utilizados);
- Por último, partimos para a apresentação e discussão de um conjunto de relações entre as principais variáveis do estudo, pertencentes quer ao Estudo II, quer ao Estudo III, uma vez que, se trata dos mesmos casos estudados. Foi possível, também, identificar e caracterizar um conjunto de *clusters*, a partir da evolução do nível de dependência dos doentes ao longo dos cinco (5) momentos de avaliação do estudo global: 1) M-1, antes do episódio de internamento; 2) M0, momento da alta hospitalar; 3) M1, um mês após a alta hospitalar; 4) M2, dois meses após a alta hospitalar; 5) M3, três meses após a alta hospitalar.

Feito este breve enquadramento sobre a forma como organizámos o capítulo referente à análise e discussão dos resultados, iniciamos por apresentar a caracterização das famílias clássicas¹⁹ que integram os membros dependentes do nosso estudo.

3.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS FAMÍLIAS QUE INTEGRAM MEMBROS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

Parece-nos importante explicar que os campos que permitem a caracterização sociodemográfica das famílias, englobando os dependentes e os familiares cuidadores, integram o formulário do Estudo III²⁰ (Anexo I). Deste modo, a recolha de dados relativamente a esta caracterização, somente foi realizada ao primeiro mês após a alta hospitalar (M1, primeiro momento de avaliação do Estudo III). Este dado torna-se relevante, na medida em que, explica a impossibilidade de se proceder à caracterização sociodemográfica para a totalidade dos 273 casos que compõem a amostra do Estudo II (a população do Estudo III). Verificámos que, ao 1º mês após a alta hospitalar (M1), já se confirmava um número significativo de óbitos (53 casos) e, nalgumas situações, confrontámo-nos com a impossibilidade de contactarmos com as famílias (17 casos). Todavia, em vários casos, por manifesta disponibilidade e vontade dos familiares, apesar de se encontrarem em processo de luto ainda muito recente, foi possível obter os dados sociodemográficos das famílias.

Dadas estas breves explicações que entendemos relevantes para a análise e interpretação dos resultados da caracterização sociodemográfica dos casos, passamos à apresentação dos mesmos. Iniciamos pelos resultados globais referentes ao tipo de família, rendimentos do agregado familiar e ao alojamento. A seguir, revelamos os resultados globais que se reportam à caracterização dos membros dependentes. Por último, a caracterização dos familiares cuidadores. Algumas variáveis utilizadas neste capítulo (ex. “família clássica”, “tipo de família clássica”, “alojamento”, “necessidade de reparações”, “acessibilidade a pessoa com mobilidade condicionada (PMC)”) são operacionalizadas com base nos conceitos definidos pelo INE (2010).

3.1.1. Tipo de família e rendimentos do agregado familiar.

Da análise da Tabela 3.1 verificamos que a grande maioria das famílias clássicas [91,9% (n=193)] são constituídas por um ou dois núcleos. Relativamente aos rendimentos mensais do agregado familiar, cerca de metade das famílias dispõe entre 501 a 1000€ [51,2% (n=108)]. Também significativo é a percentagem de famílias que auferem até 500€ [18,4% (n=39)]. No entanto, cerca de um terço das famílias avaliadas [30,3% (n=64)] dispõem de um rendimento mensal igual ou superior a 1000€.

¹⁹ Entende-se por **família clássica** “a pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de um alojamento, ou, o 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” (INE, 2010, p. 85).

²⁰ “Famílias que integram dependentes no autocuidado”.

Estes resultados, de certa forma, contrastam com os estudos de Martins (2010), Matias (2011), Silva (2011) e Queirós (2011)²¹. Verificou-se, nestes estudos, uma maior percentagem de famílias clássicas sem núcleos e uma menor percentagem com dois núcleos, comparativamente ao presente estudo.

Tabela 3.1- Caracterização das famílias clássicas: tipo e rendimentos

Tipo de família clássica e rendimentos do agregado familiar		Nº	%	N
Tipo de família	Clássica sem núcleos	15	7,1	210
	Clássica com um núcleo	97	46,2	
	Clássica com dois núcleos	96	45,7	
	Clássica com três núcleos	2	1,0	
Rendimentos agregado familiar	Até 250 euros	2	0,9	211
	De 251 a 500 euros	37	17,5	
	De 501 a 1000 euros	108	51,2	
	De 1000 a 2000 euros	58	27,5	
	De 2001 a 5000 euros	6	2,8	
	Mais de 5000 euros	0	0,0	

Pensamos que estas diferenças se devem ao facto destes estudos terem sido realizados em contexto urbano. Ao invés, o nosso estudo foi realizado, predominantemente, em meio rural, onde as famílias, por tradição, são mais numerosas e, em paralelo, os idosos vivem em maior número juntos com os restantes familiares (filhos e netos), partilhando o mesmo alojamento.

3.1.2. Alojamento.

A Tabela 3.2 mostra-nos que, a grande maioria das famílias clássicas do estudo, vivem em moradias [87,6% (n=183)]. Relativamente à necessidade de reparações dos alojamentos, a maioria necessita de pequenas obras ou mesmo nenhuma [80,1% (n=157)]. Cerca de um quarto dos alojamentos²² das famílias da amostra [23,8% (n=36)] não tem acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada. Em média, os alojamentos destas famílias têm 6,5 divisões (n=204) e 3,5 (n=210) ocupantes.

Quase a totalidade dos alojamentos estão equipados com retrete (99,5%), possuem água canalizada e instalação de banho ou duche (99%). No entanto, apenas cerca de um terço (n=68) das habitações dispõe de aquecimento.

Mais uma vez, estamos perante resultados significativamente diferentes dos estudos de Martins (2010), Matias (2011), Silva (2011) e Queirós (2011). Essas diferenças são, fundamentalmente, no tipo de alojamento, com as famílias dos referidos estudos a habitarem, maioritariamente, em apartamentos; na acessibilidade para pessoa com mobilidade condicionada (maior no presente estudo); no número de ocupantes do alojamento, em que a média do nosso estudo é superior. Por fim, a existência de aquecimento nas habitações (em menor percentagem no nosso estudo). As razões destas diferenças,

²¹ Os estudos Martins (2010), Matias (2011), Silva (2011) e Queirós (2011) utilizaram escalas de avaliação que integram o mesmo formulário de avaliação do Estudo III da presente investigação. Foram estudos incorporados em projetos mais alargados que, partindo de uma base populacional, tiveram como objetivo, caracterizar o fenómeno da dependência no autocuidado, do perfil dos FC e dos recursos mobilizados, nos concelhos de Lisboa e do Porto.

²² Entende-se por **alojamento** (INE, 2010) “o local distinto e independente que, pelo modo como foi construído, reconstruído, ampliado, transformado ou está a ser utilizado, se destina a habitação com a condição de não estar a ser utilizado totalmente para outros fins no momento de referência: por **distinto** entende-se que é cercado por paredes de tipo clássico ou de outro tipo, é coberto e permite que uma pessoa ou grupo de pessoas possa dormir, preparar refeições ou abrigar-se das intempéries separado de outros membros da coletividade; por **independente** entende-se que os seus ocupantes não têm que atravessar outros alojamentos para entrar ou sair do alojamento onde habitam” (p. 58).

pensamos nós e mais uma vez, estão associadas ao facto das famílias do presente estudo viverem, maioritariamente, em contexto rural.

Tabela 3.2 – Caracterização das famílias clássicas: alojamento

Alojamento		Nº	%	N
Edifício de alojamento familiar	Clássico: moradia	183	87,6	209
	Clássico: apartamento	23	11,0	
	Clássico: outro tipo	1	0,5	
	Não clássico (barraca, móvel, improvisado)	2	1,0	
Necessidade de reparações	Muito grandes	19	9,7	196
	Grandes	3	1,5	
	Médias	17	8,7	
	Pequenas	83	42,3	
	Nenhumas	74	37,8	
Acessibilidade a PMC	Sim	115	76,2	151
	Não	36	23,8	
N.º divisões	Média	6,5	-	204
	Máximo	14		
	Mínimo	1		
	Desvio padrão	1,7		
N.º ocupantes	Média	3,5	-	210
	Máximo	7		
	Mínimo	1		
	Desvio padrão	1,6		
Alojamento equipado	Com retrete	210	99,5	211
	Com água canalizada	209	99,0	
	Com instalação de banho ou duche	209	99,0	
	Com aquecimento	68	32,2	

3.1.3. Caracterização sociodemográfica dos dependentes no autocuidado.

A Tabela 3.3 revela-nos dados relativos à caracterização sociodemográfica dos doentes dependentes que fazem parte da amostra do estudo. Da sua análise, verifica-se que a maioria dos doentes dependentes é do sexo feminino [54,5% (n=108)], casados [50,8% (n=108)], embora com um número significativo de viúvos [43,6,5% (n=85)]. Têm, em média, 77,3 anos (n=199), são na totalidade de nacionalidade portuguesa e a maioria é analfabeta [54,6% (n=107)] ou possui apenas o 1º ciclo [38,3% (n=75)]. Relativamente à profissão, um número muito significativo é pensionista/reformado [86,8% (n=165)], tal como era expectável, face à faixa etária dos dependentes.

A causa que originou a dependência, na maioria dos casos, foi a doença aguda [52,5% (n=106)], apesar de ter sido identificado um número significativo de doentes em que o motivo foi a doença crónica [30,7% (n=62)]. Na maioria dos casos [58% (n=116)], a instalação da dependência ocorreu de forma súbita, o tempo de dependência é, em média, de 3,7 anos, com cerca de um terço da amostra dependente há menos de 1 ano (30,8%), à data da recolha de dados. No global, estes resultados são muito concordantes com os estudos de Bowles (2000); Coleman et al. (2004); Grimmer et al. (2000); McBride et al. (2004); Lage (2007); Lin (2005); Louro (2009); Mistiaen, Duijnhouwer, Bont e Veeger (1997); Naylor e Mccauley (1999); Petronilho (2007); Shyu (2000a, 2000b) e Shyu et al. (2008).

No entanto, se compararmos com os resultados dos estudos que temos vindo a referir (Martins, 2010; Matias, 2011; Queirós, 2011; Silva, 2011), verificamos que, em relação a estas variáveis relacionadas com caracterização sociodemográfica dos dependentes, há diferenças que nos parecem relevantes. Assim, nestes estudos, o nível de escolaridade é superior ao da nossa investigação, assim como, o

modo de instalação da dependência é, maioritariamente, de forma gradual. Em paralelo, o tempo de dependência em anos é quase o dobro.

Tabela 3.3 – Caracterização sociodemográfica dos dependentes

Caraterização sociodemográfica dos dependentes		Nº	%	N
Sexo	Masculino	90	45,5	198
	Feminino	108	54,5	
Estado civil	Casado/união de facto	99	50,8	195
	Solteiro	10	5,1	
	Viúvo	85	43,6	
	Divorciado	1	0,5	
Idade	Média	77,3	-	199
	Máximo	99		
	Mínimo	21		
	Desvio padrão	13,29		
Nacionalidade	Portuguesa	207	100,0	207
	Não portuguesa	0	0,0	
Nível escolaridade	Nenhum	107	54,6	196
	Ensino básico – 1.º ciclo (4 anos)	75	38,3	
	Ensino básico – 2.º ciclo (6 anos)	6	3,1	
	Ensino básico – 3.º ciclo (9 anos)	5	2,6	
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	3	1,5	
	Ensino superior	0	0,0	
Profissão	Pessoal dos serviços e vendedores	1	0,5	190
	Operários, artifices e trabalhadores similares	2	1,1	
	Trabalhadores não qualificados	3	1,6	
	Doméstico	13	6,8	
	Desempregado	5	2,6	
	Pensionista / Reformado	165	86,8	
	Outra	1	0,5	
Situação que originou a dependência	Envelhecimento	23	11,3	202
	Acidente	11	5,5	
	Doença aguda	106	52,5	
	Doença crónica	62	30,7	
Modo de Instalação da dependência	Súbita	116	58,0	200
	Gradual	84	42,0	
Tempo de dependência (anos)	Média	3,7	-	182
	Máximo	42		
	Mínimo	0		
	Desvio padrão	6,2		
Tempo de dependência	Há menos de 1 ano	56	30,8	182
	Há mais de 1 ano	126	69,2	

3.1.4. Caraterização sociodemográfica dos familiares cuidadores.

Na Tabela 3.4 apresentamos a caraterização sociodemográfica dos familiares cuidadores: principal (FC1) e secundário (FC2). No global, foi identificado um menor número de FC2 (cerca de metade em relação aos FC1).

Ao analisarmos os dados, a grande maioria dos FC, é do sexo feminino. Uma percentagem muito significativa é casada. A idade média ronda os 50,5 - 55,5 anos. Uma parte muito significativa é cônjuge ou filha(o) dos familiares dependentes.

Relativamente à condição de coabitação dos FC com o dependente, a maioria coabita. Em relação ao nível de escolaridade, a maior percentagem de FC tem o 1º ciclo. Por último, relativamente à ocupação

laboral (profissão) dos FC, uma grande percentagem é doméstica ou reformada, apesar de se verificar nos FC1 uma percentagem relevante de desempregados [14,2% (n=30)].

Tabela 3.4 – Caracterização sociodemográfica dos FC (FC1: principal; FC2: secundário)

Caraterização sociodemográfica dos familiares cuidadores (FC)		FC1 (principal)			FC2 (secundário)		
		Nº	%	N	Nº	%	N
Sexo	Masculino	27	12,7	213	24	23,5	102
	Feminino	186	87,3		78	76,5	
Estado civil	Casado/união de facto	180	87,0	207	82	82,8	99
	Solteiro	21	10,2		15	15,2	
	Viúvo	3	1,4		1	1,0	
	Divorciado	3	1,4		1	1,0	
Idade	Média	55,5	-	212	50,5	-	100
	Máximo	83			84		
	Mínimo	27			18		
	Desvio padrão	11,40			16,4		
Parentesco com Familiar dependente	Marido / Esposa	59	27,8	212	19	18,6	102
	Pai/Mãe	3	1,4		-	-	
	Filho/Filha	105	49,5		47	46,1	
	Irmão/Irmã	4	1,9		1	1,0	
	Afinidade (nora; padasto; cunhado)	17	8,0		15	14,7	
	Sem grau de parentesco	7	3,3		6	5,9	
	Outra (sobrinha, neta)	17	8,8		14	13,7	
Coabita com dependente	Sim	164	78,1	210	53	53,0	100
	Não	46	21,9		47	47,0	
Perfil	Prestador de cuidados	173	84,0	206	-	-	-
	Parente dependente institucionalizado	15	7,3		-	-	
	Prestador de cuidados e parente dependente institucionalizado	18	8,7		-	-	
Nacionalidade	Portuguesa	203	99,5	204	100	100,0	100
	Não portuguesa	1	0,5		0	0,0	
Nível escolaridade	Nenhum	13	6,1	213	10	10,0	100
	Ensino básico – 1.º ciclo (4 anos)	113	53,1		39	39,0	
	Ensino básico – 2.º ciclo (6 anos)	36	16,9		17	17,0	
	Ensino básico – 3.º ciclo (9 anos)	31	14,6		13	13,0	
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	15	7,0		17	17,0	
	Ensino superior	5	2,3		4	4,0	
Profissão	Membros das forças armadas	1	0,5	212	-	-	99
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	2	0,9		-	-	
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2	0,9		3	3,0	
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	0,5		1	1,0	
	Pessoal administrativo e similares	6	2,8		9	9,1	
	Pessoal dos serviços e vendedores	5	2,4		6	6,1	
	Operários, artifices e trabalhadores similares	12	5,7		7	7,1	
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	0,5		1	1,0	
	Trabalhadores não qualificados	25	11,8		16	16,2	
	Doméstico	78	36,8		20	20,2	
	Desempregado	30	14,2		7	7,1	
	Pensionista / Reformado	48	22,6		24	24,2	
	Estudante	1	0,5		5	5,1	

Estes resultados de caraterização sociodemográfica dos familiares cuidadores também são muito semelhantes a outros estudos (Brito, 2002; Chumblor et. al., 2004; Cruz, Pimenta, Kurita, & Oliveira, 2004; Grimmer et al., 2000; De La Cuesta, 2004; Driscoll, 2000; Lage, 2005, 2007; Lin & Lu 2005; Louro, 2009; Martins, Ribeiro & Garret, 2004; Petronilho, 2007; Rodríguez, Álvarez & Cortés, 2001; Rotondi et al., 2007; Santos, 2004; Shyu, 2000a, 2000b; Shyu et al., 2008; Sit et al., 2004; Stajduhar & Davies, 2005).

3.1.5.O(s) destino(s) dos doentes dependentes.

A análise da Tabela 3.5 mostra-nos o(s) destino(s) dos 273 doentes dependentes que compõem a amostra do Estudo II (M0, momento da alta hospitalar) e a população acessível ao longo do Estudo III (ao 1º, 2º e 3º mês após a alta hospitalar). Numa 1ª análise, verificamos que o número de casos desde o momento da alta hospitalar (M0) até ao 3º mês após a alta hospitalar (M3) sofre uma redução significativa. Passamos de 273 para 162 casos, representando uma diminuição de cerca de [40, 7% (n=111)]. Esta redução deve-se ao número significativo de óbitos [33,7% (n=92)] e pela impossibilidade de contacto com as famílias [7% (n=19)] ao longo dos três meses. Em relação ao destino dos doentes no momento da alta hospitalar (M0), observamos que a maioria regressa a casa [58,6% (n=160)] e 28,2% (n=77) são referenciados para a RNCCI. Uma parcela menos significativa tem como destino, os lares e as famílias de acolhimento [13,2% (n=36)].

Três meses após a alta hospitalar (M3), o número de doentes que permanece na REDE é muito reduzido [6,8% (n=11)], o que é justificado quer pela ausência de doentes internados nas UC e UCP, quer pelo número reduzido de doentes internados nas UMDR e ULDM. Enquanto nas UC e UMDR o baixo número de doentes ao terceiro mês (M3) é justificado pelos critérios de permanência nestas tipologias, onde o internamento, em regra, não se prolonga para além de, respetivamente, um mês e três meses, já nas ULDM o baixo número de doentes internados no mesmo período está relacionado com o número significativo de óbitos verificados ao longo dos três meses após a alta hospitalar, visto tratar-se de doentes com uma condição de saúde muito vulnerável e instável.

Ao fim do 1º mês após a alta hospitalar, verifica-se uma redução significativa do número de doentes que se encontram no domicílio (n=117) comparando com aqueles que foram referenciados para casa no momento da alta hospitalar (n=160). Este facto justifica-se pelo número elevado de óbitos (n=53) durante o 1º mês após a alta hospitalar. No entanto, ao longo dos momentos de avaliação após a alta hospitalar (M1, M2 e M3) há uma relativa “estabilização” do número de casos que permanecem em casa. Deve-se ao *equilíbrio* entre o número de doentes que são novamente institucionalizados após algum período de permanência no domicílio (a maioria readmitidos no hospital por agravamento da sua condição de saúde), dos que regressam a casa após um período de institucionalização (sobretudo vindos da RNCCI e do reinternamento hospitalar) e, por último, do número de óbitos registados no domicílio.

O número de doentes que se mantem nos lares, após a alta hospitalar, é constante nos três momentos de avaliação (n=18), apesar de se registar uma diminuição significativa entre M0 e M1. Na alta hospitalar (M0), dez (10) doentes (3,7%) são referenciados para as famílias de acolhimento, verificando-se uma diminuição progressiva até ao último momento de avaliação (n=5). Esta redução justifica-se pelo número de óbitos verificados ao longo dos três meses após a alta hospitalar.

Tabela 3.5 – Distribuição dos doentes dependentes pelo destino: momento da alta hospitalar; 1º mês, 2º meses e 3º meses após a alta hospitalar

Destino	Estudo II		Estudo III					
	Momento da alta hospitalar (M0)		1 Mês após a alta hospitalar (M1)		2 Meses após a alta hospitalar (M2)		3 Meses após a alta hospitalar (M3)	
	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Unidade convalescença	8,8	24	4,4	9	1,1	2	0,0	0
Unidade média duração e reabilitação	8,4	23	9,9	20	10,1	18	1,2	2
Unidade longa duração e manutenção	9,5	26	6,9	14	6,1	11	5,6	9
Unidade cuidados paliativos	1,5	4	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Domicílio	58,6	160	57,7	117	64,2	115	75,9	123
Lares	9,5	26	8,8	18	10,1	18	11,1	18
Famílias de acolhimento	3,7	10	3,9	8	3,4	6	3,1	5
Reinternado	-	-	8,4	17	5,0	9	3,1	5
Totais	100,0	273	100,0	203	100,0	179	100,0	162
Óbitos (nº)			53		23		16	
Não contactáveis (nº)			17		1		1	

A maior percentagem de doentes reinternados verifica-se ao 1º mês após a alta hospitalar [M1; 8,4% (n=17)], com uma diminuição progressiva das readmissões hospitalares nos restantes momentos de avaliação. Entendemos importante referir que, nesta percentagem de readmissões hospitalares, não estão contabilizados os doentes que foram reinternados e que vieram a falecer entre os momentos de avaliação. Trata-se, apenas, dos casos que permaneceram “vivos” no dia em que se efetuou a avaliação. Shyu (2000b) refere que a transição do hospital para casa é o período mais instável quanto ao assumir do papel de cuidador por parte dos familiares. Assim, é neste período que haverá maior probabilidade de ocorrer complicações na saúde do dependente. (Shyu, 2000b) caracteriza esta fase de negociação e adaptação ao novo papel, denominada por *role negotiating*. É caracterizada pela procura de informação por parte dos familiares cuidadores mais direcionada para o desenvolvimento de competências na execução dos cuidados necessários, na gestão de sinais e sintomas da doença e no lidar com as emoções do dependente. Ainda segundo a autora, com o passar do tempo, segue-se então, um período marcado por maior estabilidade na assunção do papel por parte dos familiares cuidadores.

A Figura 3.1 explica, com detalhe, a evolução da população acessível e da amostra, ao longo dos três momentos de avaliação do Estudo III. Assim, partindo de uma população de 273 casos com alta hospitalar (correspondendo à amostra do Estudo II), a população acessível em M1 é de 203 casos, dos quais, 117 são incluídos na amostra, uma vez que, face ao dispositivo metodológico adotado e que já explicámos anteriormente, apenas são avaliados neste momento, os casos em que os doentes se

encontram no domicílio. Neste sentido, o diferencial de doentes entre a população acessível e a amostra (86 casos) corresponde aqueles que estavam institucionalizados (RNCCI, lares, famílias de acolhimento e reinternados no hospital, no momento de avaliação. Portanto, embora tenham sido “localizados” não foram alvo de avaliação.

Dois meses após a alta hospitalar (M2), a metodologia adotada foi idêntica aquela que foi aplicada um mês após a alta hospitalar (M1). De uma população acessível de 179 casos, foram avaliados 115 (amostra em M2), correspondendo ao número de dependentes que se encontravam em casa, no momento da avaliação. Significa que, desta população acessível, 64 doentes encontravam-se institucionalizados nas diferentes tipologias da REDE, nos lares, nas famílias de acolhimento e, nalguns casos, reinternados no hospital por agravamento da sua condição de saúde.

Três meses após a alta hospitalar (M3), ao contrário do método utilizado quer em M1 quer em M2, a totalidade dos casos da população acessível foi avaliada, correspondendo este valor à amostra de M3 (n=162). Portanto, para além dos doentes que se encontravam no domicílio à data da avaliação (n=105), também foram avaliados todos aqueles que estavam institucionalizados (n=57).

População do Estudo III
 - 273 casos com alta hospitalar (amostra do Estudo II) -

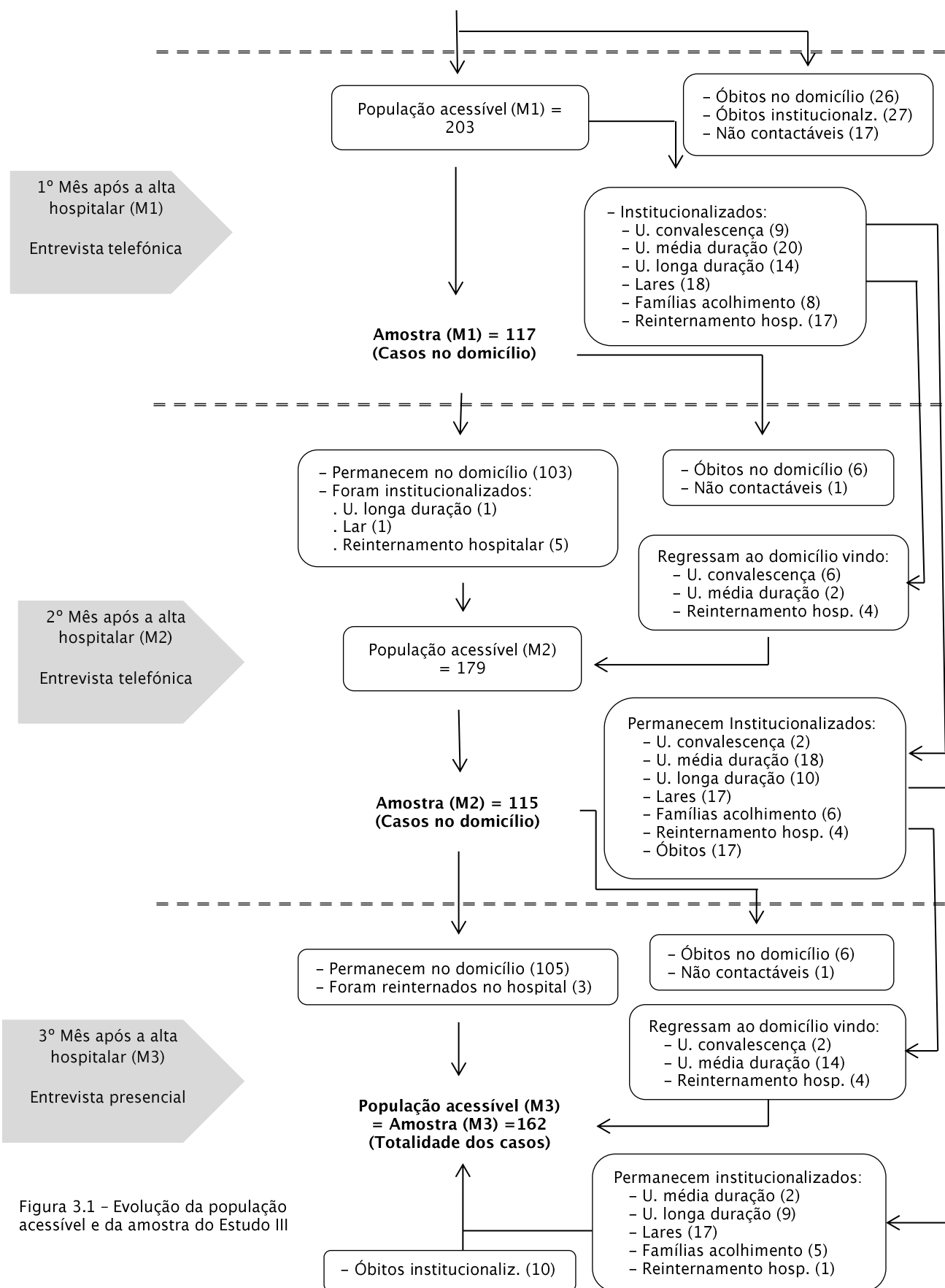


Figura 3.1 - Evolução da população acessível e da amostra do Estudo III

3.2. ESTUDO I - CRITÉRIOS DE DECISÃO SOBRE O DESTINO DOS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR: DO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A presente pesquisa iniciou-se pelo **Estudo I**. Interessou-nos, antes de mais, identificar os critérios que iluminaram a decisão acerca do destino dos doentes dependentes, após a alta hospitalar. Procedemos a entrevistas exploratórias com os profissionais de saúde do(s) hospital(s) envolvidos naquela decisão. A partir do discurso destes profissionais, foi possível identificar as categorias centrais dos critérios utilizados. Assim, podemos dizer que a decisão sobre o destino dos doentes dependentes, na alta hospitalar, assenta em critérios focados no próprio dependente, no seu familiar cuidador e no contexto da família. Para além disso, foi possível perceber que os recursos da comunidade de origem do dependente também jogam um papel crucial na decisão. Em paralelo, existem alguns aspetos relativos ao próprio processo de organização e gestão dos serviços que influenciam a decisão sobre o destino dos dependentes (Tabela 3.6).

Tabela 3.6 – Critérios de decisão sobre o destino do dependente no autocuidado no momento da alta hospitalar

Categorias	Temas
Aspetos centrados no doente dependente	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial de reconstrução de autonomia - Dependência inaugural - Intensidade da dependência no autocuidado - Complexidade do regime terapêutico - Compromisso dos processos corporais
Aspetos centrados na família	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da família no processo de tomar conta - "Viver só" - Capacidades do FC para tomar conta em casa do dependente - Continuidade do processo de desenvolvimento das capacidades do FC - <i>Stress</i> do FC - Processos familiares - Recursos económicos da família - Atitude e participação doente/família - Condições habitacionais
Aspetos centrados na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços de cuidados ao domicílio disponíveis - Suporte da rede social disponível
Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Acessibilidade aos recursos de saúde - Políticas de gestão de altas - Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar - Atitude dos profissionais de saúde no processo de referência do doente dependente para a RNCCI

3.2.1. Categoria: Aspetos centrados no doente dependente.

Os "Aspetos centrados no doente dependente" é a categoria apontada pelos profissionais de saúde como o principal critério de decisão sobre o destino após a alta hospitalar (Tabela 3.7). Associado à condição de saúde do doente, o *potencial de reconstrução de autonomia* emerge como uma dimensão importante. A *dependência inaugural* aparece, também, como tema muito presente nos discursos. A *intensidade da dependência no autocuidado* e, no concreto, o tipo e o nível de dependência é, também,

referido como critério importante na decisão. Portanto, estamos perante critérios que, como sabemos, estão na base da criação da RNCCI (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). No essencial, este recurso de saúde tem como objetivo central, a melhoria das respostas às famílias que integram membros em situação de dependência. Assim, no processo de referenciação, ficou bem patente nos discursos dos entrevistados a importância da avaliação da dependência no autocuidado e, neste contexto, a avaliação do potencial de reconstrução da autonomia, como aspeto decisivo sobre o destino do dependente após a alta hospitalar.

Os profissionais de saúde valorizam como motivo de referenciação a necessidade dos doentes e FC desenvolverem competências face à *complexidade do regime terapêutico* prescrito. São apontados nos relatos, como exemplos desta necessidade no ajuste do regime terapêutico, a aprendizagem sobre alimentação adequada, monitorização e administração de insulina e a gestão de sinais e sintomas associado ao diagnóstico da diabetes. As alterações significativas no regime terapêutico geram a necessidade dos dependentes e familiares integrarem as competências adequadas para lidarem com a nova situação. Orem (2001), refere que um dos “requisitos do autocuidado no desvio de saúde” é a capacidade dos indivíduos realizarem as prescrições terapêuticas e de reabilitação recomendadas face ao aparecimento da doença. Este aspeto torna-se, ainda, mais relevante, quando as famílias não tiveram a possibilidade de antecipar a mestria necessária, sobretudo, quando estas mudanças estão associadas a transições súbitas de saúde-doença (Meleis, 2010).

O *compromisso dos processos corporais*, caracterizado por elevado risco de complicações ou mesmo a presença de lesões ao nível dos sistemas corporais, como consequência do quadro de dependência, surge, também, como critério de decisão na referenciação. Trata-se, no essencial, do risco/presença de: úlceras de pressão, rigidez articular, desidratação/desnutrição, compromisso respiratório, dor, presença de ostomias de ventilação. O *prognóstico da doença atual*, embora menos frequente nas narrativas, também aparece como critério de decisão. Deste modo, face à maior ou menor gravidade da(s) doença(s) do dependente e a previsão dos profissionais de saúde sobre a sua evolução, parece ter alguma influência na decisão sobre o destino.

No *Relatório Intercalar de Monitorização da REDE* (RIMR), referente ao 1º semestre de 2011, são apresentados os *motivos* de referenciação dos doentes admitidos na RNCCI, para as diferentes tipologias (ECCI, UC, UCP, ULDM, UMDR), incluindo, também, informação acerca dos dados globais a nível nacional. Da sua análise, verificamos que, a nível nacional, a “*dependência nas AVD*” (67%), o “*ensino ao utente/cuidador informal*” (64%), são, também, os critérios apontados com maior “peso” para a referenciação, o que está de acordo com os achados do presente estudo.

Os dados publicados no RIMR referentes aos motivos de referenciação associados à necessidade de cuidados de “*reabilitação*” (44%), “*cuidados pós-cirúrgicos*” (16%), “*tratamento de feridas/úlceras de pressão*” (12%), “*úlceras de pressão múltiplas*” (5%), “*gestão do regime terapêutico*” (9%), “*deterioração cognitiva*” (2%), “*DPOC*” (2%) e “*desnutrição*” (1%), os quais, no presente estudo, podemos estabelecer correspondência com as dimensões incluídas nos temas *complexidade do regime terapêutico* e *compromisso dos processos corporais*. Constituem, também, uma parcela significativa dos critérios de referenciação, embora em menor percentagem.

Tabela 3.7 – Categoria: Aspectos centrados no doente dependente

Categoria: Aspectos centrados no doente dependente	
Temas	Unidades de contexto – exemplos
Potencial de reconstrução de autonomia	<p>"... Portanto, doentes com potencial de recuperação, com algum potencial de recuperação.... Maior ou menor, não é? Portanto, isso é que nos leva a que eles vão para umas unidades ou para outras." P1</p> <p>"... Quando é um doente com AVC e vejo que tem potencial de reabilitação, não estou à espera que venha o fisiatra avaliar!... falo com a colega da EGA e digo-lhe que acho que este doente tem potencial para uma unidade de convalescença.." P5</p> <p>"... os doentes que vão para a rede, nem são assim tantos, porque os nossos doentes, os que vão para a rede são mesmo, aqueles por exemplo, os AVC 's que é quem tem ido mais, que há partida, a gente sabe que têm um potencial de recuperação[...] nós normalmente referenciamos os doentes que estão dependentes e que a gente sabe que podem recuperar," P7</p> <p>"[...] quais são os doentes que são mais referenciados para a equipa de gestão de altas? São os doentes com AVC, são doentes que até estavam no domicílio e já eram dependentes, mas, que têm ainda potencial de recuperação ou então que têm sequelas de imobilidade, como consequência têm imobilidade que poderão ser colmatadas e doentes ainda com algum potencial e que acabam por apresentar um síndrome de desuso..." P12</p>
Dependência inaugural	<p>"O principal critério quando foi criada a rede de cuidados continuados para os doentes irem para a rede é a dependência de novo... era um doente que era autónomo, ou seja, um doente que a partir de uma determinada situação passou a ser dependente... ou porque teve um AVC ou porque fez uma cirurgia que o deixou mais debilitado." P1</p> <p>"Uma preocupação que eu tenho é referenciar para a EGA os doentes que são uma situação de dependência de novo... as equipas de apoio ao domicílio ainda não estão a funcionar... mas tenho essa preocupação... referencio todas as dependências de novo... e os médicos aqui do meu serviço também fazem isso!" P5</p> <p>"... Ainda aqui à dias perguntei ao médico x porque referenciou para a rede e ele disse que foi apenas porque o doente era independente e passou a ser dependente " P3</p>
Intensidade da dependência no autocuidado	<p>"... Portanto, são as dependências e, portanto, dependendo do tipo de dependências que o doente tem [...] escolhemos uma ou outra unidade..." P1</p> <p>"... Atendendo às necessidades que eles (os doentes) têm em termos de dependências [...] são ou não referenciados para a EGA..." P12</p>
Compromisso dos processos corporais	<p>"Tivemos um doente com muitas úlceras de pressão! E nós propomos para uma unidade de longa duração!" P4</p> <p>"... Uma doente que reúna pensos e que não tenha condições para que esses pensos sejam efetuados no domicílio, ou porque ainda estão numa situação de evolução favorável, mas ainda muito atrasada... e então vai para essas unidades de longa duração." P8</p>
Regímen terapêutico complexo	<p>"ou porque é para continuação de medicação endovenosa ou só está tudo estável e é só continuação de determinado antibiótico que só tem mesmo aquela via endovenosa e então vai para uma curta duração" P17</p> <p>"Imagine uma pessoa que não era diabética e passou a ser...! Não é num dia nem em dois que a pessoa vai saber lidar com a sua diabetes... a alimentação... e outros aspetos inerentes... então nós requeremos, face às preocupações do doente com a sua nova doença, requeremos treino para o doente e para os cuidadores para dar resposta à nova situação... e referenciamos!" P18</p>
Prognóstico da doença atual	<p>"[...] Ou da evolução que prevemos que o doente vá ter é que escolhemos uma ou outra unidade..." P1</p>

3.2.2. Categoria: Aspectos centrados na família.

Os “**Aspectos centrados na família**” são, também, uma categoria muito presente e relevante nas narrativas dos informantes (Tabela 3.8). O *envolvimento da família no processo de tomar conta* é referido como um dos critérios de decisão sobre o destino dos dependentes. Nessa medida, torna-se crucial avaliar a complexidade e diversidade das relações familiares e as suas implicações na transição para a integração e prestação de cuidados a um membro dependente (Campos, 2008). A dependência no autocuidado, sobretudo, associada a eventos críticos agudos, não resultando, portanto, de um evento determinista, tem um grande significado e exige das famílias uma organização que lhes permita dar continuidade ao plano de cuidados, concebido para o dependente. O confronto com a situação, na maioria dos casos, sem opções alternativas, traduz-se numa mudança complexa, que requer adaptação

ao longo dos tempos. A força de vontade²³, a consciencialização e o envolvimento dos membros da família, são aspetos determinantes para as experiências bem-sucedidas das transições que os familiares cuidadores vivenciam, com a necessidade de integrar os membros dependentes no seu seio. A procura de recursos acerca do que é necessário, a utilização de modelos, a preparação ativa e a proatividade, são exemplos do nível de envolvimento dos membros da família no processo de transição. O nível de consciencialização é influenciado pelo nível de envolvimento e este pode ser insuficiente ou mesmo não ocorrer na ausência de consciencialização por parte dos familiares (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Há consenso entre os autores que existem diferentes fases na adaptação ao exercício do papel de prestador de cuidados ao longo do tempo, das quais, decorrem diferentes necessidades no processo de transição do hospital para o domicílio até atingirem um *padrão estável de cuidar* (Rotondi et al., 2007; Shyu, 2000b).

“Viver só” ou ausência de suporte familiar é, também, um dos temas que emerge nos discursos. O apoio da família, dos amigos ou vizinhos, o aconselhamento dos pares, a ajuda dos profissionais de saúde e o acesso a instituições sociais e de saúde, são fatores presentes na comunidade, também facilitadores/inibidores das transições bem-sucedidas (Meleis et al, 2000; Meleis, 2010). A ausência de suporte familiar, é um dos critérios de exclusão de integração na RNCCI, mesmo na presença de pessoas em situação de dependência. Nestas situações, há que encontrar condições alternativas que passam, frequentemente, por lares, famílias de acolhimento ou, o apoio das equipas domiciliárias no caso das pessoas que regressam a casa (para os cuidados de higiene e conforto, refeições, etc.).

As *capacidades do FC para tomar conta do dependente*, bem como, a necessidade de *continuidade no processo de desenvolvimento das capacidades do FC*, como estratégia para aumentar o seu repertório de conhecimentos e habilidades face à emergência do exercício do papel com eficácia são, também, referidas como critérios importantes na decisão sobre o destino dos doentes dependentes. As habilidades do FC como recurso individual necessário à experiência de cuidar bem-sucedida, é um fator facilitador das transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Schumacher, 1995; Schumacher et al, 2000). O fator tempo e a natureza da dependência (de instalação súbita ou gradual) são dimensões muito importantes, quando se tenta compreender o fenómeno da integração de uma pessoa dependente no seio da família. Shyu (2000b) refere-se à alta hospitalar como um momento potencialmente gerador de crise, onde as necessidades dos familiares cuidadores se vão alterando ao longo do processo de transição no exercício do papel. Acompanhar e apoiar os familiares cuidadores de acordo com as suas necessidades e as suas perspetivas, ao longo do tempo, é uma dimensão importante dos cuidados de enfermagem.

O *stress* do FC consequente ao exercício do papel, surge como critério mencionado pelos participantes no estudo. As implicações físicas, psicológicas, nas relações familiares e sociais, decorrentes da necessidade de assegurar os cuidados ao dependente, podem levar a tensão, cansaço, *stress*, frustração, redução do lazer, depressão e baixa da autoestima. Um dos critérios de referência para as unidades de internamento da RNCCI é o descanso temporário do familiar cuidador.

²³ A “força de vontade” é definida como “Disposição para manter e abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências” (ICN, 2005; p.82).

Tabela 3.8 – Categoria: Aspectos centrados na família

Categoria: Aspectos centrados na família	
Temas	Unidades de contexto – exemplos
Envolvimento da família no processo de tomar conta	<p>"Depois temos que ver a receptividade dos familiares após o internamento nas unidades da rede. Muitos doentes não têm este apoio de retaguarda (referia-se aos familiares) e são logo encaminhados para famílias de acolhimento... nós temos de ter isto em atenção... não é?!" P2</p> <p>"[...] doente mais dependente e reparamos... há qualquer coisa que nos diz que a família não quer ter capacidade para dar resposta às necessidades do doente ... então aí, em conjunto com o médico, preenchemos a nota de alerta, a nota de pré-alta, contactamos a assistente social e a equipa de gestão de altas" P6</p> <p>"... o doente entra, a gente faz a avaliação inicial e logo na admissão, a gente questiona a família, se estão mentalizados para o receber[...] perguntamos sempre se estão preparados para receber o doente, se estão mentalizados para uma nova dependência, não é?!..." P7</p>
"Viver só"	<p>"... não têm família, não têm retaguarda familiar, não têm para onde ir e, portanto, a nossa articulação é efetuada com o serviço social..." P8</p> <p>" Não tem família, temos de arranjar outras saídas... por exemplo, famílias de acolhimento ...!" P18</p>
Capacidades do FC para tomar conta do dependente	<p>"Quando identificamos que há dificuldades por parte dos cuidadores ... assumimos a responsabilidade e lutamos para que a pessoa vá para uma unidade da rede... Claro! depois do seu consentimento!" P18</p> <p>"Tivemos aí um senhor que a rede não o queria receber e nós à luz de 12 internamentos que o doente tinha feito num ano apenas, conseguimos que eles o aceitassem! porque de facto a família não tinha competência para cuidar dele em casa!" P18</p>
Continuidade no processo de desenvolvimento das capacidades FC	<p>"... mas se é um doente com família e vai ser referenciado para uma unidade longe de casa ... e o cuidador precisa de aprender... isso condiciona muito...[...] Normalmente a ECL tem a preocupação de colocar os doentes o mais próximo possível da área de residência para o FC poder aprender!" P5</p>
Stress do FC	<p>" ... ou porque aquela família precisa de uns tempos de descanso... portanto são doentes que já eram dependentes mas que também propomos para as unidades de longa duração...também acontece isso!" P1</p> <p>"Um outro critério para unidade de longa duração é para descanso do cuidador... quando a família está cansada!" P4</p> <p>"Às vezes somos procurados pelos familiares a pedir a referência porque têm conhecimento da RNCCI... e vêm pedir! alguns por cansaço! Portanto, para descanso do cuidador!" P18</p>
Processos familiares	<p>"... O mais difícil é depois as pessoas organizarem-se numa situação de uma nova dependência, a gente questiona sempre, porque depois eles ficam sempre muito como é que hei-de dizer... sem saber o que fazer, e acontece muitas vezes que eles ficam sem saber o que fazer..." P7</p> <p>"... Muitas vezes, o facto de as pessoas não terem uma estrutura familiar organizada para a receber em casa também é importante para nós!.." P3</p>
Recursos económicos da família	<p>"Há famílias que gostariam de continuar a cuidar dos seus familiares... é complicado!.. não o fazem porque não têm disponibilidade para o fazer... têm grandes dificuldades... também não podem abandonar os seus empregos! não é?!... é complicado! [...] Estamos a falar na maioria de famílias carenciadas... com grandes dificuldades económicas..." P14</p> <p>"... Porque muitas vezes dizem-nos que gostariam de vir todos os dias para aprender mas não têm possibilidades económicas para se deslocar todos os dias para a unidade da rede..." P3</p> <p>"... Muitas vezes os familiares demonstram logo que não são capazes. em termos de disponibilidade de tempo... de disponibilidade de recursos económicos... e isto é logo um sinal de alerta... não é?!..." P10</p>
Atitude e participação do doente/família	<p>"... Ou o próprio doente recusa! (refere-se ao internamento numa unidade da RNCCI)... Bem... eu não entendo isto como recusa do doente! ao longo deste processo, nós conversamos muito com a família e essa dita recusa é transformada numa reformulação do destino... o que é que isto quer dizer?... é cancelado a referência para a rede e é arranjada uma alternativa com apoio domiciliário!...sabe como é... o dinheiro da reforma do dependente também é ajuda!..." P14</p> <p>"... Nem todos acontece isso ... se não quiserem (refere-se à aceitação do doente/família em ser internado numa unidade da RNCCI) ... procuramos encontrar na comunidade apoio social, quer apoio domiciliário, centros de dia, etc... que dêm apoio à família de forma a diminuir este impacto" P10</p>
Condições do ambiente residencial	<p>"Nós (refere-se ao médico e enfermeiro da EGA) não fazemos nenhuma avaliação das condições habitacionais... quem faz é a assistente social que muitas vezes vai a casa quando há situações duvidosas... senão serve-se só da informação que lhe dão... o próprio inquirido que é feito à família já lá tem esses itens.. saber se tem casa de banho, se tem água corrente... essas coisas todas... quando há dúvidas a assistente social vai ver." P1</p> <p>"... Assim como não terem condições habitacionais mínimas!... é motivo de referência!" P3</p>

A instalação da dependência num dos membros (frequentemente súbita), pode gerar o “caos” na dinâmica familiar, sendo muito relevante a coesão familiar e a capacidade de organização das próprias famílias, face aos desafios colocados pela necessidade de integrar e tomar conta do membro

dependente. Foi um aspeto, também, referido pelos profissionais de saúde na decisão sobre o destino, com particular relevância, quando estes identificam processos familiares que podem colocar em causa a própria transição da família face à integração do membro dependente. Denominámos este tema por *processos familiares*²⁴. Na família, ao ser considerada como um sistema pela interdependência entre os seus membros que a faz funcionar como uma unidade, a instalação da dependência num dos seus elementos, afeta-a como grupo. Consequentemente, a atenção a dar à saúde não deve limitar-se ao dependente, já que a doença é um processo coletivo que afeta toda a unidade familiar (Lage, 2007). Nas famílias mais unidas e estruturadas, a prestação de cuidados ao membro dependente assenta na organização das exigências, na interdependência das relações e das tarefas, no uso de estratégias alternativas e numa história familiar afetiva que se foi construindo ao longo do tempo (Lage, 2007).

A *Atitude e participação do doente/família*, como aspetos importantes no processo de decisão sobre o destino do familiar foram, também, relatados por alguns informantes, como um fator que pode influenciar o destino do familiar dependente após a alta hospitalar. As condições pessoais são dimensões que influenciam as transições (Meleis et al., 2000, Meleis, 2010), onde se destaca alguns aspetos como o significado, referido como a importância que é atribuída pela pessoa (dependente e familiares) à transição, quer em relação ao evento crítico responsável pela transição, quer em relação ao processo de transição em si mesmo. Outros aspetos importantes das condições pessoais são as crenças culturais e a atitude, a condição sócio-económica, os recursos disponíveis na comunidade como elementos de suporte às famílias e determinantes nas transições. Nos discursos dos informantes, entre outras razões, foram apontados argumentos de ordem económica como aspeto determinante por parte de algumas famílias, na recusa do destino do dependente proposto pela equipa de saúde. Referimo-nos, sobretudo, aos casos em que a proposta de referenciação tinha como destino a RNCCI (UMDR e ULDM). A legislação referente ao internamento nestas tipologias da RNCCI prevê a obrigatoriedade das famílias participarem financeiramente em função dos seus rendimentos disponíveis. Esta norma, tem impacto, essencialmente, nas famílias mais carenciadas, onde as reformas do dependente constituem um contributo fundamental no orçamento mensal das famílias, o que, condiciona a sua decisão. Na maioria das vezes, a opção encontrada passa pela procura de alternativas de suporte no domicílio, em que os recursos disponíveis na comunidade são cruciais.

Por último, outro tema que emerge nas narrativas são as *condições do ambiente residencial*. A necessidade de proceder à adaptação dos espaços da habitação (ex. quarto, casa de banho, espaços comuns) muitas vezes com dimensões limitadas e com estruturas e equipamentos que passam a ser desadequados à nova condição de saúde do familiar dependente (ex. escadas, banheira, degraus, a disposição dos móveis nas divisões mais frequentadas), o acesso exterior à habitação, constituem barreiras limitadoras quer da autonomia do dependente, quer do exercício do papel do FC. Em muitas situações, as equipas de saúde são confrontadas com esta realidade, agindo de forma a facilitar todo este processo de reorganização do espaço da habitação, o que, também, é determinante no destino do dependente. Noutras situações mais graves e mais problemáticas, onde há escassez de recursos para se proceder a estas alterações necessárias à habitação, a opção passa, geralmente, pela institucionalização do dependente em lares, ou mesmo, em famílias de acolhimento.

²⁴ “Processos familiares” é definido na CIPE® Versão 2.0 (ICN, 2011) como “Processo: interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os elementos da família” (p. 70).

3.2.3. Categoria: Aspetos centrados nas respostas da comunidade.

Os “**Aspetos centrados nas respostas da comunidade**” é uma categoria também emergente e um importante critério de decisão (Tabela 3.9). Ficou muito claro nas narrativas dos informantes que as respostas na comunidade são muito heterogêneas nos diferentes contextos geográficos de origem dos dependentes, condicionando, desta forma, o seu destino após a alta hospitalar. As respostas (recursos) como uma dimensão do suporte disponibilizado às famílias que integram dependentes podem ser entendidas como os serviços, meios, assistência, educação, informação ou apoio mobilizado, face à necessidade de assegurar os cuidados ao membro dependente (Stolz et al., 2004). Meleis (2010), refere que os recursos disponíveis, são determinantes para os padrões de resposta dos indivíduos, face aos eventos geradores de crise. Assim, o acesso aos recursos, facilitadores da reconstrução da autonomia e das atividades de tomar conta, tem uma associação com a diminuição de sentimentos negativos no FC, como o *stress*, sobrecarga e o *coping* ineficaz (Stolz et al., 2004), facilitando, deste modo, a aquisição de um *padrão estável de cuidar* (Rotondi et al., 2007; Shyu, 2000b). No contexto do presente estudo, uma das dimensões associadas às respostas da comunidade, são os *serviços de cuidados ao domicílio disponíveis*, tais como, o apoio das equipas de saúde na supervisão, aconselhamento e prestação de cuidados por forma a dar respostas adequadas às necessidades das famílias. A criação, ainda recente, das equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), pertencentes à RNCCI, assumindo como missão, fundamentalmente, a prestação de cuidados aos doentes dependentes e o suporte aos familiares cuidadores, afiguram-se como um recurso imprescindível.

Tabela 3.9 – Categoria: Aspetos centrados nas respostas da comunidade

Categoria: Aspetos centrados nas respostas da comunidade	
Temas	Unidades de contexto - exemplos
Serviços de cuidados ao domicílio disponíveis	<p>“... o que temos neste momento ainda a funcionar são as unidades. Penso que deve saber que a rede quando começou a funcionar era para ter unidades e ambulatório (apoio ao domicílio) ... mas as equipas de ambulatório ainda não estão a funcionar! Portanto... temos as que temos! O que há neste momento são os centros de saúde. não é?! O que tínhamos antigamente e que têm muitas limitações para fazer domicílios! ...” P1</p> <p>“Aqui no concelho, surgiu no mês passado algo muito importante que é uma equipa da rede de apoio domiciliário e nós temos muitas pessoas que querem ir para casa mas com apoio domiciliário... Com o surgir desta equipa de cuidados domiciliários da rede, conseguimos que muitos doentes tenham apoio muito próximo!” P9</p>
Suporte da rede social disponível	<p>“Temos também uma rede de apoio social no concelho muito boa porque é assim... se não há possibilidades de ter institucionalizado num lar, há possibilidades de permanecer num centro de dia, se não for totalmente dependente, há possibilidades de ter internamento num lar com apoio de higiene e alimentação, de segunda a segunda... muitas freguesias, pelo menos 30% têm centros de dia, equipas de apoio domiciliário e muitos com internamento ...portanto, temos um bom apoio” P8</p> <p>“Nós temos uma excelente rede social de apoio no concelho, o que significa que isto também é determinante para não termos nos serviços casos sociais e assim os doentes têm alta hospitalar sem grandes problemas![...] Arranja-se vaga com facilidade e rapidamente na rede social ... lar, família de acolhimento, apoio domiciliário... enquanto aguarda vaga e assim não haverá muita pressão dos serviços para o doente ter alta por causa da demora média e da taxa de ocupação... percebes? Não me parece que seja muito problemático para os serviços, exatamente porque temos uma rede de apoio social muito boa!” P9</p>

O *suporte da rede social disponível* é um tema que, também, emergiu como critério de decisão do destino do dependente. No contexto deste estudo, reportamo-nos aos lares de idosos, famílias de acolhimento, bem como, as equipas de apoio ao domicílio no auxílio aos cuidados de higiene e conforto, posicionamentos, transferências e no fornecimento das refeições diárias. Foi, igualmente, referido pelos profissionais de saúde entrevistados como critério de decisão sobre a referenciação dos dependentes.

3.2.4. Categoria: Aspectos centrados nas respostas dos serviços de saúde.

Por último, emergem os “**aspectos centrados nas respostas dos serviços de saúde**” como categoria importante (Tabela 3.10). Engloba a *acessibilidade aos recursos*, especificamente, por exemplo, o acesso às diferentes unidades de internamento da RNCCI. A distância geográfica entre a unidade de internamento da RNCCI proposta e a residência da família surge, também, como critério de decisão a considerar, uma vez que a cobertura da RNCCI é ainda assimétrica na região norte do país. Nas situações em que esta distância é significativa, as famílias demonstram menor disponibilidade para aceitar esta opção, tendo em conta os recursos económicos (gastos significativos com os transportes), a gestão do tempo (limitado) necessário para as visitas diárias, não só pelas viagens longas, mas também, com o tempo de permanência necessário e desejado junto dos familiares dependentes, o que trás limitações para um acompanhamento do familiar dependente e que é considerado por aqueles como insuficiente. Deste modo, a percepção de “abandono” do dependente por parte de muitas famílias está presente, o que influencia a sua decisão de recusa das unidades de internamento da RNCCI como destino após a alta hospitalar, sendo o regresso a casa a opção muitas vezes da preferência dos familiares.

As *Políticas de gestão de altas* é outro tema que emerge das narrativas dos profissionais de saúde. A complexidade burocrática na referenciação do doente percecionada como um processo que faz aumentar o número de dias de internamento, ameaçador à produção de indicadores assistenciais da qualidade desejados, torna a opção de encaminhar o doente para casa, a decisão mais “fácil”. A necessidade de gestão da duração dos internamentos hospitalares por parte dos profissionais de saúde, onde se torna relevante a sua percepção do aumento do número médio de dias de internamento nos hospitais com a implementação da RNCCI, sobretudo, quando os doentes são referenciados para as tipologias de internamento de UMDR e ULDM, por dificuldades decorrentes do número de vagas. A pressão sentida pelos profissionais de saúde vinda das chefias no sentido de procederem à alta hospitalar, o mais precoce possível é, também, um motivo referido e que pode condicionar a decisão sobre o destino do dependente após a alta hospitalar. O nível de *conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar* é, mais uma dimensão referida pelos informantes. A dificuldade, o “desinteresse” e o conhecimento insuficiente de alguns profissionais sobre os níveis e critérios de decisão específicos para cada tipologia da RNCCI, são apontados pelos informantes como fatores condicionantes do processo de referenciação.

A *atitude dos profissionais de saúde no processo de referenciação do doente dependente para a RNCCI*, pode comprometer a qualidade da comunicação entre os vários elementos que interferem no processo de encaminhamento do dependente (profissionais dos serviços de internamento, da EGA e a própria família do doente dependente). É relatado, frequentemente, como motivo condicionante do destino após a alta hospitalar. Na opinião de alguns profissionais de saúde a qualidade dos cuidados prestados na RNCCI é de “qualidade duvidosa”.

Tabela 3.10 – Categoria: Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde

Categoria: Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde	
Temas	Unidades de contexto – exemplos
Acessibilidade aos recursos de saúde	<p><i>Quando são doentes para as unidades de paliativos... há umas unidades de paliativos que são para já muito poucas [...] as unidades de paliativos, neste momento, estão praticamente só a aceitar doentes oncológicos. Quando foi a ideia inicial, não era essa!!portanto era para doentes terminais... até doentes com patologias crónicas.. DPOC, insuficientes hepáticos... só que neste momento há poucas unidades e eles estão a dar preferência aos doentes oncológicos!" P1</i></p> <p><i>"Geralmente, as unidades de convalescença têm vagas mais cedo que as outras unidades... porquê?... Porque nas de convalescença os doentes estão internados até 30 dias... portanto, os doentes entram e saem com maior rotatividade!... é mais fácil haver mais vagas nas unidades de convalescença... a maioria do pessoal que referencia, principalmente médicos, preferem que eles vão para unidades de convalescença porque sabem que os doentes saem do serviço de internamento mais depressa!" P17</i></p> <p><i>"Mas há um aspeto importante que tem a ver com a falta de vagas que condiciona a referência dos doentes!... às vezes tenho cuidadores que me dizem... eu sinto... que estão com depressão, a fazer psicofármacos e eu nem me passa pela cabeça propor aquele doente para uma unidade da rede para descanso do familiar!... sei para já que me é logo negada essa possibilidade!... outro exemplo é a falta nítida de vagas nas unidades... e nós precisamos de muitas!... mas também ninguém tem culpa de elas não existirem!... Obrigá-nos a ser mais seletivos!..." P5</i></p> <p><i>"... a de longa duração é a que eu acho que é a mais complicada, principalmente pelas vagas... neste momento aquelas doentes que foram propostas para unidades de longa duração ficam aqui no serviço muito tempo ..." P6</i></p> <p><i>[...] É-lhes explicado como é que funciona a rede... não é garantia, assim como a unidade para onde vai, porque eles depois têm sempre uma unidade de preferência, mas, pode não haver vaga e depende também das tipologias, são médias duração, são longas duração é muito mais difícil de arranjar vagas... tal facto também condiciona..." P12</i></p> <p><i>"... Depois há coisas importantes que são quando os doentes são referenciados para a rede para locais longe de casa... a questão da deslocação também é muito importante para os familiares!... sobretudo se forem convocados para os ensinos e treinos e as pessoas dizem que assim não podem!... aqui estavam muito mais perto de casa!... e isto é uma situação que ninguém pensa... Eu utilizo sempre este aspeto como um critério de referência e falo sempre com a família... [...]" P3</i></p> <p><i>"... É lógico que quando eu seleciono as unidades, tenho a preocupação de ser o mais próximo da área de residência... e esse é um critério de decisão.. não a alteração da tipologia, mas a proximidade!... e essa preocupação tem que se manter..." P2</i></p> <p><i>"Nós muitas vezes sinalizamos doentes que acabam por não ser internados na rede!... ou porque não há vaga... ou porque a vaga é distante e a família arranja uma solução alternativa com apoio domiciliário... portanto... o doente já não é referenciado..." P9</i></p>
Políticas de gestão de altas	<p><i>"... Depois a perceção que as pessoas têm e eu também reconheço, é que os internamentos se prolongam mais devido a isto! Antigamente, nós tínhamos a possibilidade de mandar estes doentes... ou terminais, ou que não tinham solução terapêutica, ou que eram da área de residência dos sítios onde havia as misericórdias e mandávamos os doentes no próprio dia... achávamos que o doente podia ir e ia... Facilitava-nos muito os internamentos... e claro... nós já chegamos à conclusão que o tempo médio de internamento neste último ano aumentou nos serviços!... e um dos motivos, de facto, foi esse!...deixamos de poder mandar os doentes diretamente para esses sítios e os doentes têm que ficar nos serviços à espera dessas vagas, em lista de espera e às vezes, fizeram com que os internamentos se prolongassem e muitos médicos não querem pedir, não querem referenciar o doente porque acham que com isso é complicar a situação!!!... então preferem mandar o doente para o ambulatório (domicílio)." P1</i></p> <p><i>"... Portanto estes são critérios que não são formais... até porque nós (EGA) às vezes tentamos, mesmo a EGA referenciá-los para a convalescença... apesar de vermos que é capaz de não ser aceite!... quer dizer... as ECL dizem-nos: não! não! não pode ir para uma convalescença, tem que ir para uma média ou longa duração!... nós sabemos que depois estão aqui à espera!... já chegaram a estar aqui 2 ou 3 meses ou mais à espera de uma unidade!! Neste momento não esperam tanto, porque abriram mais unidades... mesmo assim, um doente que vá para média/longa, às vezes, está aqui 3 semanas, um mês, à espera!... e para as unidades de convalescença, 48 horas, no máximo 3 dias, sabemos que eles vão!... de maneira que isto condiciona os médicos!..." P1</i></p> <p><i>"Eu bem sei que dizem que a rede não foi criada para libertar camas dos hospitais, mas nós, médicos, na prática, sentimos essa pressão! temos doentes para internar nos serviços....." P17</i></p> <p><i>"... agora também temos aqui um problema no hospital que é os internamentos cada vez serem mais curtos e não querem saber se a família está preparada ou não! e assim preferem logo referenciar!... esta política de internamentos cada vez mais curtos é muito importante!... e isto influencia a referência para a rede! [...] ... já têm alterado os critérios para o doente ter alta do hospital mais cedo!... ou seja pelas vagas!..." P3</i></p> <p><i>"... É verdade que aqui neste serviço existe demora média elevada e o diretor de serviço anda sempre a pressionar... vejamos os internamentos!..." P7</i></p> <p><i>"... Às vezes, o diretor de serviço nas visitas semanais que são à quinta-feira, que se passam na enfermaria a todos os doentes, pressiona um bocado! ... está aqui a ocupar uma cama! ..., a prolongar a taxa de ocupação!" P8</i></p> <p><i>"Sabemos que há doentes com critérios de referência... Mas sabemos que há clínicos que acham que</i></p>

	<i>ao referenciar os doentes, estes vão permanecer muito mais tempo nos serviços e como também lutam com indicadores assistenciais e querem mostrar bons resultados... acaba por ser um fator para não os referenciar!..” P18</i>
Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino do doente	<p><i>“O que às vezes é difícil é fazer entender às pessoas (profissionais) quais são os critérios para internar em determinadas unidades da rede.” P1</i></p> <p><i>“Nós percebemos que a rede e a EGA não era muito bem conhecida pelos nossos colegas, pelos médicos e outros!... Fizemos formação como te disse e tivemos uma excelente adesão... mas continuamos a ter em algumas áreas pessoas que não frequentaram a formação...Mas há partida já contávamos com isso, porque de uma forma geral, os médicos participam pouco nestes processos! Alguns enfermeiros e muitos médicos, o conhecimento que têm sobre a rede e a EGA é ainda muito deficitário! ... e isso condiciona o nosso trabalho e assim o destino dos doentes após a alta hospitalar...” P9</i></p>
Atitude dos profissionais de saúde no processo de referência do doente dependente para a RNCCI	<p><i>“ Portanto, a minha tarefa é essa... ver os doentes... falar com os médicos... às vezes tentar fazer compreender aos médicos (esboça um sorriso) que os doentes não vão quando eles querem, mas só vão para as unidades quando nos derem o aval!.. Às vezes temos que esperar por vaga!... às vezes têm o aval, mas não há vaga! Há doentes que não são referenciados porque... há profissionais que ainda não estão sensibilizados para a referência!...” P1</i></p> <p><i>“Pode haver algum médico que encaminhe o doente, mas aqui os médicos não estão muito alertados para isso!...agora até já estão mais!... no início, não!...” P4</i></p> <p><i>“Há alguns médicos que são um bocado renitentes a isso (refere-se à referência dos doentes para a RNCCI)... há médicos que são renitentes, porque não vêm os cuidados continuados como uma mais-valia, para a melhoria dos estados de saúde da pessoa...” P11</i></p>

3.2.5. Síntese dos principais achados.

Da análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde emergiu um conjunto de dados que permitiu identificar as categorias e temas que fomos descrevendo ao longo dos subcapítulos anteriores. Na verdade, os profissionais (onde os enfermeiros foram maioritariamente os entrevistados), no seu processo de tomada de decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar, suportam-se num conjunto de diferentes critérios. Estes critérios são orientados, no essencial, pela condição de saúde de cada doente, dos recursos familiares e da comunidade, bem como, das respostas dos serviços de saúde.

Ficou claro que existem critérios sistematicamente referidos como de maior “peso” no processo de tomada de decisão por todos os informantes, independentemente do grupo profissional, donde destacaríamos a condição de saúde do doente dependente, com enfoque no potencial de reconstrução de autonomia e a intensidade do nível de dependência, bem como, os recursos familiares. Como já mencionámos, estes critérios são, também, apontados no *Relatório Intercalar de Monitorização da REDE (RIMR)*, referente ao 1º semestre de 2011, como os principais *motivos* de referência dos doentes admitidos nas diferentes tipologias da RNCCI.

Referimos que os aspetos centrados na família são, também, um dos critérios de referência de “eleição” dos participantes no estudo. Associado a esta categoria e a partir dos relatos fomos capazes de enunciar um conjunto de temas, dos quais, destacamos a capacidade do FC para tomar conta do membro dependente e a necessidade de continuidade no processo de desenvolvimento dessas mesmas capacidades. Estamos, pois, sobretudo, perante dimensões dos cuidados associadas a fatores determinantes do desenvolvimento da capacitação (mestria) e da *identidade fluída* (padrões de resposta) no processo de transição dos familiares que têm a responsabilidade de cuidar (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Schumacher, 1995; Schumacher et al, 2000).

Ainda relativamente aos recursos familiares, parece relevante a disponibilidade dos membros da família para acolher o membro dependente, a própria dinâmica familiar, os padrões de relacionamento entre os

vários elementos da família e a própria dependência intergeracional. Estas são dimensões importantes na transição bem-sucedida das famílias que integram membros dependentes e, sobretudo, no suporte aos elementos que assumem com maior responsabilidade e maior compromisso a prestação de cuidados, os quais temos designado por familiares cuidadores.

Destacáramos, ainda, os recursos centrados na comunidade de origem do dependente, em particular, o suporte em cuidados no domicílio (por parte dos profissionais de saúde) e o suporte da rede social, onde a oferta de equipamentos sociais se torna particularmente importante. As respostas dos serviços de saúde são, igualmente considerados muito importantes na decisão sobre o destino dos dependentes. O acesso às diferentes unidades de internamento da RNCCI constitui um recurso de saúde importante, sendo ainda muito assimétrico se compararmos as diferentes áreas geográficas do país.

Até ao momento, evidenciámos um conjunto de critérios de decisão que, no global, estão formalmente “explícitos” nos critérios de referência da RNCCI (Decreto-Lei nº 101/2006) e que são orientadores do processo de tomada de decisão dos profissionais envolvidos. No entanto, dos discursos emergiram um conjunto de critérios “não-explícitos”, mas considerados importantes pelos participantes e que influenciam o destino. Damos como exemplos, a excessiva burocratização no processo de encaminhamento dos doentes dependentes percecionada pelos profissionais de saúde; a necessidade de gestão da duração dos internamentos hospitalares; o nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para o processo de tomada de decisão sobre a referência dos doentes e, por último, a atitude daqueles no processo de encaminhamento dos doentes para a RNCCI.

Parece-nos oportuno refletir sobre o significado que cada profissional de saúde entrevistado – enfermeiro, médico e assistente social – atribui aos critérios mencionados como os mais significativos no processo de referência. Isto é, a forma como os interpretam e o valor clínico que lhes atribuem como fator que pode influenciar a tomada de decisão clínica. Emergindo estes profissionais de diferentes áreas disciplinares, naturalmente, posicionam-se com diferentes perspetivas sobre os fenómenos da saúde. Neste sentido, os enfermeiros demonstraram uma maior focalização em critérios associados ao potencial de reconstrução da autonomia, no compromisso dos processos corporais (ex. presença de úlceras de pressão, rigidez articular) e no potencial do familiar cuidador para tomar conta. Significa, pois, que os fenómenos associados à dependência no autocuidado e ao exercício do papel de prestadores de cuidados são objeto central dos enfermeiros e, deste modo, dos “modelos em uso” (Silva, 2006; Pereira, 2007).

Gostaríamos de tecer algumas considerações, em particular, sobre os conceitos “potencial de reconstrução de autonomia” e “capacidades do FC para tomar conta do dependente”, bem como, as suas implicações para a prática clínica. São dois conceitos assumidos como centrais para a enfermagem (Orem, 2001; Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000b). Deste modo, durante a realização das entrevistas exploratórias, identificámos dificuldades por parte dos participantes, em concreto, pelos enfermeiros, quando solicitávamos uma melhor clarificação dos seus discursos, quando se referiam, por exemplo, “*o doente tem potencial de recuperação...*”. Estava associado ao tema que, posteriormente, foi categorizado por nós por - “potencial de reconstrução de autonomia”. Outro discurso que emergiu, frequentemente, foi “*o familiar não tinha competência para cuidar dele em casa...*”, quando

se pronunciavam sobre o tema que, posteriormente, denominámos por – “capacidades do FC para tomar conta do dependente”.

Na verdade, o “modelo em uso” da generalidade dos profissionais entrevistados, parece necessitar de maior desenvolvimento em relação a estes constructos que emergiram. Ficou-nos a ideia que, para estes profissionais entrevistados, a sua operacionalização, reporta-se, quase exclusivamente, no caso de - “potencial de reconstrução de autonomia” - a indicadores associados à capacidade física e cognitiva do dependente, bem como, a sua idade. Quanto ao 2º constructo - “capacidades do FC para tomar conta do dependente” –, a sua operacionalização, parece reportar-se, no essencial, a indicadores relacionados, igualmente, com a capacidade física e cognitiva do FC, a sua idade e, também, a sua experiência anterior em cuidar. É, na nossa opinião, quer na primeira situação, quer na segunda, uma avaliação insuficiente. Por isso, pensamos estar perante uma ação profissional com necessidade de uma avaliação mais rigorosa e, assim, mais completa. Passa, fundamentalmente, cremos nós, por uma maior “profissionalização” das equipas de enfermagem. Tendo em conta as diferentes variáveis (ex. físicas/funcionais, psicológicas, processos familiares, suporte dos recursos da comunidade) e que podem influenciar o potencial dos indivíduos para melhorarem a suas respostas, parece-nos que, não têm sido tomadas em conta no processo de decisão clínica destes profissionais.

Critérios de decisão como a complexidade do regime terapêutico (nos relatos muito centrado no regime medicamentoso, sobretudo, a necessidade de medicação por via intravenosa), foram mais explicitados e clarificados pelos médicos entrevistados, apesar de, como sabemos, o regime terapêutico não estar apenas confinado à medicação, sendo na verdade, uma dimensão também muito central da enfermagem no domínio do autocuidado.

Os recursos familiares (ex. económicos, condições habitacionais) e da comunidade (ex. suporte da rede social) considerados critérios de decisão sobre o destino, emergiram com maior destaque e maior preocupação nos discursos das assistentes sociais entrevistadas. Deste modo, tivemos a oportunidade de constatar que os enfermeiros, na generalidade, revelaram uma prática clínica algo “desfocalizada” destas dimensões que referimos anteriormente, remetendo para as assistentes sociais todo o contributo no processo de tomada de decisão. Sendo considerado que os recursos familiares e da comunidade são apontados como fatores determinantes das transições bem-sucedidas (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Schumacher, 1995; Schumacher et al, 2000), parece-nos que estamos perante um aspeto dos “modelos em uso” deste grupo de enfermeiros que surge (ainda) como uma oportunidade de desenvolvimento da sua prática clínica.

3.3. ESTUDO II - PERFIL E DESTINOS DOS DOENTES DEPENDENTES FACE AOS CRITÉRIOS DE DECISÃO ENVOLVIDOS NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR

Terminado o Estudo I, partimos para concretização do Estudo II, no qual, foi nosso objetivo identificar o(s) destino(s) dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar. Em paralelo, pretendemos explorar o perfil destes, tendo em conta os critérios de decisão envolvidos. Procedeu-se à aplicação do instrumento de avaliação (com a colaboração dos enfermeiros dos serviços de internamento), a partir de uma amostra de 273 dependentes com alta hospitalar. Em muitos casos, não foi possível o preenchimento de todos os itens do instrumento de avaliação (respostas nulas), justificado quer pela sua não aplicabilidade no caso específico, quer pela inexistência ou impossibilidade, em tempo útil, de obter informação clínica junto dos dependentes ou dos seus familiares. Acrescentaríamos nós, também, pelo “grau de importância” atribuído por cada enfermeiro que colaborou na recolha de dados, em relação a cada dimensão do instrumento de avaliação. As dimensões onde se verifica uma maior ausência de dados (respostas nulas) correspondem à avaliação do “potencial do FC para tomar conta”, “recursos familiares” e “recursos de saúde e sociais na comunidade”. Iniciamos pela análise numa perspetiva global dos resultados, estando, a maioria destes, disponível nas tabelas que se encontram no Anexo M. Tendo em conta os objetivos deste Estudo II, após a apresentação dos resultados globais, procedemos à apresentação e discussão, com maior detalhe, sobre o perfil dos casos avaliados em função dos destinos no momento da alta hospitalar, tendo em conta os critérios de decisão utilizados.

3.3.1. Destino(s) dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar.

Da análise dos dados recolhidos e, também, de acordo com um dos objetivos desta fase do estudo, foi possível identificar sete (7) destinos: unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção, unidades de cuidados paliativos - RNCCI; domicílio (regresso a casa); lares e famílias de acolhimento.

Tabela 3.11 – Distribuição dos doentes dependentes relativamente ao destino no momento da alta hospitalar (M0); (N=273)

Destino dos doentes dependentes no autocuidado no momento da alta hospitalar		Nº	%
RNCCI	Unidade Convalescença	24	8,8
	Unidade Média Duração e Reabilitação	23	8,4
	Unidade Longa Duração e Manutenção	26	9,5
	Unidade Cuidados Paliativos	4	1,5
Domicílio		160	58,6
Lares		26	9,5
Famílias de Acolhimento		10	3,7
Total		273	100,0

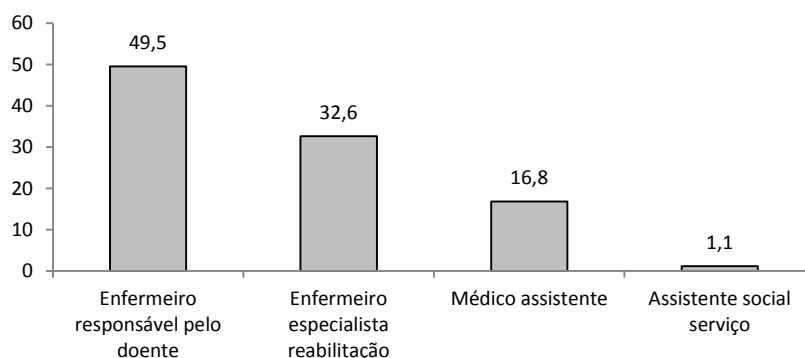
Da análise da Tabela 3.11, verificamos que o domicílio é o destino da maioria dos doentes no momento da alta hospitalar [58,6% (n=160)]. Um dado que nos parece, também, relevante é a percentagem significativa de doentes que são referenciados para as diferentes tipologias das unidades de internamento da RNCCI, num total de 28,2% (n=77). A institucionalização em lares e famílias de acolhimento tem a representação menos significativa da amostra.

3.3.2. Intervenientes no processo de decisão após a alta sobre o destino do doente dependente no autocuidado.

Os resultados que apresentamos de seguida, referem-se aos profissionais de saúde que iniciam o processo de decisão sobre o destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar, bem como, quem participou neste processo.

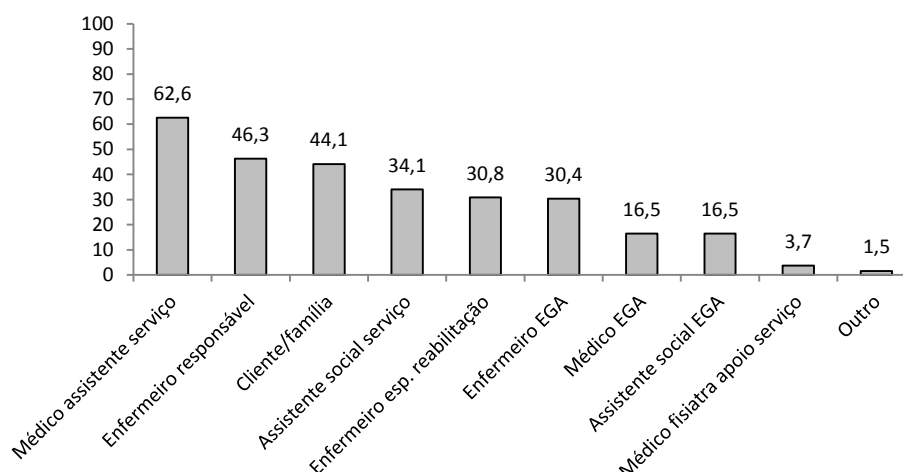
Pela análise do Gráfico 3.1 podemos observar que, na maioria dos casos [82,1% (n=224)], os enfermeiros (responsáveis pelo doente dependente e especialistas em reabilitação) foram os profissionais de saúde que iniciaram o processo de referência dos doentes dependentes. O estudo de Tavares (2011) refere que a iniciativa pode ser da responsabilidade de vários profissionais, dependendo da dinâmica de cada serviço e da cultura organizacional. Refere-se, ainda neste estudo, que esta decisão pode ser de grupos profissionais específicos, como o médico ou a assistente social ou da equipa multidisciplinar onde os enfermeiros estão incluídos, nomeadamente, os enfermeiros de referência.

Gráfico 3.1 – Profissional de saúde (%) que deu início ao processo de referência do doente dependente; N=273



O Gráfico 3.2 mostra-nos que, na maioria dos casos [62,6% (n=171)], o médico assistente interveio na decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado no momento da alta hospitalar. No entanto, podemos verificar que o enfermeiro responsável pelo doente dependente no turno, a família ou o próprio doente, também têm uma participação significativa, respetivamente, 46,3% (n=126) e 44,1% (n=120).

Gráfico 3.2 – Distribuição dos intervenientes (%) na decisão sobre o destino do doente dependente após a alta hospitalar; N=273



Estes resultados, de alguma forma, estão em desacordo com o estudo de Tavares (2011), onde é referido que os enfermeiros, o doente e a família, não fazem parte do processo de tomada de decisão, apesar de ser concordante quanto ao nível de participação da equipa médica.

3.3.3. Perfil global da amostra face aos critérios de decisão utilizados sobre o destino dos doentes dependentes, no momento da alta hospitalar.

No presente estudo, o *potencial de reconstrução de autonomia*, referido nas narrativas dos profissionais de saúde entrevistados (Estudo I), como um dos critérios de decisão mais significativo sobre o destino dos dependentes no momento da alta hospitalar, engloba oito (8) indicadores: “Força de vontade expressa pelo cliente na aprendizagem”; “Crença demonstrada pelo cliente que é capaz de recuperar”; “Desejo expresso pelo cliente em tornar-se mais independente”; “Motivação, proatividade e envolvimento do cliente no processo de ensino/aprendizagem”; “Capacidade física do cliente (ex. força muscular)”; “Reconhecimento por parte do cliente das mudanças no seu estado de saúde”; “Capacidade cognitiva do cliente” e, por último, “Idade do cliente influenciou a decisão sobre o destino” (Anexo M). O estudo de Pereira (2008) realizado em contexto hospitalar, onde se explora o processo de reconstrução da autonomia após evento crítico gerador de dependência, ancorado na teoria das transições de Meleis, aponta-nos para achados muito interessantes. Assim, o autor identifica um conjunto de fatores determinantes do potencial de reconstrução da autonomia, dos quais, destacamos: *i) intrínsecos* - a consciencialização da transição por parte das pessoas envolvidas; a variabilidade do *status* psicológico, como sentimentos de esperança, atitude, força de vontade e o sentido da vida, *ii) extrínsecos* – a mudança do ambiente habitual da pessoa; os recursos materiais disponíveis em meio hospitalar que condicionam o potencial de ajuda das terapêuticas de enfermagem, a pessoa significativa (entendida, neste contexto como o potencial do familiar cuidador), o suporte social e as terapêuticas de enfermagem.

Numa leitura global dos resultados do presente estudo acerca do potencial de reconstrução de autonomia, ressalta que, na maioria dos doentes dependentes, existe um nível reduzido para todos os critérios de avaliação. À luz da teoria das transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010), a consciencialização e a percepção da mudança na condição de saúde, como propriedades das transições,

representam o conhecimento, o reconhecimento, a percepção e o *sentir-se diferente*, associado à sua (nova) condição de saúde. Neste estudo em concreto, esta consciencialização e a percepção da mudança por parte dos doentes dependentes, na maioria dos casos, é reduzida [57,7% (n=157)]. Da mesma forma, o nível de envolvimento, como propriedade das transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010), é, igualmente, reduzido, na maioria dos participantes deste estudo [63% (n=172)], representado por “motivação, proatividade e envolvimento do cliente no processo de ensino/aprendizagem”.

A “força de vontade expressa pelo cliente na aprendizagem” e o “desejo expresso pelo cliente em tornar-se mais independente” são fatores psicológicos determinantes das transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010) e que, à semelhança dos restantes critérios, apresentam níveis reduzidos na maioria dos doentes dependentes. Pereira (2008) refere que os sentimentos de falta de esperança por parte do doente dependente no autocuidado “*adquire relevância na explicação da problemática [...] associados à ausência de expectativas de vida futura dos participantes [...] a ausência de qualquer esforço, quer cognitivo, quer comportamental, com vista a tentar ultrapassar os défices presentes, que limitavam a sua capacidade de autocuidado*” (p. 68). Refere o autor que, a força de vontade do doente dependente, sendo uma atitude “*revestida de determinação, empenhamento, vontade em participar e em recuperar (...)*” (p. 75), constituem como aspetos facilitadores da reconstrução da autonomia.

As “crenças”, como fatores pessoais facilitadores ou inibidores das transições, são avaliadas, na maioria dos casos do estudo, com níveis reduzidos [63,6% (n=173)]. A existência de “compromisso cognitivo” na maioria da amostra [71,3% (n=194)] é um resultado que nos parece muito significativo e que pode ter relação com os baixos níveis associados aos restantes critérios que monitorizam o potencial de reconstrução da autonomia.

O *tipo e nível de dependência*, à semelhança do potencial de reconstrução de autonomia, foram referidos pelos profissionais de saúde entrevistados no Estudo I, como um dos critérios de decisão que mais influencia o destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar. O baixo potencial de reconstrução de autonomia pode ajudar a explicar os níveis elevados de dependência para todos os domínios do autocuidado. No estudo de Tavares (2011) o potencial de reconstrução de autonomia é, igualmente, apontado como um dos critérios de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar e “*está diretamente relacionado com a dependência no autocuidado*” (p.85).

O instrumento de avaliação utilizado neste estudo inclui onze (11) tipos de autocuidado, classificados com uma escala ordinal que agrega quatro (4) níveis de dependência, conforme já explicámos no capítulo da metodologia. A avaliação do nível de dependência é referente a dois momentos (Tabela 3.12): *i) momento antes do episódio de internamento hospitalar (M-1)*, correspondendo à condição de dependência anterior ao evento crítico gerador do episódio de internamento²⁵ e, *ii) momento da alta hospitalar (M0)*.

Assim, a Tabela 3.12 informa-nos sobre o *tipo e o nível de dependência* dos casos da amostra (“dependente não participa”, “necessita de ajuda de pessoa”, “necessita de equipamento” e

²⁵ Importa clarificar que os enfermeiros procederam à avaliação do nível de dependência correspondente ao *momento antes do episódio de internamento hospitalar (M-1)*, durante a permanência dos doentes nas unidades de cuidados, através de entrevista aos familiares cuidadores. Estes, face ao conhecimento que possuíam da condição de saúde do dependente, estavam habilitados a responder de forma que entendemos adequada. Portanto, esta avaliação correspondeu à condição de dependência antes do evento crítico gerador do internamento hospitalar. Significa que o registo do nível de dependência do doente reportava-se à sua condição de saúde em contexto domiciliário. Relativamente aos restantes momentos de avaliação, ao contrário de M-1, o registo do nível de dependência dos doentes coincidia com a condição atual do doente.

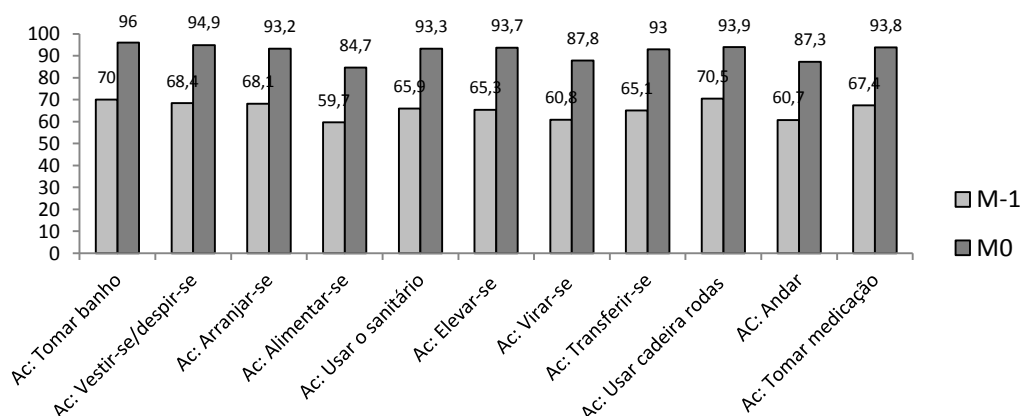
“completamente independente”). Verificamos que, no global, quer no momento antes do episódio de internamento (M-1), quer no momento da alta hospitalar (M0), a maioria dos doentes apresentava nível de dependência elevado para todos os tipos do autocuidado. Globalmente, os casos incluídos no nosso estudo, eram pessoas já dependentes antes do episódio de internamento hospitalar, que agravaram a sua condição de dependência, na sequência do episódio de doença que gerou o internamento hospitalar.

Tabela 3.12 – Distribuição dos doentes dependentes relativamente ao domínio e nível de dependência no autocuidado, antes do episódio de internamento (M-1) e no momento da alta hospitalar (M0)

Domínio do autocuidado	Dependente não participa (score 1)				Necessita de ajuda de pessoas (score 2)				Necessita equipamentos (score 3)				Completamente independente (score 4)			
	Antes episódio internamento		Momento alta hospitalar		Antes episódio internamento		Momento alta hospitalar		Antes episódio internamento		Momento alta hospitalar		Antes episódio internamento		Momento alta hospitalar	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Autocuidado: tomar banho	135	50,0	202	74,0	54	20,0	60	22,0	13	4,8	10	3,7	68	25,2	1	0,4
Autocuidado: vestir/despír	132	48,5	193	71,0	54	19,9	65	23,9	16	5,9	12	4,4	70	25,7	2	0,7
Autocuidado: arranjar-se	134	49,1	195	72,0	52	19,0	63	23,2	17	6,2	11	4,1	70	25,6	2	0,7
Autocuidado: alimentar-se	115	42,1	162	60,4	48	17,6	65	24,3	30	11,0	28	10,4	80	29,3	13	4,9
Autocuidado: uso sanitário	131	48,0	190	70,6	49	17,9	61	22,7	18	6,6	13	4,8	75	27,5	5	1,9
Autocuidado: elevar-se	126	46,5	182	66,9	51	18,8	73	26,8	19	7,0	12	4,4	75	27,7	5	1,8
Autocuidado: virar-se	121	44,6	162	60,0	44	16,2	75	27,8	23	8,5	20	7,4	83	30,6	13	4,8
Autocuidado: transferir-se	127	46,7	182	67,2	50	18,4	70	25,8	19	7,0	16	5,9	76	27,9	3	1,1
Autocuidado: usar cadeira rodas	125	55,8	183	75,0	33	14,7	46	18,9	11	4,9	8	3,3	55	24,6	7	2,9
Autocuidado: andar	128	47,4	187	65,4	36	13,3	59	21,9	30	11,1	19	7,0	76	28,1	5	1,9
Autocuidado: tomar medicação	132	48,4	191	70,0	52	19,0	65	23,8	16	5,9	9	3,3	73	26,7	8	2,9

Da análise do Gráfico 3.3, onde estão discriminadas as percentagens de doentes classificados como “grandes dependentes”, por domínio de autocuidado, em M-1 e M0, verifica-se que os valores são, sem exceção, sempre superiores a 50%. Observa-se uma evolução negativa acentuada entre os dois momentos de avaliação, apesar deste agravamento, em termos percentuais, ser muito homogéneo entre os diferentes domínios do autocuidado. Podemos mesmo afirmar que cerca de dois terços da amostra são “doentes acamados”²⁶ antes do episódio de internamento, percentagem esta que aumenta de forma muito acentuada no momento da alta hospitalar (cerca de 90% dos dependentes).

Gráfico 3.3 – Evolução da % de doentes “grandes dependentes” (“dependente não participa” ou “necessita de ajuda de pessoa”) por domínio de autocuidado, entre o momento antes do episódio de internamento hospitalar (M-1) e o momento da alta clínica (M0)



²⁶ Consideramos doentes “acamados”, aqueles que são avaliados como “grandes dependentes” nos domínios da *mobilidade* (“transferir-se”, “elevar-se”).

O agravamento do nível de dependência, para a globalidade dos domínios do autocuidado, pode ser confirmado pela diminuição significativa de doentes que são avaliados como “completamente independente”, entre o momento antes do episódio de internamento (M-1) e o momento da alta hospitalar (M0), (Tabela 3.12).

Outra dimensão que diz respeito à condição de saúde do doente dependente no autocuidado avaliada no momento da alta hospitalar (M0), refere-se ao *compromisso dos processos corporais* (Anexo M). Na maioria dos casos da amostra, existe uma elevada percentagem de dependentes com risco de contrair alterações ao nível dos processos fisiológicos nos diferentes sistemas corporais. Destacamos o sistema tegumentar (úlceras de pressão e maceração) e o sistema musculoesquelético (rigidez articular). Em cerca de um terço da amostra [33, 7% (n=92)] é identificada a presença de dor, assim como, cerca de um quarto dos casos avaliados possuem úlceras de pressão [23, 8% (n=65)]. Resultados de outros estudos sobre o mesmo fenómeno são sobreponíveis e apontam para a existência de uma relação direta entre o nível de dependência e o compromisso nos processos corporais (Pereira, 2008; Petronilho, 2007; Petronilho, Machado, Almendra, Gago, 2012).

A “preparação e o conhecimento” por parte dos doentes dependentes e familiares cuidadores, face à necessidade de continuidade de um regime terapêutico mais complexo (medicação endovenosa; cinesiterapia respiratória), são domínios a considerar na decisão sobre o destino do dependente após a alta hospitalar e que englobámos na dimensão - *Complexidade do regime terapêutico* (Anexo M). Da análise dos resultados, destaca-se uma percentagem relevante de casos [39, 7% (n=93)] com “alterações significativas do regime medicamentoso” no momento da alta hospitalar, bem como, a “necessidade de mais de cinco medicamentos via oral/dia” [76 % (n=174)]. Deste facto, resulta a necessidade dos dependentes e familiares cuidadores em adquirirem a capacidade de integrar um conjunto de ações e comportamentos promotores de uma gestão eficaz da medicação prescrita, face à dependência dos doentes para tomar a medicação. A atitude e o nível de experiência adquirida pelos indivíduos face à capacidade de dar prioridade às atividades a desempenhar, influenciam os comportamentos e a capacidade de autocuidado (Cameron, Worrall-Carter, Page & Stewart, 2010; Dickson et al, 2011);

Uma das dimensões considerada por nós como muito importante neste estudo, reporta-se ao *potencial do FC para tomar conta* (Anexo M). Trata-se, pois, como temos vindo a referenciar, de um conceito central da enfermagem e muito relevante no âmbito do fenómeno em estudo (Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000b). Pereira (2007) remete-nos para algumas das variáveis envolvidas no potencial de aprendizagem do FC para tomar conta que podem influenciar a aquisição de mestria. Reportamo-nos a aspetos relacionados com a capacidade de memória, a disponibilidade física, a motivação, as experiências anteriores de cuidar e as situações de *coping* centrado nas emoções.

Neste estudo, a dimensão - Potencial do FC para tomar conta - está representada por três temas: “Motivação e apoio percebido”; “Preparação, conhecimento e potencial de aprendizagem” e, “Stress”. A motivação inclui força de vontade, grau de participação, proatividade e envolvimento do FC. Já referimos, em relação ao potencial de reconstrução da autonomia do dependente, que a força de vontade e o envolvimento, são propriedades das transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Os resultados mostram que, cerca de um terço dos FC avaliados, demonstram elevado grau de força de

vontade e envolvimento para tomar conta. No entanto, cerca de 20% dos FC são avaliados com reduzida motivação. Os resultados revelam, também, a existência de um número significativo de FC (entre 20% a 25%) com percepção reduzida de apoio, quer por parte dos familiares e amigos, quer da rede formal. Vários estudos recomendam a necessidade de programas de apoio efetivo aos FC, onde os enfermeiros devem desempenhar uma ação importante, tendo em conta as expectativas e necessidades daqueles, facilitando o exercício do seu papel, com particular atenção, ao período imediato à alta hospitalar (Pringle et al., 2008; Shyu, 2000b; Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu et al., 2008; Stoltz et al., 2004). No estudo de Stoltz et al. (2004) refere-se, também, a vontade manifestada pelos FC em trabalhar em *rede* com grupos de pares, tendo por objetivo, aprenderem a encontrar respostas mais adequadas às suas necessidades.

A “preparação, conhecimento e potencial de aprendizagem dos FC”, foi, também, uma das dimensões importantes do estudo. A análise dos resultados mostra-nos que os itens com maior percentagem de FC avaliados com grau mais reduzido, englobam os requisitos para o desempenho do papel (“reconhecimento das necessidades”, “conhecimento e capacidade instrumental sobre os cuidados necessários ao familiar dependente”). Shyu (2000b), ao referir-se às fases da assunção do papel de prestador de cuidados, na transição do hospital para casa, destaca a necessidade sentida pelos familiares na aquisição de competências sobre os cuidados que têm de assegurar (monitorização de sintomas e sintomas da doença, cuidados diretos, ajuda na adesão do doente, intervenção sobre as suas emoções, apoio continuado).

O estudo de Brereton e Nolan (2000), refere a necessidade de promover uma parceria de cuidados mais efetiva e mais eficaz entre os FC e a rede formal de apoio, capaz de os preparar para o exercício do papel, com ênfase na informação sobre as necessidades identificadas que vão mudando ao longo do tempo. A necessidade de uma comunicação mais efetiva entre os FC e as equipas de saúde que prestam apoio no domicílio, no sentido de treinar e desenvolver a mestria necessária, proporcionar-lhes descanso e suporte financeiro quando necessário, são estratégias adequadas referidas em alguns estudos (Levine et al., 2006; Lucke et al., 2004; Sit et al., 2004). Nos estudos de Rotondi et al. (2007) e Shyu (2000b) são identificadas diferentes fases no processo de tomar conta, às quais, estão associadas diferentes necessidades no processo de adaptação do FC na transição do hospital para o domicílio, até atingir a estabilidade no exercício do papel.

De destacar no presente estudo, a elevada “qualidade/intensidade da relação com os familiares dependentes” como o item avaliado com maior percentagem de casos [53,3% (n=120)], relativamente ao potencial do FC para tomar conta. Os estudos de Cruz et al. (2004), Petronilho (2007) e Schumacher (Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2008), referem que a relação entre o FC e o dependente pode ser fonte de dificuldades e geradora de desgaste psicológico. Esta relação depende, em grande medida, da sua qualidade antes da condição de dependência. De salientar, também, o facto da maioria dos FC [61,8% (n=141)] já possuir “experiência de cuidar anterior ao episódio de internamento”, na medida em que um número elevado de doentes dependentes já o era anteriormente.

O *stress do FC* decorrente do processo de cuidar, foi, também, uma dimensão avaliada. Os resultados revelam que, apesar de haver uma percentagem significativa de FC com risco de sobrecarga [63,3% (n=140)], na grande maioria dos casos, não existe antecedentes ou mesmo sobrecarga associada ao

processo de tomar conta do dependente. A existência de uma inadequada preparação para o exercício do papel de prestador de cuidados pode ter como consequência negativa, sentimentos de isolamento social, elevados níveis de ansiedade, depressão, perda do controle da situação e mudanças importantes no papel nas relações sociais (Levine et al., 2006; Stoltz et al., 2004). As pesquisas de Stoltz et al. (2004), Chumbler et al. (2004), Lin e Lu (2005) mostram-nos que a vivência de emoções negativas dos FC no dia-a-dia, como o *stress*, as preocupações com o estado de saúde dos familiares dependentes e com as suas próprias necessidades físicas e psicológicas, tem implicações na percepção da sua (baixa) qualidade de vida.

Estamos perante um conjunto de dimensões que, face aos resultados apresentados, revelam a necessidade de um planeamento e acompanhamento mais sistematizado por parte das equipas de saúde e, em particular, dos enfermeiros. Trata-se, pois, de promover junto dos FC melhor adaptação ao exercício do papel, perante a frequente complexidade e intensidade de cuidados a assegurar, face às necessidades do dependente. Referimo-nos a maior apoio de recursos profissionais, recursos financeiros, partilha de cuidados mais equilibrada com os restantes familiares com quem habitualmente coabitam e maior capacitação do FC.

A “coesão familiar”, os “recursos económicos da família”, a “consciencialização da família”, a “vontade e envolvimento da família para tomar conta” e as “condições do ambiente residencial”, são dimensões associadas aos *recursos familiares disponíveis* (Anexo M). O “nível de funcionalidade” da grande maioria das famílias deste estudo, foi avaliado positivamente pelos enfermeiros.

Quanto aos “recursos económicos”, a maioria das famílias demonstram um nível moderado, quer no rendimento financeiro, quer na própria disponibilidade económica necessária para cuidar do membro dependente.

A “consciencialização da família para tomar conta”, na maioria dos casos avaliados, foi referida pelos enfermeiros como elevada/moderada, respetivamente, 27,3% (n=53) e 52,6% (n=102). O estudo de Shyu et al. (2008) revela que na transição para o papel, os FC beneficiam com a implementação de programas de preparação da alta hospitalar com o objetivo de satisfazer as suas necessidades na prestação de cuidados aos familiares dependentes, tornando-se mais competentes e, deste modo, também mais satisfeitos com o papel exercido.

Apesar da maioria das famílias ser avaliada positivamente quanto à sua “disponibilidade para se envolver no processo de tomar conta do familiar dependente”, parece-nos significativo o facto de em cerca de um quarto dos casos avaliados, a disponibilidade ser reduzida [23,9% (n=47)]. Os estudos de Shyu (2000b), Rotondi et al. (2007), Turner et al. (2007) e Pringle et al. (2008), mostram que a transição para o exercício do papel de cuidador é um momento crítico, um processo muito complexo, uma experiência que envolve um estado emocional potencialmente instável, portanto, um processo muito difícil para as famílias.

Nos casos avaliados neste estudo, a maioria das famílias possui boas condições estruturais na residência familiar [85,6% (n=95)]. A existência de dependentes leva a que as famílias tenham, frequentemente, necessidade de proceder à reestruturação do espaço físico da habitação, quer interior quer exterior, por forma a potenciar a sua autonomia e a facilitar a prestação de cuidados por parte dos

familiares cuidadores (ex. reorganização da disposição dos móveis, eliminação de degraus entre as divisões, reestruturação do W.C., melhoria do acesso no exterior da habitação).

Os *recursos de saúde e sociais na comunidade* (Anexo M), à luz da teoria das transições de Meleis constituem um fator determinante das transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). No presente estudo, na maioria dos casos, o “apoio dos serviços de saúde no domicílio” é avaliado pelos enfermeiros como moderado [64,2% (n=97)]. Importa referir que apesar deste resultado ser positivo, existe 27,2% (n=41) dos casos em que este apoio é referido como reduzido. A efetividade das intervenções dos profissionais de saúde na ajuda aos doentes e respetivos FC por forma a que estes tenham um papel mais ativo e eficaz no regresso a casa, guarda uma relação significativa com a taxa de reinternamento hospitalar (Coleman et al., 2004). O “suporte da rede social” é avaliado como reduzido numa percentagem que consideramos significativa nos casos deste estudo [37% (n=51)]. Na maioria dos casos avaliados [84,9% (n=174)], os enfermeiros consideram adequado o destino final do doente dependente tendo em conta a sua condição de saúde. Dos 15,1% (n=31) dos casos em que os enfermeiros consideram inadequado o destino final do doente dependente (Anexo M), na grande maioria [90,3% (n=28)], o desejo dos familiares e do próprio doente dependente constituem as principais razões dessa inadequação.

Por último, uma das dimensões avaliadas com a aplicação deste instrumento de avaliação, refere-se aos *fatores intrínsecos aos profissionais de saúde determinantes para o processo de referenciação* (Anexo M). A análise dos resultados mostra que, na maioria dos casos avaliados, os profissionais de saúde envolvidos no processo de referenciação do doente dependente no momento da alta hospitalar, revelam um grau elevado de conhecimento quanto ao processo. Relativamente à “burocracia percecionada”, os resultados indicam percentagens com níveis menos elevados, onde uma parte muito significativa é avaliada como moderada [53,2% (n=123)]. O estudo de Tavares (2011) realizado em instituições de saúde da região norte do país, revela que vários profissionais de saúde não demonstraram conhecimento adequado com o processo de referenciação à RNCCI, em particular, com os critérios de admissão, objetivos e destinatários.

Terminada esta apreciação global dos resultados do Estudo II e tendo em conta os objetivos definidos, avançamos para a análise dos resultados mais específicos e centrados nos perfis dos dependentes em função dos diferentes destinos no momento da alta hospitalar, tendo em conta os critérios de decisão envolvidos.

3.3.4. Perfil dos dependentes em função dos destinos no momento da alta hospitalar tendo em conta os critérios de decisão envolvidos.

Como já referimos anteriormente e podemos observar na Tabela 3.11, foi possível identificar sete (7) diferentes “destinos” dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar: 1) Unidades de convalescença (RNCCI); 2) Unidades de média duração e reabilitação (RNCCI); 3) Unidades de longa duração e manutenção (RNCCI); 4) Unidades de cuidados paliativos (RNCCI); 5) Domicílio (regressaram a casa); 6) Lares e, por último, 7) Famílias de acolhimento. Neste subcapítulo, apresentamos os resultados referentes ao perfil dos casos da amostra, por destino no momento da alta hospitalar, tendo em conta os critérios de decisão utilizados pelos profissionais de saúde. Iremos proceder a comparações dos resultados obtidos referentes às principais variáveis, entre os grupos que constituem os diferentes

destinos. Todavia, o grupo de doentes referenciado para as UCP engloba, somente, quatro casos (1,5% da amostra). Assim, tratando-se de um número muito reduzido de casos que não permitiu retirar conclusões consistentes, tomámos a decisão de os excluir desta discussão final. O Anexo N mostra-nos, com detalhe, as sínteses que efetuámos, tendo em conta as principais variáveis deste estudo.

Assim, o grupo de doentes referenciado para as UC e UMDR são aqueles que apresentam maior potencial de reconstrução de autonomia. No entanto, é na capacidade funcional (física) que existe maiores diferenças entre estes dois grupos, com maior percentagem de doentes referenciados para as UC, a demonstrarem maior capacidade. Nos restantes grupos, o potencial de reconstrução de autonomia é muito limitado, com particular destaque para os doentes que tiveram como destino as ULDM, os lares e as famílias de acolhimento. Os doentes que regressaram a casa, apesar da maioria, apresentar reduzido potencial de reconstrução de autonomia comparado com os grupos referidos anteriormente (ULDM, lares e famílias de acolhimento), englobam a maior percentagem de casos com potencial.

Quanto ao nível de dependência antes do episódio de internamento (M-1), os doentes que tiveram como destino as ULDM, o domicílio, os lares e as famílias de acolhimento, são caracterizados por um quadro de dependência elevado, com maior enfoque para os doentes referenciados para os lares e as famílias de acolhimento. Os doentes referenciados para as UC e UMDR são, na maioria, os menos dependentes (mais autónomos²⁷) antes do internamento hospitalar (M-1).

No momento da alta hospitalar (M0), na generalidade, apesar de se verificar um agravamento no nível de dependência em todos os grupos comparativamente à avaliação em M-1, são os doentes que têm como destino as ULDM, os lares e as famílias de acolhimento, a apresentarem a maior percentagem com níveis de dependência muito elevada. Todavia, são estes dois grupos (lares e famílias de acolhimento) que revelam um menor agravamento no nível de dependência entre os dois momentos de avaliação (M-1 e M0). Constatamos que o nível de dependência elevada representa a sua condição (caraterística) antes do internamento. Ao invés, os doentes referenciados para as UC, são avaliados como o grupo que integra a maioria dos doentes menos dependentes (mais autónomos) em M0. Os casos que tiveram como destino a UMDR, são aqueles em que se verifica um agravamento mais significativo no nível de dependência entre M-1 e M0. Tratando-se de um grupo de doentes em que a maioria era autónoma em M-1, o evento crítico que gerou o internamento hospitalar teve um grande impacto na sua saúde. O grupo de doentes que regressa a casa, na sua maioria, também apresenta um agravamento no quadro de dependência entre M-1 e M0, sendo mesmo, este grupo, a apresentar em M-1 uma percentagem significativa de doentes autónomos (superior a 30% para alguns domínios do autocuidado como, por exemplo, “alimentar-se”, “virar-se” e “andar”).

Na avaliação dos processos corporais em M0, globalmente, em todos os grupos, verifica-se um elevado risco de complicações, justificado pelo elevado grau de dependência da maioria dos doentes da amostra. No entanto, são os grupos que englobam os doentes mais dependentes e, assim, com menor potencial de reconstrução de autonomia, aqueles que apresentam mais compromisso dos processos corporais (ULDM, domicílio, lares e famílias de acolhimento). Os grupos de doentes referenciados para as ULDM e domicílio, são mesmo, aqueles que apresentam maior percentagem de doentes com risco de

²⁷ Neste estudo, considera-se **autónomo**, o doente cuja avaliação do nível de dependência com a aplicação da escala do autocuidado utilizada no estudo, é classificado como “completamente independente” ou “necessita de equipamento”. Portanto, todo o doente que não necessita de pessoas para o desempenho das atividades do autocuidado.

complicações ao nível dos processos corporais. Se analisarmos com maior detalhe os resultados nestes grupos, torna-se relevante a percentagem significativa de doentes que, em M0, apresentam úlceras de pressão [ULDM=57,7% (n=15); domicílio=21,9% (n=35); lares=34,6% (n=9); famílias de acolhimento=20% (n=2)]; rigidez articular [ULDM=57,7% (n=15); domicílio=34% (n=54); lares=34,6% (n=9); famílias de acolhimento=90% (n=9)]; compromisso do processo respiratório (expetorar ineficaz) [ULDM=38,5% (n=10); domicílio=28,1% (n=45); lares=38,5% (n=10); famílias de acolhimento=50% (n=5)]. A percentagem de doentes com dor em M0 é transversal a todos os grupos. Em média, cerca de um terço em cada grupo é avaliada a presença de dor e, assim, a necessidade do seu controle.

Quanto à complexidade do regime terapêutico em M0, os doentes referenciados para as UC e UMDR, são os que apresentam alterações mais significativas ao regime medicamentoso, comparativamente com a sua condição anterior. Trata-se, pois, de doentes que, na sua maioria, antes do episódio de internamento, tomavam uma quantidade reduzida de medicamentos ou mesmo sem prescrição de medicação, justificado, pensamos nós, pela sua melhor condição de saúde (maioria eram autónomos). No entanto, as alterações no seu estado de saúde motivadas pelo evento crítico agudo que gerou o internamento hospitalar, justificaram a prescrição de um número significativo de medicamentos. Os doentes dos restantes grupos (ULDM, domicílio, lares e famílias de acolhimento), por já apresentarem uma condição de saúde mais vulnerável em M-1, na sua maioria, não sofrem alterações substantivas no regime medicamentoso, apesar de constituírem os grupos com maior percentagem de doentes com necessidade de prescrição de mais de cinco medicamentos. Os doentes com destino para as ULDM constituem o grupo com maior necessidade de medicação por via parentérica. Acreditamos nós que, este é um dos critérios de decisão mais importantes na sua referenciação para estas unidades, pela maior diferenciação de cuidados que necessitam.

Da análise dos resultados relativamente ao familiar cuidador (FC), no global, a maioria dos casos referenciados para as UC, UMDR, domicílio e famílias de acolhimento, demonstram potencial para tomar conta. Os grupos que tiveram como destinos o domicílio e as famílias de acolhimento, apesar de neste último grupo, o número de avaliações ter sido reduzido (n=10), foram mesmo os casos em que foi avaliada a maior capacidade dos FC. Em paralelo, resulta que os casos em que os FC demonstraram menor potencial para tomar conta foram as ULDM, não tendo sido possível avaliar os FC do grupo de doentes referenciados para os lares, simplesmente, pela sua inexistência. As diferenças mais significativas nos diferentes grupos de destino em que os FC mostram maior potencial (UC, UMDR, domicílio e famílias de acolhimento), verificam-se ao nível das habilidades instrumentais, na experiência anterior em tomar conta e no risco de sobrecarga. Assim, a maioria dos FC dos doentes referenciados para as UC e UMDR demonstram menos habilidades instrumentais e menor experiência anterior de cuidar. Este facto pode ser justificado por os dependentes destes grupos, na sua maioria, serem autónomos antes do episódio de internamento, não requerendo, por isso, a necessidade dos familiares desenvolverem competências no exercício do papel de cuidadores. Daí, também, menor risco de sobrecarga. Já referimos anteriormente que os FC do grupo de doentes que tiveram como destino as ULDM são os que demonstram menor potencial para tomar conta. A análise dos resultados mostra-nos os valores mais negativos para a quase totalidade dos itens (indicadores) avaliados para esta dimensão, comparando com os restantes grupos, apesar de ser o grupo com os FC com maior experiência de cuidar (a par do grupo das famílias de acolhimento).

A avaliação dos recursos familiares constitui uma dimensão importante deste estudo. Os resultados mostram-nos que, no global, os dependentes incluídos nos grupos com destinos para as ULDM e as famílias de acolhimento, pertencem às famílias com menos recursos para a sua integração no domicílio, após a alta hospitalar. Itens desta dimensão, como o “nível de funcionalidade entre os membros da família”, “disponibilidade para cooperar no processo de tomar conta” e “disponibilidade quanto aos recursos económicos necessários”, foram avaliados com valores negativos, o que pode ter ajudado, cremos nós, a justificar a sua referenciação para estes destinos. Importa reforçar e relembrar que nos casos referenciados para as famílias de acolhimento, os FC foram avaliados como aqueles que possuíam maior potencial para tomar conta, o que, numa primeira inferência, nos poderia levar a pensar que seriam casos com grande probabilidade de regressar a casa no momento da alta clínica. No entanto, como já o referimos, o escasso suporte familiar identificado neste grupo, terá, muito provavelmente, estado na base da decisão para a sua “institucionalização”. Os doentes referenciados quer para os lares, quer para as famílias de acolhimento, constituem os casos com maior percentagem de famílias monoparentais ou a “viver só” (tipo de família), o que nos parece um dado a considerar nos critérios de institucionalização destes doentes, dada a ausência de suporte familiar. No entanto, temos de ter em conta o facto destes “grupos de destino” (lares e famílias de acolhimento) englobarem um número reduzido de casos avaliados (com um elevado número de respostas nulas), o que, nos parece, constituir uma limitação na robustez da interpretação dos resultados.

Os doentes que integraram o grupo que regressou a casa, constituem os casos em que o suporte familiar é mais visível, seguido do grupo que tem como destino as UC e as UMDR. O facto do grupo que teve como destino o domicílio englobar os FC mais competentes, dispor de maior apoio familiar e um número significativo destes doentes já ser dependente antes do episódio de internamento, muito possivelmente, estamos perante critérios importantes que estiveram na base da decisão dos profissionais de saúde e familiares no seu regresso a casa.

Por último, passamos à análise e discussão dos resultados referentes aos recursos de saúde e sociais na comunidade disponíveis na área de residência dos dependentes. As famílias que integram os casos referenciados para as ULDM, são aquelas em que as respostas de saúde e sociais são mais escassas. Nos doentes referenciados para as famílias de acolhimento, a maioria das famílias, também, são avaliadas como tendo baixo suporte da rede social, o que pode ser mais um critério de decisão a juntar ao reduzido apoio familiar e que caracterizam este grupo. Sai reforçada a ideia da existência de fracas condições para o seu regresso a casa e, assim, a opção pela institucionalização. Nos doentes incluídos nos grupos que tiveram como destino as UC, as UMDR e o domicílio, a maioria das famílias, dispõe de respostas de saúde e sociais consideradas adequadas, constituindo um fator facilitador na transição da pessoa associada à dependência e ao exercício do papel de prestador de cuidados.

3.3.5. Síntese dos principais resultados.

Esta fase do estudo, tinha como um dos principais objetivos, conhecer o destino do doente dependente no momento da alta hospitalar. A maioria dos casos regressou a casa, seguindo-se o internamento nas unidades da RNCCI. Os lares e as famílias de acolhimento têm uma menor representação de casos. Os enfermeiros foram os profissionais de saúde mais envolvidos na iniciação do processo de referenciação

do doente dependente no momento da alta hospitalar. O enfermeiro, a par do médico assistente e do próprio doente/família, são os elementos que mais contribuem para a tomada de decisão sobre o destino após o episódio de internamento.

Em relação à condição de saúde dos doentes dependentes, a maioria, revela um nível reduzido de potencial de reconstrução de autonomia. Apresentam níveis elevados de dependência para todos os domínios do autocuidado, verificando-se um agravamento entre os dois momentos de avaliação, antes do episódio de internamento hospitalar (M-1) e no momento da alta hospitalar (M0). Um dado importante, é o facto de, a maioria, já ser dependente antes do internamento hospitalar.

Da análise dos resultados que dizem respeito ao compromisso nos processos corporais, a maioria dos casos da amostra, revela um elevado risco de contrair alterações ao nível dos diferentes sistemas corporais. Podemos destacar, o sistema tegumentar (úlceras de pressão e maceração), musculoesquelético (rigidez articular), resultado da longa imobilidade nestes doentes, associada ao elevado nível de dependência no autocuidado.

O estudo revela, ainda, um número significativo de casos com alterações substantivas ao regime medicamentoso no momento da alta hospitalar, bem como, a prescrição de mais de cinco medicamentos poros/dia.

Uma das dimensões que consideramos muito importante neste estudo, reporta-se ao potencial do FC para tomar conta. Os resultados relativos a esta dimensão, apesar de, na globalidade, serem positivos, apresentam indicadores com níveis reduzidos. Damos como exemplo, a “força de vontade expressa para tomar conta”, o “apoio dos familiares/amigos percecionado para tomar conta”, o “apoio da rede formal percecionado para tomar conta”, o “conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta”, as “capacidades instrumentais sobre os cuidados necessários para tomar conta” e o “risco de sobrecarga do FC”. Este último indicador, em particular, apresenta 63,3% (n=140) dos casos, facto que é relevante se nos recordarmos que, o tempo de dependência é, em média, de 3,7 anos para a amostra deste estudo.

Quanto aos recursos familiares, à semelhança do potencial do FC para tomar conta, os resultados revelam a existência de dimensões com níveis reduzidos com algum significado como, por exemplo, a “Disponibilidade expressa pela família quanto aos recursos económicos necessários para tomar conta”, o “Reconhecimento da família acerca das implicações na dinâmica familiar decorrente do processo de tomar conta” e a “Disponibilidade expressa pela família para cooperar no processo de tomar conta”.

Em relação aos recursos da comunidade, monitorizados neste estudo pelo suporte em cuidados no domicílio e da rede social às famílias que integram membros dependentes, é referido pelos enfermeiros que uma parte substantiva dos casos avaliados apresenta níveis reduzidos de apoio, com maior destaque para o apoio de equipamentos sociais (lares, centros dia, IPSS, famílias acolhimento).

No global, os enfermeiros que participaram na recolha de dados, consideraram adequado o destino do dependente no momento da alta hospitalar. O desejo da família e do próprio doente são apontados como as razões que justificam o destino ser considerado inadequado, embora com um número de casos pouco significativo.

Verificamos, ainda, que os enfermeiros consideram que os elementos das equipas de saúde são sensíveis à referenciação dos doentes para a RNCCI, demonstrando um conhecimento elevado sobre este processo, apesar de o considerarem demasiado burocrático.

Quanto ao perfil dos dependentes em função do destino no momento da alta hospitalar, vimos que o grupo referenciado para as UC e UMDR são aqueles que apresentam maior potencial de reconstrução de autonomia. Em relação ao nível de dependência antes do episódio de internamento (M-1), os doentes que tiveram como destino as ULDM, o domicílio, os lares e as famílias de acolhimento, são os mais dependentes. Em paralelo, os doentes referenciados para as UC e UMDR são, na sua maioria, autónomos antes do internamento. No momento da alta hospitalar (M0), verifica-se um agravamento no nível de dependência em todos os grupos, comparativamente à avaliação em M-1. Todavia, os doentes referenciados para as ULDM, os lares e as famílias de acolhimento, são os mais dependentes. Ao invés, os doentes referenciados para as UC são os menos dependentes M0. O grupo de doentes referenciados para as UMDR são aqueles em que se verificou maior agravamento no quadro de dependência entre M-1 e M0. Todavia, antes do episódio de internamento (M-1), a maioria, era autónoma. Os doentes que regressam a casa, na sua maioria, tiveram um agravamento significativo no nível de dependência entre M-1 e M0. Trata-se, também, de um grupo que, antes do internamento, a percentagem de doentes autónomos era ainda elevada.

Em relação aos processos corporais, em M0, globalmente, em todos os grupos se verifica um risco de compromisso muito relevante, justificado pelo elevado quadro de dependência da maioria dos doentes. Todavia, são os doentes mais dependentes, aqueles que apresentam maior compromisso nos processos corporais (ULDM, domicílio, lares e famílias de acolhimento), sendo mesmo, os doentes referenciados para as ULDM e domicílio, os que apresentam maior percentagem de doentes com risco de complicações ao nível dos processos corporais.

Os doentes referenciados para as UC e UMDR são os que têm alterações mais significativas ao nível do regime medicamentoso, sendo os que têm as ULDM como destino, aqueles com maior necessidade de medicação por via parentérica.

Dos resultados referentes ao familiar cuidador (FC), a maioria, cujos dependentes são referenciados para as UC, UMDR, domicílio e famílias de acolhimento, demonstram potencial para tomar conta. Em paralelo, os casos em que os FC demonstraram menor potencial para tomar conta, tiveram como destino as ULDM. Os doentes pertencentes aos grupos, cujos destinos foram as ULDM e as famílias de acolhimento, pertencem às famílias com menores recursos disponíveis para o seu regresso a casa, apesar dos (potenciais) FC daqueles que foram referenciados para a famílias de acolhimento terem sido avaliados como o grupo com maior potencial para tomar conta.

Os doentes referenciados para os lares e famílias de acolhimento, representam os casos com maior percentagem de famílias monoparentais ou a “viver só”. Os doentes que regressam a casa, às UC e às UMDR, são os casos com maior suporte familiar. O grupo de doentes referenciado para o domicílio engloba os FC mais competentes e com maior apoio familiar. É, também, o grupo com um número significativo de dependentes antes do internamento hospitalar.

Por último, as famílias que integram os casos que tiveram como destino as ULDM, representam aquelas em que os recursos de saúde e sociais da sua área de residência, são mais escassos. Assim como, os

doentes referenciados para as famílias de acolhimento, englobam as famílias com menor suporte da rede social e reduzido apoio familiar, tornando a opção pela institucionalização quase uma “inevitabilidade”. Pelo contrário, as famílias em que os dependentes tiveram como destino as UC, as UMDR e o domicílio, são os grupos que dispõem de melhores respostas de saúde e sociais.

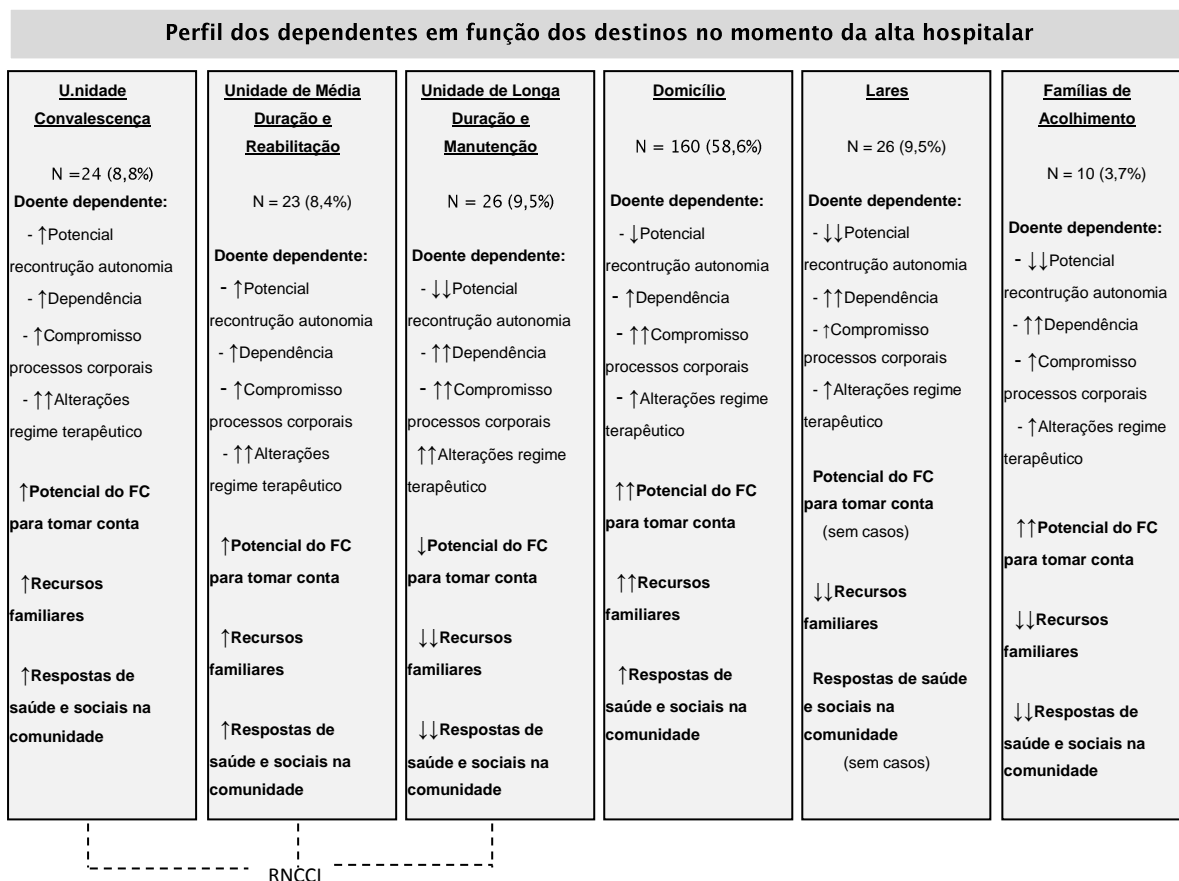


Figura 3.2 – Perfil dos doentes dependentes em função dos destinos no momento da alta hospitalar

Na Figura 3.2 está representado um esquema com a síntese dos resultados do perfil dos dependentes em função dos destinos no momento da alta hospitalar, em relação às principais variáveis deste estudo.

3.4. ESTUDO III – EVOLUÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO, DO PERFIL DO FAMILIAR CUIDADOR PARA TOMAR CONTA E DOS RECURSOS UTILIZADOS - ESTUDO LONGITUDINAL

Concluída a análise ao Estudo II, realizado em contexto hospitalar, passaremos neste capítulo a apresentar e discutir os resultados do Estudo III, efetuado em contexto comunitário. Como já explicámos, para este estudo foi adotado um dispositivo metodológico, de perfil longitudinal, reportando-se ao acompanhamento dos 273 dependentes, identificados a partir do Estudo II, onde se procedeu a três momentos de avaliação: 1º, 2º e 3º mês após a alta hospitalar (M1, M2 e M3).

Face à grande quantidade de dados gerados relativamente ao Estudo III e por razões que se prendem com a limitação de espaço disponível para a elaboração do relatório, para cada momento de avaliação (M1, M2 e M3), optámos por apresentar os resultados relacionados com os dados globais das suas principais dimensões, tendo em conta os objetivos propostos. Assim, relembramos essas dimensões:

1. Evolução da condição de saúde dos doentes, no que diz respeito ao tipo e nível de dependência no(s) autocuidado(s), bem como, ao compromisso nos processos corporais;
2. Evolução do exercício do papel dos familiares cuidadores, no que diz respeito à perceção de autoeficácia, perfil de cuidados assegurados e recursos mobilizados.

Nos Anexos O, P, Q, R, S e T, mostramos um conjunto de tabelas e gráficos com os resultados mais específicos e mais detalhados, permitindo, por um lado, uma melhor compreensão sobre o processo de majoração dos dados apresentados para cada dimensão em estudo e, por outro lado, conhecer ao pormenor o conjunto de variáveis/indicadores que compõem cada uma das principais variáveis do estudo.

Visto tratar-se de um estudo com três momentos de avaliação (M1, M2 e M3), apresentamos os resultados pela ordem cronológica dos momentos de avaliação (de M1 a M3). No final da apresentação dos resultados para cada dimensão, procedemos à sua síntese, onde nos referimos à evolução das principais variáveis ao longo dos três momentos de avaliação. Nesta síntese, discute-se os resultados. Em paralelo, elegemos um conjunto de *notas de campo* que foram por nós registadas, aquando das entrevistas aos FC, quer por contacto telefónico (M1 e M2), quer presencialmente (M3). Estas notas de campo, ilustrativas de cada dimensão que analisámos, permitem uma melhor compreensão e contextualização dos dados quantitativos, onde se dá a conhecer as expressões, sentimentos e opiniões dos FC, face à sua experiência no exercício do papel.

Para uma melhor compreensão dos resultados e de acordo com as explicações detalhadas no capítulo da metodologia, importa recordar o número de casos avaliados em cada momento de avaliação do Estudo III:

- i) Em **M1**, um mês após a alta hospitalar, foram avaliados **117 casos** para uma população acessível de 203 casos. Recordamos que em M1, face à metodologia adotada, apenas foram avaliados os casos que se encontravam no domicílio. Os restantes casos – institucionalizados – não foram alvo desta avaliação;
- ii) Em **M2**, dois meses após a alta hospitalar, foram avaliados **115 casos** para uma população acessível de 179 casos. O procedimento foi semelhante ao que definimos para M1, onde foram avaliados apenas os casos em que os doentes estavam no domicílio;
- iii) Em **M3**, três meses após a alta hospitalar, ao contrário do que foi planeado para M1 e M2, foram avaliados todos os casos da população acessível (**162 casos**), independentemente do destino dos doentes à data da avaliação.

Relembramos, ainda, que em M1 e M2 a avaliação foi realizada por entrevista telefónica com os familiares cuidadores. A avaliação em M3 foi presencial, no local onde o dependente se encontrava, três meses após a alta hospitalar.

No entanto, em várias situações ao longo da apresentação dos resultados, para as diferentes variáveis, o número de casos avaliados, em cada momento de avaliação, foi inferior a estes valores que referimos. As razões que justificam este facto são fundamentalmente: i) por não ser adequado avaliar uma ou mais variáveis, no caso em concreto ou, ii) por não ter sido possível efetuar a avaliação por ausência e/ou incapacidade de resposta dos FC, no caso em concreto.

3.4.1. Evolução da condição de saúde dos doentes dependentes.

A análise e discussão deste estudo, inicia-se pela evolução da condição de saúde dos doentes dependentes. É avaliada pela evolução do tipo e nível de dependência no autocuidado e, pela evolução do compromisso nos processos corporais, entre M1 (um mês após a alta hospitalar) e M3 (três meses após a alta hospitalar).

3.4.1.1. Evolução do tipo e nível de dependência no autocuidado.

O tipo e o nível de dependência no autocuidado, como já o mencionámos no capítulo da metodologia, foi avaliado por um conjunto de subescalas que integram o instrumento de recolha de dados concebido por uma equipa de investigadores da ESEP, fazendo parte de um projeto desenvolvido nesta Escola, com o objetivo de caracterizar o fenómeno da dependência no autocuidado.

Estas subescalas englobam onze (11) domínios do autocuidado e que são propostos pelo *International Council of Nursing* (ICN). Relembramos os onze domínios: 1) “Tomar banho”, 2) “Vestir-se e despir-se”, 3) “Arranjar-se”, 4) “Alimentar-se”, 5) “Uso do sanitário”, 6) “Elevar-se”, 7) “Virar-se”, 8) “Transferir-se”, 9) “Usar cadeira de rodas”, 10) “Andar” e, 11) “Tomar a medicação”.

Em cada domínio específico do autocuidado, para definirmos o nível de dependência do doente, procedemos à avaliação do conjunto de indicadores específicos que compõem cada domínio, de acordo com uma escala de *Likert* de 4 pontos:

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

Para uma melhor compreensão da forma como foi operacionalizada a escala utilizada para cada domínio do autocuidado, damos como exemplo, o autocuidado “tomar banho”. A escala de avaliação da dependência para “tomar banho”, inclui oito (8) indicadores específicos (Anexo K). Assim, em cada indicador específico, cada caso é caracterizado em função do seu nível de dependência.

No contexto da prática, a utilização desta escala revela-se com valor clínico muito útil para a ação profissional dos enfermeiros, na medida em que permite uma caracterização muito específica das atividades que compõem cada domínio do autocuidado, bem como, o nível de dependência para cada uma dessas atividades e a sua evolução ao longo do processo terapêutico. Deste modo, uma escala desta natureza, permite planejar e executar um conjunto de terapêuticas de enfermagem específicas e adequadas para cada condição de saúde individual, em função dos objetivos traçados.

A partir da avaliação com maior descrição e detalhe do nível de dependência para cada domínio do autocuidado (continuando com o exemplo do autocuidado “tomar banho”), foi possível evoluir para a computação do “nível global de dependência para tomar banho”, numa escala ordinal. Deste modo, com base nos valores (scores) relativos a cada um dos indicadores da escala de avaliação da dependência para “tomar banho”, consideraram-se os itens não nulos e em função dos diferentes scores obtidos, procedeu-se à definição sequencialmente dos critérios que passamos a descrever e que permitiram a computação de uma nova variável ordinal, que indica o *nível global de dependência* para “tomar banho”. A partir deste exemplo, o processo que permitiu obter os scores do nível global de dependência para os restantes domínios do autocuidado do estudo foi idêntico. Assim, definiu-se:

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

Assim, foi-nos possível descrever o “*nível global de dependência*” para todos os domínios do autocuidado, apresentado quer em Anexo O (na última linha da tabela de cada domínio de autocuidado – “Global”), quer em cada momento de avaliação do perfil de dependência no autocuidado, na tabela – “Caraterização dos doentes pelo nível global de dependência, por domínio de autocuidado” – incluída no texto principal do relatório.

Foi, ainda, computada uma variável intervalar, com base na média ignorando os nulos, tendo por base todos os indicadores das diferentes escalas de dependência no autocuidado, traduzindo o “nível médio de dependência global no autocuidado”, numa escala quantitativa.

3.4.1.1.1 Um mês após a alta hospitalar (M1).

Ao 1º mês após a alta hospitalar, por contacto telefónico, foi possível avaliar 117 doentes dependentes que se encontravam em casa. A análise da Tabela 3.13 mostra que, um mês após a alta hospitalar (M1), globalmente, a grande maioria dos doentes, apresenta um nível de dependência muito elevado (“dependente não participa” ou “necessita de ajuda de pessoa”). Nos domínios do autocuidado “elevar-se”, “virar-se” e “transferir-se”, verifica-se a maior percentagem de doentes *autónomos*²⁸ (“necessita de equipamento” ou “completamente independente”).

Tabela 3.13 – Caraterização dos doentes pelo nível global de dependência, por domínio de autocuidado – escala ordinal (M1)

Domínio de autocuidado	N	Dependente não Participa		Necessita de Ajuda de pessoa		Necessita de Equipamento		Completamente Independente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tomar banho	116	76	65,5	31	26,7	1	0,9	8	6,9
Vestir-se e despir-se	117	52	44,4	56	47,9	0	0,0	9	7,7
Arranjar-se	116	59	50,9	49	42,2	0	0,0	8	6,9
Alimentar-se	116	25	21,6	80	69,0	0	0,0	11	9,5
Usar o sanitário	117	60	51,3	37	31,6	2	1,7	18	15,4
Elevar-se	117	54	46,2	27	23,1	9	7,7	27	23,1
Virar-se	116	43	37,1	25	21,6	6	5,2	42	36,2
Transferir-se	116	50	43,1	37	31,9	7	6,0	22	19,0
Usar cadeira de rodas	39	35	89,7	3	7,7	0	0,0	1	2,6
Andar	116	55	47,4	38	32,8	11	9,5	12	10,3
Tomar medicação	117	26	22,2	81	69,2	0	0,0	10	8,5
Nível global dependência	117	20	17,1	94	80,3	1	0,9	2	1,7

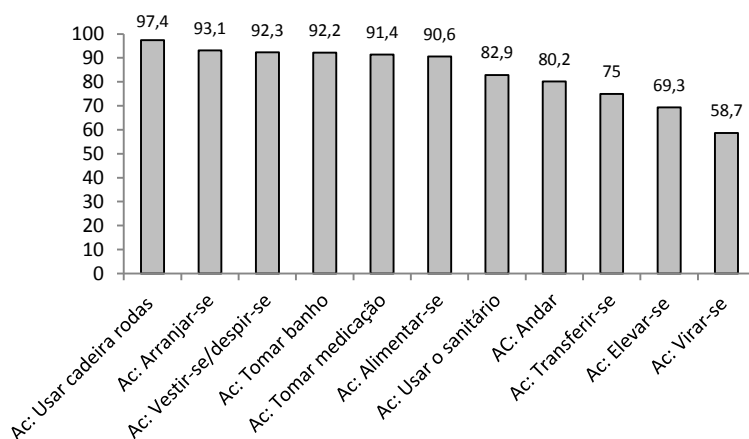
O Gráfico 3.4 fornece-nos com maior detalhe, as percentagens de doentes classificados como “*grandes dependentes*”²⁹, por domínio de autocuidado. Verificamos que as percentagens são, sem exceção, sempre superiores a 50%, registando-se mesmo em mais de metade dos domínios do autocuidado (6) percentagens de casos de “grandes dependentes” superiores a 90%. Os domínios do autocuidado com maior percentagem de doentes “grandes dependentes” são, por ordem decrescente: “usar cadeira de rodas” (97,4%); na área do *asseio pessoal*, especificamente, “arranjar-se” (93,1%), “vestir-se/despir-se” (92,3%) e “tomar banho” (92,2%); “tomar a medicação” (91,4%) e “alimentar-se” (90,6%). Ao invés, os domínios do autocuidado com menor percentagem de doentes *grandes dependentes* são na área da

²⁸ Neste estudo, consideramos doentes “autónomos”, aqueles que para a realização das atividades do autocuidado necessitam apenas de equipamentos/ajudas técnicas ou aqueles que são completamente independentes (estes sem necessidade de qualquer tipo de ajuda, seja de equipamentos/ajudas técnicas ou pessoas). Portanto, aquilo que diferencia estes doentes (autónomos) dos restantes é a não necessidade absoluta de pessoas para realizarem ou completarem as atividades do autocuidado.

²⁹ Os doentes classificados como “grandes dependentes” por domínio de autocuidado correspondem aos casos avaliados na escala do autocuidado utilizada no estudo como “dependente não participa” ou “necessita de ajuda de pessoa”.

mobilidade e por ordem decrescente: “andar” (80,2%), “transferir-se” (75%), “elevar-se” (69,3%) e “virar-se” (58,7%). Os resultados no domínio da *mobilidade* (“transferir-se”, “elevar-se”), mostram-nos que, um mês após a alta hospitalar, a grande maioria dos doentes que regressa a casa, estão confinados ao leito (cerca de três quartos), o que, tradicionalmente, na profissão, temos vindo a designar por “doentes acamados”.

Gráfico 3.4 - % de “grandes dependentes” por domínio de autocuidado (M1)



A média global do nível de dependência no autocuidado dos 117 dependentes que estavam em casa, um mês após a alta hospitalar (M1), situa-se em 1,9 (Tabela 3.14).

Tabela 3.14 - Nível médio de dependência global no autocuidado - escala quantitativa (M1); (n=117)

Dependência no autocuidado (M1)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	117	1,0	4,0	1,9	0,83

3.4.1.1.2 Dois meses após a alta hospitalar (M2).

Passamos a apresentar os resultados referentes à avaliação no 2º mês após a alta hospitalar (M2), onde foi possível, também, por contacto telefónico, avaliar 115 doentes dependentes que estavam em casa. À semelhança de M1, a maioria dos doentes, mantem um nível de dependência elevado por domínio de autocuidado (“dependente não participa” ou “necessita de ajuda de pessoa”), Tabela 3.15.

Tabela 3.15 - Caracterização dos doentes pelo nível global de dependência, por domínio de autocuidado - escala ordinal (M2)

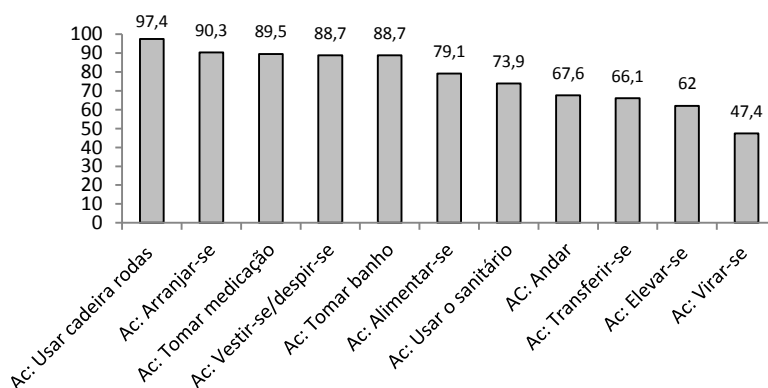
Domínio de autocuidado	N	Dependente não Participa		Necessita de Ajuda de Pessoa		Necessita de Equipamento		Completamente Independente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tomar banho	115	65	56,5	37	32,2	0	0,0	13	11,3
Vestir-se e despir-se	115	39	33,9	63	54,8	0	0,0	13	11,3
Arranjar-se	114	47	41,2	56	49,1	0	0,0	11	9,6
Alimentar-se	115	20	17,4	71	61,7	0	0,0	24	20,9
Usar o sanitário	115	50	43,5	35	30,4	4	3,5	26	22,6
Elevar-se	113	43	38,1	27	23,9	4	3,5	39	34,5
Virar-se	114	35	30,7	19	16,7	7	6,1	53	46,5
Transferir-se	115	39	33,9	37	32,2	5	4,3	34	29,6
Usar cadeira de rodas	38	35	92,1	2	5,3	0	0,0	1	2,6
Andar	114	46	40,4	31	27,2	19	16,7	18	15,8
Tomar medicação	114	17	14,9	85	74,6	0	0,0	12	10,5
Nível global dependência	115	16	13,9	96	83,5	1	0,9	2	1,7

No entanto, para “elevar-se”, “virar-se”, “transferir-se” e “andar”, verifica-se a maior percentagem de doentes *autónomos* (“necessita de equipamento” ou “completamente independente”) com valores superiores a 30% dos casos por domínio de autocuidado, em que, “virar-se”, apresenta a maior percentagem de doentes *autónomos* [52,6% (n=60)], (Tabela 3.15).

O Gráfico 3.5 mostra-nos com maior especificidade as percentagens de casos classificados como “grandes dependentes” por domínio de autocuidado. Verifica-se que em apenas um (1) domínio do autocuidado - “virar-se” - esta percentagem é inferior a 50%, especificamente, 47,4%. Regista-se em mais de metade dos domínios do autocuidado (6) percentagens de casos “grandes dependentes” superior a 75%. “Usar cadeira de rodas” (97,4%); “tomar a medicação” (89,5%); a área do *asseio pessoal*, nomeadamente, “arranjar-se” (90,3%), “vestir-se/despir-se” (88,7%) e “tomar banho” (88,7%), são os domínios do autocuidado com maior percentagem de *grandes dependentes*. Por outro lado, os domínios do autocuidado com menor percentagem de *grandes dependentes*, à semelhança de M1, são na área da *mobilidade* e, por ordem decrescente: “andar” (67,6%), “transferir-se” (66,1%), “elevar-se” (62%) e “virar-se” (47,4%).

Os resultados no domínio da *mobilidade* - “transferir-se”, “elevar-se”, “virar-se” e “andar” - mostram-nos que, dois meses após a alta hospitalar (M2), cerca de dois terços dos doentes que estavam em casa, mantêm-se confinados ao leito. Se compararmos estes resultados com os verificados no 1º mês após a alta hospitalar (M1), observa-se uma evolução positiva, traduzida pela diminuição da percentagem de doentes “acamados”.

Gráfico 3.5 - % de “grandes dependentes” por domínio de autocuidado (M2)



A média global do nível de dependência no autocuidado em M2 é ligeiramente superior à verificada em M1, com um *score* de 2,1 (Tabela 3.16). Assim, verifica-se que, o nível global de dependência dos 115 doentes que estavam em casa, dois meses após a alta hospitalar (M2), teve uma discreta evolução positiva em relação a M1.

Tabela 3.16 - Nível médio de dependência global no autocuidado – escala quantitativa (M2); (n=115)

Dependência no autocuidado (M2)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	115	1,0	4,0	2,1	0,912

3.4.1.1.3 Três meses após a alta hospitalar (M3).

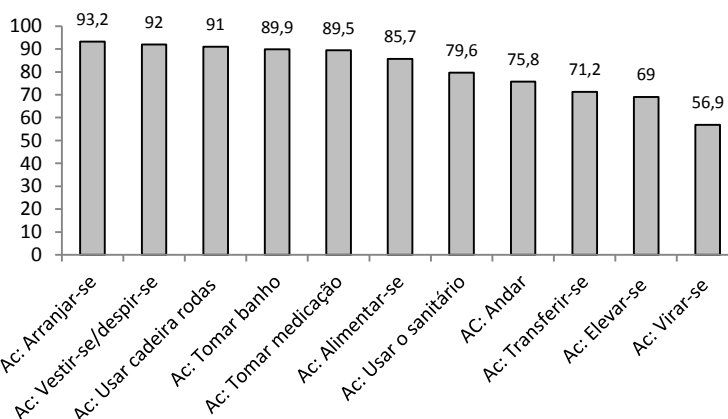
Por último, mostramos os resultados do 3º mês após a alta hospitalar (M3). Dos 162 doentes dependentes avaliados por contacto presencial, correspondendo à totalidade da população acessível neste momento de avaliação, a grande maioria, mantém um nível de dependência elevado (“dependente não participa” ou “necessita de ajuda de pessoa”). No entanto, à semelhança de M1 e M2, os domínios - “elevar-se”, “virar-se” e “transferir-se” - registam a maior percentagem de doentes *autónomos* (“necessita de equipamento” ou “completamente independente”), superior a 28% dos casos por domínio de autocuidado (Tabela 3.17).

Tabela 3.17 – Caracterização dos doentes pelo nível global de dependência, por domínio de autocuidado – escala ordinal (M3)

Domínio de autocuidado	N	Dependente não Participa		Necessita de Ajuda de pessoa		Necessita de Equipamento		Completamente Independente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tomar banho	162	90	55,6	54	33,3	0	0,0	18	11,1
Vestir-se e despir-se	162	65	40,1	84	51,9	0	0,0	13	8,0
Arranjar-se	162	69	42,6	82	50,6	0	0,0	11	6,8
Alimentar-se	161	41	25,5	97	60,2	0	0,0	23	14,3
Usar o sanitário	162	76	46,9	53	32,7	1	0,6	32	19,8
Elevar-se	158	67	42,4	42	26,6	12	7,6	37	23,4
Virar-se	160	52	32,5	39	24,4	6	3,8	63	39,4
Transferir-se	160	61	38,1	53	33,1	9	5,6	37	23,1
Usar cadeira de rodas	56	47	83,9	4	7,1	0	0,0	5	8,9
Andar	161	71	44,1	51	31,7	24	14,9	15	9,3
Tomar medicação	162	45	27,8	100	61,7	0	0,0	17	10,5
Nível global dependência	162	29	17,9	132	81,5	1	0,6	0	0,0

Da análise do Gráfico 3.6 ressalta que, sem exceção, em todos os domínios do autocuidado as percentagens de casos avaliados como *grandes dependentes* são superiores a 50%, verificando-se mesmo em mais de metade dos domínios do autocuidado (6) valores superiores a 85%. À semelhança do que se verificou em M1 e M2, os domínios “Usar cadeira de rodas” (91%); “tomar a medicação” (89,5%); a área do *asseio pessoal*, em concreto, “arranjar-se” (93,2%), “vestir-se/despir-se” (92%) e “tomar banho” (89,9%); “tomar a medicação” (89,5%) e alimentar-se (85,7%) são os domínios do autocuidado com maior percentagem de doentes *grandes dependentes*. Por outro lado, e também à semelhança de M1 e M2, os domínios do autocuidado com menor percentagem de doentes *grandes dependentes*, são na área da *mobilidade* e por ordem decrescente: “andar” (75,8%), “transferir-se” (71,2%), “elevar-se” (69%) e “virar-se” (56,9%).

Gráfico 3.6 – % de “grandes dependentes” por domínio de autocuidado (M3)



O nível médio de dependência global no autocuidado dos 162 doentes avaliados ao 3º mês após a alta hospitalar, correspondendo à totalidade da população acessível do estudo para este momento, apresenta um *score* de 2,0 (Tabela 3.18).

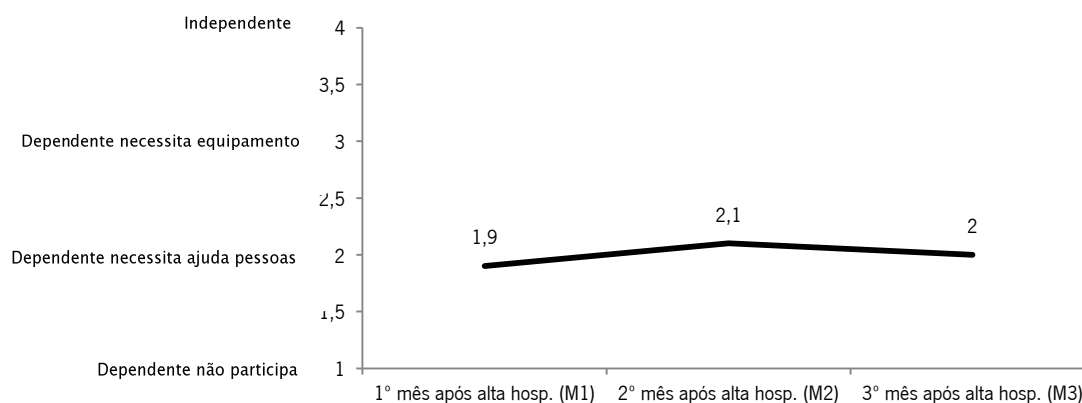
Tabela 3.18 – Nível médio de dependência global no autocuidado – escala quantitativa (M3); (n=162)

Dependência no autocuidado (M3)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	162	1,0	3,9	2,0	0,861

3.4.1.1.4 Evolução do nível de dependência: síntese e discussão dos resultados.

O trabalho exploratório de revisão da literatura que realizámos no contexto deste estudo (Petronilho, 2012) e que apresentámos na introdução deste relatório, evidencia que, o nível de dependência no autocuidado e, em particular, a capacidade funcional, tem um grande impacto na autonomia do ser humano (Whittle & Goldenberg, 1996; Backman & Hentinen, 2001; Petronilho, 2007; Chang, 2009; Duque, 2009; Petronilho et al., 2010; Zeleznik et al., 2010). Neste Estudo III, o “nível médio de dependência global no autocuidado”³⁰, revela um nível elevado de dependência dos casos da amostra, com uma discreta oscilação, ao longo dos três meses após a alta hospitalar (Gráfico 3.7).

Gráfico 3.7 – Nível Médio de Dependência Global no Autocuidado em cada um dos 3 momentos de avaliação (M1; M2; M3)



Os estudos de Petronilho (2007) e Louro (2009), apesar de utilizarem instrumentos de medida diferentes daquele que foi utilizado neste estudo, mas, igualmente, uma amostra não probabilística e de conveniência, mostram que o nível de dependência no autocuidado dos doentes, no momento da alta hospitalar e um mês após o regresso a casa, no global, foi também elevado.

Quanto à evolução do nível de dependência no autocuidado, ao longo do espaço temporal em que decorreu o Estudo III, os domínios em que os doentes revelaram **maior nível de dependência**, o que temos vindo a nomear neste capítulo por “grandes dependentes”, são: “**tomar a medicação**” (superior ou igual a 89%); “**alimentar-se**” (superior a 79%); “**tomar banho**” (superior a 88%), “**arranjar-se**” (superior a 90%), “**vestir-se/despir-se**” (superior a 88%), podendo estes três domínios serem

³⁰ A variável intervalar “Nível Médio de Dependência Global no Autocuidado” (escala quantitativa) foi computada, com base na média (ignorando os nulos), de todos os scores dos indicadores das diferentes escalas de dependência no autocuidado aplicada.

englobados numa categoria denominada - *asseio pessoal*. Em paralelo, os domínios do autocuidado em que os doentes revelam **menores níveis de dependência (maior autonomia)** são: “**andar**” (superior a 67%); “**transferir-se**” (superior a 66%); “**elevantar-se**” (superior ou igual a 62%); “**virar-se**” (superior a 47%), podendo, também, estes quatro domínios serem enquadrados numa área que podemos designar por *mobilidade*, em que, como já o referimos, estes doentes são, tradicionalmente, designados por “acamados”, considerando esta dimensão fundamental na capacidade do ser humano em ser autónomo. Portanto, dos resultados apresentados, podemos concluir que, ao longo dos três meses após a alta hospitalar, a percentagem de **doentes que se mantiveram “acamados”, foi sempre superior a dois terços do total dos avaliados**. Assim, podemos afirmar a existência de uma estabilização na percentagem de dependentes “acamados” ao longo do período de avaliação. Significa que, em casa, estes doentes necessitam de cuidados assegurados pelos familiares, o que se torna um aspeto muito relevante nesta investigação e, no global, na importância dos cuidados de enfermagem assegurados a esta população-alvo.

O domínio do autocuidado “usar cadeira de rodas” revela-nos um nível de dependência, também, muito elevado ao longo do estudo, sendo mesmo o que apresenta percentagens mais elevadas de casos, comparativamente com os restantes domínios, à exceção da avaliação em M3. No entanto, apesar de estar englobado na área da *mobilidade*, o facto de apresentar uma amostra consideravelmente menor em todos os momentos de avaliação, comparativamente aos outros domínios (cerca de um terço dos restantes) e pela sua maior especificidade, optámos por individualizá-lo nesta discussão. Os resultados do estudo de Duque (2009) são de alguma forma concordantes com o presente estudo.

Uma leitura mais global dos resultados (Tabelas 3.13; 3.15; e 3.17), permite-nos afirmar a existência de uma percentagem muito significativa de “grandes dependentes” nos três momentos de avaliação do estudo [de 97,4% (M1 e M2) a 99,4% (M3)], dos quais, 13,9% (M2) e 17,9% (M3) foram mesmo avaliados como totalmente dependentes (“dependente não participa”). Concluiu-se, assim, uma *estabilização* da percentagem de doentes “grandes dependentes”, entre o 1º mês após a alta hospitalar e o 3º mês após a alta hospitalar (M3). Esta evidência parece-nos clinicamente muito relevante, se pensarmos na intensidade e complexidade dos cuidados inerentes a esta condição de saúde dos doentes. São doentes em que os cuidados que lhes são prestados estão a cargo dos familiares cuidadores, frequentemente com uma rede de suporte insuficiente. Não só nos referimos à incapacidade da maioria destes doentes realizarem de forma autónoma o seu autocuidado, mas também, o risco elevado do compromisso nos processos corporais a que estão expostos, requerendo por isso, essencialmente, dos seus familiares as competências necessárias para o exercício do papel de prestadores de cuidados.

Os resultados apresentados no “*Relatório intercalar de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (UMCC, 2011) referente ao 1º semestre de 2011, tratando-se do período que coincide com o espaço temporal da recolha de dados deste estudo, estão muito de acordo com os resultados desta pesquisa, revelando que a percentagem de doentes admitidos na REDE classificados como “incapazes”/“dependentes”³¹ foi de 96%, numa amostra total de 4.473 casos. Se analisarmos com maior detalhe os resultados do referido relatório, destes 4.473 casos, 15,8% (n=705) foram avaliados na

³¹ Na classificação utilizada no sistema de informação da RNCCI, “incapaz” e “dependente”, na escala utilizada no presente estudo corresponde, respetivamente, a “dependente não participa” e “necessita de ajuda de pessoa”.

admissão como “incapazes” e 75,6% (n=3.381) foram avaliados como “dependentes”, o que também revela valores muito próximos do presente estudo.

Os resultados dos estudos de Martins (2011) e Silva (2011), mostram-nos tendências semelhantes às do nosso estudo, relativamente ao tipo e nível de dependência no autocuidado. Este facto torna-se relevante, uma vez que, como já referimos anteriormente, estes dois estudos realizaram-se no contexto nacional e aplicaram a mesma escala de avaliação, utilizada no presente estudo. Assim, com a replicação da investigação que utilize os mesmos instrumentos de medida, tendo sido confirmada a sua validade e fidelidade para a população portuguesa, haverá condições para que, gradualmente, se disponibilize informação relativa à incidência e prevalência do fenómeno da dependência no autocuidado à escala nacional. Esta informação, acreditamos nós, face à evolução demográfica, caracterizada por um aumento significativo de pessoas em situação de dependência, poderá, a seu tempo, constituir-se como uma ferramenta válida de suporte à tomada de decisão política no que se reporta à alocação de recursos em saúde. Assim, haverá potencial para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde junto da população dependente e, em particular, dos cuidados de enfermagem.

3.4.1.2. Evolução da condição de saúde do doente dependente: compromisso nos processos corporais.

Neste subcapítulo apresentamos e discutimos os resultados relativamente aos compromissos nos processos corporais dos doentes dependentes e a sua evolução ao longo dos três momentos de avaliação após a alta hospitalar (M1, M2 e M3). Face à grande quantidade de resultados, optámos por nos focalizar em alguns focos de atenção no domínio das funções do corpo com maior impacto no fenómeno da dependência no autocuidado. Em Anexo P, mostramos as tabelas e gráficos com os restantes resultados estatísticos relativamente ao compromisso nos processos corporais. Assim, neste capítulo, referimo-nos à desidratação, desnutrição, rigidez articular, processo respiratório, úlcera de pressão, quedas, estado mental e deglutição. Para uma melhor compreensão do processo que nos permitiu avaliar e identificar o compromisso nos diferentes processos corporais, damos como exemplo a “desidratação”. Deste modo, considerámos que o doente dependente apresentava sinais aparentes de desidratação, quando possuía, pelo menos, um dos sinais (“olhos encovados”, “pele seca”, “mucosas secas”) elencados como variáveis no instrumento de avaliação utilizado no Estudo III - “*Famílias que integram dependentes no autocuidado*”. Para os restantes processos corporais, a avaliação seguiu o mesmo processo de raciocínio.

3.4.1.2.1 Um mês após a alta hospitalar (M1).

A análise da Tabela 3.19 permite-nos verificar que, no global, há um significativo compromisso nos processos corporais nos doentes dependentes, com maior destaque para o “processo respiratório” [64,1% (n=75)], “rigidez articular” [50,9% (n=59)] e “deglutição comprometida” [48,3% (n=56)]. Importante, também, a presença de 16,4% (n=19) dos casos avaliados com úlceras de pressão.

Tabela 3.19 – Distribuição dos doentes pelo compromisso dos processos corporais (M1)

Condição de saúde: Processos corporais (M1)	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório	75	64,1	42	35,9	117
Presença de sinais aparentes de rigidez articular	59	50,9	57	49,1	116
Deglutição comprometida	56	48,3	60	51,7	116
Presença de sinais de alteração do estado mental	39	33,3	78	66,7	117
Presença de sinais aparentes de desidratação	29	25,0	87	75,0	116
Úlceras de Pressão (entre 1 a 4 úlceras de pressão)	19	16,4	97	83,6	116
Quedas (entre 1 a 4 quedas)	17	14,8	98	85,2	115
Presença de sinais aparentes de desnutrição	5	4,3	110	95,7	115

3.4.1.2.2 Dois meses após a alta hospitalar (M2).

À semelhança da avaliação em M1, em M2 verificou-se maior compromisso no processo respiratório [60,9% (n=70)], rigidez articular [51,3% (n=59)] e deglutição comprometida [45,6% (n=52)] (Tabela 3.20). Em quase um quinto dos casos avaliados, identificou-se a presença de úlceras de pressão.

Tabela 3.20 – Distribuição dos doentes pelo compromisso dos processos corporais (M2)

Condição de saúde: Processos corporais (M2)	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório	70	60,9	45	39,1	115
Presença de sinais aparentes de rigidez articular	59	51,3	56	48,7	115
Deglutição comprometida	52	45,6	62	54,4	114
Presença de sinais de alteração do estado mental	31	27,0	84	73,0	115
Presença de sinais aparentes de desidratação	25	22,1	88	77,9	113
Úlceras de Pressão (entre 1 a 3 úlceras de pressão)	21	18,6	97	81,4	113
Quedas (entre 1 a 2 quedas)	7	6,2	106	93,8	113
Presença de sinais aparentes de desnutrição	4	3,5	109	96,5	113

3.4.1.2.3 Três meses após a alta hospitalar (M3).

Por último, na avaliação em M3, a Tabela 3.21 mostra-nos que, comparativamente aos momentos de avaliação anteriores, mantém-se grande compromisso nos processos corporais e, também, com maior destaque para a rigidez articular [63,1% (n=101)], processo respiratório [59,9% (n=97)] e deglutição comprometida [49,1% (n=79)]. A percentagem com úlceras de pressão mantém-se em cerca de um quinto dos casos avaliados.

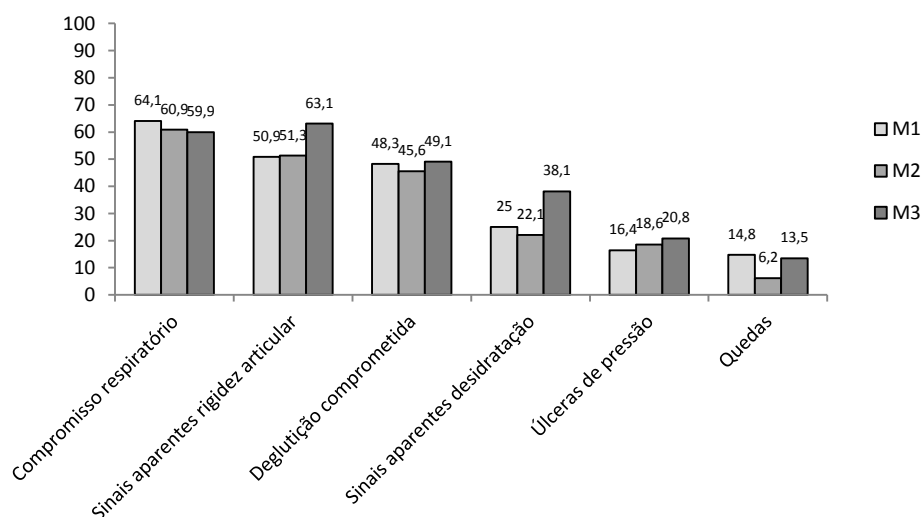
Tabela 3.21 – Distribuição dos doentes pelo compromisso dos processos corporais (M3)

Condição de saúde: Processos corporais (M3)	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Presença de sinais aparentes de rigidez articular	101	63,1	59	36,9	160
Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório	97	59,9	65	40,1	162
Deglutição comprometida	79	49,1	82	50,9	161
Presença de sinais aparentes de desidratação	61	38,1	99	61,9	160
Presença de sinais de alteração do estado mental	52	32,3	109	67,7	161
Úlceras de Pressão (entre 1 a 4 úlceras de pressão)	33	20,8	126	79,2	159
Quedas (entre 1 a 3 quedas)	21	13,5	134	86,5	155
Presença de sinais aparentes de desnutrição	10	6,3	149	93,7	159

3.4.1.2.4 *Evolução da condição de saúde do doente dependente: compromisso nos processos corporais - síntese e discussão dos resultados.*

Neste estudo, ao longo dos três momentos de avaliação (M1, M2 e M3), destacamos o **aumento mais significativo, na percentagem de casos com sinais aparentes de desidratação, rigidez articular e presença de úlceras de pressão** (Gráfico 3.8). As **complicações no domínio do processo respiratório**, a presença de **rigidez articular** e a **deglutição comprometida**, registam a **maior percentagem de casos** nos três momentos de avaliação após a alta hospitalar. Como já o referimos, a condição de elevada dependência no autocuidado dos casos desta amostra, potencia o risco de compromisso nos processos corporais. Daí, ao longo do tempo, nos casos avaliados, verificarmos um maior agravamento em áreas das funções mais sensíveis à imobilidade, como o sistema respiratório, musculoesquelético e tegumentar, com maior enfoque nos “grandes dependentes”. Deste modo, torna-se muito relevante a aquisição de competências por parte dos familiares cuidadores para assegurarem os cuidados necessários e, neste contexto em particular, aqueles que são dirigidos à prevenção de complicações.

Gráfico 3.8 – Evolução da % de casos com compromisso dos processos corporais entre M1 e M3



Estes resultados, são concordantes com o estudo exploratório que realizámos em 2007 (Petronilho, 2007) revelando, igualmente, um agravamento da condição de saúde dos doentes dependentes relativamente aos processos do sistema musculoesquelético (rigidez articular/pé equino) e sistema tegumentar (úlceras de pressão), entre o momento da alta clínica e um mês após o regresso a casa. Outras pesquisas realizadas anteriormente (Bowles, 2000; Mistiaen et al., 1997; Naylor, Bowles & Brooten, 2000; Murashima, Nagata, Toba, Ouchi & Sagawa, 2000) apontam, também, os problemas no domínio dos processos do sistema respiratório e musculoesquelético como muito frequentes nos doentes após a alta hospitalar.

3.4.2. Evolução do exercício do papel dos familiares cuidadores.

Apresentados os resultados relativamente à evolução da condição de saúde dos doentes quanto ao tipo e nível de dependência e ao compromisso nos processos corporais, passamos a discutir os resultados centrados nos familiares, quanto à evolução na sua assunção do papel de prestadores de cuidados. Assim, neste subcapítulo, propusemo-nos conhecer esta evolução no exercício do papel dos familiares cuidadores, no que diz respeito à perceção de autoeficácia para as atividades de tomar conta, ao perfil de cuidados assegurados e, por último, dos recursos mobilizados.

É importante clarificar que a avaliação do exercício do papel dos familiares cuidadores para as diferentes dimensões (PAE; perfil de cuidados assegurados; recursos utilizados), somente foi avaliada nos domínios em que os familiares eram dependentes.

3.4.2.1. Evolução da perceção de autoeficácia do familiar cuidador (PAE do FC) para tomar conta do dependente.

A autoeficácia é vista como uma crença do ser humano na sua própria capacidade de executar uma tarefa específica, onde se torna fundamental ser capaz de mobilizar a motivação, os recursos cognitivos e de ação, essenciais ao confronto e satisfação das exigências específicas numa determinada situação considerada desafiadora (Bandura, 1997a, 1997b). Portanto, a autoeficácia é um constructo psicológico individual e que se refere à confiança do indivíduo na concretização de um determinado comportamento sendo capaz de ultrapassar as barreiras na realização desse mesmo comportamento. A perceção de autoeficácia resulta, pois, da interação dos comportamentos individuais com os fatores ambientais, necessários à concretização desses mesmos comportamentos (Bandura, 1997b; Weng et al. 2008).

A Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1997b) conceptualiza que o comportamento é integrado e influenciado pelas interações sociais, permitindo aos indivíduos, a capacidade de se autoavaliarem e a capacidade de determinar as suas ações. Deste modo, a competência do familiar cuidador consiste por um lado, na capacidade (habilidades práticas) e na autoeficácia (confiança na execução). No contexto da prestação de cuidados, a perceção de autoeficácia refere-se à crença do familiar cuidador em ser capaz de lidar adequadamente com problemas específicos da saúde do familiar dependente (Pinquart & Sorensen, 2006). A transição para o exercício do papel de prestador de cuidados é uma dimensão importante do conhecimento que o enfermeiro deve mobilizar por forma a poder constituir-se como um

recurso de saúde imprescindível às famílias na aquisição da mestria necessária para tomarem conta dos membros dependentes (Schumacher et al., 2000).

Este capítulo tem como propósito, apresentar e discutir os resultados relativamente à avaliação e evolução do nível de PAE do FC para tomar conta do familiar dependente, quer em função dos domínios do autocuidado, quer em função dos “processos de cuidar” propostos por Schumacher et al. (2000) e já apresentados, com detalhe, na introdução deste estudo. Os resultados, à semelhança dos capítulos anteriores, reportam-se à avaliação na perspetiva longitudinal do estudo: um mês (M1), dois meses (M2) e três meses (M3), após a alta hospitalar do doente dependente.

Relembramos as variáveis que foram alvo do estudo neste capítulo:

- 1) Nível de PAE do FC para tomar conta do familiar dependente em função dos domínios do autocuidado: “Tomar banho”, “Vestir-se e despir-se”, “Alimentar-se”, “Usar o sanitário”, “Virar-se”, “Transferir-se”, “Andar” e “Tomar a medicação”;
- 2) Nível de PAE do FC para tomar conta do familiar dependente em função dos “processos de cuidar” (competências) descritos por Schumacher et al. (2000): “Monitorizar”, “Decidir”, “Agir”, “Providenciar cuidados”, “Ajustar”, “Aceder a recursos”, “Trabalhar com a pessoa cuidada” e “Negociar com o sistema de cuidados de saúde”. Recordamos que os “processos de cuidar” estão descritos, com detalhe, no subcapítulo 1.1.5 (p. 54).

Numa 1ª fase, procedemos à organização dos resultados sobre o nível de PAE do FC, apresentando uma tabela que inclui os itens de resposta (indicadores) para cada domínio de autocuidado, bem como, para cada “processos de cuidar” de Schumacher. A partir dos resultados obtidos nesta 1ª fase, foi possível evoluir para os scores relativamente à média global de PAE do FC para cada domínio do autocuidado e para cada “processo de cuidar” de Schumacher. Estes resultados, para cada momento de avaliação (M1, M2 e M3), podem ser consultados nos Anexos Q.

Como já explicámos no capítulo da metodologia e relembrando, foi efetuada a computação da variável ordinal - PAE do FC Global por cada domínio (1-“incompetente”, 2-“pouco competente”, 3-“medianamente competente”, 4-“muito competente”) – numa variável intervalar – “Nível Médio de PAE FC Global” – e a reconversão seguinte desta variável intervalar numa variável ordinal de acordo com os quatro intervalos equidistantes definidos (1-1,75 = “incompetente”; 1,75-2,5 = “pouco competente”; 2,5-3,15 = “medianamente competente”; 3,15-4 = “muito competente”).

Deve ficar claro que só foram avaliadas as PAE do FC relativas aos domínios do autocuidado em que os familiares apresentavam algum nível de dependência.

3.4.2.1.1 PAE do familiar cuidador, um mês após a alta hospitalar (M1).

Os primeiros resultados que apresentamos referem-se à PAE do FC para tomar conta do dependente, ao fim do 1º mês após a alta hospitalar (M1). Neste momento de avaliação, foram avaliados, por contacto telefónico, 109 familiares cuidadores de dependentes que se encontravam em casa.

A Tabela 3.22, mostra a caracterização da “PAE do FC Global” para tomar conta do familiar dependente por domínio de autocuidado. Verificamos que para os diferentes domínios de autocuidado, a grande

maioria dos FC sente-se “medianamente competente” e uma percentagem muito significativa refere mesmo sentir-se “muito competente”. Há uma percentagem muito residual de FC que referem sentir-se “incompetente” para todos os domínios do autocuidado. No entanto, aqueles onde há maior percentagem de FC que referem menor PAE para tomar conta são: “usar o sanitário”, “virar-se” e “transferir-se”.

Tabela 3.22 – Caracterização da PAE do FC Global por domínio de autocuidado – escala ordinal (M1)

PAE do FC global para tomar conta por domínio de autocuidado (M1)									
Indicador	N	Incompetente		Pouco Competente		Medianamente Competente		Muito Competente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAE do FC Global – Autocuidado: tomar banho	104	0	0,0	11	10,6	57	54,8	36	34,6
PAE do FC Global – Autocuidado: vestir-se e despir-se	103	0	0,0	8	7,8	56	54,4	39	37,9
PAE do FC Global – Autocuidado: alimentar-se	95	1	1,1	4	4,2	49	51,6	41	43,2
PAE do FC Global – Autocuidado: usar o sanitário	96	0	0,0	28	29,2	51	53,3	17	17,7
PAE do FC Global – Autocuidado: virar-se	85	1	1,2	28	32,9	42	49,4	14	16,5
PAE do FC Global – Autocuidado: transferir-se	92	4	4,3	22	23,9	38	41,3	28	30,4
PAE do FC Global – Autocuidado: andar	89	0	0,0	8	9,0	27	30,3	54	60,7
PAE do FC Global – Autocuidado: tomar a medicação	99	0	0,0	19	19,2	58	58,6	22	22,2
PAE do FC Global	109	0	0,0	10	9,2	64	58,7	35	32,1

A Tabela 3.23 mostra-nos a distribuição dos FC pelo nível de perceção de autoeficácia global em função dos “processos de cuidar” descritos por Schumacher. Verificamos que em todos os “processos de cuidar”, a maioria dos FC sente-se “medianamente competente” ou mesmo “muito competente”. Destacamos a PAE do FC para “monitorizar” e “agir” como os dois domínios em que os FC, na sua maioria, sente-se “muito competente”.

Tabela 3.23 – Caracterização da PAE do FC Global por processos de cuidar de Schumacher – escala ordinal (M1)

PAE do FC global para tomar conta por processos de cuidar de Schumacher (M1)									
Indicador	N	Incompetente		Pouco Competente		Medianamente Competente		Muito Competente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAE do FC global – Monitorizar	108	0	0,0	3	2,8	40	37,0	65	60,2
PAE do FC global – Decidir	107	1	0,9	10	9,3	58	54,2	38	35,5
PAE do FC global – Agir	106	0	0,0	6	5,7	45	42,5	55	51,9
PAE do FC global – Providenciar cuidados	108	0	0,0	11	10,2	53	49,1	44	40,7
PAE do FC global – Ajustar	108	4	3,7	38	35,2	45	41,7	21	19,4
PAE do FC global – Aceder a recursos	109	4	3,7	21	19,3	58	53,2	26	23,9
PAE do FC global – Trabalhar com a pessoa cuidada	98	20	20,4	26	26,5	29	29,6	23	23,5
PAE do FC global – Negociar com o sistema de cuidados de saúde	33	0	0,0	15	45,5	8	24,2	10	30,3
PAE do FC global	109	0	0,0	10	9,2	64	58,7	35	32,1

Os domínios do cuidar onde se situa a maior percentagem de FC com uma avaliação mais baixa em relação à sua PAE para tomar conta – “incompetente” ou “pouco competente” – são o “ajustar”, “trabalhar com a pessoa cuidada” e “negociar com o sistema de cuidados de saúde”, verificando-se

mesmo, uma percentagem significativa de FC que refere sentir-se “incompetente” face ao domínio de cuidar “trabalhar com a pessoa cuidada” [20,4% (n=20)].

Assim, globalmente, quer para os domínios do autocuidado, quer para os “processos de cuidar” de Schumacher, a maioria dos FC que foram alvo de avaliação, sente-se “medianamente competente” [58,7% (n=64)], havendo mesmo uma percentagem significativa [32,1% (n=35)] que referiu sentir-se “muito competente” (Tabela 3.24).

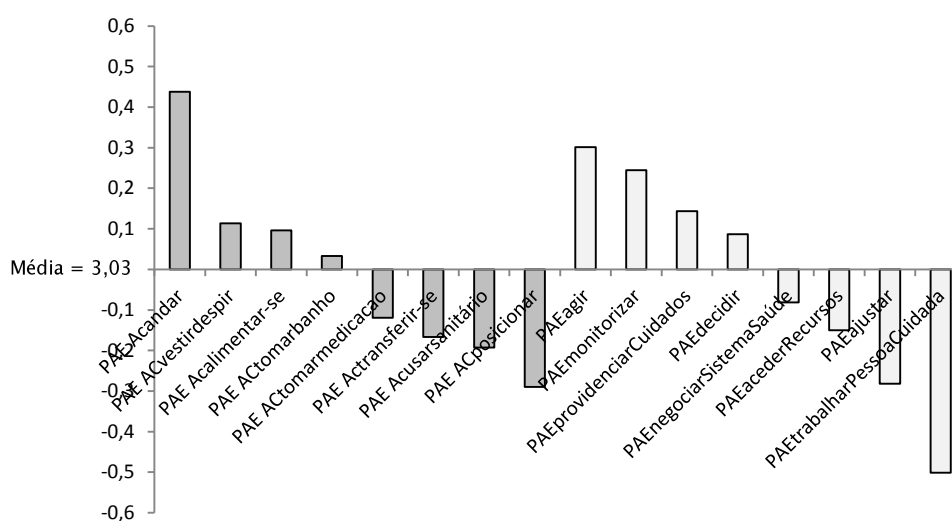
Tabela 3.24 - Caracterização da PAE do FC Global (M1)

PAE do FC global para tomar conta (M1)	N	Incompetente		Pouco Competente		Medianamente Competente		Muito Competente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	109	0	0,0	10	9,2	64	58,7	35	32,1

Os resultados do Gráfico 3.9, representam a diferença entre as médias de PAE do FC por domínio do autocuidado e por “processos de cuidar” de Schumacher com a “Média Global da PAE do FC” (3,03 = “medianamente competente”). Assim, em relação aos domínios do autocuidado, verificamos que as médias de PAE do FC para tomar conta do dependente para “andar”, “vestir/despirm-se”, “alimentar-se” e “tomar banho”, são superiores à média global. Ao invés, as médias do PAE do FC para “virar-se”, “usar o sanitário”, “transferir-se” e “tomar a medicação”, são inferiores à média global. A média de PAE do FC para tomar conta do dependente mais elevada verifica-se no “andar” (média=3,47 “muito competente”) e a mais baixa verifica-se no “virar-se” (média=2,74 “medianamente competente”), (Anexo Q).

Em relação às médias de PAE do FC para tomar conta do dependente por “processos de cuidar” de Schumacher, verificamos que “agir”, “monitorizar”, “providenciar cuidados” e “decidir”, apresentam médias superiores à média global. “Trabalhar com a pessoa cuidada”, “ajustar”, “aceder a recursos” e “negociar com o sistema de cuidados de saúde”, são as dimensões onde se verifica as médias de PAE do FC mais baixas em relação à média global. A PAE do FC para “agir” representa o score mais elevado (média=3,33), enquanto “trabalhar com a pessoa cuidada” apresenta o score mais baixo (média=2,53), (Anexo Q).

Gráfico 3.9 - PAE do FC por domínio de autocuidado e por processos de cuidar, face ao Nível Médio de PAE FC Global (M1)



Nível Médio de PAE FC Global (M1) = 3,03

3.4.2.1.2 PAE do familiar cuidador, dois meses após a alta hospitalar (M2).

Conhecidos os resultados no 1º mês após a alta hospitalar (M1) sobre o nível de PAE dos FC para tomar conta do dependente, passamos a apresentar os resultados obtidos na avaliação ao 2º mês após a alta (M2). Foram avaliados, por contacto telefónico, 111 familiares cuidadores de dependentes que se encontravam em casa.

A análise da Tabela 3.25, permite-nos concluir que a PAE do FC Global para tomar conta por domínio de autocuidado, para a maioria dos FC situa-se em “medianamente competente” ou “muito competente”, sendo o domínio do “andar”, aquele em que há a percentagem mais significativa de casos que refere sentir-se “muito competente” [60,9% (n=53)]. Os domínios do autocuidado onde há maior percentagem de FC a referir menor PAE para tomar conta – “incompetente” ou “pouco competente” - são: “usar o sanitário”, “virar-se”, “transferir-se” e “tomar a medicação”, apresentando percentagens superiores a 20% dos casos.

Tabela 3.25 – Caracterização da PAE do FC Global por domínio de autocuidado – escala ordinal (M2)

PAE do FC global para tomar conta por domínio de autocuidado (M2)									
Indicador	N	Incompetente		Pouco Competente		Medianamente Competente		Muito Competente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAE do FC Global – Autocuidado: tomar banho	103	0	0,0	11	10,7	50	48,5	42	40,8
PAE do FC Global – Autocuidado: vestir-se e despir-se	99	0	0,0	9	9,1	48	48,5	42	42,4
PAE do FC Global – Autocuidado: alimentar-se	85	0	0,0	6	7,1	43	50,6	36	42,4
PAE do FC Global – Autocuidado: usar o sanitário	89	0	0,0	26	29,2	46	51,7	17	19,1
PAE do FC Global – Autocuidado: virar-se	75	1	1,3	25	33,3	37	49,3	12	16,0
PAE do FC Global – Autocuidado: transferir-se	82	6	7,3	13	15,9	40	48,8	23	28,0
PAE do FC Global – Autocuidado: andar	87	0	0,0	7	8,0	27	31,0	53	60,9
PAE do FC Global – Autocuidado: tomar a medicação	99	1	1,0	19	19,2	62	62,6	17	17,2
PAE do FC Global	111	0	0,0	14	12,6	60	54,1	37	33,3

A partir da Tabela 3.26 podemos analisar a distribuição dos FC pelo nível de percepção de autoeficácia global em função dos “processos de cuidar” descritos por Schumacher. Verificamos que, em todos os “processos de cuidar”, a maioria dos FC tem uma percepção positiva, sentindo-se “medianamente competente” ou mesmo “muito competente” face à dependência do familiar. Destacamos a PAE do FC para “monitorizar” e “agir” como os dois domínios em que os FC, na sua maioria, sentem-se “muito competente”, respetivamente, [66,7% (n=74)] e [57,5% (n=61)].

“Ajustar”, “aceder a recursos”, “trabalhar com a pessoa cuidada” e “negociar com o sistema de cuidados de saúde”, são os domínios de cuidar com maior percentagem de FC a referir menor PAE – “incompetente” ou “pouco competente”. De destacar a percentagem significativa de casos a sentir-se “incompetente” [18,8% (n=19)] para “trabalhar com a pessoa cuidada”.

Tabela 3.26 – Caracterização da PAE do FC Global por processos de cuidar de Schumacher – escala ordinal (M2)

PAE do FC global para tomar conta por processos de cuidar de Schumacher (M2)									
Indicador	N	Incompetente		Pouco Competente		Medianamente Competente		Muito Competente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAE do FC global – Monitorizar	111	0	0,0	5	4,5	32	28,8	74	66,7
PAE do FC global – Decidir	108	1	0,9	12	11,1	57	52,8	38	35,2
PAE do FC global – Agir	106	0	0,0	7	6,6	38	35,8	61	57,5
PAE do FC global – Providenciar cuidados	110	1	0,9	10	9,1	44	40,0	55	50,0
PAE do FC global – Ajustar	109	6	5,5	32	29,4	51	46,8	20	18,3
PAE do FC global – Aceder a recursos	110	5	4,5	26	23,6	54	49,1	25	22,7
PAE do FC global – Trabalhar com a pessoa cuidada	101	19	18,8	23	22,8	32	31,7	27	26,7
PAE do FC global – Negociar com o sistema de cuidados de saúde	31	1	3,2	11	35,5	12	38,7	7	22,6
PAE do FC global	111	0	0,0	14	12,6	60	54,1	37	33,3

A análise da Tabela 3.27 permite-nos concluir que, globalmente, para a totalidade dos domínios de autocuidado e dos “processos de cuidar”, a maioria dos FC referiu sentir-se “medianamente competente” [54,1% (n=60)], verificando-se que um terço dos casos [33,3% (n=37)] referiu sentir-se “muito competente”.

Tabela 3.27 – Caracterização da PAE do FC Global (M2)

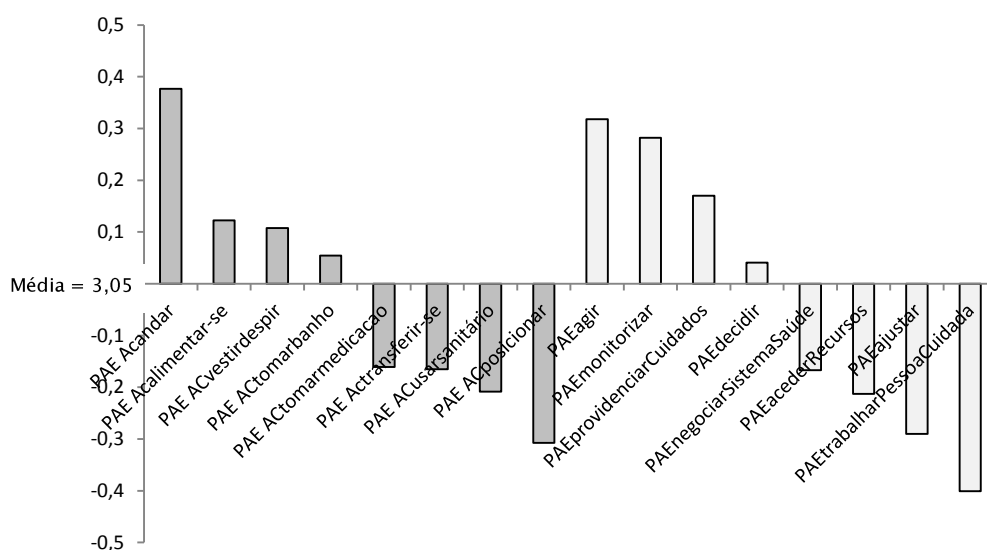
PAE do FC global para tomar conta (M2)	N	Incompetente		Pouco Competente		Medianamente Competente		Muito Competente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
111	0	0,0	14	12,6	60	54,1	37	33,3	

À semelhança da apresentação dos resultados em M1, o Gráfico 3.10 representa a diferença entre as médias de PAE do FC por domínio do autocuidado e por processos de cuidar de Schumacher com o “Nível Médio da PAE do FC Global” (3,05 = “medianamente competente”) em M2. Deste modo, no que diz respeito aos domínios do autocuidado, verificamos que as médias de PAE do FC para tomar conta do dependente para “andar”, “alimentar-se”, “vestir/despir-se”, e “tomar banho”, são superiores à média global. Ao invés, as médias do PAE do FC para “virar-se”, “usar o sanitário”, “transferir-se” e “tomar a medicação”, são inferiores à média global. A média de PAE do FC para tomar conta do dependente mais elevada verifica-se no “andar” (média=3,43 “muito competente”) e a mais baixa verifica-se no “virar-se” (média=2,74 “medianamente competente”), (Anexo Q).

Em relação às médias de PAE do FC para tomar conta do dependente por “processos de cuidar” de Schumacher, verificamos que, “agir”, “monitorizar”, “providenciar cuidados” e “decidir”, apresentam médias superiores à média global. “Trabalhar com a pessoa cuidada”, “Ajustar”, “aceder a recursos” e “negociar com o sistema de cuidados de saúde”, são as dimensões onde se verifica as médias de PAE do FC mais baixas em relação à média global. A PAE do FC para “agir” representa o *score* mais elevado

(média=3,37 “muito competente”), enquanto “trabalhar com a pessoa cuidada” apresenta o score mais baixo (média=2,65 “medianamente competente”), (Anexo Q).

Gráfico 3.10 – PAE do FC por domínio de autocuidado e por processos de cuidar, face ao Nível Médio de PAE FC Global (M2)



Nível Médio de PAE FC Global (M2) = 3,05

3.4.2.1.3 PAE do familiar cuidador, três meses após a alta hospitalar (M3).

Por último, damos a conhecer os resultados do nível de PAE dos FC para tomar conta do dependente relativamente ao último momento de avaliação do estudo (M3). Apesar do número de dependentes avaliados ao 3º mês após a alta hospitalar (M3), por contacto presencial, corresponder à totalidade da população acessível (n=162), apenas foram avaliados 122 familiares cuidadores. Estes correspondem a familiares de doentes que, no dia da avaliação, se encontravam em casa, sendo, assim, considerados por nós cuidadores informais. Daqui resulta que os cuidadores de dependentes que se encontravam institucionalizados (por reinternamento, na RNCCI, nos lares, nas famílias de acolhimento) ao 3º mês após a alta hospitalar (M3), não foram alvo de avaliação, uma vez que eram considerados cuidadores formais.

Assim, a Tabela 3.28 mostra-nos a distribuição dos FC relativamente à PAE Global para tomar conta do familiar dependente por nível de competência e por domínio de autocuidado em M3. Verificamos que a grande maioria dos FC sente-se “medianamente competente” ou “muito competente” para os diferentes domínios de autocuidado. De destacar os domínios “andar” e “vestir/despir” em que a maior percentagem de FC refere sentir-se “muito competente”, respetivamente, [70,3% (n=64)] e [57,5% (n=55)]. Os domínios do autocuidado onde se verifica maior percentagem de FC que refere menor PAE para tomar conta - “incompetente” ou “pouco competente” - são: “usar o sanitário”, “virar-se” e “transferir-se”.

Tabela 3.28 – Caracterização da PAE do FC global por domínio de autocuidado – escala ordinal (M3)

PAE do FC global para tomar conta por domínio de autocuidado (M3)									
Indicador	N	Incompetente		Pouco Competente		Medianamente Competente		Muito Competente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAE do FC Global – Autocuidado: tomar banho	113	0	0,0	12	10,6	47	41,6	54	47,8
PAE do FC Global – Autocuidado: vestir-se e despir-se	113	1	0,9	3	2,7	44	38,9	65	57,5
PAE do FC Global – Autocuidado: alimentar-se	103	0	0,0	4	3,9	50	48,5	49	47,6
PAE do FC Global – Autocuidado: usar o sanitário	106	0	0,0	21	19,8	41	38,7	44	41,5
PAE do FC Global – Autocuidado: virar-se	95	3	3,2	24	25,3	37	38,9	31	32,6
PAE do FC Global – Autocuidado: transferir-se	95	6	6,3	15	15,8	31	32,6	43	45,3
PAE do FC Global – Autocuidado: andar	91	2	2,2	6	6,6	19	20,9	64	70,3
PAE do FC Global – Autocuidado: tomar a medicação	110	0	0,0	14	12,7	58	52,7	38	34,5
PAE do FC Global	122	0	0,0	11	9,0	53	43,4	58	47,5

A Tabela 3.29 refere-se à distribuição dos FC pelo nível de percepção de autoeficácia global em função dos “processos de cuidar” descritos por Schumacher. Verificamos que em todos os “processos de cuidar”, a maioria dos FC, sente-se “medianamente competente” ou mesmo “muito competente”. Destacamos a PAE do FC para “monitorizar”, “agir”, “providenciar cuidados” e trabalhar com a pessoa cuidada”, como os domínios em que os FC, na sua maioria, sente-se “muito competente”. Os domínios do cuidar com maior percentagem de FC que refere menor PAE para tomar conta – “incompetente” ou “pouco competente” – são o “ajustar”, “trabalhar com a pessoa cuidada” e “negociar com o sistema de cuidados de saúde”, com percentagens superiores a 28%.

Tabela 3.29 – Caracterização da PAE do FC Global por processos de cuidar de Schumacher – escala ordinal (M3)

PAE do FC global para tomar conta por processos de cuidar de Schumacher (M3)									
Indicador	N	Incompetente		Pouco Competente		Medianamente Competente		Muito Competente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAE do FC global – Monitorizar	122	0	0,0	3	2,5	37	30,3	82	67,2
PAE do FC global – Decidir	120	1	0,8	15	12,5	45	37,5	59	49,2
PAE do FC global – Agir	119	1	0,8	6	5,0	36	30,3	76	63,9
PAE do FC global – Providenciar cuidados	121	2	1,7	8	6,6	34	28,1	77	63,6
PAE do FC global – Ajustar	121	7	5,8	28	23,1	38	31,4	48	39,7
PAE do FC global – Aceder a recursos	121	4	3,3	20	16,5	52	43,0	45	37,2
PAE do FC global – Trabalhar com a pessoa cuidada	113	20	17,7	16	14,2	19	16,8	58	51,3
PAE do FC global – Negociar com o sistema de cuidados de saúde	42	1	2,4	13	31,0	7	16,7	21	50,0
PAE do FC global	122	0	0,0	11	9,0	53	43,4	58	47,5

No global, para a totalidade dos domínios do autocuidado e dos “processos de cuidar”, a grande maioria dos FC, avalia positivamente a sua PAE para tomar conta do familiar dependente. Quase metade dos FC

[47,5% (n=58)] refere mesmo sentir-se “muito competente” e uma percentagem residual [9% (n=11)] faz uma avaliação da sua PAE como “pouco competente” (Tabela 3.30).

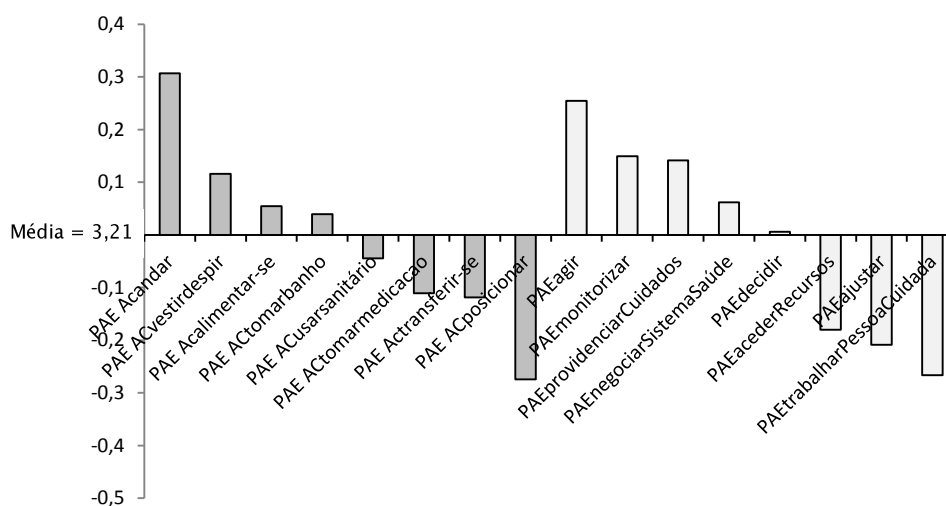
Tabela 3.30 – Caraterização da PAE do FC Global (M3)

PAE do FC global para tomar conta (M3)	N	Incompetente		Pouco Competente		Medianamente Competente		Muito Competente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	122	0	0,0	11	9,0	53	43,4	58	47,5

O Gráfico 3.11 representa a diferença entre as médias de PAE do FC por domínio do autocuidado e por processos de cuidar de Schumacher com o “Nível Médio de PAE FC Global” (3,21 = “muito competente”), em M2. As médias de PAE do FC para tomar conta do dependente para “andar”, “vestir/despir-se”, “alimentar-se” e “tomar banho”, são superiores à média global. Ao invés, as médias do PAE do FC para “virar-se”, “transferir-se”, “tomar a medicação” e “usar o sanitário”, são inferiores à média global. A média de PAE do FC para tomar conta do dependente mais elevada verifica-se no “andar” (média=3,51 “muito competente”) e a mais baixa verifica-se no “virar-se” (média=2,93 “medianamente competente”), (Anexo Q).

Ao analisarmos as médias de PAE do FC para tomar conta do dependente por “processos de cuidar” de Schumacher, verificamos que, “agir”, “monitorizar”, “providenciar cuidados”, “negociar com o sistema de cuidados de saúde” e “decidir”, apresentam médias superiores à média global. “Trabalhar com a pessoa cuidada”, “ajustar” e “aceder a recursos”, são as dimensões onde se verifica as médias de PAE do FC mais baixas em relação à média global. A PAE do FC para “agir” representa o score mais elevado (média=3,46 “muito competente”), enquanto “trabalhar com a pessoa cuidada” apresenta o score mais baixo (média=2,94 “medianamente competente”), (Anexo Q).

Gráfico 3.11 – PAE do FC por domínio de autocuidado e por processos de cuidar, face ao Nível Médio de PAE FC Global (M3)

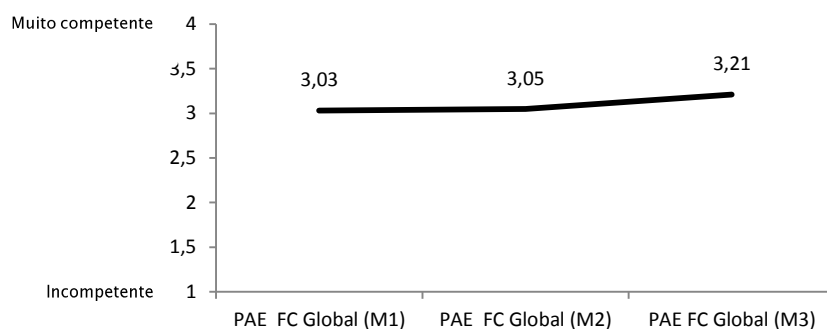


Nível Médio de PAE FC Global (M3) = 3,21

3.4.2.1.4 Evolução da PAE do FC para tomar conta do familiar dependente: síntese e discussão dos resultados.

Por último, procedemos a uma síntese, mostrando a evolução da PAE dos FC para tomar conta ao longo dos três momentos de avaliação, após a alta hospitalar do familiar dependente. Assim, verificamos que houve uma evolução positiva no Nível de PAE dos FC Global para tomar conta dos familiares dependentes (Gráfico 3.12), situando-se esta média entre “medianamente competente” (média M1=3,03; M2=3,05) e “muito competente” (média M3=3,21). No entanto, este ganho ao nível da PAE dos FC é mais visível entre o 2º e o 3º momento de avaliação. Shyu (2000b) refere que, após um período de maior indefinição e dificuldade na assunção do papel de cuidador, que coincide com o regresso a casa do dependente, segue-se um período de maior estabilidade, relacionado com maior aquisição de competências por parte do FC, o que lhe permite percecionar maior capacidade para cuidar.

Gráfico 3.12 - Nível Médio de PAE FC Global para tomar conta, em cada um dos 3 momentos de avaliação (M1, M2 e M3)



No estudo de Lage (2007), os FC quando questionados sobre o “sentido de competência” relativamente à prestação de cuidados, na sua maioria, referiram sentir-se competentes. Ainda neste estudo, os FC que manifestaram sentir-se incompetentes para cuidar percecionavam maior impacto do cuidado, maior sobrecarga subjetiva, menor saúde e menor qualidade de vida, quando comparados com os FC que se sentiam mais competentes no desempenho do seu papel. O “sentido de competência”, como recurso psicológico, pode ser determinante na avaliação de menor impacto, uma vez que predispõe os FC a maior controle dos acontecimentos e capacidade de resolução dos problemas (Brereton & Nolan, 2002; De La Cuesta, 2004; Lage, 2007).

No presente estudo, analisando, em particular, a evolução da PAE dos FC global para cada domínio do autocuidado, não se verificou qualquer evolução negativa entre M1 e M3. O domínio onde constatámos existir uma evolução positiva mais acentuada na PAE dos FC entre M1 e M3, reporta-se ao “usar o sanitário” (média M1=2,84 “medianamente competente” e média M3=3,16 “muito competente”). O “andar”, foi o domínio do autocuidado onde se verificou uma maior estabilização da PAE dos FC entre M1 e M3. Todavia, é neste domínio que os FC apresentam **média mais elevada de PAE**, acompanhado do “tomar banho”, “vestir-se/despir-se” e “alimentar-se”, com valores sempre superiores ao score médio global.

Apesar de se verificar uma evolução positiva na PAE dos FC no autocuidado “virar-se”, “usar o sanitário”, “tomar a medicação” e “transferir-se”, entre M1 e M3, são os domínios que apresentam

os **scores mais baixos de PAE dos FC**, sempre inferiores ao *score* médio global, em cada momento de avaliação.

O estudo de mestrado que realizámos (Petronilho, 2007), evidenciou a existência de um número muito significativo de familiares cuidadores que demonstram um défice de conhecimentos e habilidades para tomar conta dos familiares dependentes, quer no momento da alta hospitalar, quer um mês após (no domicílio), verificando-se um agravamento na avaliação entre estes dois momentos. São exemplos de áreas específicas com necessidade de aquisição de competências por parte dos FC, a prevenção de úlceras de pressão, a prevenção de rigidez articular/pé equino, bem como, a gestão do regime terapêutico (hábitos alimentares adequados e regime medicamentoso). Portanto, estamos perante resultados que, de alguma forma, dão consistência ao presente estudo. O estudo de Bowles (2000) revelou que os problemas mais frequentes dos doentes dependentes e familiares cuidadores reportavam-se a um défice de competências em áreas como a alimentação e a gestão da medicação. O estudo de McBride et al. (2004) mostrou que foram implementadas intervenções sobre cuidados a ter com a alimentação e regime medicamentoso adequados a menos de 15% dos casos da amostra. No estudo de Lage (2007), os FC referiram sentir maiores dificuldades na prestação de cuidados associados aos cuidados de higiene e conforto e nas transferências. No estudo de Louro (2009), 52% dos FC apontam como fonte de dificuldades no exercício do papel, os cuidados diretos aos familiares dependentes.

Face aos resultados do presente estudo, evidenciando uma menor competência por parte dos FC em domínios do autocuidado como, “virar-se”, “usar o sanitário”, tomar a medicação” e transferir-se”, questionamos: implicarão estas áreas, pela sua natureza, um conjunto de atividades de maior complexidade para a sua realização, exigindo maior aprendizagem dos FC e, assim, maior acompanhamento por parte dos das equipas de enfermagem no domicílio? Ou estes resultados serão, também, por um menor grau de importância atribuído pelos FC a estas áreas e, deste modo, menores implicações percecionadas na segurança, saúde e bem-estar dos dependentes, traduzindo-se, deste modo, num menor “investimento” da sua parte na aquisição de um nível mais elevado de competências?

Relativamente à PAE dos FC para tomar conta em função dos “processos de cuidar” de Schumacher, verificamos que aqueles em que se obteve uma evolução mais positiva ao longo dos três momentos de avaliação foram “negociar com o sistema de cuidados de saúde” (média M1=2,95 “medianamente competente” e média M3=3,27 “muito competente”) e “trabalhar com a pessoa cuidada” (média M1=2,53; média M3=2,94 - “medianamente competente”). A PAE do FC para “**agir**”, “**monitorizar**” e “**providenciar cuidados**”, apresentam-se como os domínios em que os FC referem sentir-se, globalmente, **mais competentes** ao longo dos três meses em que ocorreu o estudo, comparando com os restantes “processos de cuidar”.

Em paralelo, “**trabalhar com a pessoa cuidada**”, “**ajustar**” e “**aceder a recursos**”, são os domínios onde se verifica ao longo do estudo as **médias de PAE dos FC mais baixas**, comparativamente com os restantes domínios e inferiores à média global. O desenvolvimento do papel de prestador de cuidados ocorre em interação com a pessoa cuidada e neste processo as características pessoais dos intervenientes influenciam a relação (Schumacher 1995; Schumacher et al., 2000). O papel desempenhado pelo familiar cuidador envolve a integração do conhecimento sobre a pessoa cuidada,

incluindo aspetos relevantes da sua identidade, as suas preocupações e a sua história pessoal, bem como, o conhecimento sobre as especificidades dos cuidados necessários (Schumacher et al., 2000). Os resultados do estudo correlacional de Schumacher et al. (2008), evidenciam que uma pobre qualidade no relacionamento entre o FC e o dependente, pode criar uma situação muito difícil de gerir, com implicações para o próprio processo de tomar conta. Sugerem as autoras que os investigadores devem incluir a relação entre FC e pessoa cuidada (*"mutuality"*) no desenvolvimento de modelos de bem-estar para o familiar cuidador, sendo mesmo apontado como um indicador da transição para a aquisição do papel de prestador de cuidados (respostas interpessoais). Outros estudos referem que, quando as relações afetivas entre o FC e o dependente se tornam complexas e degradadas são geradoras de desgaste psicológico no FC, tornando-se fonte de dificuldades e, frequentemente, determinadas pela relação entre ambos anterior à condição de dependência (Cruz et al., 2004; Petronilho, 2007). Damos como exemplo, o "desabafo" do FC:

Notas de campo

"Sabe Sr. enfermeiro?!... a minha mãe é uma pessoa muito parada!... já era assim antes de estar doente!... tem o feitio dela! É difícil!...temos dificuldade em que ela tome consciência que tem de tentar fazer as coisas sozinha!... não tem força de vontade!..." FC 2-61-1006

Das médias mais baixas de PAE ao longo dos momentos de avaliação deste estudo, verifica-se no domínio "aceder a recursos". Parece demonstrar as dificuldades dos familiares na obtenção de informação que lhes possa facilitar a aquisição dos recursos necessários para a prestação de cuidados, incluindo as informações, equipamentos, assistência dos serviços da comunidade, ajuda nas tarefas domésticas e assistência nos cuidados pessoais (Schumacher et al., 2000). Assim, advogar o acesso e a utilização dos recursos necessários aos FC, é uma intervenção crucial das equipas de enfermagem na transição para o exercício do papel de prestadores de cuidados por parte dos familiares. As *notas de campo* que apresentamos são demonstrativas destas dificuldades dos FC em aceder aos recursos e ajustar os cuidados necessários:

Notas de campo

"Agora em casa é tudo muito complicado!!!... é o caos!!!...não há ajuda para nada!!... Precisávamos de adaptar o quarto e a casa de banho, mas ninguém nos ajuda!... ninguém nos pergunta nada!" FC 2-41-1015

(...) as minhas dificuldades são muitas e choro muitas vezes junto do meu marido! Tenho dificuldade em pedir ajuda aos profissionais, porque não sei a quem me dirigir! Estou sozinha, não tenho ninguém que me ajude! os meus filhos (4) estão todos em França e na Suíça..." FC 1-31-1021

"O meu maior problema não é propriamente o trabalho físico que tenho com o meu pai!... o maior problema é na dificuldade em tomar decisões, porque não tenho apoio dos médicos e dos enfermeiros!" FC 2-11-1002

"Negociar com o sistema de cuidados de saúde", como já o referimos, foi um dos domínios onde se verificou uma evolução mais positiva na PAE dos FC, ao longo dos momentos de avaliação do presente estudo. Shyu (2000b) ao descrever as três fases quanto às necessidades sentidas pelos FC, após o regresso a casa do dependente, refere que a "negociação do papel" (*role negotiation*) ocorre logo após a alta hospitalar e permanece até à estabilização do "padrão de cuidar", em que os familiares procuram, oportunamente, assistência nos profissionais de saúde, centrada nos aspetos relacionados com aquisição de mestria na prestação de cuidados diretos aos dependentes.

Vários estudos (Brereton & Nolan, 2000; Pringle et al, 2008; Shyu et al, 2008; Stoltz et al, 2004) apontam para o desejo, a necessidade e os benefícios da implementação de programas de educação e apoio efetivo aos FC, tendo em conta as suas expectativas e necessidades, promovendo, progressivamente, a

sua capacitação, com ênfase no período imediato à alta hospitalar. A implementação destes programas de apoio deve ser da iniciativa da rede formal e, em particular, das equipas de enfermagem. Deste modo, as necessidades e expectativas dos FC devem integrar o planeamento da alta hospitalar por forma a que as respostas aos desafios de saúde, no regresso a casa, sejam adequadas (Levine et al., 2006; Wennman-Larsen & Tishelman, 2002).

Outras investigações referem-se à existência de diferentes fases na adaptação ao exercício do papel de prestador de cuidados ao longo do tempo, das quais, decorrem diferentes necessidades no processo de transição do hospital para o domicílio até atingirem um *padrão estável de cuidar* (Rotondi et al., 2007; Shyu, 2000b). No presente estudo, as diferentes fases que os FC vão vivenciando também estão expressas nestes relatos dos familiares cuidadores:

Notas de campo

“Tenho 3 hérnias na coluna, tenho muitas dificuldades!...porque tenho apenas uma irmã que me ajuda! Choro lágrimas a toda a hora, porque não me sinto capaz de o cuidar (marido)!!! ...dar de comer, dar a alimentação, dar os medicamentos!...” FC1-31-1018

“...Sinto dificuldades em tudo!!!” FC2-31-1001

“Deixei de trabalhar para dedicar-me à minha mãe!... então tenho de me mentalizar que vou ser capaz de fazer as coisas que ela precisa!... não pode haver lamentações!... é para isto que cá estou!” FC 1-31-1033

“Sinto-me com muita força e vontade para cuidar do meu pai, apesar de ser muito difícil!” FC 1-21-1041

“Sinto-me bem passado este tempo todo!...relativamente aos cuidados para tratar da minha mãe, sinto-me com força e capaz de cuidar da minha mãe!” FC 2-42-1006

“Olhe sr. enfermeiro!... eu sinto-me muito capaz de fazer tudo, mas é muito difícil e sinto-me muito cansada!” FC 3-21-1015

A transição para o exercício do papel de cuidador é encarado como um processo complexo, uma experiência única e vivida com dificuldades por cada família, em particular (Pringle et al., 2008; Turner et al., 2007). O estudo de Coleman et al. (2004) mostra uma relação significativa entre a taxa de reinternamento hospitalar e a efetividade das intervenções dos profissionais de saúde na ajuda aos FC, por forma a que estes tenham um papel mais ativo e eficaz no regresso do familiar dependente a casa. A mestria do familiar cuidador revela-se no conhecimento acumulado e na perícia adquirida ao confrontar-se com os desafios decorrentes das necessidades do familiar dependente, aumenta com o tempo, necessita de permanente atualização, à medida que o contexto do cuidado se altera, sendo determinante no momento de tomar decisões (De La Cuesta, 2004). Neste sentido, o estudo de Breerton & Nolan (2000) refere a necessidade de promover uma parceria de cuidados mais efetiva entre os FC e a rede formal de apoio, com vista a uma preparação mais adequada, com enfoque particular na informação sobre as necessidades dos FC que vão mudando ao longo do exercício do papel.

Embora não tenha sido objetivo desta pesquisa explorar a relação entre a perceção de autoeficácia e sintomas depressivos, vários estudos apontam para uma correlação muito significativa entre a menor perceção de autoeficácia dos FC e o aumento de sobrecarga (Au et al., 2009; Gilliam & Steffen, 2006; Lage, 2007; Louro, 2009; Rabinowitz et al., 2006).

No presente estudo, não se verificou evolução negativa para qualquer domínio da PAE do FC em função dos “processos de cuidar” de Schumacher, à semelhança do que aconteceu para os domínios do autocuidado. Significa que, apesar de todas as dificuldades com que se deparam ao no exercício do

papel, os FC, de um modo geral, atribuem importância aos desafios que se vão colocando ao longo do tempo e vão desenvolvendo estratégias por forma a adaptarem-se o melhor possível.

Em síntese, a análise destes dados, permite-nos refletir a sua importância e implicações para a ação profissional dos enfermeiros. Assim, tratando-se de áreas de atenção da saúde dos dependentes muito centradas na sua área de decisão clínica, significa que a sua intervenção deve promover junto dos familiares cuidadores, maior consciencialização sobre as dimensões em que estes evidenciem menor competência. Schumacher (1995), ao referir-se à necessidade de maior consciencialização do FC sobre a assunção do seu papel, refere-se à importância do exercício profissional dos enfermeiros. A autora menciona que, num primeiro momento, os enfermeiros devem ser capazes de identificar o “significado pessoal” atribuído pelos FC ao exercício do papel (como indicador subjetivo da transição). A partir desta avaliação, devem promover maior consciencialização sobre as dimensões em que estes evidenciem atribuir menor importância. Os familiares cuidadores, quando são questionados sobre a sua perceção de competência acerca das atividades necessárias para o exercício do papel, parece focalizarem-se, sobretudo, nos cuidados que, na sua perspetiva, são mais importantes de assegurar. Daí, resulta que há uma construção mental da natureza do papel a exercer que determina a sua ação. Por esta razão, julgamos nós, a maior atribuição de importância a determinados cuidados, está associada a uma maior PAE. Do exposto, no presente estudo, parece-nos que os FC atribuem maior importância na assistência em atividades associadas a domínios do autocuidado como, “andar”, “vertir-se/despír-se”, “alimentar-se” e “tomar banho”, considerando-as fundamentais para a vida dos dependentes, assim como, as atividades associadas a “agir”, “monitorizar” e “providenciar cuidados”. Vejamos as seguintes *notas de campo* que atestam o que temos vindo a referir:

Notas de campo

“Sabe o que me custa sr. enfermeiro?.. é ver a minha mãe a piorar de dia para dia!... de resto, nada me custa!... consigo muito bem lavá-la, vesti-la, dar-lhe de comer...” FC 2-51-1001

“O resto?!...o resto vou-me desenrascando e acho que faço muito bem! (referia-se aos cuidados a assegurar associados aos diferentes domínios do autocuidado).. mas ninguém me ensinou nada!” FC 3-31-1033

Em paralelo, atividades associadas a domínios do autocuidado, como, “virar-se”, “transferir-se”, “usar o sanitário”, parece-nos, ser atribuída menor importância por parte dos FC.

O estudo de Queirós (2011), tendo por objetivo, conhecer o nível de autoeficácia dos familiares cuidadores no seio das famílias clássicas do concelho do Porto, utilizando a mesma escala da PAE do FC do presente estudo, no global, evidencia resultados muito concordantes.

3.4.2.2. Evolução do perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores.

Neste estudo, o perfil de cuidados refere-se ao conjunto de atividades que são organizadas e realizadas pelos FC com o objetivo de garantir a saúde e o bem-estar do familiar dependente em contexto domiciliário. Assim, nesta investigação, o perfil de cuidados assegurado pelo FC assenta em 5 dimensões:

- *Cuidados de incentivo à autonomia do dependente*; reporta-se ao conjunto de atividades realizadas pelo dependente, associadas aos diferentes domínios do autocuidado, em que o FC estimula o dependente à sua concretização. Damos como exemplos: “o FC incentiva o familiar dependente a comer sozinho”, “o FC incentiva o familiar dependente a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão”. Estas variáveis foram operacionalizadas no formulário aplicado por uma escala ordinal: “nunca”, “às vezes”, “sempre”;
- *Intensidade com que o familiar cuidador presta cuidados ao dependente*; no global, reporta-se ao número de vezes (por dia/semana/mês) que os FC concretizam as atividades associadas aos diferentes domínios do autocuidado. São exemplos destas atividades: “frequência com que o FC corta/apara a barba ao familiar dependente (semana)”, “frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do familiar dependente (dia)”. Estas variáveis foram operacionalizadas no formulário utilizado por uma escala quantitativa. Todavia, esta intensidade, foi, também, avaliada por um conjunto de variáveis operacionalizadas com uma escala ordinal: “nunca”, “às vezes”, “sempre”. São exemplos, “o FC posiciona o familiar dependente no sanitário”, “o FC respeita a dieta aconselhada ao familiar dependente”;
- *Decisão sobre os cuidados ao dependente*; diz respeito à participação na decisão sobre o processo de cuidados necessários ao dependente, por parte das pessoas potencialmente envolvidas. Damos como exemplos: “pessoa que decide a frequência /local do banho ao familiar dependente”, “pessoa que decide transferir o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão”. Estas variáveis foram operacionalizadas no formulário aplicado por uma escala nominal: “dependente”, “FC”, “enfermeiro”, “outro”;
- *Locais da prestação de cuidados ao dependente*; refere-se à divisão da habitação, aos equipamentos ou dispositivos utilizados pelo FC na concretização das atividades que dão resposta às necessidades de autocuidado do dependente. Damos como exemplos: “local em que o familiar dependente faz as suas refeições”, “local em que, normalmente, o familiar dependente urina”. Estas variáveis foram operacionalizadas no formulário utilizado por duas escalas nominais: i) “cama”, “sala de jantar/cozinha”, “chuveiro/banheira”, “outro”, no caso do primeiro exemplo dado; ii) “fralda”, “arrastadeira”, “sanita”, “outro”, no caso do segundo exemplo dado.

Nos subcapítulos seguintes, apresentamos os resultados organizados em função destas cinco dimensões. À semelhança do procedimento adotado em capítulos anteriores, face à grande quantidade de informação gerada após o tratamento estatístico, optámos por apresentar os resultados que nos parecem mais significativos em função dos objetivos do estudo. No entanto, em Anexo R, podem ser consultados os restantes resultados. A organização deste capítulo é semelhante àquela que adotámos

nos capítulos anteriores. Neste sentido, os resultados estão apresentados numa perspetiva longitudinal: *i)* um mês após a alta hospitalar (M1), *ii)* dois meses após a alta hospitalar (M2), *iii)* três meses após a alta hospitalar (M3) e, por último, *iv)* evolução ao longo de M1, M2 e M3. Queríamos, ainda, relembrar, que a avaliação deste perfil de cuidados dos FC somente foi realizada nos domínios em que o familiar era dependente.

3.4.2.2.1 Perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores, um mês após a alta hospitalar (M1).

Após procedermos a breves explicações com o objetivo de contextualizar e explicar as dimensões utilizadas no Estudo III e que permitiram a caracterização do perfil de cuidados assegurados pelos FC, passamos à apresentação dos resultados, relativamente à avaliação efetuada, um mês após a alta hospitalar (M1).

3.4.2.2.1.1 Cuidados de incentivo à autonomia do dependente, um mês após a alta hospitalar (M1).

Da análise da Tabela 3.31, verificamos que há um número significativo de atividades diárias em que, a maioria dos FC, nunca incentiva os familiares a maior autonomia. Destas atividades destacamos: “deambular sozinho” [58,3% (n=49)], “utilizar sozinho a cadeira de rodas” [83,3% (n=15)], “utilizar o sanitário” [55,9% (n=52)] e “preparar/tomar sozinho os medicamentos” [88,2% (n=90)]. Por seu lado, verificamos que, para a quase totalidade das atividades diárias avaliadas, cerca de um quarto a um terço dos FC incentiva sempre os familiares à autonomia, à exceção das atividades: “O FC incentiva o familiar dependente a utilizar sozinho a cadeira de rodas” [5,6% (n=1)] e “O FC incentiva o familiar dependente a preparar/tomar sozinho os medicamentos” [2,9% (n=3)], valores que são muito residuais.

Tabela 3.31 – Frequência das atividades de incentivo à autonomia do dependente por parte dos FC (M1)

Atividades do FC de incentivo à autonomia do familiar dependente (M1)	N	Grau de incentivo					
		Nunca		Às vezes		Sempre	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
O FC incentiva o familiar dependente a preparar/tomar sozinho os medicamentos	102	90	88,2	9	8,8	3	2,9
O FC incentiva o familiar dependente a utilizar sozinho a cadeira de rodas	18	15	83,3	2	11,1	1	5,6
O FC incentiva o familiar dependente a deambular sozinho	84	49	58,3	11	13,1	24	28,6
O FC incentiva o familiar dependente a utilizar o sanitário	93	52	55,9	15	16,1	26	28,0
O FC incentiva o familiar dependente a levantar-se (por de pé)	89	44	49,4	18	20,2	27	30,3
O FC incentiva o familiar dependente a comer sozinho	100	40	40,0	25	25,0	35	35,0
O FC incentiva o familiar dependente a lavar as zonas do corpo de que é capaz	84	33	39,3	30	35,7	21	25,0
O FC incentiva o familiar dependente a posicionar-se	89	33	37,1	25	28,1	31	34,8
O FC incentiva o familiar dependente a sentar-se	89	31	34,8	31	34,8	27	30,3
O FC incentiva o familiar dependente a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão	24	7	29,2	8	33,3	9	37,5
O FC incentiva o familiar dependente a beber água (líquidos) fora das refeições	88	15	17,0	46	52,3	27	30,7
O FC incentiva o familiar dependente a tossir quando se apercebe que ele tem secreções	103	12	11,7	65	63,1	26	25,2
O FC incentiva o familiar dependente a vestir-se e calçar-se sozinho	56	0	0,0	36	64,3	20	35,7

3.4.2.2.1.2 *Intensidade com que o familiar cuidador presta cuidados ao dependente, um mês após a alta hospitalar (M1).*

Quanto à intensidade com que o FC presta cuidados face à dependência do familiar, a análise do Anexo R, permite-nos concluir que há um conjunto de atividades em que a maioria dos FC refere nunca realizar, ao longo do exercício do seu papel. São estas atividades: “posiciona o familiar dependente no sanitário” [61,5% (n=59)] e “proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação do familiar dependente” [87,3% (n=89)]. Outro resultado relevante é o facto de 97,1% (n=99) dos FC referirem nunca “esquecer-se da dose/administração de algum medicamento do familiar dependente”.

Em paralelo, existe um conjunto de atividades em que, a maioria dos FC, refere realizar sempre, tais como: “lava os genitais ao familiar dependente depois das micções/dejeções” [59,4% (n=57)], “procede a ajustes (de acordo com indicação médica) do horário/dose de algum medicamento do familiar dependente” [87,3% (n=89)], (Anexo R).

Quanto aos cuidados prestados pelos FC considerados *complementares*, “aspirar as secreções quando o familiar dependente não as consegue eliminar” [94,2% (n=97)], “utilizar espessantes/gelatinas quando o familiar dependente tem dificuldade em deglutir” [90,3% (n=84)], “fazer a pesquisa de fecalomas ao familiar dependente” [95,9% (n=93)] e “leva o familiar dependente ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar” [94,6% (n=88)] são as atividades que, a maioria dos FC, refere nunca realizar (Anexo R).

Os cuidados prestados pelos FC considerados *complementares*, em que a maioria dos FC refere realizar sempre, são: “respeita a dieta aconselhada ao familiar dependente” [88,8% (n=71)], “utilizar equipamentos de prevenção de quedas do familiar dependente” [61,8% (n=63)], “solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do familiar dependente se altera” [91,4% (n=96)] e “incluir na dieta do familiar dependente frutas/legumes” [92,5% (n=98)] (Anexo R).

As médias com que os FC prestam cuidados aos familiares dependentes estão representadas, igualmente, no Anexo R. Todavia, na Tabela 3.32, mostramos os resultados que nos parecem mais significativos. Verificamos que as tarefas desempenhadas com médias consideradas adequadas, tendo em conta o nosso juízo clínico, são: “número de refeições que o FC fornece ao familiar dependente” e “frequência com que o FC dá água (líquidos) fora das refeições ao familiar dependente”.

Pelo contrário, há um conjunto de atividades em que os FC apresentam médias baixas de desempenho (insuficiente), tendo em conta a nossa opinião clínica. Reportamo-nos a cuidados muito centrados na prevenção das úlceras de pressão, da maceração e da rigidez articular, os quais, são prestados de forma insuficiente pelos FC, o que, ao longo do tempo, tem impacto negativo na condição de saúde dos dependentes (Tabela 3.32).

Tabela 3.32 – Juízo clínico (enfermeiro) em função da Média/Frequência com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M1)

Juízo clínico (enfermeiro)	Cuidados prestados pelo FC (M1)	Média/Frequência
Considerado adequado	Nº de refeições que o FC fornece ao familiar dependente	5,2/dia ³²
	Frequência com que o FC dá água (líquidos) fora das refeições ao familiar dependente	3,9/dia
Considerado insuficiente	Frequência com que o FC posiciona o familiar dependente na cama/cadeira	3,4/dia ³³
	Frequência com que o FC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do familiar dependente	1,4/dia
	Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do familiar dependente	0,2/dia
	Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do familiar dependente	0,2/dia
	Frequência com que o FC massaja a pele das proeminências ósseas do familiar dependente	0,8/dia
	Frequência com que o FC inspeciona a pele do períneo do familiar dependente	1,6/dia
	Frequência com que o FC levanta (por de pé) o familiar dependente	0,7/dia
	Frequência com que o FC aplica cremes hidratantes ao familiar dependente	3,9/semana
	Frequência com que o FC transfere o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão	1,3/dia

3.4.2.2.1.3 Decisão sobre os cuidados ao dependente, um mês após a alta hospitalar (M1).

Na maioria dos casos avaliados, o FC é a pessoa que decide sobre os cuidados necessários. Destes, destacamos com maior significado percentual: “frequência/composição/local das refeições do familiar dependente” [90,6% (n=96)], “pessoa que decide a frequência/local do banho ao familiar dependente” [84% (n=89)], “pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo familiar dependente” [94,3% (n=33)] e “pessoa que escolhe a roupa que o familiar dependente vai vestir” [80,8% (n=84)], Anexo R.

3.4.2.2.1.4 Locais da prestação de cuidados ao dependente, um mês após a alta hospitalar (M1).

Relativamente ao “local em que o familiar dependente faz as suas refeições”, na maioria dos casos avaliados [54,7% (n=58)], estas ocorrem na sala de jantar/cozinha. Todavia, é, também, significativo, o número de dependentes que fazem as refeições na cama [45,3% (n=48)]. Relativamente ao “local em que, normalmente, o PC dá banho ao familiar dependente”, na maioria dos casos, ocorre no chuveiro/banheira [56,5% (n=61)], apesar de, também, ser significativo a percentagem de casos em que os cuidados de higiene são prestados na cama [40,7% (n=44)], Anexo R.

Em relação às dimensões “local em que, normalmente, o familiar dependente evacua” e “local em que, normalmente, o familiar dependente urina”, na maioria dos casos, ocorre na fralda, respetivamente, [50,9% (n=57)] e [50,0% (n=56)], Anexo R.

³² Número de refeições considerado aceitável com vista a assegurar um estado nutricional adequado: 5/dia. Para as restantes tarefas asseguradas pelo FC consideradas por nós adequadas, o nosso juízo clínico seguiu o mesmo processo de raciocínio.

³³ Número de posicionamentos considerado adequado, tendo em conta a prevenção das úlceras de pressão (relembrando que a grande maioria dos dependentes da amostra são doentes “acamados”), seria no mínimo 6/dia. Para as restantes tarefas asseguradas pelo FC consideradas por nós insuficientes, o nosso juízo clínico seguiu o mesmo processo de raciocínio.

3.4.2.2.2 Perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores, dois meses após a alta hospitalar (M2).

Realizada a análise dos resultados relativamente ao perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores M1, mostramos, nos próximos subcapítulos, a análise referente aos resultados em M2.

3.4.2.2.2.1 Cuidados de incentivo à autonomia do dependente, dois meses após a alta hospitalar (M2).

Verificamos pela análise da Tabela 3.33 que, à semelhança do que aconteceu na avaliação em M1, há um número significativo de atividades diárias em que, a maioria dos FC, nunca incentiva os familiares a maior autonomia. Destacamos: “deambular sozinho” [56,1% (n=46)], “utilizar sozinho a cadeira de rodas” [88,2% (n=15)], “utilizar o sanitário” [53,6% (n=45)], “preparar/tomar sozinho os medicamentos” [86,6% (n=84)] e “vestir-se e calçar-se sozinho” [58,3% (n=35)].

Tabela 3.33 – Frequência das atividades de incentivo à autonomia do dependente por parte dos FC (M2)

Atividades do FC de incentivo à autonomia do familiar dependente (M2)	N	Grau de incentivo					
		Nunca		Às vezes		Sempre	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
O FC incentiva o familiar dependente a utilizar sozinho a cadeira de rodas	17	15	88,2	1	5,9	1	5,9
O FC incentiva o familiar dependente a preparar/tomar sozinho os medicamentos	97	84	86,6	9	9,3	4	4,1
O FC incentiva o familiar dependente a vestir-se e calçar-se sozinho	60	35	58,3	25	41,7	0	0,0
O FC incentiva o familiar dependente a deambular sozinho	82	46	56,1	7	8,5	29	35,4
O FC incentiva o familiar dependente a utilizar o sanitário	84	45	53,6	11	13,1	28	33,3
O FC incentiva o familiar dependente a levantar-se (por de pé)	78	38	48,7	12	15,4	28	35,9
O FC incentiva o familiar dependente a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão	5	2	40,0	1	20,0	2	40,0
O FC incentiva o familiar dependente a lavar as zonas do corpo de que é capaz	77	30	39,0	26	33,8	21	27,3
O FC incentiva o familiar dependente a sentar-se	76	29	38,2	20	26,3	27	35,5
O FC incentiva o familiar dependente a comer sozinho	90	30	33,3	20	22,2	40	44,4
O FC incentiva o familiar dependente a posicionar-se	75	25	33,3	16	21,3	34	45,3
O FC incentiva o familiar dependente a beber água (líquidos) fora das refeições	92	14	15,2	55	59,8	23	25,0
O FC incentiva o familiar dependente a tossir quando se apercebe que ele tem secreções	105	12	11,4	72	68,6	21	20,0

3.4.2.2.2.2 Intensidade com que o familiar cuidador presta cuidados ao dependente, dois meses após a alta hospitalar (M2).

Da análise do Anexo R, concluímos que há um conjunto de cuidados em que, a maioria dos FC, refere nunca realizar, tais como: “posiciona o familiar dependente no sanitário” [58,4% (n=52)] e “proceder à alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação do familiar dependente” [87,9% (n=87)]. “Esquecer-se da dose/administração de algum medicamento do familiar dependente” é, também, referido por 98% (n=98) dos FC como nunca ocorrer.

Quanto aos cuidados prestados, referidos pela maioria dos FC, como sempre realizado inclui: “lava os genitais ao familiar dependente depois das micções/dejeções” [63,3% (n=57)], “procede a ajustes (de acordo com indicação médica) do horário/dose de algum medicamento do familiar dependente” [92% (n=92)], (Anexo R).

A análise do Anexo R, mostra-nos a intensidade com que os FC prestam cuidados *complementares* face à dependência do familiar. “Aspirar as secreções quando o familiar dependente não as consegue eliminar” [97,1% (n=100)], “utilizar espessantes/gelatinas quando o familiar dependente tem dificuldade em deglutir” [94,4% (n=84)], “fazer a pesquisa de fecalomas ao familiar dependente” [95,7% (n=90)] e “leva o familiar dependente ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar” [92,6% (n=87)] são os cuidados que a maioria dos FC refere nunca realizar.

Em paralelo, os cuidados prestados considerados *complementares* em que, maioria dos FC, refere realizar sempre inclui: “respeita a dieta aconselhada ao familiar dependente” [90,1% (n=73)], “utilizar equipamentos de prevenção de quedas do familiar dependente” [64,4% (n=67)], “solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do familiar dependente se altera” [95,2% (n=100)] e “incluir na dieta do familiar dependente frutas/legumes” [95,3% (n=101)] (Anexo R).

No Anexo R podemos verificar as médias com que os FC prestam cuidados aos familiares dependentes para todas as tarefas avaliadas. No entanto, na Tabela 3.34, mostramos os resultados que nos parecem importante destacar. Verificamos que, à semelhança dos resultados em M1, as atividades desempenhadas pelos FC com médias consideradas adequadas, na nossa opinião clínica, são: “número de refeições que o FC fornece ao familiar dependente” (média=5,1/dia) e “frequência com que o FC dá água (líquidos) fora das refeições ao familiar dependente” (média=3,5/dia).

Tabela 3.34 – Juízo clínico (enfermeiro) em função da Média/Frequência com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M2)

Juízo clínico (enfermeiro)	Cuidados prestados pelo FC (M2)	Média/Frequência
Considerado adequado	Nº de refeições que o FC fornece ao familiar dependente	5,1/dia
	Frequência com que o FC dá água (líquidos) fora das refeições ao familiar dependente	3,5/dia
Considerado insuficiente	“Frequência com que o FC posiciona o familiar dependente na cama/cadeira	3,3/dia
	Frequência com que o FC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do familiar dependente	1,4/dia
	Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do familiar dependente	0,1/dia
	Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do familiar dependente	0,1/dia
	Frequência com que o FC massaja a pele das proeminências ósseas do familiar dependente	0,8/dia
	Frequência com que o FC inspeciona a pele do períneo do familiar dependente	1,6/dia
	Frequência com que o FC levanta (por de pé) o familiar dependente	0,8/dia
	Frequência com que o FC aplica cremes hidratantes ao familiar dependente	3,6/semana
	Frequência com que o FC transfere o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão	1,4/dia

Muito semelhante ao que constatámos na análise realizada em M1, há um conjunto de tarefas prestadas pelos FC onde, no nosso juízo clínico, se registou médias baixas de desempenho (insuficiente). Reportamo-nos a cuidados, fundamentalmente, centrados no sistema tegumentar e musculoesquelético.

Portanto, como já referimos anteriormente, reportamo-nos a cuidados muito focalizados na prevenção das úlceras de pressão, da maceração e da rigidez articular (Tabela 3.34).

3.4.2.2.3 Decisão sobre os cuidados ao dependente, dois meses após a alta hospitalar (M2).

A análise do Anexo R revela que, na maioria dos casos, a decisão sobre os cuidados necessários ao doente dependente recai no FC. Há semelhança da análise realizada em M1, destacamos: “frequência/composição/local das refeições do familiar dependente” [85,9% (n=85)], “pessoa que decide a frequência/local do banho ao familiar dependente” [78,6% (n=81)], “pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo familiar dependente” [88,2% (n=30)] e “pessoa que escolhe a roupa que o familiar dependente vai vestir” [77,4% (n=82)].

3.4.2.2.4 Locais da prestação de cuidados ao dependente, dois meses após a alta hospitalar (M2).

Relativamente ao “local em que o familiar dependente faz as suas refeições”, a maioria dos casos [63,9% (n=62)], conforme aconteceu em M1, ocorre na sala de jantar/cozinha. No entanto, há uma percentagem significativa de casos que fazem as refeições na cama [36,1% (n=35)]. No que diz respeito ao “local em que, normalmente, o PC dá banho ao familiar dependente” na maioria dos casos ocorre no chuveiro/banheira [61,5% (n=64)]. Verifica-se, também ser significativa a percentagem de casos em que os cuidados de higiene são prestados na cama [37,5% (n=39)], Anexo R.

O “local em que, normalmente, o familiar dependente evacua”, na maior percentagem dos casos, ocorre na sanita [49,5% (n=52)], apesar de numa percentagem também significativa, ocorrer na fralda [45,7% (n=48)]. Relativamente ao “local em que, normalmente, o familiar dependente urina”, ocorre em maior percentagem de casos na fralda [46,7% (n=49)], apesar de uma percentagem significativa também ocorrer na sanita [44,8% (n=47)], Anexo R.

3.4.2.2.3 Perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores, três meses após a alta hospitalar (M3).

Por último, procedemos à análise dos resultados correspondentes ao 3º mês após a alta hospitalar do dependente (M3).

3.4.2.2.3.1 Cuidados de incentivo à autonomia do dependente, três meses após a alta hospitalar (M3).

A Tabela 3.35 mostra-nos que, à semelhança do que aconteceu na avaliação em M1 e M2, há um número significativo de tarefas em que na maioria dos casos os FC nunca incentivam os familiares à autonomia. Destacamos: “deambular sozinho” [52,5% (n=53)], “utilizar sozinho a cadeira de rodas” [88,9% (n=16)], “a preparar/tomar sozinho os medicamentos” [75% (n=81)], e “vestir-se e calçar-se sozinho” [52,5% (n=31)].

Tabela 3.35 – Frequência das atividades de incentivo à autonomia do dependente por parte dos FC (M3)

Atividades do FC de incentivo à autonomia do familiar dependente (M3)	N	Grau de incentivo					
		Nunca		Às vezes		Sempre	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
O FC incentiva o familiar dependente a utilizar sozinho a cadeira de rodas	18	16	88,9	2	11,1	0	0,0
O FC incentiva o familiar dependente a preparar/tomar sozinho os medicamentos	108	81	75,0	10	9,3	17	15,7
O FC incentiva o familiar dependente a deambular sozinho	101	53	52,5	7	6,9	41	40,6
O FC incentiva o familiar dependente a vestir-se e calçar-se sozinho	59	31	52,5	28	47,5	0	0,0
O FC incentiva o familiar dependente a levantar-se (por de pé)	98	46	46,9	18	18,4	34	34,7
O FC incentiva o familiar dependente a lavar as zonas do corpo de que é capaz	97	43	44,3	28	28,9	26	26,8
O FC incentiva o familiar dependente a utilizar o sanitário	105	45	42,9	10	9,5	50	47,6
O FC incentiva o familiar dependente a posicionar-se	93	33	35,5	21	22,6	39	41,9
O FC incentiva o familiar dependente a comer sozinho	105	37	35,2	9	8,6	59	56,2
O FC incentiva o familiar dependente a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão	33	10	30,3	6	18,2	17	51,5
O FC incentiva o familiar dependente a sentar-se	97	28	28,9	33	34,0	36	37,1
O FC incentiva o familiar dependente a tossir quando se apercebe que ele tem secreções	117	32	27,4	59	50,4	26	22,2
O FC incentiva o familiar dependente a beber água (líquidos) fora das refeições	109	16	14,7	51	46,8	42	38,5

Por outro lado, “comer sozinho” [56,2% (n=59)] e “participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão” [51,5% (n=17)], são as tarefas em que, na maioria dos casos, os FC incentivam sempre os doentes dependentes à sua autonomia.

3.4.2.2.3.2 Intensidade com que o familiar cuidador presta cuidados ao dependente, três meses após a alta hospitalar (M3).

À semelhança da avaliação em M1 e M2, as atividades em que, a maioria dos FC, refere nunca realizar, são: “posiciona o familiar dependente no sanitário” [53,3% (n=52)] e “proceder à alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação do familiar dependente” [91,2% (n=103)]. Tal como em M1 e M2, “esquecer-se da dose/administração de algum medicamento do familiar dependente” é, também, referido por 95,6% (n=109) dos FC como nunca ocorrer (Anexo R).

Quanto às atividades referidas pela maioria dos FC como sempre realizadas destacamos: “lava os genitais ao familiar dependente depois das micções/dejeções” [55,7% (n=59)] e “procede a ajustes (de acordo com indicação médica) do horário/dose de algum medicamento do familiar dependente” [93% (n=106)], (Anexo R).

“Aspirar as secreções quando o familiar dependente não as consegue eliminar” [96,5% (n=109)], “utilizar espessantes/gelatinas quando o familiar dependente tem dificuldade em deglutir” [92,6% (n=100)], “fazer a pesquisa de fecalomas ao familiar dependente” [94,5% (n=103)] e “leva o familiar dependente ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar” [84,9% (n=90)] são os cuidados *complementares* em que, a maioria dos FC, refere nunca realizar (Anexo R).

Ao invés, os cuidados *complementares* prestados, em que a maioria dos FC, refere realizar sempre são: “respeita a dieta aconselhada ao familiar dependente” [87,6% (n=85)], “utilizar equipamentos de prevenção de quedas do familiar dependente” [54,8% (n=63)], “solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do familiar dependente se altera” [92,3% (n=108)] e “incluir na dieta do familiar dependente frutas/legumes” [93,2% (n=109)], Anexo R.

O Anexo R mostra-nos as médias com que os FC prestam cuidados aos familiares dependentes para todas as tarefas avaliadas. A Tabela 3.36 mostra-nos os resultados mais significativos. À semelhança dos resultados em M1 e M2, os cuidados prestados com médias consideradas adequadas, na nossa opinião clínica, são: “número de refeições que o FC fornece ao familiar dependente” e “frequência com que o FC dá água (líquidos) fora das refeições ao familiar dependente”.

Também à semelhança dos resultados verificados em M1 e M2, verifica-se um conjunto de cuidados prestados pelos FC onde, no nosso juízo clínico, as médias de desempenho são baixas. Portanto, como já referimos na análise dos dados em M1 e M2, trata-se de um conjunto de atividades que são implementados de forma insuficiente pelos FC, mas que visam, fundamentalmente, a prevenção de complicações no sistema tegumentar e musculoesquelético, evitando, deste modo, o aparecimento de úlceras de pressão, maceração e rigidez articular (Tabela 3.36).

Tabela 3.36 – Juízo clínico (enfermeiro) em função da Média/Frequência com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M3)

Juízo clínico (enfermeiro)	Cuidados prestados pelo FC (M3)	Média/Frequência
Considerado adequado	Nº de refeições que o FC fornece ao familiar dependente	5,1/dia
	Frequência com que o FC dá água (líquidos) fora das refeições ao familiar dependente	3,3/dia
Considerado insuficiente	“Frequência com que o FC posiciona o familiar dependente na cama/cadeira	3,1/dia
	Frequência com que o FC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do familiar dependente	1,4/dia
	Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do familiar dependente	0,2/dia
	Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do familiar dependente	0,2/dia
	Frequência com que o FC massaja a pele das proeminências ósseas do familiar dependente	0,7/dia
	Frequência com que o FC inspeciona a pele do períneo do familiar dependente	1,8/dia
	Frequência com que o FC levanta (por de pé) o familiar dependente	1,0/dia
	Frequência com que o FC aplica cremes hidratantes ao familiar dependente	3,4/semana
	Frequência com que o FC transfere o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão	1,3/dia

Apesar de, procedermos à discussão dos aspetos relativos à frequência ou intensidade dos cuidados assegurados pelos FC para os três momentos de avaliação (M1, M2 e M3), com base nos valores das médias de cada uma daquelas atividades de tomar conta do dependente, para efeitos de gerar uma abordagem mais abrangente, nomeadamente, em termos de análise inferencial, decidimos proceder a um processo de agregação das variáveis originais relativas à intensidade dos cuidados.

Assim, procedemos à identificação do valor do “percentil 50” de cada uma das atividades (Anexo R). Na posse destes valores, criámos uma variável (intermédia), com base nos critérios: se valor do caso inferior ao valor do percentil 50, então a nova variável tomaria o *score* 1; se o valor do caso na variável em análise fosse superior ou igual ao valor do percentil 50, então ser-lhe-ia atribuído o *score* 2.

Após a criação desta nova variável (ordinal) relativa à intensidade, cada um dos casos, em cada um das variáveis em equação, passou a ter um *score* 1 ou 2. Com base nestes valores, procedemos à computação de uma nova variável (quantitativa), recorrendo à média (ignorando os nulos). Deste procedimento, foi gerada uma variável – Nível Médio Global de Intensidade de Cuidados Assegurados pelo FC -, variável com valores compreendidos entre 1 e 2.

Todavia, entendemos que poderia, ainda, ser-nos útil falar da “Intensidade Global de Cuidados assegurados pelo FC”, numa lógica ordinal. Assim, com base na variável - Nível Médio Global de Intensidade de Cuidados -, decidimos que valores compreendidos entre 1 e 1,1667 correspondiam a uma “Intensidade Global de Cuidados” “muito reduzida”; valores situados entre 1,1667 e 1,333 a uma “Intensidade” “reduzida”; valores compreendidos entre 1,333 e 1,5 a um nível “moderado” e; valores entre 1,5 e 2 a uma intensidade de cuidados “elevada”.

Estes procedimentos de computação de novas variáveis agregadas, relativas à “intensidade de cuidados”, em linha com aquilo que fomos fazendo até aqui, como referimos, visaram a realização de análises mais abrangentes dos fenómenos em estudo.

3.4.2.2.3.3 Decisão sobre os cuidados ao dependente, três meses após a alta hospitalar (M3).

À semelhança da avaliação em M1 e M2, os FC são quem decidem, maioritariamente, sobre os cuidados necessários ao doente dependente. Exemplos destes cuidados com maior percentagem de FC a decidir: “frequência/composição/local das refeições do familiar dependente” [78,3% (n=90)], “pessoa que decide a frequência/local do banho ao familiar dependente” [70,2% (n=80)], “pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo familiar dependente” [86,8% (n=33)] e “pessoa que escolhe a roupa que o familiar dependente vai vestir” [72,9% (n=97)], Anexo R.

3.4.2.2.3.4 Locais da prestação de cuidados ao dependente, três meses após a alta hospitalar (M3).

Conforme se verificou em M1 e M2, o “local em que o familiar dependente faz as suas refeições”, na maioria dos casos, ocorre na sala de jantar/cozinha [65,2% (n=73)]. O “local em que, normalmente, o PC dá banho ao familiar dependente”, na maioria dos casos ocorre no chuveiro/banheira [64% (n=73)], conforme também ocorreu em M1 e M2 (Anexo R).

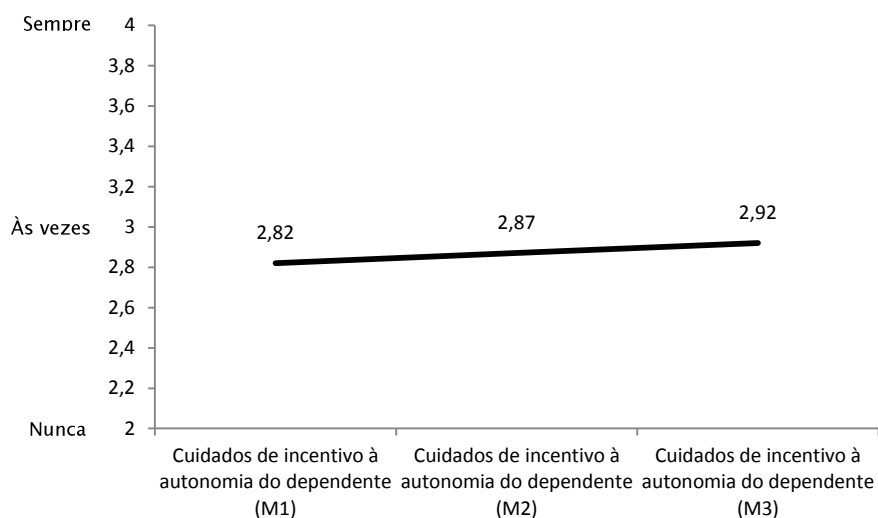
O “local em que, normalmente, o familiar dependente evacua”, na maioria dos casos, ocorre na fralda [51,4% (n=75)], apesar de uma percentagem também significativa ocorrer na sanita [45,9% (n=67)]. O “local em que, normalmente, o familiar dependente urina” ocorre em maior percentagem dos casos na fralda [50,3% (n=72)], apesar de uma percentagem significativa também ocorrer na sanita [39,9% (n=57)].

3.4.2.2.4 Evolução do perfil de cuidados assegurados pelos familiares cuidadores: síntese e discussão dos resultados.

Terminada a análise relativamente ao perfil de cuidados assegurados pelos FC em cada momento de avaliação, procedemos à discussão da evolução dos resultados, conforme fizemos nos capítulos anteriores.

Relativamente ao **grau de incentivo à autonomia do dependente**, em média, verifica-se uma **discreta evolução positiva ao longo dos três meses**, após a alta hospitalar (Gráfico 3.13)³⁴. Significa, pois, que, no global, ao longo do tempo, os FC vão incentivando os dependentes, de forma muito gradual, a tornarem-se mais autónomos na realização das atividades diárias associadas ao seu autocuidado.

Gráfico 3.13 - Nível Médio Global de Incentivo à Autonomia do Dependente, em cada um dos momentos de avaliação (M1, M2, M3)



Ao longo dos três momentos de avaliação verificámos que há atividades em que, a maioria dos FC, **nunca incentiva o familiar a maior autonomia**. Destacamos: **“deambular sozinho”, “utilizar sozinho a cadeira de rodas”, “utilizar o sanitário”, “preparar/tomar sozinho os medicamentos” e “vestir-se e calçar-se sozinho”**. Pensamos tratar-se de atividades que os FC percecionam como colocar em risco a segurança e o conforto do familiar, caso estimulassem a sua autonomia (ex. “deambular sozinho” ou “utilizar sozinho a cadeira de rodas”) e exigem maior esforço físico e tempo disponível dos FC para a sua concretização (ex. “utilizar o sanitário” ou “vestir-se e calçar-se sozinho”). Relativamente à atividade “preparar/tomar sozinho os medicamentos”, na verdade, há uma crença generalizada por parte dos FC de que uma incorreta gestão do regime medicamentoso pode ter consequências muito negativas para a condição de saúde dos familiares. Daí, mesmo que estejamos na presença de regimes medicamentosos de baixa complexidade, os FC demonstram um grande receio em promover maior autonomia aos familiares dependentes. Os relatos que apresentamos a seguir, confirmam estes receios por parte dos FC em relação ao regime medicamentoso:

³⁴ A partir das variáveis ordinais que classificam o grau de incentivo à autonomia do dependente para as diferentes atividades do autocuidado (2=“nunca”; 3 = “às vezes”; 4 = “sempre”), foi possível a computação de uma variável intervalar “Nível Médio Global de Incentivo à Autonomia do Dependente” (variando o score entre 2 e 4 – escala quantitativa); que corresponde à média ignorando as respostas nulas.

Notas de campo

“De tudo aquilo que tenho que fazer à minha mãe, o que me preocupa mais são os medicamentos, não me esquecer de os dar, ter a certeza que ela os toma direitinhos sem os deitar fora, não deixar que eles acabem!... os medicamentos estão por minha conta!... não deixo a minha mãe tocar!” FC 3-31-1033

“O meu marido até conseguia tomar a medicação sozinho, mas eu tenho medo que ele se engane!... por isso é que eu lhe dou os comprimidos na boca para ter a certeza que ele os toma!” FC 2-22-1031

Schumacher, Beidler, Beeber e Gambino (2006) referem que a gestão e administração correta das prescrições médicas são atividades desenvolvidas pelos FC com maior relevância das suas competências e que os ocupam e preocupam.

O estudo de Sacco-Peterson & Borell (2004) com idosos residentes em lares, tendo como objetivo, compreender a influência do ambiente físico e sociocultural na participação nas atividades do autocuidado revelou que, apesar da existência de limitações ambientais importantes, os idosos demonstraram uma grande vontade e atribuíram grande valor ao facto de participarem de forma muito proativa no autocuidado, mesmo que tal facto implicasse um enorme esforço diário. No entanto, alguns participantes no estudo, face às suas crenças socioculturais, demonstraram menor participação. Ainda neste estudo, a oportunidade de participarem no autocuidado como a higiene íntima, vestir-se, ir ao sanitário, alimentar-se, era interpretada pelos idosos como uma oportunidade de exercerem maior poder, autonomia e maior dignidade (Sacco-Peterson & Borell, 2004).

No entanto, o estudo de Sayers et al. (2008) refere que a maior apoio social e, em particular, prestado por pessoas significativas, está associado a menor confiança no desempenho do autocuidado por parte dos dependentes, que também não são estimulados. Este facto pode ser explicado pela atitude de excessiva proteção por parte dos familiares cuidadores, não promovendo a responsabilidade e autonomia dos familiares dependentes no desempenho das suas atividades diárias. O estudo de Pereira (2008) refere que a existência de um suporte social efetivo pode revelar-se um fator limitador da reconstrução da autonomia das pessoas dependentes, sobretudo, quando o FC não integra a relação de parceria que se procurou estabelecer *“adotando comportamentos de substituição de atividades que deveriam ser desenvolvidos pelo doente, dificultando a transição”* (p. 110).

Outro aspeto que pode influenciar a vontade dos familiares cuidadores no incentivo a maior autonomia é a condição psicológica do dependente. O significado atribuído por este, bem como, a sua consciencialização em relação ao seu estado de saúde, manifestada, frequentemente, por sentimentos de falta de esperança, a impotência perante a situação de dependência, a ausência de expectativas em relação ao futuro, a ausência de esforço cognitivo e comportamental com vista a tentar ultrapassar os défices que limitam a sua capacidade no autocuidado e dificuldades no processo de recuperação, afiguram-se como fatores psicológicos que condicionam a transição (Pereira, 2008). Deste modo, a volição para maior iniciativa nas atividades do autocuidado está seriamente comprometida. Cremos nós que, este aspeto, também influencia o incentivo a maior autonomia por parte dos familiares cuidadores face à sua avaliação do estado psicológico do dependente. A seguir, apresentamos um conjunto de expressões relatadas pelos FC quando os entrevistámos e que são reveladoras do baixo estímulo à autonomia do dependente, pelas diferentes razões que fomos refletindo:

Notas de campo

"ele já conseguia lavar-se sozinho, mas nós não deixamos!... gostamos de lhe fazer as coisas... só se estivermos ocupadas!" FC 2-51-1004

"Nós fazemos muita coisa por ele (referia-se ao pai), mas se o deixássemos ele conseguia fazer quase tudo sozinho!...sabe como é sr. enfermeiro!...é o "miminho" que ele tanto precisa!" C1-51-1004

"O meu marido melhorou muito!... mas sabe como é!...nós continuamos a fazer-lhe as coisas pelo carinho que temos por ele!...há coisas que nós fazemos que ele já era capaz de fazer sozinho como ir à casa de banho!" C 1-21-1004

"Eu até conheço algumas ajudas técnicas como o sr. enfermeiro referiu e que, se calhar, ela até conseguia ser mais independente, mas ela não precisa porque nós estamos aqui para lhe fazer as coisas!..." FC 2-61-1005

"A minha mãe está melhor e até já vai petiscando a comida pela mão dela, mas sabe como é sr. enfermeiro!... dou-lhe à mesma a comida na boca, se não ela demora muito tempo e tenho receio que coma pouquinho!... e ela está muito fraquinha e, tenho tempo para o fazer!" FC 2-11-1007

"...lembro-me muito bem que o sr. enfermeiro na última vez que falámos (2ª entrevista) sugeriu que adquiríssemos aquelas coisas (referia-se às ajudas técnicas) para o meu marido conseguir fazer as coisas sozinho. Mas sabe como é! ...habituo-nos a fazer as coisas desta forma e ele próprio também gosta que agente lhe faça tudo.... É mais fácil e mais rápido!" FC 3-41-1031

"Eu acho que o meu pai até era capaz de abrir as garrafas sozinho, mas nunca experimentámos!... somos nós que o fazemos sempre!... gostamos..." FC 1-11-1018

Do exposto, adequar o perfil dos cuidados assegurados pelos familiares cuidadores, revela-se uma intervenção fundamental no planeamento dos cuidados de enfermagem. Ajudar o FC a reformular o significado que atribuem ao exercício do papel, bem como, a sua atitude (muitas vezes "excessivamente protetora"), é um desafio para a ação profissional dos enfermeiros. Schumacher (1995) refere-se a um conjunto de indicadores de saúde que monitorizam a transição para a aquisição do papel de prestador de cuidados, dos quais fazem parte a *satisfação no exercício do papel*, como resposta subjetiva. Esta satisfação pode estar associada às recompensas que resultam da prestação de cuidados e definido como o prazer e significado atribuído pelos familiares cuidadores ao processo de cuidar.

No que diz respeito à **intensidade com que os FC prestam cuidados** ao longo dos três momentos de avaliação, os cuidados prestados com **maior frequência** e com médias consideradas por nós adequadas são: "**número de refeições que o FC fornece ao familiar dependente**" e "**frequência com que o FC dá água (líquidos) fora das refeições ao familiar dependente**". Estes cuidados parecem reportar-se a áreas da saúde que são percecionadas pelos FC como indispensáveis à sobrevivência do familiar dependente.

Por sua vez, os cuidados prestados pelos FC cuja implementação no dia-a-dia nos parece insuficiente foram: "**frequência com que o FC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do familiar dependente**", "**frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do familiar dependente**", "**frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do familiar dependente**", "**frequência com que o FC massaja a pele das proeminências ósseas do familiar dependente**", "**frequência com que o FC inspeciona a pele do períneo do familiar dependente**", "**frequência com que o FC levanta (por de pé) o familiar dependente**", "**frequência com que o FC aplica cremes hidratantes ao familiar dependente**", "**frequência com que o FC posiciona o familiar dependente na cama/cadeira**" e, por último, "**frequência com que o FC transfere o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão**". Trata-se, de um conjunto de cuidados focalizados, essencialmente, na prevenção de lesões do sistema tegumentar e musculoesquelético - prevenção das úlceras de pressão, da maceração e da rigidez articular. Muito

provavelmente, como já o referimos, podem ser atividades encaradas pelos FC como não fundamentais para a sobrevivência dos familiares. Todavia, trata-se de um conjunto de cuidados que, na nossa opinião, são de maior complexidade ou com maior necessidade de força física que os FC não têm para a sua execução, onde é exigido um conjunto de recursos (conhecimentos, habilidades, ajudas técnicas, apoio de outros), os quais, muito provavelmente, não são acessíveis ao FC.

Face a estes resultados, verificamos que os cuidados assegurados com maior intensidade pelos FC estão associados aos domínios do autocuidado em que estes percecionam maior competência na sua realização (ex. PAE do FC para “alimentar-se”). Em paralelo, constatamos que, os cuidados assegurados com menor intensidade pelos FC, reportam-se a domínios do autocuidado em que estes percecionam menor eficácia na sua execução (ex. PAE do FC para “virar-se”, “elevar-se”, “transferir-se”). Assim, reforçamos o que já refletimos anteriormente. O “significado pessoal” atribuído pelos FC no exercício do papel (Schumacher, 1995), parece-nos focalizarem-se, no essencial, nos cuidados que, na sua perspetiva, são determinantes para a qualidade de vida do dependente. Portanto, o FC constrói e dirige o seu papel, de acordo com os cuidados que perceciona como fundamentais. Daí, a interiorização de maior importância a determinados cuidados que tem necessidade de assegurar, está associada uma maior PAE no desempenho do papel. Outro aspeto que não devemos ignorar, é o facto de se tratar de um conjunto de cuidados associados a estas áreas mencionadas que, pela sua natureza, exigem maior força física e técnicas mais específicas, o que pode ser um fator acrescido de dificuldades percecionadas pelos familiares cuidadores. Promover maior consciencialização e maior capacitação nos FC sobre os cuidados que assegura ao dependente de forma insuficiente, bem como, advogar os recursos/equipamentos necessários para a sua realização, deve constituir um aspeto central no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem, facilitando, deste modo, as transições vividas pelas famílias que integram dependentes. Os discursos que registámos, aquando das entrevistas, ilustram estas necessidades evidenciadas pelos FC:

Notas de campo

“... Ele está sempre na cama!...estou sozinha, não tenho ajuda durante o dia! E sozinha não tenho força para o levantar e sentá-lo no sofá” FC 1-21-1011

“O meu pai é muito pesado!... não tenho força para o passar para o sofá!... e a minha mãe que está aqui comigo em casa também já tem muita idade e é doente!... não consigo sozinha passá-lo para o sofá!... fica na cama todo o dia!” FC 1-12-1019

No estudo que realizámos (Petronilho, 2007), nas dimensões relacionadas com a alimentação e regime medicamentoso, os FC demonstraram competências satisfatórias para tomar conta em contexto domiciliário. Refere-se, ainda, neste estudo que, tendo sido escassa a informação obtida no momento da alta clínica junto da equipa de saúde, sai reforçada a ideia de que, sendo a alimentação e a gestão da medicação dimensões da saúde percecionadas pelos FC como vitais para a sobrevivência dos familiares dependentes *“provocam nos cuidadores uma necessidade de procura de informação, utilizando frequentemente outras fontes, como leituras e a internet, ou recorrendo à ajuda de outros profissionais [...], outras pessoas que já experimentaram situações semelhantes e que podem ser um excelente recurso, nomeadamente, familiares, vizinhos ou amigos.”* (p. 142 e 143).

No presente estudo, ao longo dos três momentos de avaliação após a alta hospitalar, o **FC é a pessoa que mais decisões toma sobre os cuidados assegurados ao dependente.** A

“**frequência/composição/local das refeições do familiar dependente**”, “**pessoa que decide a frequência/local do banho ao familiar dependente**”, “**pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo familiar dependente**” e “**pessoa que escolhe a roupa que o familiar dependente vai vestir**”, são os cuidados assegurados em que, a maioria dos FC, tem maior poder de decisão. Assim, verificamos que os cuidados assegurados ao dependente que resultam, maioritariamente, da decisão do FC, reportam-se aos domínios do autocuidado em que estes percecionam maior eficácia. Todavia, verificamos que ao longo dos tempos há uma diminuição percentual dos FC na decisão, em contraste com um aumento percentual dos próprios dependentes.

Quanto ao **local da prestação de cuidados**, ao longo dos três momentos de avaliação após a alta hospitalar, a maioria dos doentes dependentes tomam as suas refeições na **sala de jantar/cozinha** verificando-se um aumento percentual entre M1 e M3, bem como, o **chuveiro/banheira** é o local onde, a maioria dos familiares dependentes, tomam banho. Verifica-se, também, um aumento percentual entre o primeiro (M1) e o último (M3) momento de avaliação. No entanto, há uma percentagem relevante de dependentes deste estudo que tomam o banho na cama (superior a um terço nos três momentos de avaliação).

No presente estudo, relativamente ao **local onde os dependentes eliminam** (evacuar e urinar), não se verifica alterações significativas entre M1 e M3. Cerca de 50% dos doentes dependentes realiza as suas necessidades de eliminação na **fralda**, apesar de um número também significativo o fazer na sanita. É certo que, como já ficou anteriormente demonstrado, trata-se de uma amostra de doentes com um quadro de dependência elevado e com os FC a revelarem uma perceção de autoeficácia para o autocuidado “tomar banho” e “usar o sanitário”, em média, de “medianamente competente” em todos os momentos de avaliação. No entanto, colocam-se algumas questões que nos parecem pertinentes e que, de certa forma, temos vindo a refletir: será que os recursos utilizados pelas famílias (ex. equipamentos, apoio profissional e não profissional) que ajudam a dar respostas às necessidades associadas à dependência do familiar relativamente ao autocuidado “tomar banho” e “usar o sanitário” são suficientes e adequados? Será que, se as famílias tivessem acesso a recursos adequados e advogados pelos enfermeiros, teríamos menos dependentes a tomar banho na cama e a utilizar fralda e, ao invés, maior percentagem de dependentes a tomar banho no chuveiro/banheira e a realizar as atividades de eliminação na sanita ou arrastadeira/urinol? Não estaríamos, desta forma, perante um cenário que concorria para uma melhor qualidade de vida, quer dos FC, quer dos familiares dependentes e uma prática profissional dos enfermeiros mais facilitadora de transições saudáveis por parte das famílias, mais concordante com o desígnio da profissão? Apresentamos alguns relatos dos FC que atestam o que temos vindo a refletir:

Notas de campo

“ (...) ele é muito pesado e assim só conseguimos dar banho na cama!...É impossível levá-lo ao chuveiro!...não conseguimos!” FC 1-31-1026

“... ele usa fralda, apesar de sentir quando tem vontade de urinar ou evacuar!... mas não tem outro remédio!... não tenho força (esposa idosa) para o sentar na sanita!... tem que fazer na fralda!... coitado!...” FC 2-21-1008

“faz na fralda!... mas ele sente a vontade e às vezes pede-me para ir ao WC... mas não sou capaz!... não tenho força!...tenho pena, porque sei que ele fica triste, porque ainda está muito lúcido!... mas não posso fazer nada!” 3-31-1036

“Ele sente bem a vontade de evacuar e pede-me para o levar ao WC... mas às vezes não estou em casa e coloco-lhe a fralda!...tem de fazer na fralda!... depois, quando chego a casa limpo-o!” FC 1-22-1011

Deste modo, sendo os recursos utilizados pelas famílias que integram membros dependentes, fatores determinantes das transições (Meleis et al. 2000), no próximo subcapítulo, damos a conhecer os resultados do nosso estudo relativamente a esta dimensão.

3.4.2.3. Evolução dos recursos utilizados pelas famílias face à dependência do familiar

Meleis et al. (2000), Meleis (2010) e Schumacher et al. (2000), nas teorias que desenvolveram sobre o fenómeno da nossa investigação, apontam-nos os recursos disponíveis como fatores muito relevantes para as transições. Os recursos podem ser entendidos como serviços de apoio, estruturas, instituições, meios, práticas educativas, informação, que estão disponíveis e às quais as famílias podem ter acesso (Stolz et al., 2004).

Da revisão da literatura que efetuámos sobre o fenómeno do presente estudo, a evidência científica aponta-nos para uma associação entre os recursos disponíveis e as transições bem-sucedidas por parte dos doentes dependentes e dos FC (Akyol et al., 2007; Alpirez et al., 2006; Brereton & Nolan, 2000; Chang, 2009; Chen & Wang, 2007; Coleman et al., 2004; Chumbler et al., 2004; Holguín, 2010; Huang et al., 2008; Kidd et al., 2008; Lage, 2007; Levine et al., 2006; Louro, 2009; Petronilho, 2007; Pringle et al., 2008; Rotondi et al., 2007; Sayers et al., 2008; Shyu, 2000b; Shyu et al., 2008; Stoltz et al., 2004).

A exploração dos recursos de suporte às famílias que integram dependentes, permite-nos melhorar o conhecimento disponível sobre uma das dimensões importantes na transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e ao exercício do papel de prestador de cuidados. Neste estudo, o conceito de recursos deve ser entendido como o suporte utilizado pelas famílias, que permite garantir uma maior qualidade de vida, quer na perspetiva de promoção da reconstrução de autonomia na realização das atividades do autocuidado, quer como meios facilitadores do exercício do papel de prestador de cuidados. No presente estudo, os recursos necessários e utilizados pelos dependentes e familiares cuidadores, reportam-se a:

- I. *Recursos: equipamentos* (produtos de apoio); englobam todas as ajudas técnicas que são utilizadas pelos dependentes ou pelos FC, com o objetivo de auxiliar nos cuidados relacionados com o autocuidado, quer para proporcionar maior autonomia ao dependente, quer para facilitar os cuidados prestados pelo FC. Damos como exemplos: a “calçadeira de cabo longo”, o “andarilho” e o “copo adaptado” (para os dependentes). O “lava cabeça para acamados” e o “elevador de transferência” (para o FC). Neste estudo, os recursos: *equipamentos* serão analisados tendo em conta o domínio do autocuidado a que estão associados;
- II. *Recursos complementares para comunicar*; refere-se ao suporte disponível centrado na promoção da comunicação. São exemplos, o “dispositivo de chamada”, o “material de instrução e aprendizagem”, a “prótese auditiva” e o “telefone/telemóvel”. *Outros recursos complementares*, também avaliados, integram: “pinça para alcançar objetos”, “suporte para cartas” e “enfia agulhas”;
- III. *Recursos: serviços de apoio*; esta dimensão engloba serviços de suporte de carácter profissional (formal), como o apoio do médico, do enfermeiro ou do psicólogo e de carácter não profissional (informal), como o apoio de familiares, dos vizinhos e dos amigos. Engloba, também, outros serviços específicos (formais e informais) como, por exemplo, cuidados de higiene e conforto,

confeção de refeições e apoio durante as mesmas, apoio na compra de medicamentos ou acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas;

- IV. *Recursos: financeiros*; refere-se aos rendimentos económicos que as famílias dispõem para fazer face às despesas diárias, muitas vezes decisivo para a qualidade dos cuidados necessários aos familiares dependentes. A condição económica, em muitas situações, é determinante para o acesso a serviços e equipamentos, portanto, aspeto decisivo das transições saudáveis (Meleis et al., 2000; Meleis et al. 2010);

3.4.2.3.1 *Um mês após a alta hospitalar (M1).*

À semelhança da análise efetuada nos capítulos anteriores para as outras dimensões deste Estudo III, começamos por analisar os recursos necessários e utilizados pelas famílias face à dependência do familiar em M1.

3.4.2.3.1.1 *Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M1).*

Os *recursos: equipamentos* foram analisados tendo em conta o domínio do autocuidado em que se integram e de acordo com os seguintes critérios: “*necessário*” e “*utilizado*”. Deste modo, o “*necessário*” reporta-se ao número total de casos de doentes dependentes em que foi considerado necessário o equipamento pela opinião clínica do investigador (enfermeiro), em função das limitações do doente nas atividades inerentes ao autocuidado. Quanto ao “*utilizado*” informa-nos acerca do número total de casos de doentes dependentes em que, sendo considerado necessário o equipamento, o mesmo é, realmente utilizado. Os resultados relativos aos *recursos: equipamentos por domínio de autocuidado* e em função dos critérios descritos anteriormente, são apresentados com detalhe em Anexo S.

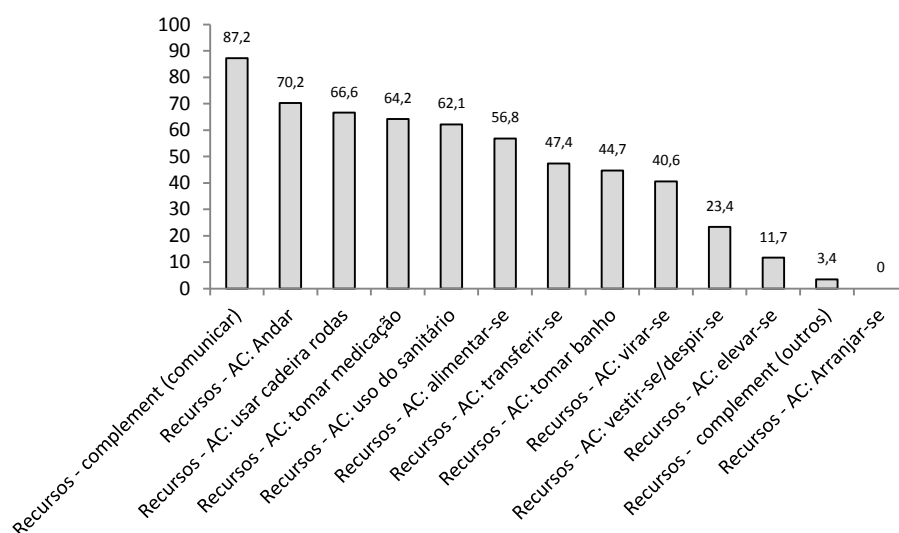
Importa explicar que a “taxa global da utilização de equipamentos considerados necessários” traduz o valor da “média” das taxas individuais de “utilização do necessário”, que foram calculadas para cada um dos casos que compõem a amostra. Para cada caso foi avaliado o número de equipamentos que eram necessários e, de seguida, foi verificado o número de equipamentos que, sendo avaliados como necessários pela opinião clínica do investigador, eram, na verdade, utilizados. Assim, por exemplo, um doente dependente que necessita de quatro (4) equipamentos para um determinado domínio do autocuidado e, efetivamente, utiliza somente um (1), tem uma “taxa de utilização de equipamentos considerados necessários” de 25%. Da mesma forma, um doente dependente que necessita, por exemplo, de três (3) equipamentos e não utiliza qualquer um deles, tem uma “taxa de utilização de equipamentos considerados necessários” de 0%. Deste raciocínio, conclui-se que a “taxa de utilização de equipamentos considerados necessários” de 100% , correspondeu aos casos que utilizam todos os recursos necessários.

Para cada um dos diferentes domínios do autocuidado, procedemos à apresentação dos resultados relativos ao valor absoluto e relativo de equipamentos necessários por doente dependente, o número total de casos que necessitam e utilizam o equipamento específico, bem como, a taxa de utilização de cada equipamento específico, para o total dos doentes dependentes que necessitam desse mesmo

equipamento. Desta forma, procedendo da mesma forma para a totalidade dos equipamentos inerentes a cada domínio do autocuidado, permitiu-nos evoluir para a “taxa global de utilização de equipamentos considerados necessários, por domínio de autocuidado”.

Para uma melhor compreensão, demos como exemplo a análise dos “recursos: equipamentos para o autocuidado: tomar banho” (Anexo S). Dos 101 casos avaliados em M1, 25,7% (n=26) necessitam de um (1) equipamento, 31,7% (n=32) necessitam de dois (2) equipamentos e assim sucessivamente. Por último, 1% (n=1) necessitam de seis (6) equipamentos. Podemos verificar que um total de treze (13) casos necessita de “assento suspenso para banheira” e, na realidade, apenas oito (8) casos o utilizam (Anexo S). Portanto, feitos os cálculos, a taxa de utilização deste equipamento é de 61,5%. Da mesma forma se procedeu para o cálculo da taxa de utilização dos restantes equipamentos. Este procedimento, permitiu efetuar o cálculo da “taxa global de utilização de equipamentos considerados necessários, por domínio de autocuidado” que, no caso em concreto que estamos a analisar é de 44,7% (Anexo S).

Gráfico 3.14 - Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M1)



Assim, da análise do Gráfico 3.14, verificamos que a maior taxa de utilização de equipamentos ocorre nos recursos *complementares para comunicar* (87,2%). Em seis (6) domínios do autocuidado, verifica-se uma taxa de utilização de recursos inferior a 50%, com valores significativamente baixos para as taxas de recursos que integram os autocuidados “vestir-se e despir-se” (23,4%), “elevar-se” (11,7%), sendo mesmo nula para “arranjar-se”. Os domínios do autocuidado com a maior taxa de utilização de recursos englobam-se na *mobilidade*: “andar” (70,2%) e “usar cadeira de rodas” (66,6%).

3.4.2.3.1.2 Recursos: serviços de apoio (M1).

Realizada a descrição das taxas globais de utilização de equipamentos necessários por domínio de autocuidado e complementares em M1, passamos à descrição do que se reporta à utilização de *serviços de apoio* (não profissionais, profissionais e serviços específicos) por parte das famílias que tomam conta de dependentes em casa.

Da análise da Tabela 3.37 concluímos que, na grande maioria, os restantes familiares são o *recurso não profissional* mais utilizado pelos familiares cuidadores para tomarem conta dos dependentes [94,1% (n=96)].

Tabela 3.37 – Distribuição dos recursos não profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M1)

Recursos não profissionais utilizados	Nº FC que utilizam o recurso	% FC que utilizam o recurso
Familiar	96	94,1
Vizinho	3	2,9
Empregada	2	1,9
Amigo	1	0,9
Total	102	100%

Em paralelo, os *recursos profissionais* mais utilizados pela maioria dos FC, são o médico e o enfermeiro, respetivamente, 72,6% (n=85) e 54,2% (n=64) – Tabela 3.38.

Tabela 3.38 – Distribuição dos recursos profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M1)

Recursos profissionais utilizados	N	Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Médico	117	85	72,6	32	27,4
Enfermeiro	118	64	54,2	53	45,8
Fisioterapeuta	125	24	19,2	91	80,8
Assistente Social	116	19	16,3	97	83,7
Psicólogo	108	2	1,8	106	98,2
Nutricionista	112	2	1,7	110	98,3
Outro profissional	44	1	2,2	43	98,8

Quanto aos *serviços específicos de apoio* utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente, a análise da Tabela 3.39 permite-nos concluir que, as taxas de utilização, são globalmente muito baixas e em muitos destes serviços são mesmo nulas. Podemos verificar que os serviços relacionados com acesso aos cuidados de saúde são as exceções, portanto, aqueles em que se registam taxas de utilização muito elevadas, como o centro de saúde/unidade de saúde familiar (100%). Trata-se, pois, de recursos de apoio *prioritários* e percecionados como vitais para as famílias, dando resposta aos problemas de saúde dos familiares dependentes, problemas estes frequentemente recorrentes, relacionados com as complicações das doenças crónicas de que são portadores.

Tabela 3.39 – Distribuição dos serviços específicos de apoio utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M1)

Serviços específicos de apoio utilizados	N	Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar	117	117	100,0	0	0,0
Cuidados de higiene e conforto	117	31	26,5	86	73,5
Cabeleireiro, manicura e esteticista	117	15	12,8	102	87,2
Confeção de refeições e apoio durante as mesmas	117	6	12,8	111	87,2
Teleassistência	117	9	7,7	108	92,3
Linha Saúde 24	115	6	5,2	109	94,8
Aconselhamento e instalação de equipamentos adequados	117	3	2,5	114	97,5
Acompanhamento do dependente em casa	116	1	0,8	115	99,2
Acompanhamento dependente ao exterior (consultas, saídas)	117	1	0,8	116	99,2
Apoio no tratamento da roupa do dependente	117	0	0,0	117	100,0
Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente	117	0	0,0	117	100,0
Apoio na compra de medicamentos	117	0	0,0	117	100,0
Apoio na compra de artigos alimentares	117	0	0,0	117	100,0
Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas	116	0	0,0	116	100,0

Em Portugal, estes recursos são mais acessíveis por via do Serviço Nacional de Saúde. Serviços mais direcionados para o suporte diário às famílias, como por exemplo, apoio no tratamento da roupa do

dependente, na adaptação do domicílio à condição do utente, na compra de medicamentos e de artigos alimentares, no acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas, registam valores nulos de utilização.

3.4.2.3.1.3 Recursos: financeiros (M1).

Por último, passamos à descrição dos recursos financeiros utilizados pelas famílias que tomam conta de dependentes.

Como se depreende da consulta da Tabela 3.40, as pensões/reformas [93,1% (n=109)] representam o principal suporte financeiro às necessidades dos doentes dependentes. A ajuda das famílias também representa uma fatia importante deste suporte financeiro [44,8% (n=52)]. O complemento por dependência³⁵ está disponível em cerca de um quarto dos casos [27,5% (n=32)], apesar de nos parecer um número baixo de famílias a beneficiar deste recurso financeiro. Outros recursos, evidenciam taxas de utilização muito baixas. Pelo contacto que tivemos com as famílias durante a recolha de dados, foi evidente em muitas destas, o desconhecimento da forma de aceder a estes apoios financeiros, bem como, a demora excessiva na atribuição do subsídio às famílias por razões burocráticas.

Tabela 3.40 – Distribuição dos serviços financeiros utilizados pelas famílias para tomar conta do familiar dependente (M1)

Recursos financeiros utilizados	N	Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Pensão/Reforma	117	109	93,1	8	6,9
A cargo da família	116	52	44,8	64	55,2
Complemento por dependência	114	32	27,5	82	72,5
Rendimentos da propriedade e da empresa	114	7	6,1	107	93,9
Rendimento do trabalho	113	6	5,3	107	94,7
Rendimento solidário para idosos (RSI)	114	4	3,5	110	96,5
Subsídio de desemprego	114	3	2,6	111	97,4
Outra situação	114	1	0,9	113	99,1
Apoio social	115	1	0,8	114	99,2
Subsídio temporário por acidente trabalho/doença profissional	114	0	0,0	114	100,0
Outros subsídios temporários	115	0	0,0	115	100,0
Rendimento social de inserção	115	0	0,0	115	100,0
Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)	114	0	0,0	114	100,0
Esmolas/donativos	114	0	0,0	114	100,0

3.4.2.3.2 Dois meses após a alta hospitalar (M2).

Nos próximos subcapítulos apresentamos os resultados correspondentes aos recursos utilizados pelas famílias em M2.

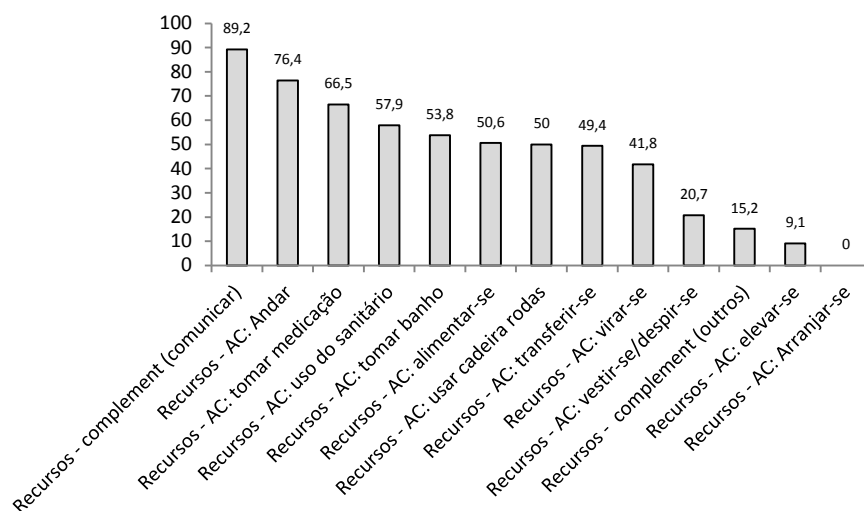
3.4.2.3.2.1 Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M2).

Relativamente às taxas globais de utilização de equipamentos necessários por domínio de autocuidado, o Gráfico 3.15 mostra-nos que, à semelhança do que ocorreu em M1, a maior taxa de utilização de recursos verifica-se nos recursos *complementares para comunicar* (89,2%). De igual modo ao que

³⁵ O complemento por dependência é um valor pecuniário atribuído a pensionistas dos regimes de segurança social que se encontrem em situação de dependência. Consideram-se em situação de dependência "os indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene" (Decreto-Lei nº 265/99, de 14 de julho). Os montantes do Complemento por Dependência correspondem a uma percentagem do valor da Pensão Social e variam escalonados de acordo com o grau de dependência.

ocorreu em M1, há um número significativo de domínios do autocuidado com taxas de utilização de recursos inferior a 50%, registando-se valores significativamente baixos para as taxas de recursos que integram os autocuidados “vestir-se e despir-se” (20,7%), “elevar-se” (9,1%) e “arranjar-se” (0%). O “andar” (76,4%), mantém-se o domínio do autocuidado com maior taxa de utilização de recursos, seguindo-se o “tomar a medicação” (66,5%).

Gráfico 3.15 - Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M2)



3.4.2.3.2 Recursos: serviços de apoio (M2).

Relativamente à utilização de *serviços de apoio* (formais e informais), da análise da Tabela 3.41, concluímos que, à semelhança da avaliação em M1, na grande maioria, os familiares são o *recurso não profissional* mais utilizado pelos FC para tomarem conta dos dependentes [91, 2% (n=82)].

Tabela 3.41 - Distribuição dos recursos não profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M2)

Recursos não profissionais utilizados	Nº de FC que utilizam o recurso	% FC que utilizam o recurso
Familiar	82	91,2
Empregada	5	5,5
Vizinho	3	3,3
Amigo	0	0,0
Total	90	100%

Da análise da Tabela 3.42, verificamos que os *recursos profissionais* mais utilizados pela maioria dos FC para tomar conta do familiar dependente, são o médico e o enfermeiro, respetivamente, 62, 2% (n=69) e 44, 2% (n=49).

Tabela 3.42 - Distribuição dos recursos profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M2)

Recursos profissionais Utilizados	N	Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Médico	111	69	62,2	42	37,8
Enfermeiro	111	49	44,2	62	55,8
Fisioterapeuta	111	30	27,0	81	73,0
Assistente Social	111	8	7,2	103	92,8
Psicólogo	107	0	0,0	107	100,0
Nutricionista	108	0	0,0	108	100,0
Outro profissional	67	0	0,0	67	100,0

Conforme se verificou em M1, o centro de saúde/unidade de saúde familiar é, dos *serviços específicos de apoio, aquele* com maior taxa de utilização pelos FC (98,2%), (Tabela 3.43). Nos restantes, verificam-se taxas de utilização globalmente muito baixas ou mesmo nulas.

Tabela 3.43 – Distribuição dos serviços específicos de apoio utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M2)

Serviços específicos de apoio utilizados	N	Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar	110	108	98,2	2	1,8
Cuidados de higiene e conforto	110	27	24,6	83	75,4
Cabeleireiro, manicure e esteticista	110	16	14,6	94	85,4
Confeção de refeições e apoio durante as mesmas	110	9	8,2	101	91,8
Teleassistência	109	5	4,6	104	95,4
Linha Saúde 24	109	4	3,7	105	96,3
Acompanhamento dependente exterior (consultas, saída ocasional)	110	2	1,9	108	98,1
Acompanhamento do dependente em casa	109	1	1,0	108	99,0
Apoio no tratamento da roupa do dependente	110	1	0,9	109	99,1
Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados	110	1	0,9	109	99,1
Apoio na compra de medicamentos	110	1	0,9	109	99,1
Apoio na compra de artigos alimentares	110	1	0,9	109	99,1
Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas	110	1	0,9	109	99,1
Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente	110	0	0,0	110	100,0

3.4.2.3.2.3 Recursos: financeiros (M2).

Na avaliação efetuada em M2, as pensões/reformas [93,7% (n=104)] continuam a representar o principal suporte financeiro. A ajuda das famílias também representa uma parcela significativa deste suporte financeiro [42,8% (n=47)].

Tabela 3.44 – Distribuição dos serviços financeiros utilizados pelas famílias para tomar conta do familiar dependente (M2)

Recursos financeiros utilizados	N	Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Pensão / Reforma	111	104	93,7	7	6,3
A cargo da família	110	47	42,8	63	57,2
Complemento por dependência	110	27	24,6	83	75,4
Rendimentos da propriedade e da empresa	111	7	6,3	104	93,7
Rendimento do trabalho	110	6	5,5	104	94,5
Rendimento solidário para idosos (RSI)	110	3	2,8	107	97,2
Subsídio de desemprego	110	2	1,9	108	98,1
Outra situação	110	1	0,9	109	99,1
Apoio social	110	1	0,9	109	99,1
Subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional	110	0	0,0	110	100,0
Outros subsídios temporários	110	0	0,0	110	100,0
Rendimento social de inserção	110	0	0,0	110	100,0
Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)	110	0	0,0	110	100,0
Esmolas / donativos	110	0	0,0	110	100,0

O complemento por dependência mantém-se em M2, também, como um recurso financeiro usufruído por 24,6% (n=27)]. Os restantes recursos financeiros continuam em M2 a evidenciar taxas de utilização muito baixas (Tabela 3.44).

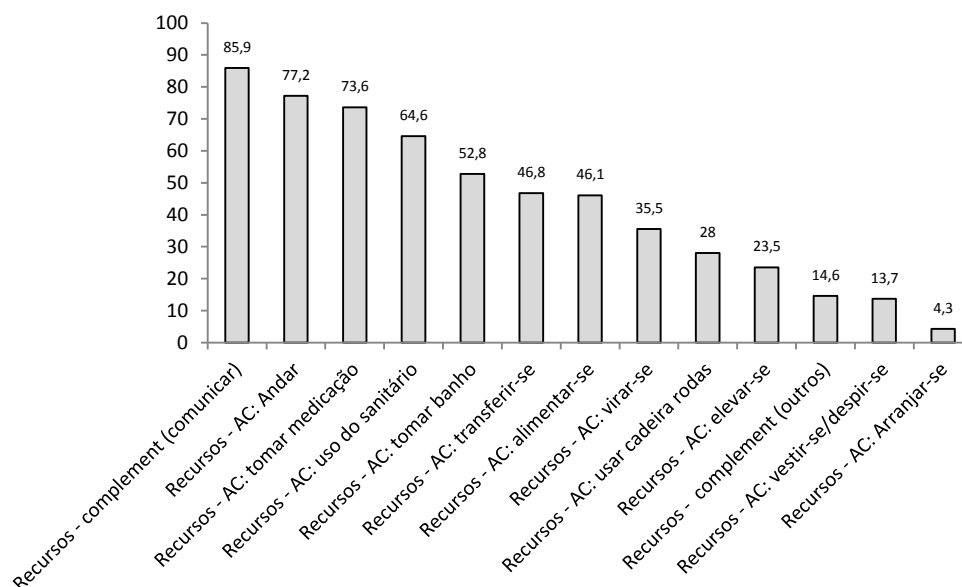
3.4.2.3.3 Três meses após a alta hospitalar (M3).

Finalmente, procedemos à análise dos resultados que se reportam aos recursos necessários e utilizados pelas famílias no último momento de avaliação (M3).

3.4.2.3.3.1 Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M3).

O Gráfico 3.16 mostra-nos que, à semelhança do que ocorreu em M1 e M2, a maior taxa de utilização de recursos verifica-se nos *recursos complementares para comunicar* (85,9%). À semelhança dos resultados verificados em M1 e M2, a maioria dos domínios de autocuidado, apresentam taxas de utilização de recursos inferiores a 50%, verificando-se, também, valores significativamente baixos para as taxas de recursos que integram os autocuidados “elevar-se” (23,5%), “vestir-se e despir-se” (13,7%), e “arranjar-se” (4,3%). O “andar” (77,2%) e “tomar a medicação” (73,6%), à semelhança do verificado em M2, mantêm-se os domínios do autocuidado com maior taxa de utilização de recursos.

Gráfico 3.16 – Taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado (M3)



3.4.2.3.3.2 Recursos: serviços de apoio (M3).

Da análise da Tabela 3.45, os resultados relativos à utilização de *serviços de apoio* (formais e informais), mostram-nos que, na continuidade da avaliação em M1 e M2, na grande maioria dos casos, os familiares são o *recurso não profissional* mais disponível aos FC para tomar conta [87, 6% (n=99)].

Tabela 3.45 – Distribuição dos recursos não profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M3)

Recursos não profissionais utilizados	Nº de FC que utilizam o recurso	% FC que utilizam o recurso
Familiar	99	87,6
Empregada	6	5,3
Vizinho	5	4,4
Amigo	2	1,8
Outros	1	0,9
Total	113	100,0

No que diz respeito aos *recursos profissionais*, o médico e o enfermeiro, respetivamente, 68, 2% (n=88) e 47, 3% (n=61) são os mais utilizados pela maioria das famílias para tomar conta (Tabela 3.46).

Tabela 3.46 – Distribuição dos recursos profissionais utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M3)

Recursos profissionais utilizados	N	Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Médico	129	88	68,2	41	31,8
Enfermeiro	129	61	47,3	68	52,7
Fisioterapeuta	129	31	24,0	98	76,0
Assistente Social	129	19	14,7	110	85,3
Outro profissional	60	3	5,0	57	95,0
Psicólogo	126	4	3,1	122	96,9
Nutricionista	128	3	2,3	125	97,7

Em M3, conforme mostra a Tabela 3.47 e à semelhança do que verificámos para M1 e M2, o centro de saúde/unidade de saúde familiar, mantém-se o *serviço específico de apoio* com maior taxa de utilização pelos FC (100%). Também, idêntico aos resultados verificados em M1 e M2, os restantes recursos específicos de apoio apresentam taxas de utilização globalmente muito baixas.

Tabela 3.47 – Distribuição dos serviços específicos de apoio utilizados pelos FC para tomar conta do familiar dependente (M3)

Serviços específicos de apoio utilizados	N	Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar	125	125	100,0	0	0,0
Cuidados de higiene e conforto	125	18	14,4	107	85,6
Cabeleireiro, manicura e esteticista	125	18	14,4	107	85,6
Confeção de refeições e apoio durante as mesmas	125	11	8,8	114	91,2
Apoio no tratamento da roupa do dependente	125	8	6,4	117	93,6
Teleassistência	121	6	5,0	115	95,0
Acompanhamento do dependente em casa	124	4	3,2	120	96,8
Linha Saúde 24	124	4	3,2	120	96,8
Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados	125	3	2,4	122	97,6
Apoio na compra de medicamentos	125	3	2,4	122	97,6
Apoio na compra de artigos alimentares	125	3	2,4	122	97,6
Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente	125	2	1,6	123	98,4
Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas	125	2	1,6	123	98,4
Acompanhamento dependente exterior (consultas, saída ocasional)	125	1	0,8	124	99,2

3.4.2.3.3 Recursos: financeiros (M3).

Em Relação aos recursos financeiros, não se verificam alterações significativas relativamente aos resultados em M1 e M2.

Tabela 3.48 – Distribuição dos serviços financeiros utilizados pelas famílias para tomar conta do familiar dependente (M3)

Recursos financeiros utilizados	N	Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Pensão / Reforma	127	119	93,7	8	6,3
A cargo da família	126	40	31,7	86	68,3
Complemento por dependência	124	34	27,4	90	72,6
Rendimento solidário para idosos (RSI)	124	34	27,4	90	72,6
Rendimento do trabalho	124	18	14,5	106	85,5
Rendimentos da propriedade e da empresa	124	8	6,5	116	93,5
Subsídio de desemprego	124	4	3,2	120	96,8
Esmolas / donativos	124	2	1,6	122	98,4
Rendimento social de inserção	126	1	0,8	125	99,2
Apoio social	126	1	0,8	125	99,2
Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	124	0	0,0	124	100,0
Outros subsídios temporários	126	0	0,0	126	100,0
Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)	124	0	0,0	124	100,0
Outra situação	123	0	0,0	123	100,0

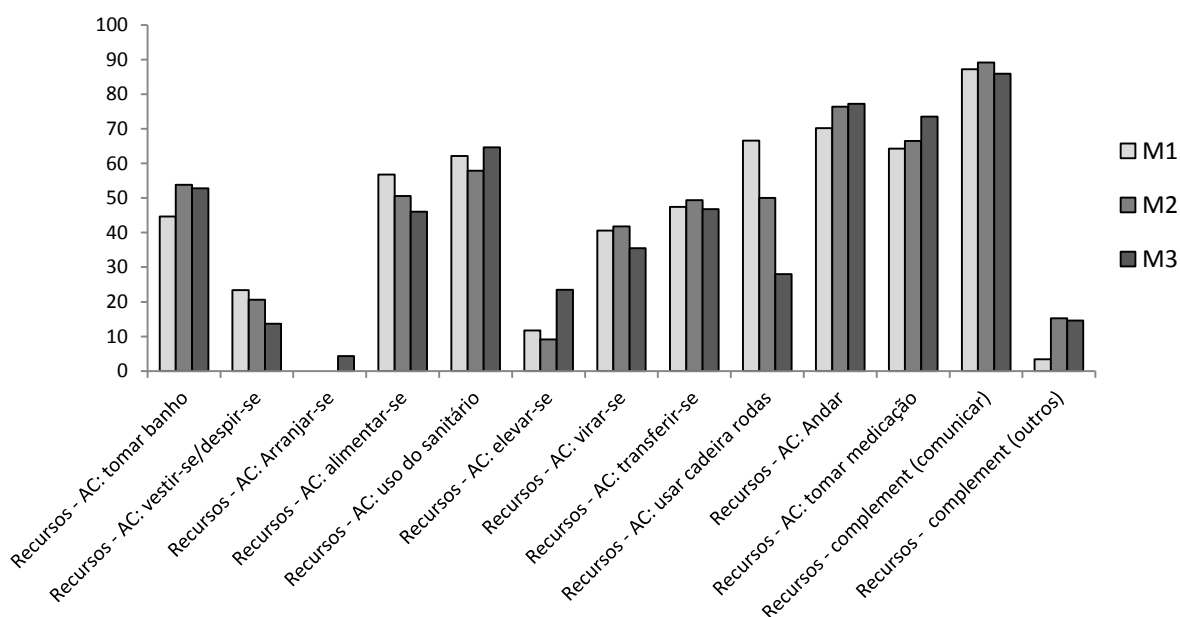
As pensões/reformas [93,7% (n=119)] continuam a representar o principal suporte financeiro (Tabela 3.48). A ajuda dos familiares continua a dar um contributo significativo em termos de suporte financeiro

[31,7% (n=40)]. O complemento por dependência e o rendimento solidário para idosos ³⁶, constituem um recurso financeiro usufruído por mais de um quarto dos casos do estudo. Os restantes recursos financeiros continuam, em M3, com taxas de utilização baixas ou mesmo nulas.

3.4.2.3.4 Evolução dos recursos utilizados e necessários às famílias face à dependência do familiar: síntese e discussão dos resultados.

Neste subcapítulo, procedemos à descrição e discussão da evolução dos resultados referente aos recursos utilizados ao longo dos três momentos de avaliação após a alta hospitalar.

Gráfico 3.17 – Evolução das taxas globais de utilização de equipamentos considerados necessários, por domínio de autocuidado, entre M1 e M3



Iniciando por analisar a evolução quanto às taxas globais de utilização de **recursos: equipamentos considerados necessários** (Gráfico 3.17), verificamos que, em todos os momentos de avaliação, cerca de **metade dos domínios do autocuidado apresentam valores percentuais de utilização inferiores a 50%**. Os equipamentos que apresentam **taxas de utilização mais elevadas** ao longo dos três momentos de avaliação, após a alta hospitalar do dependente (sempre superior a 50%), são os **“recursos complementares (comunicar)”**, recursos para o autocuidado: **“andar”, “tomar a medicação” e “uso do sanitário”**. Ao invés, os equipamentos que apresentam **taxas de utilização mais baixas** (sempre inferior a 50%), nos três momentos de avaliação, são: **“recursos complementares (outros)”**, recursos para o autocuidado: **“arranjar-se”** (apresentando mesmo em M1 e M2 taxas nulas), **“elevar-se”, “vestir-se/despir-se” e “virar-se”**. O estudo de Matias (2011), ao qual já nos referimos na caracterização sociodemográfica da amostra, utilizando o mesmo formulário de avaliação para a caracterização dos recursos mobilizados, reportando-se à população dependente do concelho de Lisboa, evidencia resultados muito sobreponíveis aos do presente estudo.

³⁶ *Complemento Solidário para Idosos* é uma prestação pecuniária de montante diferencial para pessoas de idade igual ou superior a 65 anos, com baixos recursos, sendo o seu pagamento mensal. É uma prestação complementar à pensão que o idoso já recebe (Decreto – Lei nº 232/2005, de 29 de dezembro).

Os equipamentos onde se verifica um aumento da taxa de utilização entre M1 e M3, embora em algumas dimensões este aumento seja discreto, são: “recursos complementares (outros)” (+11,2%) e recursos para o autocuidado: “elevar-se” (+11,8%), “tomar a medicação” (+9,4%), “tomar banho” (+8,1%), “andar” (+7%), “uso do sanitário” (+2,5%) e “arranjar-se” (+4,3%). Ao invés, os equipamentos que apresentam diminuição na taxa de utilização entre M1 e M3, embora, também, em alguns equipamentos esta diminuição seja ligeira, são: “recursos complementares (comunicar)” (-1,3) e recursos para o autocuidado: “usar cadeira de rodas” (-38,6%, a diminuição mais significativa), “vestir-se/despier-se” (-9,7%), “alimentar-se” (-10,7%), “virar-se” (-5,1%) e “transferir-se” (-0,6). Significa, pois, que a taxa de utilização de equipamentos por parte das famílias é manifestamente baixa para as reais necessidades e, sobretudo, por falta de informação da sua existência e, também, por razões económicas.

Um dado que nos parece relevante ao analisarmos as tabelas do Anexo S, onde estão discriminados, com detalhe, os equipamentos utilizados associados a cada domínio de autocuidado, é o facto dos recursos utilizados se focalizarem, predominantemente, numa lógica de substituição do dependente e na vigilância de sinais e sintomas e, muito menos, centrados na promoção da reconstrução da sua autonomia. Pereira (2007), relativamente aos diagnósticos de enfermagem centrados no autocuidado, reflete a necessidade de maior profissionalização das terapêuticas de enfermagem dirigidas à promoção da maior independência, sugerindo a importância do planeamento, da implementação e da sistematização de intervenções que promovam nos dependentes e familiares, a utilização de equipamentos e estratégias adaptativas. No estudo de Louro (2009), a maioria dos familiares cuidadores da amostra referem sentir dificuldades na prestação de cuidados, associadas à falta de ajudas técnicas.

Ao relacionarmos algumas das principais variáveis do estudo, verificamos que, há domínios do autocuidado onde os familiares cuidadores percecionam serem menos competentes, a frequência dos cuidados assegurados em relação a esses domínios do autocuidado é menor e, em paralelo, há uma taxa de utilização de equipamentos adaptativos associados, também menor. Damos como exemplo, os domínios “virar-se” e “transferir-se”. Trata-se, pois, de áreas (no domínio da *mobilidade*) com enorme impacto na evolução da condição de saúde das pessoas dependentes. De acordo com o que temos vindo a refletir ao longo deste relatório, julgamos (mais uma vez) fazer sentido colocar esta questão: havendo uma intervenção mais adequada por parte dos enfermeiros, ao deslocarem-se a casa das famílias para prestar cuidados de maior complexidade, como, por exemplo, posicionar, mobilizar e transferir; em consciencializar, capacitar (mestria) e orientar no acesso a equipamentos adaptativos por parte dos familiares cuidadores, teríamos menos dependentes “acamados”? E, assim, menos complicações ao nível dos processos corporais, como, por exemplo, menos dependentes com úlceras de pressão, menor compromisso do processo respiratório ou menos casos de rigidez articular? E que relação teria este facto com a (provável) diminuição da taxa de readmissão hospitalar associada a uma (provável) diminuição de casos com agravamento da condição de saúde face ao menor compromisso na mobilidade?

Relativamente à análise da evolução dos *recursos: serviços de apoio* utilizados (não profissionais, profissionais e específicos) ao longo dos três meses após a alta hospitalar do dependente e se nos focalizarmos nos **recursos não profissionais**, os **familiares são o suporte mais utilizado pelos FC** (em todos os momentos de avaliação superior a 87,5% dos casos), apesar de se verificar uma ligeira diminuição entre M1 e M3 (- 6,5% dos casos). Sendo os restantes elementos da família um recurso

imprescindível aos cuidadores, importa, pois, que a intervenção das equipas de enfermagem, promovam os processos familiares, uma vez que a integração de um membro dependente causa instabilidade no seio da família (Campos, 2008). Refere ainda a autora que as intervenções de enfermagem centradas no processo familiar devem ser facilitadoras da transição, contribuindo positivamente para a *“consciencialização, envolvimento, organização de atividades de prestação de cuidados, entreajuda, e disponibilidade para aprender”* (p. 119). No estudo de Matias (2011), o apoio por parte dos restantes familiares é, substancialmente, inferior ao presente estudo (cerca de 50% dos casos da amostra). Refere a autora que, o facto do estudo se reportar ao contexto urbano (concelho de Lisboa), caracterizado por um maior número de famílias monoparentais e onde as relações familiares são menos intensas, pode justificar as percentagens encontradas. Damos a conhecer algumas narrativas dos FC do presente estudo, demonstrando a importância da dinâmica familiar como estratégia facilitadora da transição:

Notas de campo

“A minha filha e a minha nora ajudam-me ao fim do dia, quando saem do emprego.” C2-61-1002

“Não sou capaz de deitar a minha mãe sozinha!...Peço ajuda à minha irmã ou espero pelos meus sobrinhos ou pelo meu marido à hora do almoço e à noite para me ajudarem a deitá-la”. FC 1-21-1036

“Somos 7 irmãos. Eu trabalho durante a noite e tomo conta da minha mãe durante o dia. Os meus irmãos durante a semana veem cá dormir e tomar conta da minha mãe, um em cada noite.” FC 1-42-1024

Embora se verifique uma baixa percentagem de casos de utilização da *empregada* ao longo dos momentos de avaliação (entre 1,9% e 5,3%), parece-nos de alguma relevância o aumento de 3,4% verificado entre M1 e M3, contrastando com a diminuição do apoio dos *restantes familiares* (- 6,5%) no mesmo período de tempo.

O envolvimento dos familiares centra-se, fundamentalmente, na supervisão contínua, nos cuidados instrumentais, nos cuidados diretos relacionados com o autocuidado, nos serviços domésticos, nomeadamente, na preparação das refeições e nas compras, na assistência administrativa e legal, na ajuda financeira e no transporte (Petronilho, 2007). Os familiares e os amigos desempenham um papel muito decisivo na manutenção dos idosos e das pessoas dependentes na comunidade, evitando, deste modo, a sua institucionalização (Paúl, 1997). A literatura também nos diz que os FC percecionam menor sobrecarga no exercício do papel quando são auxiliados por um cuidador secundário, evidência que parece ter uma interpretação lógica, visto que o apoio recebido poderá contribuir para diminuir o desgaste resultante da experiência de cuidar (De La Cuesta 2004; Lage, 2007).

No presente estudo, **os vizinhos e os amigos representam um suporte muito residual às famílias** que integram membros dependentes. Em certa medida, estes resultados foram algo surpreendentes para nós, uma vez tratar-se de uma amostra, predominantemente, de contexto rural, onde os laços afetivos com a vizinhança são intensos, em contraste com o meio urbano. No entanto, Paúl (1997) refere que os amigos constituem uma fatia importante da rede de apoio social, nomeadamente na partilha de intimidades, no apoio emocional, nas oportunidades de socialização e no apoio instrumental. Por seu lado, a escolha dos amigos é mais livre do que a dos vizinhos, cuja utilidade, essencialmente, passa sobretudo pela relação de proximidade e de tarefas instrumentais.

Na análise aos **recursos profissionais**, já verificámos anteriormente, que o **médico e o enfermeiro são o suporte mais utilizado pelas famílias**. No entanto, a evolução entre M1 e M3 mostra-nos uma ligeira

diminuição da percentagem de casos que utilizam este recurso, respetivamente, - 4,4% e - 6,9%. O facto de tratar-se de uma amostra caracterizada, no global, por doentes muito dependentes, onde a necessidade de cuidados vai muito para além do diagnóstico médico e da prescrição de medicamentos, julgamos ser muito significativo os serviços de enfermagem situarem-se, para os três momentos de avaliação, em média, em cerca de 50% dos casos, o que nos parece manifestamente insuficiente, visto tratar-se de uma população com grandes exigências de cuidados centrados na natureza específica da enfermagem. No estudo de Matias (2011), o suporte dos serviços de enfermagem é significativamente inferior ao nosso estudo, situando-se em cerca de um terço dos casos avaliados. Reproduzimos algumas expressões dos FC onde podemos constatar o suporte insuficiente percecionado, fundamentalmente vindo dos enfermeiros, face às exigências do exercício do seu papel:

Notas de campo

"Pedi ajuda para aspirarem a minha mãe, mas a enfermeira que me atendeu ao telefone disse que a enfermeira que aspirava estava de férias e as outras não eram capazes!...disseram-me que só havia uma enfermeira que fazia esse tipo de serviço!!!" FC2-31-1004

"Desde que o meu marido chegou a casa (há 1 mês) os enfermeiros só cá estiveram uma vez! nem sei muito bem o que cá vieram fazer!...mediram as tensões, fizeram a "piquinha" no dedo para ver a diabetes e... foi só isto!.....não conto com os enfermeiros para essas coisas!... olhe! nem sabia que eles podiam ajudar nisso! (referia-se a processos de aprendizagem sobre diferentes atividades do autocuidado)" FC 1-12-1015

O trabalho que realizámos (Petronilho, 2007) mostra que, à semelhança do presente estudo, apenas cerca de metade da amostra recebeu visita da equipa de enfermagem, mas, somente, quando a solicitaram. Refere-se ainda neste estudo que, um mês após o regresso a casa, cerca de um quarto da amostra nunca teve acesso a cuidados de enfermagem e o apoio recebido pelas famílias reduziu-se a um *"[...] conjunto de procedimentos prescritos, nomeadamente, substituição de sonda naso-gástrica, algalias, execução de tratamentos a úlceras de pressão, administração de injetáveis prescritos"* (p. 151). Ainda no nosso estudo (Petronilho, 2007), os FC, na sua grande maioria, referiam que o número de visitas da equipa de enfermagem não era adequado e mostravam-se pouco satisfeitos com o apoio recebido pela rede formal. Na pesquisa de Louro (2009), 70,3% dos FC sentiam dificuldades relacionadas com a falta de informação necessária para lidar eficazmente com os desafios do exercício do papel de cuidadores. Referia-se ainda neste estudo que uma maioria significativa dos FC sente falta de apoio ao nível da visita domiciliária, concretamente, 66,3% não receberam a visita da equipa de enfermagem no domicílio, 87,6% não receberam a visita do médico de família, 86,1% avaliam a preparação do regresso a casa do familiar dependente como insuficiente e 94% das famílias não receberam a visita de outros técnicos de saúde. Em concreto, parece-nos, pois, perante esta realidade, uma clara necessidade de maior acesso por parte das famílias aos cuidados de saúde no domicílio e, em concreto às Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), recentemente criadas com a implementação da RNCCI e em franca expansão, as quais, têm estabelecido como público alvo *"Pessoas em situação de dependência"* e *"Famíliares/Cuidadores"* e como critério geral de admissão *"A pessoa em situação de dependência com necessidade de cuidados de saúde, que possua um contexto social ou familiar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade dos cuidados permita a sua prestação no domicílio, de forma temporária ou permanente"* (UMCC).

Parece-nos, também, de alguma relevância o aumento da percentagem de casos com recurso ao fisioterapeuta (+ 4,8%) entre M1 e M3, sendo este recurso profissional utilizado em M3 por 24% (n=31) dos casos avaliados. Este aumento no acesso a fisioterapeuta poderá ser justificado, em parte, pela

integração destes profissionais em algumas ECCI. No estudo de Louro (2009), uma percentagem muito pouco significativa (6%), receberam cuidados de fisioterapia em casa. Campos (2008) refere que as famílias procuram recursos profissionais que ajudem na vivência da transição, focalizados, fundamentalmente, em atividades de prestação de cuidados, ou para a recuperação funcional do dependente.

Quanto aos **serviços específicos de apoio, os mais utilizados** pela grande maioria das famílias, ao longo dos três meses após a alta hospitalar do dependente, é, de forma muito significativa, o **centro de saúde/unidade de saúde familiar**. No artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa está explícito no ponto 3 que o estado através do Serviço Nacional de Saúde universal e geral, tem o dever de “[...] assegurar o direito à proteção da saúde [...] garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação [...]”, o que é explicativo destes resultados. A condição de saúde vulnerável dos dependentes impõe um conjunto de necessidades de saúde e sociais (ex. consultas de rotina e de urgência, medicação, aspetos burocráticos necessários ao pedido de apoios de saúde e financeiros).

O acesso a recursos, como **cuidados de higiene e conforto no domicílio**, nos primeiros dois meses após a alta hospitalar, mostram uma percentagem de casos a usufruir, que nos parece relevante (cerca de um quarto das famílias avaliadas dispõem do recurso), apesar de se verificar uma diminuição da percentagem de casos a beneficiar deste suporte, se compararmos os resultados entre M1 e M3 (-12,1%). Na verdade, estas equipas de apoio ao domicílio desempenham uma ajuda muito significativa, sobretudo, no período imediato à alta hospitalar, sobretudo, quando se trata de dependentes *acamados*, quando os FC são pessoas mais idosas e já com bastantes limitações físicas para o exercício do papel. Ou mesmo, quando os FC não têm apoio de outros familiares para o desempenho de atividades de maior complexidade e de maior exigência física como são, por exemplo, os cuidados associados ao *asseio pessoal* (“tomar banho”, “arranjar-se”, “vestir-se/despir-se” e “usar o sanitário”) e *mobilidade* (fundamentalmente “transferir-se” e “virar-se”). Todavia, esta diminuição verificada no suporte em *cuidados de higiene e conforto no domicílio* ao longo do tempo do presente estudo, pode estar associada a uma decrescente necessidade de ajuda sentida pelos FC à medida que se vão tornando mais competentes no exercício do seu papel (maior perceção de autoeficácia), após uma fase inicial de grande instabilidade no período imediato ao regresso a casa. Após um período de “caos” na assunção do papel de cuidador, coincidente com o momento do regresso a casa do membro dependente, verifica-se um período de maior estabilidade, motivado pela aquisição de conhecimentos e habilidades por parte do FC, que lhe permite percecionar maior eficácia nos cuidados que tem de assegurar (Shyu, 2000b). O discurso produzido por um familiar cuidador quando o entrevistámos, atesta a utilidade dos *cuidados de higiene e conforto no domicílio*, facilitadores de melhor adaptação:

Notas de campo

“Tenho também ajuda das “meninas” do Centro Paroquial para o banho, para colocar a minha esposa no cadeirão e também tenho ajuda para as refeições, trazem-me as refeições, o que já é muito bom não ter de cozinhar!”. C2-61-1002

Serviços como, por exemplo, o apoio no tratamento da roupa do dependente, a adaptação do domicílio à condição de dependência do utente, quer para promover maior autonomia (ex. eliminação de degraus no interior da habitação), quer como meio facilitador do exercício do papel de cuidador (ex. disposição dos

móveis no quarto), registam valores muito baixos ou nulos de utilização ao longo dos três momentos de avaliação do estudo. Louro (2009) refere no seu estudo que, também, são identificadas dificuldades por parte do FC para a deslocação aos serviços da saúde, no serviço doméstico e com a falta de espaço físico adequado.

Os resultados de vários estudos mostram que as doenças crónicas e degenerativas causadoras de dependência, geram custos crescentes com impacto significativo no orçamento familiar. As necessidades decorrentes dos cuidados permanentes aos membros dependentes levam a encargos financeiros elevados para as famílias, não existindo sistemas de saúde que disponibilizem uma oferta adequada de serviços necessários a um grupo populacional caracterizado por um crescimento exponencial, como é a população dependente (Caldas, 2003).

Da análise realizada em cada momento de avaliação do presente estudo, ficou claro que as **pensões e reformas** e a **ajuda das famílias** são o **suporte financeiro mais disponível à maioria das famílias**. O **complemento por dependência**, apesar de se verificar uma percentagem de casos significativamente mais baixo, constitui-se, também, como um dos recursos mais utilizados. No entanto, da nossa experiência com o contacto com as famílias após o regresso a casa do membro dependente, parece existir um processo demasiado burocrático na avaliação dos casos para possível atribuição dos subsídios financeiros, daí, muito demorado e pouco eficaz. O estudo de Campos (2008), face a este tema, refere *“Existe também um padrão de procura de recursos económicos [por parte das famílias], nomeadamente o subsídio de apoio à terceira pessoa, mas que, no espaço temporal de um mês de prestação de cuidados regulares, face à burocracia associada à situação, as impossibilita de terem sequer uma avaliação do caso e como tal não usufruem do apoio referido”* (p. 129).

Quanto à evolução da percentagem de casos a beneficiar dos recursos financeiros entre M1 e M3, verifica-se uma “estabilização” para as pensões de reforma e complemento por dependência e, uma diminuição da percentagem de casos a usufruir da ajuda financeira dos familiares. Pensamos que o maior apoio financeiro por parte dos familiares face aos recursos económicos dos dependentes, globalmente insuficientes, pode estar relacionado com a necessidade de maiores ajustes na preparação das condições adequadas no período imediato ao regresso a casa, permitindo, desta forma, reunir as condições desejadas para manter o dependente no seio da família. Vimos pelos resultados da evolução do nível de dependência, que o maior agravamento reporta-se ao momento da alta hospitalar (M0). Significa, portanto, que a generalidade dos dependentes, no momento da alta hospitalar, apresenta uma condição de saúde mais exigente do ponto de vista dos recursos necessários que permitam uma resposta mais adequada, face à sua (nova) situação.

Parece-nos importante realçar o aumento da percentagem de casos que passam a beneficiar do rendimento solidário para idosos entre M1 e M3 (+23,9%), apesar da percentagem da amostra a usufruir deste suporte financeiro não ultrapassar os 27,4% em M3. A atribuição dos subsídios rege-se por um conjunto de regras que regulamentam as participações sociais. No entanto, do contacto pessoal que tivemos com as famílias quando procedemos às entrevistas para a recolha dos dados, ficou a percepção clara do desconhecimento destas acerca da existência destes apoios financeiros e da forma de lhes aceder. Mais uma vez, estamos perante resultados que merecem maior apropriação por parte das equipas de enfermagem. O planeamento e a implementação de modelos de intervenção devem incluir

terapêuticas de enfermagem que informem adequadamente as famílias que integram membros dependentes acerca da possibilidade de obterem os recursos financeiros a que têm direito, mediante a avaliação das entidades responsáveis pela respetiva atribuição.

Quando procedemos à caracterização dos rendimentos económicos das famílias do nosso estudo, verificámos que cerca de dois terços usufruem de rendimentos económicos igual ou inferior a 1000€ mensais. Parece-nos manifestamente insuficiente, uma vez que estas famílias têm gastos acrescidos e dispendiosos para poderem assegurar os cuidados necessários ao dependente (ex. medicação, fraldas, cremes hidratantes, suplementos alimentares). Os exemplos de expressões relatadas pelos familiares cuidadores são exemplo das dificuldades económicas:

Notas de campo

“Já pedi assistência para as fraldas porque a reforma é muito pequenina e ninguém ajuda!...” FC 1-22-1011

“Estou de baixa para ficar em casa e cuidar do meu sogro... sabe?! Ele tem uma reforma boa e assim dá para eu ficar em casa a cuidar dele! Caso contrário, não podia! Alguém tinha de ficar a tratar do meu sogro e esta foi a solução que encontramos...” FC 1-11-1014

“Vamos fazendo o esforço físico que nos custa tanto!... Porque o dinheiro não chega para comprar essas coisas (referia-se às ajudas técnicas)!!!” FC 1-12-1028

“Não Sr. enfermeiro!... não tenho qualquer equipamento para cuidar do meu pai (referia-se às ajudas técnicas)!... não temos condições económicas para comprar essas ajudas! O dinheiro vai quase todo para a compra dos medicamentos do meu pai, que são muitos!” FC1-31-1019

O estudo de Matias (2011) que temos vindo a fazer referência ao longo desta discussão, em relação aos recursos financeiros, apesar das pensões e reformas constituírem, também, a principal fonte de rendimentos, mostra-nos resultados significativamente diferentes do nosso estudo e que merecem ser sublinhados, uma vez que, se trata de estudos que se reportam à realidade portuguesa. Assim, no estudo de Matias (2011), verifica-se uma percentagem de casos a beneficiar do *apoio da família*, do *complemento por dependência* e do *rendimento solidário para idosos*, significativamente inferior. Apesar dos rendimentos económicos usufruídos pelas famílias dos dois estudos, no global, serem semelhantes, julgamos que na base destes resultados, pode estar o facto das famílias do nosso estudo serem mais numerosas (menos famílias clássicas sem núcleo e mais famílias clássicas com 2 núcleos), o que pode gerar condições e critérios para poderem beneficiar de maior apoio social, uma vez que o rendimento *per capita* também é menor. Em paralelo, o que pode, também, contribuir para o menor *apoio das famílias* verificado no estudo de Matias (2011) é a (possível) existência de menor rede familiar (menor número de membros a coabitar), uma vez tratar-se de um maior número de famílias monoparentais, o que caracteriza os contextos muito urbanos, como é o caso da área geográfica deste estudo.

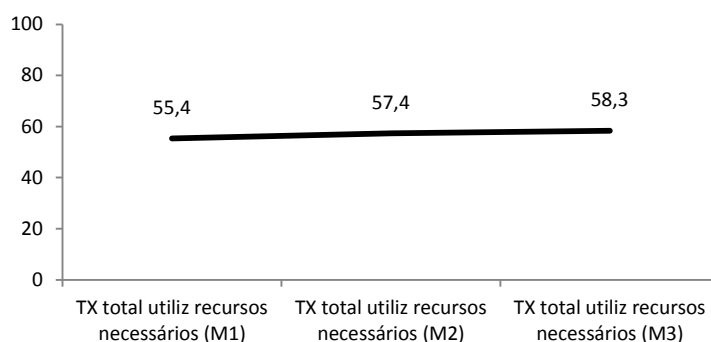
A condição financeira dos FC tem influência na natureza da prestação de cuidados (Gilliam & Steffen, 2006). As famílias que apresentam melhores recursos financeiros podem mais facilmente adquirir apoio profissional em casa, como auxiliares de saúde ou mesmo promover períodos de descanso ao FC. Portanto, os recursos financeiros adequados podem contribuir para minimizar algumas causas de *stress* resultante da prestação de cuidados (Gilliam & Steffen, 2006). O estudo de Lage (2007), tendo como objetivo avaliar o impacto do cuidado nos FC, aponta para as implicações que pode ter um baixo poder económico dos mais desfavorecidos, podendo contribuir para menor bem-estar psicológico e menor qualidade de vida. No estudo de Louro (2009), cerca de um quarto da amostra aponta as condições económicas como um fator dificultador da integração dos familiares dependentes no regresso a casa.

Campos (2008), refere que, ao longo do tempo, a prestação de cuidados em casa revela-se dispendiosa para a família face às necessidades do membro dependente.

Vários estudos evidenciam as implicações da condição socioeconómica na capacidade funcional dos idosos e, em particular, naqueles que se encontram em situação de dependência, uma vez que os problemas financeiros provocam limitações na manutenção e capacidade no autocuidado, na satisfação das relações sociais e no acesso a serviços de suporte profissionais (Borg, Hallberg & Blomquist, 2006; Rodrigues, 2007). Outros estudos são concordantes com esta evidência de que o *status* socioeconómico das famílias pode ser determinante para as transições associadas ao exercício do papel de prestador de cuidados (Brito, 2002; Lage, 2005; Martins, 2006; Meleis, 2010; Paúl, 1997).

Por último, reportamo-nos à evolução da *taxa total de utilização de recursos (média)* entre M1 e M3. A análise do Gráfico 3.18 permite-nos concluir que o valor é sempre superior a 50% em qualquer dos momentos de avaliação, verificando-se um aumento, embora muito discreto, ao longo dos três momentos de avaliação. O estudo de Campos (2008) tendo por objetivo explorar os processos de transição vividos pelas famílias quando integram membros dependentes no autocuidado, refere que as condições da comunidade e, em particular, os recursos, alteram-se com o tempo, verificando-se um aumento gradual do acesso a recursos, quer profissionais, quer institucionais, bem como, equipamentos, em função das necessidades da pessoa dependente e dos FC. Um dado interessante no presente estudo e que de alguma forma pode ajudar a explicar este aumento (discreto) na taxa de utilização de recursos, é termos verificado quando analisámos a PAE dos FC, a capacidade para “negociar com o sistema de cuidados de saúde” foi a dimensão onde se registou uma evolução mais positiva (em M3, “muito competente”), se compararmos com as restantes dimensões dos “processos de cuidar”.

Gráfico 3.18 – Taxa Total de utilização de recursos em cada um dos momentos do estudo (M1, M2, M3)



Em síntese, fruto do nosso contacto com as famílias para a realização das entrevistas (quer via telefone, quer presencialmente), os resultados reportados aos recursos utilizados pelas famílias avaliados neste estudo e que revelam, globalmente, taxas de utilização claramente insuficientes, são, em grande medida, fruto de um sério desconhecimento por parte das famílias acerca da existência desses mesmos recursos. Apetece dizer: “o que não conhecemos não nos faz falta!”. Diríamos nós, também fruto de um (evidente) desconhecimento dos cidadãos acerca do mandato social dos enfermeiros. Os discursos dos FC que mostramos de seguida, atestam o que acabámos de afirmar:

Notas de campo

"ninguém nos falou nada acerca dessas ajudas técnicas que me está a falar!.. por aquilo que me está a dizer, se calhar ajudavam muito!... mas até hoje ninguém nos falou disso!..." FC 1-12-1015

"Óh sr. enfermeiro!... na 1ª entrevista disse-me que havia um material para lavar a cabeça ao meu tio na cama e que eu não conhecia!... já o comprei!... dá uma ajuda muito grande!... é muito mais fácil lavar a cabeça ao meu tio e fica o cabelo mais lavadinho! se conhecesse o material há mais tempo já o tinha comprado... até porque nem foi muito caro! ...muito obrigado sr. enfermeiro!" FC 2-12-1009

"Olhe sr. enfermeiro!... as enfermeiras que vão a casa das pessoas não é só quando os doentes têm "chagas"?!!! ... pensava que sim!!" FC 2-11-1014

"Sr. enfermeiro!... não sabia que os enfermeiros também podiam ir a casa ajudar-nos relativamente aos cuidados necessários ao meu marido!... quando ele esteve pior, mais dependente, se soubesse... tinha pedido ajuda, porque tive muitas dificuldades e dava-me muito jeito!... tinha pedido ajuda!... mas não sabia isso!" FC 2-22-1031

No entanto, evidenciaram-se outras razões de não utilização desses recursos como o desconhecimento da forma de lhes aceder, razões de ordem económica e, em menor escala, habilidade para lidar com os recursos.

Curiosamente, "estar habituado", ao longo do tempo, a prestar os cuidados de uma forma específica, mesmo na posse de conhecimento acerca dos recursos mais apropriados e a forma de lhes aceder, revelou-se, também, uma das razões da não utilização, sobretudo, nos FC que prestam cuidados há mais tempo, o que do nosso ponto de vista, pode estar associado a maior segurança percebida pelo FC na prestação de cuidados ao familiar dependente adquirida ao longo do tempo, maior perceção de autoeficácia e a própria "definição pessoal do cuidar" (Schumacher, 1995; Schumacher et al. 2000). Assim, de alguma forma, o receio de não ser capaz de controlar o "desconhecido" pode ser uma barreira à mudança. Hurley, Gauthier, Horvath, Harvey e Smith (2004) apontam também como argumentos de não utilização dos recursos associados à própria tradição das famílias. Analisemos as seguintes expressões dos FC que confirmam o que acabámos de referir neste parágrafo:

Notas de campo

"O meu marido já é dependente há 10 anos!... Sempre fiz as coisas assim e sozinha, sem ajuda... já estou muito habituada!... aprender a fazer as coisas de outra forma é difícil!... estou velha para isso! (esboça um sorriso) e ele também já está habituado a que lhe faça assim..." (quando questionada sobre a possibilidade de utilizar as ajudas técnicas) FC 2-21-1015

"Olhe Sr. enfermeiro!... não tenho essas coisas (referia-se às ajudas técnicas)!, não conheço, não sei as que me fazem falta ...mas também não sinto necessidade delas!... já estou habituada a fazer desta forma há muito tempo!" FC1-21-1006

Estes resultados remetem-nos para a necessidade de cuidados na comunidade de (verdadeira) proximidade com as famílias que integram membros dependentes, através da conceção de respostas que incorporem terapêuticas de enfermagem que sejam por si clarificadoras, promotoras e que advoguem a utilização dos recursos necessários às famílias, facilitadores das transições (Meleis, 2010; Pereira, 2007; Schumacher 1995; Schumacher et al., 2000; Silva, 2007). No entanto, é nossa convicção que para se conseguir ganhos significativos na saúde e bem-estar das famílias, é, também, necessário que os enfermeiros aumentem o seu reportório de conhecimento profissional acerca dos recursos disponíveis, os mais adequados face a cada situação específica, a forma de lhes aceder e, muito relevante, as estratégias terapêuticas mais eficazes que promovam a mestria nas famílias para lidarem com esses mesmos recursos, em cada situação particular. O estudo de King e Semik (2006) refere que a informação útil acerca do acesso aos recursos, como a monitorização e vigilância da saúde dos

familiares, forma de aceder aos transportes, orientação sobre apoio financeiro, ajuda na companhia aos doentes na ausência dos familiares, pode contribuir para uma menor sobrecarga dos FC.

O estudo de Rodrigues (2007), tendo como objetivo, avaliar a capacidade funcional dos idosos e a utilização de serviços de saúde e apoio social numa população da região centro de Portugal, conclui que a maior utilização, encontra-se no grupo de serviços de apoio económico (ajuda económica em geral) e de saúde (consultas médicas). O autor sugere que as diferentes áreas que intervêm na qualidade de vida do idoso como a diversidade de profissionais e serviços de suporte envolvidos, devem ter uma intervenção coordenada, surgindo o centro de saúde, e os enfermeiros, como grupo com capacidade de desenvolver e dinamizar uma efetiva intervenção que potencie e promova a afetação dos recursos necessários.

3.4.3. Correlações entre as principais variáveis do Estudo III.

Nos subcapítulos anteriores procedemos à análise descritiva dos dados que resultaram do tratamento estatístico das variáveis que compõem o formulário utilizado no Estudo III – “*Famílias que integram dependentes no autocuidado*” – de acordo com os objetivos traçados para esta fase da investigação. Neste subcapítulo pretendemos identificar correlações³⁷ entre as principais variáveis do Estudo III. Dada a grande quantidade de informação gerada, optámos por apresentar apenas no relatório os resultados com significado estatístico.

A análise inferencial dos dados relativamente ao comportamento das principais variáveis do Estudo III, ao longo dos três momentos de avaliação (Tabela 3.49), permitiu verificar um conjunto de associações estatisticamente significativas. Assim, sintetizando, **maior independência (autonomia) do doente** está associada a (Figura 3.3):

1. Maior perceção de autoeficácia do FC para tomar conta;
2. Maior incentivo à autonomia por parte do FC;
3. Menor intensidade de cuidados prestados pelo FC;
4. Menor variedade de fármacos consumidos;
5. Menor média consumo de fármacos por dia;
6. Menor média de reinternamentos hospitalares.

Maior autonomia física pode ter efeito positivo na capacidade da pessoa em realizar por si as atividades básicas diárias (autocuidado), o que, à *priori*, torna os cuidados assegurados pelos FC de menor complexidade e de menor intensidade, podendo ser percecionado por estes, maior sentido de competência no desempenho das tarefas que lhes são exigidas e, também, maior iniciativa para incentivar o dependente a ser mais autónomo.

³⁷ Neste estudo, utilizaremos a classificação proposta por Pestana e Gageiro (2005, p. 179) que sugerem que *R de Pearson* menor que 0,2 indica uma associação linear muito baixa; entre 0,2 e 0,39, baixa; entre 0,4 e 0,69, moderada; entre 0,7 e 0,89, alta; e, por fim, entre 0,9 e 1, uma associação muito alta.

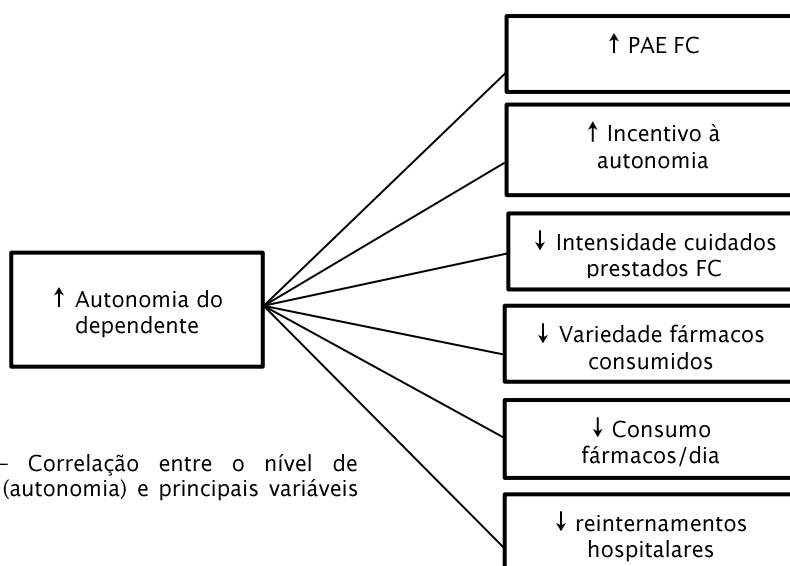


Figura 3.3 - Correlação entre o nível de dependência (autonomia) e principais variáveis do Estudo III

Por outro lado, os doentes mais autónomos, apresentando melhor condição de saúde, possuem um regime medicamentoso mais “leve” e uma condição de saúde mais estabilizada, o que pode traduzir menor necessidade de recorrer aos serviços hospitalares. Os resultados do nosso estudo, no âmbito do mestrado (Petronilho, 2007), mostram que a condição de saúde do doente dependente é determinante para as competências dos FC. O estudo de Louro (2009) diz-nos que, quanto maior é o quadro de dependência do doente, maiores dificuldades são sentidas pelos FC nas atividades de tomar conta.

Ainda no presente estudo, concluiu, também, que **maior percepção de autoeficácia do FC** para tomar conta tem associação com (Figura 3.4):

1. Maior incentivo à autonomia por parte do FC;
2. Maior intensidade de cuidados prestados pelo FC;
3. Maior taxa de utilização de recursos;
4. Idade mais jovem do FC.

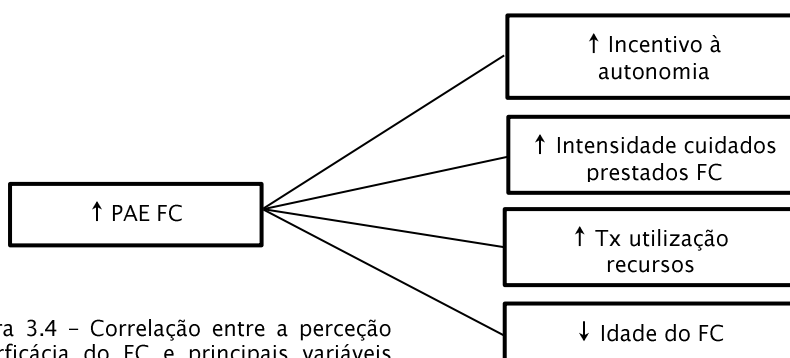


Figura 3.4 - Correlação entre a percepção autorficácia do FC e principais variáveis do Estudo III

A percepção de autoeficácia é definida como um constructo psicológico individual, associado à crença de que se é capaz (possuir mestria) de produzir níveis adequados de desempenho associado a uma tarefa específica (Bandura, 1997a, 1997b; De La Cuesta, 2004; Weng et al., 2008; Gilliam & Steffen, 2006).

Tabela 3.49 – Correlações entre as principais variáveis do Estudo III (Coeficiente de Correlação de Pearson (r))

Momento de avaliação	Nível de dependência no autocuidado	Valor de r	Valor de p
Um mês após a alta hospitalar (M1)	Nível global de percepção de autoeficácia do FC	0,45	<0,001*
	Grau de incentivo à autonomia do familiar dependente	0,64	<0,001*
	Intensidade de cuidados prestados pelo FC	- 0,28	0,004*
	Consumo médio de fármacos por dia	- 0,28	0,005*
Dois meses após a alta hospitalar (M2)	Nível global de percepção de autoeficácia do FC	0,43	<0,001*
	Grau de incentivo à autonomia do familiar dependente	0,61	<0,001*
	Intensidade de cuidados prestados pelo FC	- 0,30	0,003*
	Consumo médio de fármacos por dia	- 0,34	<0,001*
	Variedade de fármacos consumidos	- 0,24	0,014*
Três meses após a alta hospitalar (M3)	Nível global de percepção de autoeficácia do FC	0,28	0,002*
	Grau de incentivo à autonomia do familiar dependente	0,57	<0,001*
	Intensidade de cuidados prestados pelo FC	- 0,35	<0,001*
	Consumo médio de fármacos por dia	- 0,22	0,006*
	Média de internamentos do dependente entre M2 e M3	- 0,17	0,030*
Momento de avaliação	Nível global de percepção de autoeficácia do FC	Valor de r	Valor de p
Um mês após a alta hospitalar (M1)	Nível de dependência no autocuidado	0,45	<0,001*
	Grau de incentivo à autonomia do familiar dependente	0,48	<0,001*
	Taxa de utilização de recursos	0,28	0,04*
	Idade do familiar cuidador (FC)	- 0,26	0,007*
Dois meses após a alta hospitalar (M2)	Nível de dependência no autocuidado	0,43	<0,001*
	Grau de incentivo à autonomia do familiar dependente	0,61	<0,001*
Três meses após a alta hospitalar (M3)	Nível de dependência no autocuidado	0,28	0,002*
	Grau de incentivo à autonomia do familiar dependente	0,57	<0,001*
Momento de avaliação	Grau incentivo à autonomia do familiar dependente	Valor de r	Valor de p
Um mês após a alta hospitalar (M1)	Nível de dependência no autocuidado	0,64	<0,001*
	Nível global de percepção de autoeficácia do FC	0,48	<0,001*
	Taxa de utilização de recursos	- 0,26	0,007*
	Idade do doente dependente	- 0,58	0,036*
	Média de episódios de recurso à urgência hospitalar	- 0,21	0,007*
	Consumo médio de fármacos por dia	- 0,22	0,027*
Dois meses após a alta hospitalar (M2)	Nível de dependência no autocuidado	0,61	<0,001*
	Nível global de percepção de autoeficácia do FC	0,61	<0,001*
	Idade do doente dependente	- 0,65	0,022*
Três meses após a alta hospitalar (M3)	Nível de dependência no autocuidado	0,57	<0,001*
	Nível global de percepção de autoeficácia do FC	0,57	<0,001*

*p < 0,05

A presente pesquisa revela que, maior confiança do FC na prestação de cuidados, pode levar a maior incentivo à autonomia do dependente, sobretudo, naqueles com maior potencial (menos dependentes), como já analisamos anteriormente. Da mesma forma, pode inferir-se que os FC com maior PAE para tomar conta demonstram mais competências, daí, sentirem-se mais confiantes e disponíveis para a prestação de cuidados, sobretudo aqueles que são percebidos de maior complexidade e de maior intensidade.

Ainda neste estudo, os FC com maior PAE utilizam mais recursos e são mais jovens. O sentido de competência leva a uma melhor identificação das necessidades do familiar dependente, daí, maior capacidade de decisão na procura e aquisição dos recursos necessários que respondam com eficácia aos desafios com que são confrontados no exercício do papel. Por sua vez a utilização de recursos adequados é um fator determinante e facilitador do desenvolvimento de mestria do familiar cuidador (Schumacher et al., 2000; Meleis, 2010).

Melhores recursos financeiros possibilitam a aquisição de equipamentos adequados, mais apoio profissional no domicílio, como os auxiliares de saúde, ou mesmo, facilitar períodos de descanso ao FC. Portanto, os recursos financeiros adequados podem contribuir para minimizar algumas causas de *stress* resultante da prestação de cuidados (Gilliam & Steffen, 2006).

Outros estudos que analisámos relacionados com esta temática são consensuais ao referir a importância e a associação entre os recursos disponíveis (equipamentos, profissionais, não profissionais, financeiros, outros serviços de apoio) e a transição saudável do FC para o exercício do papel, onde a PAE é um indicador muito importante (Brereton & Nolan, 2000; Coleman et al., 2004; Fortinsky et al., 2002; Lage, 2007; Levine et al., 2006; Lucke et al., 2004; Pringle et al., 2008; Shyu et al., 2008; Sit et al., 2004; Stoltz et al., 2004; Wennman-Larsen & Tishelman, 2002).

Por último, este estudo ainda nos revela que **maior incentivo à autonomia por parte do FC** tem correlação com (Figura 3.5):

1. Menor taxa de utilização de recursos;
2. Menor idade do doente dependente;
3. Menor média de episódios de recurso à urgência hospitalar;
4. Menor média de consumo de fármacos por dia.

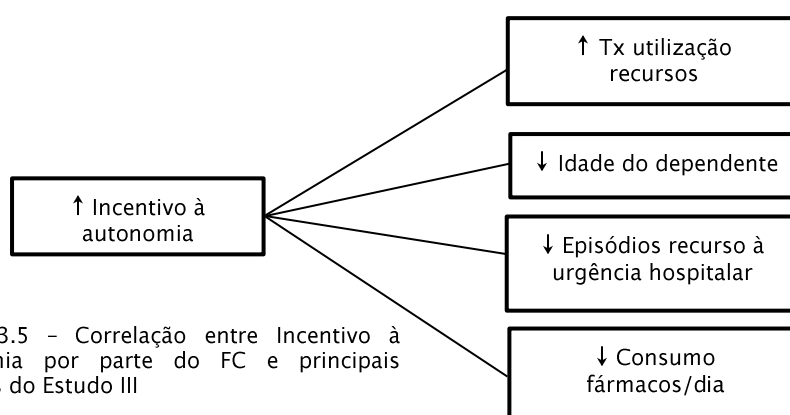


Figura 3.5 - Correlação entre Incentivo à autonomia por parte do FC e principais variáveis do Estudo III

Partindo do pressuposto que os doentes incentivados pelos FC a maior autonomia na realização do seu autocuidado correspondem aos menos dependentes, podemos inferir que as famílias também necessitam de menos recursos para responder aos desafios. Tratando-se de doentes mais autónomos, portanto, doentes com melhor condição de saúde, recorrem com menos frequência aos serviços hospitalares por agravamento. Podemos também inferir que apresentam esquemas terapêuticos com menor consumo de fármacos.

3.5. EVOLUÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA AO LONGO DOS CINCO MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DO ESTUDO: DO CONTEXTO DOMICILIÁRIO AO TERCEIRO MÊS APÓS A ALTA HOSPITALAR

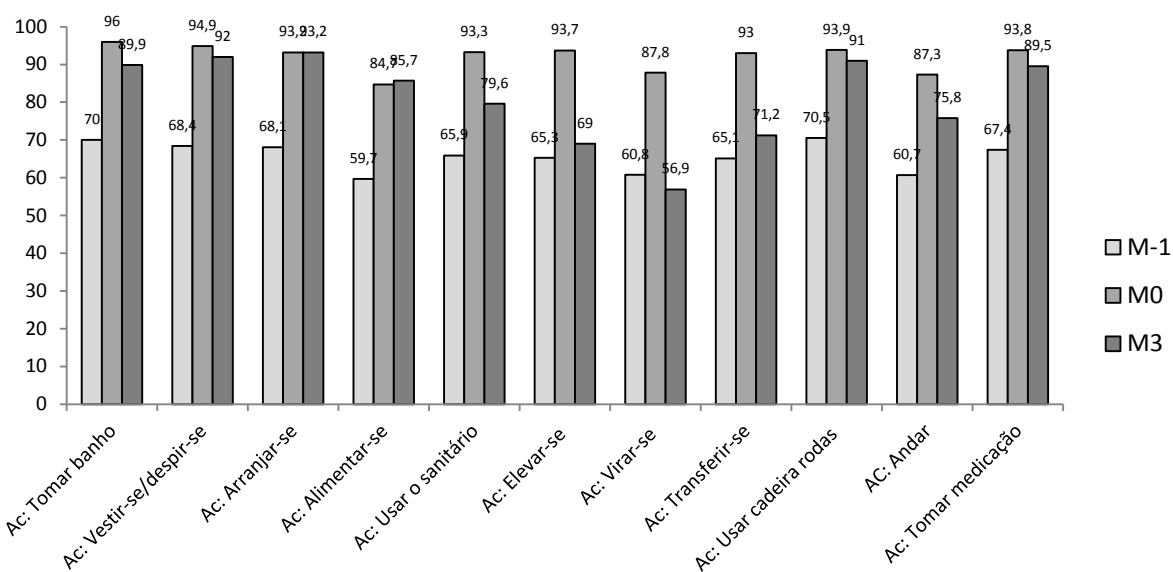
No presente subcapítulo, iremos proceder à análise dos resultados nos cinco momentos de avaliação da nossa investigação (M-1, M0; M1, M2 e M3), relativamente a uma das variáveis principais: *a evolução do nível de dependência*. Significa, pois, que iremos analisar esta evolução em função dos resultados decorrentes do Estudo II (inclui M-1 e M0) e do Estudo III (inclui M1, M2 e M3). Relembramos estes cinco momentos de avaliação:

1. M-1: tipo e nível dependência antes do episódio de internamento hospitalar (Estudo II);
2. M0: tipo e nível dependência no momento da alta hospitalar (Estudo II);
3. M1: tipo e nível dependência ao 1º mês após a alta hospitalar (Estudo III);
4. M2: tipo e nível dependência ao 2º mês após a alta hospitalar (Estudo III);
5. M3: tipo e nível dependência ao 3º mês após a alta hospitalar (Estudo III).

Para uma melhor compreensão dos resultados, um aspeto que gostaríamos de reforçar, é a variabilidade do número de casos avaliados ao longo dos cinco momentos de avaliação. Esta é uma característica dos estudos de perfil longitudinal, pelas razões que já apontámos no capítulo da metodologia e que iremos voltar a referir quando entendermos oportuno.

Antes de mais, iniciamos por mostrar a evolução do nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado, tendo em conta os doentes avaliados como “grandes dependentes” (Gráfico 3.19). Esta avaliação refere-se a três momentos do estudo: antes do internamento hospitalar (M-1), na alta hospitalar (M0) e no 3º mês após a alta hospitalar (M3). Assim, em M-1 e M0 foram avaliados 273 dependentes. Em M3, foram alvo de avaliação 162 dependentes. Os resultados do Gráfico 3.19 mostraram-nos que, globalmente, houve um aumento na percentagem de “grandes dependentes” entre o momento antes do internamento hospitalar (M-1) e o momento da alta hospitalar (M0). Significa, pois, que o evento crítico de saúde que motivou o internamento hospitalar, teve um impacto negativo no nível de dependência. Todavia, se compararmos a evolução da percentagem de “grandes dependentes”, entre o momento da alta hospitalar (M0) e o 3º mês após a alta (M3), globalmente, verifica-se uma melhoria no quadro de dependência. Esta evolução positiva é mais significativa nos domínios da *mobilidade* - “elevar-se”, “virar-se”, “transferir-se”. No entanto, se compararmos os resultados entre o momento antes do internamento hospitalar (M-1) e o 3º mês após a alta hospitalar (M3), observamos um aumento na percentagem de casos “grandes dependentes”. Assim, dos resultados centrados no domínio da *mobilidade* (“transferir-se”, “elevar-se”), podemos afirmar que antes do episódio de internamento (M-1), cerca de dois terços dos casos (65%) já eram “acamados”; no momento da alta hospitalar (M0), houve um aumento muito acentuado de dependentes “acamados” (superior a 90%) e, por último; ao 3º mês após a alta hospitalar (M3), a percentagem de “acamados”, embora reduza substancialmente, mantém-se com percentagens elevadas (cerca de 70%).

Gráfico 3.19 – Evolução da % de “grandes dependentes” entre M-1 e M3, por domínio de autocuidado



Relembrando o número de casos avaliados nos cinco momentos de avaliação do estudo, a Tabela 3.50, mostra-nos que, antes do episódio de internamento (M-1) e no momento da alta hospitalar (M0), foi avaliado o nível de dependência na totalidade dos doentes da amostra do Estudo II (n=273). Em relação ao Estudo III, no 1º e 2º mês após a alta hospitalar (M1 e M2) foram avaliados sensivelmente o mesmo número de casos, respetivamente, 117 e 115. No entanto, esta avaliação refere-se a um número de casos inferior, comparando com os dois momentos anteriores (M-1 e M0, n=273). No último momento de avaliação (M3), o número de casos avaliados voltou a aumentar (n=162). Recordamos mais uma vez que, do ponto de vista do dispositivo metodológico adotado nesta investigação, no que diz respeito à recolha dos dados, os doentes que não se encontravam no domicílio no primeiro (M1) e segundo mês (M2) após a alta hospitalar, não foram alvo de avaliação (por óbito ou por se manterem institucionalizados). Daí, justificar-se uma redução significativa no número de casos avaliados entre o momento da alta hospitalar (M0) e os dois momentos seguintes (M1 e M2), conforme também já explicámos oportunamente. No terceiro momento de avaliação (M3), sem exceção, todos os casos foram avaliados através de entrevistas realizadas presencialmente pelo investigador, independentemente do destino do doente no dia da avaliação. Este facto, traduz-se num aumento significativo do número de casos avaliados em M3, se compararmos com os avaliados em M1 e M2, através de entrevistas realizadas por via telefónica. No entanto, o número de casos avaliados no último momento (M3) é substancialmente inferior ao número de casos avaliados no momento da alta hospitalar (M0), justificado, fundamentalmente, pela percentagem significativa de óbitos ao longo dos três meses após a alta clínica [33,7% (n=92)] e, alguns casos, cujas famílias não foi possível contactar ao longo dos três meses em que decorreu a recolha de dados [7% (n=19)].

Tabela 3.50 – Distribuição do nº de doentes dependentes avaliados nos cinco momentos de avaliação

Estudo	Momentos de avaliação dos doentes dependentes	Nº doentes avaliados
Estudo II	Anterior ao episódio internamento hospital (M-1)	273
	No momento da alta hospitalar (M0)	273
Estudo III	Um mês após a alta hospitalar (M1)	117
	Dois meses após a alta hospitalar (M2)	115
	Três meses após a alta hospitalar (M3)	162

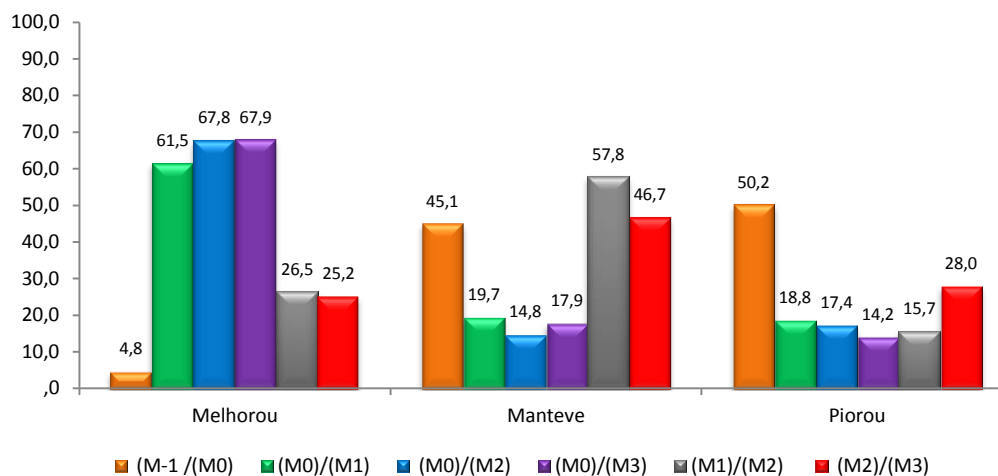
Dada a variabilidade do número de casos avaliados ao longo desta pesquisa e que já analisámos anteriormente, a Tabela 3.51 mostra-nos o número de casos que foram alvo de comparação quanto à evolução da sua condição de dependência por momentos de avaliação (“melhorou”, “manteve” ou “piorou”). Verificamos que entre o *momento antes do internamento hospitalar (M-1)* e o *momento da alta hospitalar (M0)* e entre o *momento da alta hospitalar (M0)* e o *3º mês (M3) após a alta hospitalar*, são os momentos com o maior número de dependentes avaliados, em que foi possível essa comparação. De destacar que, em apenas 94 casos, o que corresponde a sensivelmente um terço da amostra inicial (N=273), foi possível proceder à avaliação em todos os momentos de avaliação do estudo (5 momentos). Trata-se, pois, do grupo de doentes que após a alta hospitalar se mantiveram, sem interrupção, no domicílio.

Tabela 3.51 – Distribuição do nº de doentes dependentes pelos momentos de avaliação, quanto à evolução da condição de dependência (melhorou, manteve, piorou)

Momentos de avaliação em que os doentes dependentes foram alvo de comparação, quanto à evolução da dependência (<i>melhorou, manteve, piorou</i>)	Nº de doentes avaliados
(M-1) / (M0)	273
(M0) / (M1)	117
(M0) / (M2)	115
(M0) / (M3)	162
(M1) / (M2)	102
(M2) / (M3)	107
(M-1) / M0 / M1 / M2 / M3	94

Na sequência da Tabela 3.51, o Gráfico 3.20 indica-nos, em concreto, a evolução do nível de dependência dos doentes entre os diferentes momentos de avaliação (avaliação intra-sujeitos). A evolução do nível de dependência é representada por três *status* – *melhorou*, *manteve* e *piorou* – o nível global de dependência.

Gráfico 3.20 – Evolução do nível de dependência (%) entre os diferentes momentos de avaliação em função dos 3 status: melhorou, manteve e piorou, o nível global de dependência



Da análise do Gráfico 3.20, parece-nos muito relevante a percentagem de doentes³⁸ com melhoria significativa no nível de dependência entre o *momento da alta hospitalar (M0) / 1º mês após a alta hospitalar (M1)* [61,5% (n=72)], donde podemos inferir que as primeiras semanas, após o evento crítico gerador do episódio de internamento, são cruciais para a reconstrução de maior autonomia dos doentes, sobretudo, naqueles que apresentam maior potencial.

Outro dado que gostaríamos de evidenciar é a percentagem significativa de doentes que mantém o seu nível de dependência entre o *momento antes do internamento hospitalar (M-1) / momento da alta hospitalar (M0)* [45,1% (n=123)]. Trata-se, pois, na maioria dos casos, dos doentes que já eram dependentes antes do episódio de internamento e, por esta razão, o evento crítico que motivou o internamento não teve implicações significativas no nível global de dependência.

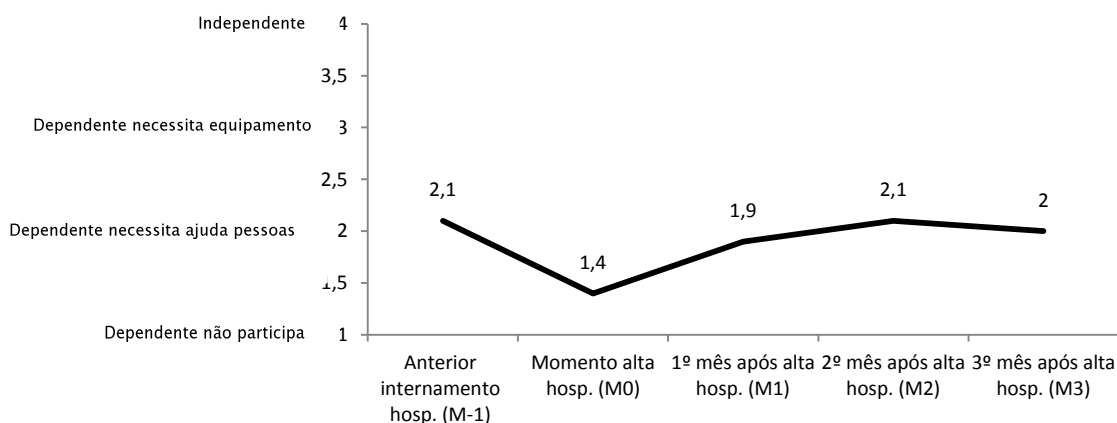
Uma parte significativa dos doentes manteve o seu nível de dependência entre o *1º mês (M1) / 2º mês (M2) após a alta hospitalar* [57,8% (n=59)] e entre o *2º mês (M2) / 3º mês (M3) após a alta hospitalar* [46,7% (n=50)], o que significa que após um período de evolução muito positiva no 1º mês após a alta hospitalar, verifica-se uma estabilização no nível de dependência. Este dado reforça a ideia da importância crucial das primeiras semanas após o evento crítico que motiva o internamento hospitalar, como período decisivo na reconstrução de maior autonomia.

Por último, a análise do Gráfico 3.20, mostra-nos uma percentagem muito significativa de doentes com agravamento (pioraram) entre o *momento antes do internamento hospitalar (M-1) / momento da alta hospitalar (M0)* [50,2% (n=137)]. Inferimos que a maioria destes doentes corresponde ao grupo que foi avaliado como *autónomo antes do episódio de internamento hospitalar* em que o evento crítico responsável pela hospitalização teve implicações importantes na instalação de um quadro de maior dependência, uma vez que, os restantes doentes, já possuíam um nível elevado de dependência.

³⁸ As percentagens de dependentes a que se refere a análise dos dados do Gráfico 3.20 são calculadas com base no número total de doentes avaliados entre os respetivos momentos de avaliação e que estão indicados na Tabela 3.51.

Verifica-se, ainda, que, após a alta hospitalar, a maior percentagem de doentes com evolução negativa no nível de dependência ocorre entre o 2º mês (M2) / 3º mês (M3) após a alta hospitalar [28% (n=30)], agravamento este que, apesar de ser considerado ligeiro, manifesta-se apenas nos doentes pertencentes ao *grupo autónomo antes do episódio de internamento*.

Gráfico 3.21 – Nível Médio de Dependência Global no Autocuidado em cada um dos 5 momentos de avaliação (M-1; M0; M1; M2; M3)



O Gráfico 3.21 permite-nos observar a evolução do nível de dependência global (média) ao longo dos cinco (5) momentos de avaliação do estudo. Ressalta da análise deste gráfico que o evento crítico gerador do internamento hospitalar tem, globalmente, implicações muito negativas relativamente ao nível de dependência no autocuidado, onde se regista entre o momento antes do episódio de internamento (M-1) e o momento da alta hospitalar (M0) o maior agravamento. Por outro lado, parece-nos também muito significativo, do ponto de vista da relevância clínica, a melhoria substantiva do nível de dependência entre M0 e M1. Nos momentos de avaliação após a alta hospitalar, entre (M1 e M3) verifica-se uma certa estabilização no nível de dependência.

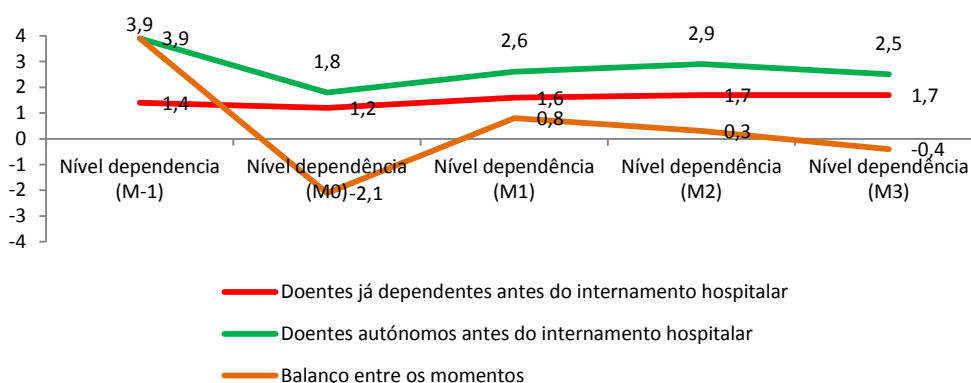
3.5.1. Comparação da evolução da dependência entre os casos “dependentes antes do internamento hospitalar” com aqueles que eram “autónomos no autocuidado”.

Neste subcapítulo apresentamos a evolução do quadro de dependência para **dois grupos** de doentes, em função da sua **condição de dependência antes do episódio de internamento** do estudo. Assim, consideramos:

- i) Os doentes cuja condição de saúde foi avaliada como **dependente antes do episódio de internamento** (reporta-se aos casos avaliados na escala do autocuidado com score 1 ou 2, respetivamente, “dependente não participa” e “necessita de ajuda de pessoa”) e;
- ii) Os doentes cuja condição de saúde foi avaliada como **autónoma antes do episódio de internamento** (inclui os casos avaliados na escala do autocuidado com score 3 ou 4, respetivamente, “necessita de equipamento” e “completamente independente”).

Para uma melhor compreensão, o Gráfico 3.22 permite-nos acompanhar a **evolução do nível de dependência** nestes dois grupos de doentes, ao longo dos cinco (5) momentos de avaliação do estudo.

Gráfico 3.22 – Evolução do Nível Médio de Dependência Global no Autocuidado nos 5 momentos de avaliação, nos doentes “dependentes antes do internamento” e doentes “autónomos antes do internamento”



Numa análise global, verificamos que, ao longo dos cinco momentos de avaliação, a média do nível de dependência no grupo de doentes avaliados como *autónomos antes do episódio de internamento* é sempre superior (menos dependentes) comparativamente ao grupo de doentes *dependentes antes do episódio de internamento* (mais dependentes). Esta diferença de médias no nível de dependência dos dois grupos é estatisticamente significativa, conforme se pode verificar pela análise da Tabela 3.52.

Ao longo dos cinco momentos de avaliação do nível de dependência, há uma evolução relativamente constante no *grupo de doentes avaliados como dependentes antes do episódio de internamento*. Este grupo de doentes, manteve o nível de dependência entre “*dependente não participa*” (score 1) e “*necessita de ajuda de pessoa*” (score 2) ao longo de todos os momentos de avaliação do estudo (Gráfico 3.22). Trata-se, pois, de doentes com limitado potencial de reconstrução da sua autonomia que, apesar de, em média, já serem muito dependentes antes do internamento hospitalar (score 1,4), sofreram ligeiro agravamento do seu nível de dependência com o evento crítico de saúde gerador do internamento hospitalar (score 1,2). No entanto, no 1º mês após a alta hospitalar (M1) regista-se neste grupo a maior evolução positiva (score 1,6), mantendo estabilizado o nível de dependência (score 1,7) nos dois meses seguintes (M2 e M3).

Tabela 3.52 – Diferença de médias (Test t) do nível de dependência entre os dependentes e autónomos antes do internamento hospitalar em 4 momentos de avaliação do estudo (M0, M1, M2 e M3).

Momento de avaliação	Condição de dependência antes do episódio de internamento hospitalar (n)	Nível de dependência (Média)	Desvio padrão (DP)	Valor de p*
Momento da alta hospitalar (M0) N=273	Autónomos (n=79)	1,8	0,74	<0,001
	Dependentes (n=194)	1,2	0,49	
1º Mês após a alta hospitalar (M1) N=117	Autónomos (n=31)	2,6	0,73	<0,001
	Dependentes (n=86)	1,6	0,72	
2º Mês após a alta hospitalar (M2) N=115	Autónomos (n=39)	2,9	0,77	<0,001
	Dependentes (n=76)	1,7	0,65	
3º Mês após a alta hospitalar (M3) N=162	Autónomos (n=57)	2,5	0,77	<0,001
	Dependentes (n=105)	1,7	0,76	

*p < 0,05

Por outro lado, ao analisarmos a evolução do nível de dependência dos doentes avaliados como *autónomos antes do episódio de internamento*, verificamos que esta evolução sofre uma evolução negativa entre o 1º momento de avaliação (M-1, score 3,9) e o último momento de avaliação (M3, score 2,5). Um dado muito relevante verificado neste grupo de doentes é o agravamento muito significativo no nível de dependência entre a avaliação anterior ao episódio de internamento (M-1, score 3,9) e no momento da alta hospitalar (M0, score 1,8), o que nos parece ser justificado pelas implicações negativas geradas pelo evento crítico de saúde agudo que motivou o internamento hospitalar. Relembramos que em 58% (n=116) dos doentes, a instalação do quadro de dependência ocorreu de forma súbita. Portanto, esta dependência está associada a doenças e, na sua maioria, falamos de acidentes vasculares cerebrais (AVC), uma vez que, do ponto de vista epidemiológico, é a maior causa de mortalidade e morbilidade na faixa etária dos doentes da amostra do presente estudo. No entanto, este grupo de doentes, no primeiro mês após a alta hospitalar (M1) tem uma evolução muito positiva relativamente ao nível de dependência (score 2,6), demonstrativo de seu potencial de reconstrução da autonomia, o que nos parece um dado clinicamente muito relevante para a enfermagem. Neste grupo de doentes, entre M1 (score 2,6) e M3 (score 2,5), verifica-se uma estabilização no quadro de dependência, à semelhança do que acontece para o grupo de doentes avaliados como *dependentes antes do episódio de internamento*.

Se compararmos os dois grupos de doentes, apesar das maiores oscilações no nível de dependência ao longo dos cinco momentos de avaliação se verificar no *grupo de doentes avaliado como autónomo antes do episódio de internamento*, é este grupo que apresenta sempre menores níveis de dependência, mesmo após o evento crítico de saúde que motivou o internamento hospitalar. A análise do Gráfico 3.22 mostra-nos, ainda, que é neste grupo que se verifica uma evolução positiva mais significativa ao longo do tempo, onde destacamos a avaliação entre o momento da alta hospitalar (M0) e o primeiro mês após a alta clínica (M1), o que nos parece, como temos vindo a referir persistentemente, ser clinicamente muito relevante para o exercício profissional dos enfermeiros. Na verdade, esta melhoria do quadro de dependência neste grupo particular, e num período de tempo relativamente curto, é demonstrativa do grande potencial de reconstrução de autonomia destes doentes, o que deve implicar por parte dos profissionais de saúde e, insistimos, sobretudo por parte dos enfermeiros, um processo de cuidados que traduza eficácia em tempo útil e, assim, com ganhos visíveis para a saúde destes doentes e, em particular, na sua autonomia.

Em síntese, o *grupo de doentes avaliado como autónomo antes do episódio de internamento*, apesar de maiores oscilações no nível de dependência ao longo dos momentos de avaliação, é aquele com maior potencial de reconstrução de autonomia, uma vez que, apresenta maior evolução positiva após o evento crítico gerador de dependência, sendo esta evolução mais significativa no 1º mês após a alta hospitalar. O *grupo de doentes dependentes antes do episódio de internamento*, apresentam ligeiras oscilações no nível de dependência ao longo dos momentos de avaliação. Trata-se, pois, de um grupo de doentes que já eram muito dependentes antes do internamento hospitalar e que o motivo que originou o internamento hospitalar, não produziu sequelas significativas. Assim, podemos afirmar que este grupo manteve-se, no essencial, sem alterações no nível de dependência durante e após o internamento hospitalar. Significa que, ao contrário do grupo de doentes autónomos antes do internamento, a dependência nestes casos

pode ser encarada como a sua condição de saúde *habitual*, ou seja, uma característica e não uma situação transitória.

3.6. CARATERIZAÇÃO DOS CLUSTERS (5) EM FUNÇÃO DA EVOLUÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA ENTRE O CONTEXTO DOMICILIÁRIO E TRÊS MESES APÓS O REGRESSO A CASA

No ponto anterior, apresentámos e discutimos os resultados relativamente à evolução do nível de dependência. Este capítulo, destina-se à apresentação e discussão dos resultados em função do **perfil de evolução do nível de dependência dos doentes ao longo dos cinco momentos de avaliação** da nossa investigação, onde foi possível identificar cinco (5) *clusters*. A análise de *clusters* é um procedimento adequado quando, na exploração dos dados, se suspeita que a amostra não é homogénea, procurando classificar um conjunto de dados iniciais em grupos ou categorias que demonstram características similares, usando os valores observados das variáveis que se referem ao fenómeno em estudo. No entanto, desconhecendo-se o número e os elementos do grupo e, frequentemente, não se sabe qual o número de *clusters* (Pestana & Gageiro, 2005; Portney & Watkins, 2009).

A Figura 3.6 permite-nos visualizar a qualidade (coesão) da estrutura do modelo de *clusters* (5) obtido, onde se pode interpretar através do resultado da medida de *silhueta* (0,9), tratar-se de um bom modelo. Um coeficiente de *silhueta* de 1, significa que todos os casos pertencentes ao mesmo *cluster* estão localizados diretamente no centro do respetivo *cluster*. Por outro lado, um valor de *silhueta* de -1, significa que todos os casos estão localizados nos centros de fragmentação de outros *clusters*.

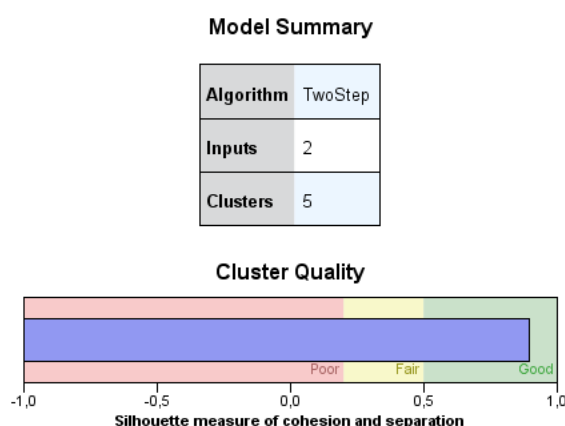


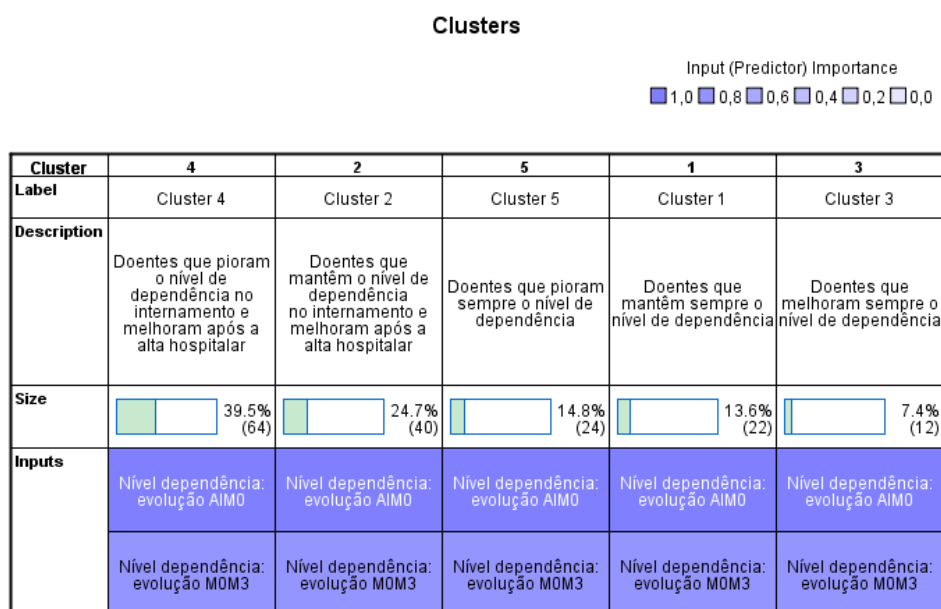
Figura 3.6 – Estrutura do modelo de clusters (5)

A Figura 3.7 mostra-nos a caracterização dos 5 *clusters*: 1) *Cluster 1*, doentes que mantêm sempre o nível de dependência, 2) *Cluster 2*, doentes que mantêm o nível de dependência no internamento e melhoram após a alta hospitalar, 3) *Cluster 3*, doentes que melhoram sempre o nível de dependência, 4) *Cluster 4*,

doentes que pioram o nível de dependência no internamento e melhoram após a alta hospitalar e, por último, 5) *Cluster 5*, doentes que pioram sempre o nível de dependência.

Metodologicamente, um dado importante na apresentação da caracterização destes 5 *clusters*, é o facto de estarem incluídos os doentes avaliados, obrigatoriamente, em M-1, M0 e M3, mesmo que não tenham sido alvo de avaliação nos momentos M1 e M2 (por não se encontrarem no domicílio, conforme já explicámos no capítulo da metodologia). Nesta caracterização dos *clusters*, o critério que esteve na decisão sobre a utilização dos doentes avaliados apenas em M3, justifica-se por se verificar uma estabilização no nível da dependência, nos três momentos de avaliação após a alta hospitalar. Em paralelo, após a alta hospitalar, foi em M3 que se registou o maior número de dependentes avaliados (n=162).

Assim, os doentes dos 5 *clusters* correspondem, no total, a uma amostra de 162 casos, distribuídos de acordo com a Figura 3.7. Deste modo, todos os doentes dependentes que não foram avaliados em M3 (n=111), por motivo de falecimento (n= 92) ou famílias incontactáveis (n= 19), ao longo dos momentos de avaliação do Estudo III, não foram incluídos nesta análise.



AI - Antes do internamento

Figura 3.7 - Caracterização dos Clusters (5) em função do perfil de evolução do nível de dependência ao longo da investigação; (N=162)

O Anexo T, mostra-nos os 5 *clusters* e respetivos testes estatísticos para cada uma das variáveis que são alvo de comparação *inter-clusters*. Identificados os 5 *clusters*, evoluímos para a sua caracterização e comparação.

3.6.1. Cluster 1: Doentes que mantêm o nível de dependência.

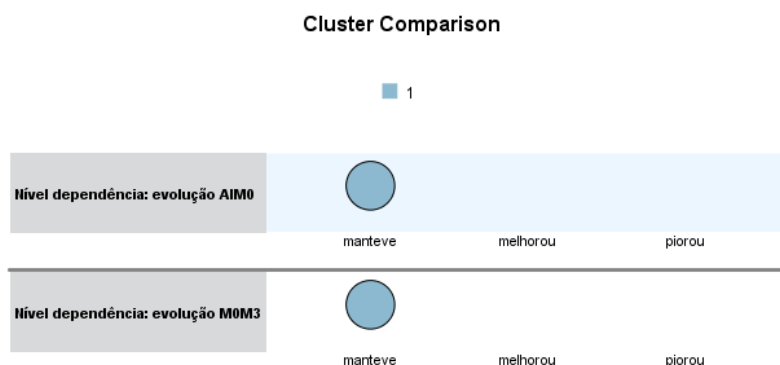


Figura 3.8 – Caraterização do Cluster 1

Os doentes do *cluster 1* são caraterizados pelos – “doentes que mantêm o nível de dependência” - ao longo do estudo (Figura 3.8). Deste modo, já apresentavam quadro de dependência antes do episódio de internamento. Trata-se de um grupo com baixo potencial de reconstrução de autonomia (alteração do estado mental e baixo nível de: capacidade física, força de vontade, crença, desejo, motivação e envolvimento). São, na verdade, aqueles que apresentam maior número de casos com úlcera de pressão, bem como, o maior número de casos que mantêm úlceras de pressão no momento da alta hospitalar (M0) e, também, maior número de casos que veio a adquirir rigidez articular após a alta hospitalar, não se verificando evolução positiva nestas dimensões ao longo dos momentos de avaliação do estudo (Tabela 3.53).

Tabela 3.53 – Caraterização do Cluster 1 em função das principais variáveis do estudo

Caraterização do Cluster 1 (doentes que mantêm o nível de dependência)
<ul style="list-style-type: none"> - Maior Tx utilização recursos em M2, M3 - Menor incentivo do FC à autonomia dependente em M1, M2 e M3 - Menor PAE FC em M2 - Maior nº de casos com ostomia ventilação/Eliminação - Maior nº de casos com úlceras de pressão em M0 + Maior nº de casos que manteve úlceras de pressão entre M0 e M1 - Maior nº de casos que resolveu rigidez articular entre M0 e M1 (a par <i>cluster 3</i>) + e Maior nº de casos que adquiriu rigidez articular entre M1e M2 (a par <i>cluster 4</i>) - Maior nº de casos com alteração estado mental em M1, M2 e M3 - Maior nº de casos em que o destino do dependente em M0, M2 e M3: unidade longa duração (RNCCI) - Maior nº de casos em que o destino do dependente em M2 e M3 (a par <i>cluster 5</i>): reinternado - Maior nº de internamentos entre M2 e M3

A condição de saúde muito vulnerável pode justificar, por um lado, o facto de ser o grupo de doentes com maior média de reinternamentos hospitalares e, por outro lado, o facto de se verificar neste grupo de doentes uma menor perceção de autoeficácia por parte dos FC, muito provavelmente, associada a uma maior complexidade dos cuidados a prestar no domicílio. Contudo, este é o grupo de doentes em

que se verifica maior taxa de utilização de recursos, por parte das famílias. Todavia, estes parecem ser insuficientes ou a sua utilização não ser de forma mais adequada e eficaz. A menor promoção de incentivo à autonomia dos doentes por parte dos FC parece estar associada à percepção destes acerca do reduzido potencial de recuperação da condição de saúde.

A gravidade da condição de saúde e o baixo potencial de recuperação de autonomia pode justificar o facto deste grupo de doentes, ao longo dos momentos de avaliação, ter o maior número de casos em que o destino após a alta hospitalar são as unidades de longa duração e manutenção (RNCCI). Como sabemos, estas unidades de internamento são caracterizadas pela admissão de doentes com maior vulnerabilidade da sua condição de saúde e com quadros de maior dependência. Portanto, apresentam uma condição de saúde de grande complexidade.

Por último, este é o grupo de doentes com maior número de casos de readmissão hospitalar, muito associado à sua maior vulnerabilidade e, deste modo, uma recorrente agudização da condição de saúde ao longo do tempo que justifica cuidados de saúde mais diferenciados. No estudo de Louro (2009), 30,2% (n=61) dos doentes regressaram ao hospital por motivos relacionados com a sua patologia e a taxa de readmissão situa-se nos 24,4% durante a avaliação ao fim do 1º mês da alta hospitalar. Por sua vez, no estudo quasi-experimental de Coleman et al. (2004), a taxa de readmissão hospitalar ao fim do 3º mês após a alta clínica no grupo de intervenção é de 22, 9%, enquanto no grupo de controlo é de 32%.

3.6.2. Cluster 2: Doentes que mantêm o nível de dependência no internamento e melhoram após a alta hospitalar.

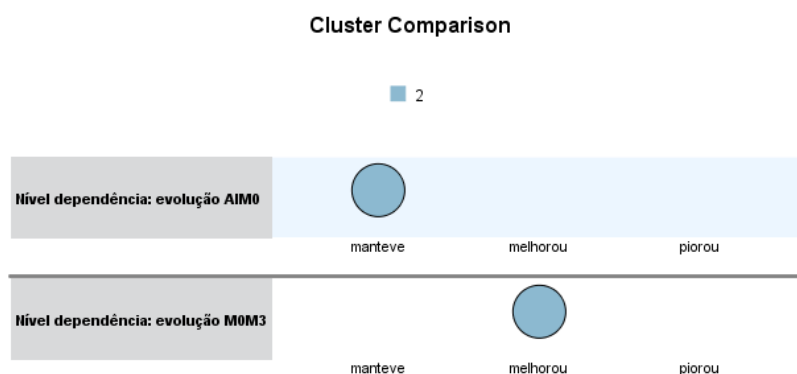


Figura 3.9 – Caracterização do Cluster 2

O *cluster 2* inclui os doentes que mantiveram o nível de dependência na avaliação entre o momento antes do episódio de internamento (M-1) e o momento da alta hospitalar (M0) e apresentaram melhoria do nível de dependência nos momentos de avaliação após a hospitalização (Figura 3.9).

É o *cluster* com o maior número de doentes dependentes antes do episódio de internamento, o que, de certa forma, justifica o facto de ser o grupo com maior número de FC com experiência prévia para tomar conta. Apesar da maioria dos doentes deste *cluster* permanecerem no domicílio, após a alta hospitalar, é

o grupo com maior percentagem de doentes, cujo destino, após o internamento, foram os lares [27,5% (n=11)] e as famílias de acolhimento [7,5% (n=3)] (Tabela 3.54).

Tabela 3.54 – Caraterização do Cluster 2 em função das principais variáveis do estudo

Caraterização do Cluster 2 <i>(Mantém nível dependência no internamento e melhora após a alta)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Maior nº de casos com experiência prévia do FC para tomar conta - Maior nº de casos com doentes dependentes em M-1 - Maior nº de casos com nível reduzido de “força de vontade expressa na aprendizagem” - Maior nº de casos com nível reduzido de “crença demonstrada na recuperação” - Maior nº de casos com nível reduzido de “desejo expresso em se tornarem mais independentes” - Maior nº de casos com nível reduzido de “motivação, proactividade e envolvimento no processo de aprendizagem” - Maior nº de casos com nível reduzido de “reconhecimento das mudanças no seu estado de saúde” - Maior Intensidade cuidados do FC em M3 - Maior nº de casos com úlcera pressão em M2 (simultâneo cluster 4) e M3 + Maior nº de casos que resolveu úlcera pressão entre M0 e M1 + Maior nº de casos que manteve úlceras pressão entre M2 e M3 - Maior nº de casos com rigidez articular em M0 + Maior nº de casos que manteve rigidez articular entre M0 e M1 e, entre M2 e M3 - Maior nº de casos com processo respiratório comprometido em M3 - Maior nº de casos em que o destino do dependente em M0, M1; M2 e M3: lares; famílias de acolhimento

Este grupo apresenta uma evolução positiva no nível de dependência, após o internamento hospitalar. No entanto, verifica-se que é o grupo com maior número de casos de níveis reduzidos de potencial de reconstrução da autonomia no momento da alta hospitalar, o que ajuda a justificar, ser o grupo que apresenta maior número de casos com compromisso dos processos corporais (úlceras de pressão, rigidez articular, compromisso do processo respiratório), no último momento de avaliação (M3).

Em resultado de todo este cenário caracterizado por grande complexidade, os FC destes doentes, apresentam maior intensidade de cuidados assegurados aos seus familiares. Apesar dos FC, aparentemente, dedicarem uma parte importante do seu tempo a cuidar dos dependentes, substituindo-os frequentemente nos cuidados que necessitam, parece não ser suficiente face aos resultados verificados na condição de saúde dos doentes.

3.6.3. Cluster 3: Doentes que melhoram sempre o nível de dependência.

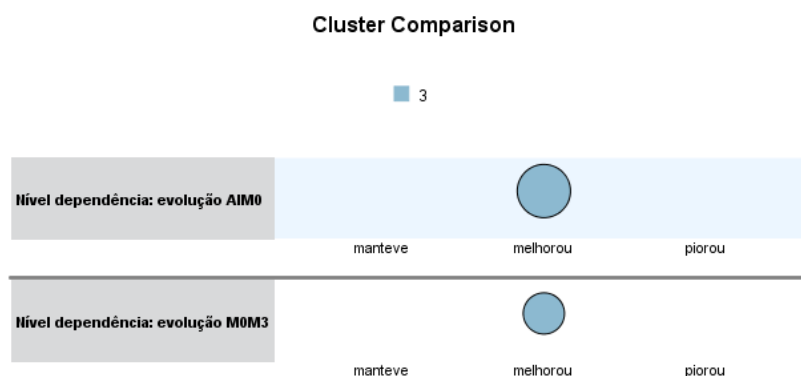


Figura 3.10 – Caraterização do Cluster 3

O *cluster 3* é caracterizado por incluir os doentes com evolução positiva no nível de dependência ao longo dos momentos de avaliação do estudo (Figura 3.10). Trata-se de doentes que, embora fossem dependentes antes do episódio de internamento, muito provavelmente, apresentavam potencial de reconstrução de autonomia, o que lhes permitiu evoluir para um quadro de maior autonomia. Diríamos nós, à custa de maior incentivo dos FC e alvo de processos de aprendizagem promotores dessa mesma autonomia. A menor intensidade de cuidados por parte dos FC que se verifica neste grupo, pode, também, ser justificada pela evolução positiva no nível de dependência (Tabela 3.55).

Tabela 3.55 – Caracterização do Cluster 3 em função das principais variáveis do estudo

Caraterização do Cluster 3 (Melhora sempre nível dependência)
<ul style="list-style-type: none"> - Maior nº de reinternamentos entre M2 e M3 - Maior incentivo à autonomia do dependente em M1, M2, M3 - Maior nº de casos que adquiriu úlcera de pressão entre M2 e M3 (a par do cluster 3) - Maior nº de casos que resolveu rigidez articular entre M0 e M1 (a par do cluster 1) - Menor Intensidade de cuidados assegurados pelos FC em M3

Apesar desta evolução positiva no nível de dependência, é o *cluster* que apresenta maior número de casos que adquiriu úlceras de pressão, após a alta hospitalar, e maior número de reinternamentos ao 3º mês após a alta hospitalar. No entanto, também é o grupo de doentes que apresenta o maior número de casos que “resolve” a rigidez articular ao 1º mês após a alta hospitalar (M1).

3.6.4. Cluster 4: Doentes que pioram o nível de dependência no internamento e melhoram após a alta hospitalar.

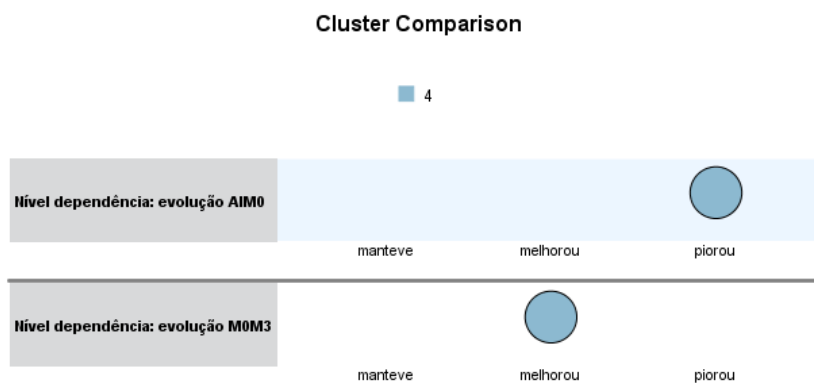


Figura 3.11 – Caracterização do Cluster 4

O *cluster 4*, contendo o maior número de casos [39,5% (n=64)], caracteriza-se por uma “evolução negativa no nível de dependência, na avaliação no internamento hospitalar e por uma evolução positiva na avaliação após a alta hospitalar (Figura 3.11). Reporta-se, na grande maioria, aos doentes que eram autónomos antes do episódio de internamento e que o evento crítico súbito que justificou a sua hospitalização, gerou o quadro de dependência. No entanto, após a alta hospitalar, verificou-se uma

evolução positiva no nível de dependência. Em paralelo, é o *cluster* que engloba o menor número de doentes dependentes antes do episódio de internamento, facto este que pode justificar, por si, um menor nível de mestria dos FC sobre os cuidados necessários para tomar conta no momento da alta hospitalar. É, também, o *cluster* com menor número de casos em que os FC revelam experiência prévia para tomar conta (Tabela 3.56).

É o grupo que engloba o maior número de doentes com maior potencial de reconstrução de autonomia (força de vontade; crença; desejo; motivação, capacidade cognitiva e reconhecimento das mudanças). Daí, pode explicar que, após o evento de saúde agudo gerador de compromisso (transitório) dos processos corporais (ex. diminuição da capacidade física e cognitiva), tendo como consequência a instalação súbita do quadro de dependência, os doentes de forma progressiva readquiriram melhor condição de saúde, sobretudo, após o internamento hospitalar. Apesar da instalação súbita da dependência gerar potenciais complicações ao nível dos processos corporais (risco de: úlceras de pressão, rigidez articular, desidratação, ao nível do processo respiratório), é o grupo de doentes com melhor evolução relativamente a estas áreas, à exceção da rigidez articular, apresentando-se como o *cluster* com maior número de casos que a adquiriu e manteve ao longo do estudo. Na verdade, é o *cluster* com o maior número de casos que não apresentam úlceras de pressão e rigidez articular ou, as que apresentam no momento da alta hospitalar (M0), ao 3º mês (M3) “resolveram” o problema.

Tabela 3.56 – Caracterização do Cluster 4 em função das principais variáveis do estudo

Caraterização do Cluster 4 <i>(piora nível dependência no internamento e melhora após alta)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Maior nº de casos com nível elevado “força de vontade expressa do dependente na aprendizagem” - Maior nº de casos com nível elevado de “crença demonstrada pelo dependente que é capaz de recuperar” - Maior nº de casos com nível elevado de “desejo expresso dependente em se tornar mais independente” - Maior nº de casos com nível elevado de “motivação, proatividade e envolvimento do dependente no processo de aprendizagem” - Maior nº de casos sem compromisso da “capacidade cognitiva do dependente” - Maior nº de casos com nível elevado de “Reconhecimento do dependente das mudanças no seu estado de saúde” - Maior nº de casos em que o “prognóstico da doença atual influenciou destino do dependente após alta hospitalar” - Maior PAE do FC em M2 - Maior Tx de utilização de recursos em M2 - Maior nº de casos em que o interveniente na decisão sobre o destino dependente M0: médico assistente serviço; enfermeiro especialista reabilitação; enfermeiro EGA; médico da EGA; assistente social da EGA - Maior nº de casos com “Necessidade mais 5 medicamentos peros/dia” - Maior nº de casos com “Alterações significativas ao regime medicamentoso” - Maior nº de casos com risco de úlcera pressão em M0, M2 (simultâneo cluster 2) - Maior nº de casos sem úlcera pressão entre M0 e M1 e entre M2 e M3 + Maior nº de casos que resolveu úlcera pressão entre M2 e M3 - Maior nº de casos com risco rigidez articular em M0 + Maior nº de casos com rigidez articular em M1, M2 e M3 - Maior nº de casos que adquiriu rigidez articular entre M0 e M1; entre M1e M2 (a par cluster 1) e entre M2e M3 + Maior nº de casos sem rigidez articular entre M0 e M1; entre M1 e M2 e entre M2 e M3 + Maior nº de casos que manteve rigidez articular entre M1 e M2 + Maior nº de casos que resolveu rigidez articular entre M1 e M2 e entre M2 e M3 - Maior nº de casos com risco eritema/maceração em M0 - Maior nº de casos com risco desidratação em M0 - Maior nº de casos com desidratação em M3 - Maior nº de casos com Processo respiratório comprometido em M2 - Maior nº de casos em que o destino do dependente M0 eM1: unidade convalescença (RNCCI) - Maior nº de casos em que o destino do dependente em M0, M1, M2 e M3: unidade média duração (RNCCI) - Maior nº de casos em que o destino do dependente em M1, M2 e M3: domicílio - Maior nº de casos em que o destino do dependente em M1: reinternado - Menor nº de internamentos entre M2M3

Associado ao maior potencial de reconstrução de autonomia, os FC demonstram maior percepção de autoeficácia e maior taxa de utilização de recursos ao 2º mês (M2). O maior potencial de reconstrução de autonomia, pode ajudar a explicar a maior PAE FC e a maior taxa de utilização de recursos. Este facto, pode ajudar a justificar, estarmos na presença de um *cluster* em que os doentes demonstram uma evolução positiva no nível de dependência após a alta hospitalar.

Outro dado que nos parece pertinente evidenciar, é o facto de ser o grupo com o maior número de casos com alterações significativas ao regime medicamentoso, no momento da alta hospitalar, comparativamente ao período antes do internamento. Implicando da parte das famílias, a interiorização de um conjunto de ações e comportamentos (mestria), que visam o cumprimento de um esquema terapêutico, promotor de uma gestão eficaz da medicação.

Apesar de ser o *cluster* com o maior número de casos que se manteve no domicílio após a alta hospitalar é, também, o grupo de doentes com maior número de casos que, no momento da alta hospitalar, foram referenciados para as unidades de internamento da RNCCI. Concretamente, as unidades de convalescença e de média duração e reabilitação. O facto destas unidades terem como critério principal de admissão, o potencial de reconstrução de autonomia e a capacitação dos FC para tomar conta, pode ajudar a explicar estes resultados. De destacar, também, que é o *cluster* com maior número de casos readmitidos no hospital no 1º mês após a alta hospitalar (M1). No entanto, é o grupo com a média mais baixa de reinternamentos hospitalares.

Verificamos, neste *cluster*, uma evolução positiva no nível de dependência após o internamento, maior potencial de reconstrução de autonomia, maior PAE dos FC, bem como, maior taxa de utilização de recursos por parte das famílias. Parece oportuno refletir: terá contribuído de forma significativa para estes resultados, o facto de uma percentagem substantiva de casos deste *cluster* [40,6% (n=26)], no momento da alta hospitalar, ter sido referenciada para as unidades de internamento da RNCCI, onde o apoio aos doentes e FC por forma a desenvolver-lhes a mestria necessária terá sido mais profissionalizado e assim mais adequado? Explicará isto o facto dos doentes deste *cluster*, onde estão incluídos os que foram referenciados para a RNCCI, apresentarem a menor média de reinternamentos hospitalares, após o regresso a casa?

3.6.5. Cluster 5: Doentes que pioram sempre o nível de dependência.

Por último, o *cluster 5* que, ao contrário do cluster 3, é caracterizado por uma evolução negativa no nível de dependência ao longo dos momentos de avaliação do estudo (Figura 3.12). Daí, ser o grupo de doentes com o maior número de casos com agravamento dos processos corporais (desidratação, úlceras de pressão), o que pode explicar o facto de se verificar neste grupo um maior número de casos de readmissão hospitalar no último momento de avaliação (M3), (Tabela 3.57).

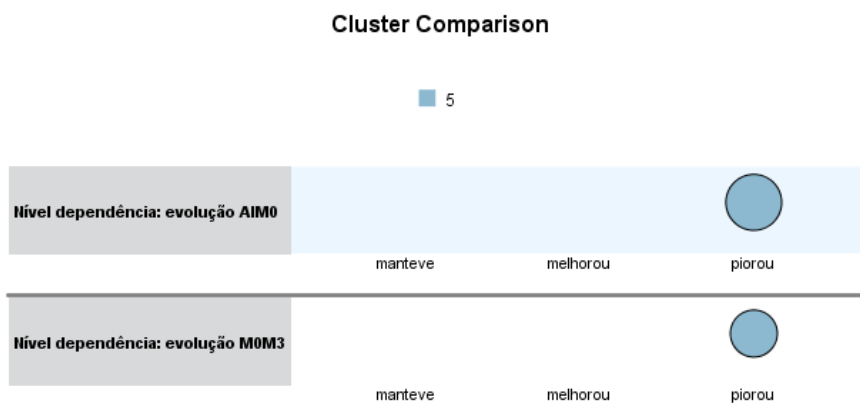


Figura 3. 12 – Caraterização do Cluster 5

A maioria dos doentes deste grupo, teve como destino o domicílio, após a alta hospitalar, onde se mantiveram até ao 3º mês (M3). No entanto, é neste grupo que se verifica, no momento da alta hospitalar, o maior número de casos em que os FC demonstram níveis reduzidos de conhecimentos sobre os cuidados necessários para tomar conta. A menor taxa de utilização de recursos por parte dos doentes e familiares e a menor mestria dos FC, pode ajudar a explicar, em parte, a evolução negativa no nível de dependência. Em consequência, maior agravamento da condição de saúde, o que já referimos anteriormente.

Tabela 3.57 – Caraterização do Cluster 5 em função das principais variáveis do estudo

Caraterização do <i>Cluster 5</i> <i>(Piora sempre nível dependência)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Maior nº de casos em que os FC demonstram níveis reduzidos de “conhecimentos sobre os cuidados necessários para tomar conta” - Maior nº de casos com desidratação em M2 - Maior nº de casos em que o destino do dependente em M3: reinternado (a par <i>cluster 1</i>) - Maior nº de casos que adquiriu úlcera pressão entre M0 e M1 e entre M2 e M3 (a par <i>cluster 3</i>) - Menor Tx de utilização recursos em M2 e M3

Face a estes resultados, diríamos preocupantes, perante um grupo de doentes com uma condição de saúde muito vulnerável, com um potencial de reconstrução de autonomia muito limitado ou mesmo inexistente, parece haver uma menor “focalização” por parte dos profissionais de saúde, na preparação dos FC para o exercício do papel. Os doentes apresentam um agravamento dos processos corporais, menor suporte às famílias verificado na menor taxa de utilização de recursos facilitadores do exercício do papel e baixo nível de competências dos FC. Assim, haverá neste contexto menores expectativas dos próprios familiares e dos profissionais de saúde em relação à evolução da condição de saúde dos dependentes, levando a um menor “investimento” em cuidados de saúde?

Do exposto, neste *cluster*, face à evolução negativa do nível de dependência, associada a maiores complicações ao nível dos processos corporais e menor capacidade dos FC para o exercício do papel, ao longo dos momentos de avaliação, deverá questionar-se: qual o limite de competências que deve ser

exigido às famílias e, em particular, aos cuidadores, perante a condição de saúde dos dependentes, frequentemente, tão complexa? Face à grande complexidade das situações, haverá *legitimidade* para que os cuidados assegurados no domicílio a estes doentes, onde, quase exclusivamente, é colocada grande responsabilidade às famílias, devam ser assegurados, de forma muito significativa, por profissionais de saúde, com particular enfoque, nos enfermeiros? Assim, ainda se pode colocar outra questão: face à realidade de recursos profissionais disponíveis na comunidade, em Portugal, caracterizada por um baixo número de enfermeiros, deverão estes doentes, com uma condição de saúde tão vulnerável, permanecer no domicílio? Ou, pelo contrário, deverão estes doentes permanecer internados em instituições de cuidados de saúde mais diferenciados, onde os recursos disponíveis são mais adequados face às suas necessidades, e que possam possibilitar a presença dos familiares, mas com menor compromisso, promovendo maiores ganhos em saúde às famílias?

3.7. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS DO(S) ESTUDO(S)

Neste subcapítulo iremos proceder a uma síntese global dos principais resultados desta investigação, englobando os resultados do Estudo I, do Estudo II e do Estudo III. Ao longo desta síntese, tentaremos alinhar o discurso por forma a dar resposta aos objetivos definidos para a realização desta investigação.

Quanto à caracterização sociodemográfica, a maioria das famílias clássicas são constituídas por um ou dois núcleos. Cerca de metade das famílias auferem rendimentos mensais entre 501 a 1000€. A maioria das famílias vive em moradias, um quarto dos alojamentos não tem acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada e, em média, os alojamentos destas famílias têm 6,5 divisões e 3,5 ocupantes.

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos doentes dependentes, a maioria, é do sexo feminino, casados ou viúvos. A média de idades é de 77,3 anos. São, na totalidade, de nacionalidade portuguesa e, a maioria, são analfabetos ou possuem apenas o 1º ciclo. Quanto à profissão, a grande maioria, são pensionistas/reformados.

Nos resultados relativamente aos familiares cuidadores, principal (FC1) e secundário (FC2), verificou-se uma menor percentagem de FC2, sendo a grande maioria do sexo feminino. Uma percentagem muito significativa quer dos FC1 quer dos FC2 são casados. A idade média dos FC também não revela diferenças significativas entre os FC1 e FC2, respetivamente, 55,5 e 50,5 anos. Uma parte muito significativa dos FC é cônjuge ou filha(o) dos dependentes.

Quanto à condição de coabitação, a maioria dos FC coabitam com o dependente. No entanto, verifica-se uma diferença significativa, se compararmos as percentagens entre os FC1 e os FC2, respetivamente, 78,1% (n=164) e 53% (n=53). Em relação ao nível de escolaridade, a maior percentagem de FC têm o 1º ciclo. Em ambos os perfis de FC, uma grande percentagem são domésticos ou reformados, verificando-se que 14,2% dos FC1 são desempregados.

Quanto ao destino dos dependentes no momento da alta hospitalar (M0), a maioria regressa a casa e uma parte ainda significativa é referenciada para a RNCCI. Menor percentagem de dependentes têm

como destino, os lares e as famílias de acolhimento. Cerca de um terço da amostra acaba por falecer ao longo dos três meses após a alta hospitalar.

Do Estudo I

No início desta investigação propusemo-nos a explorar os critérios envolvidos na decisão sobre o destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar. Das entrevistas exploratórias realizadas com os profissionais de saúde, na sua maioria, enfermeiros, estes critérios, no essencial, estão formalmente explicitados pela UMCC (Decreto-Lei nº 101/2006). São orientados, fundamentalmente, pela condição de saúde do doente, pelos recursos familiares e da comunidade, bem como, pelas respostas dos serviços de saúde. Todavia, foram relatados pelos participantes, critérios considerados com maior “peso” na tomada de decisão. Salientamos a condição de saúde do doente dependente e, mais especificamente, o potencial de reconstrução de autonomia e a intensidade do nível de dependência. Os recursos familiares aparecem, também, como critérios determinantes. Destacamos a capacidade do FC para tomar conta, a necessidade de continuidade no processo de desenvolvimento dessas mesmas capacidades, a disponibilidade dos membros da família para tomar conta do membro dependente, a própria dinâmica familiar, os padrões de relacionamento entre os elementos da família e a própria dependência intergeracional.

Os recursos disponíveis na comunidade, em particular, o suporte em cuidados de saúde no domicílio e o suporte da rede social, são, igualmente, critérios de referenciação referidos como importantes. Os serviços de saúde disponíveis às famílias que integram dependentes, são considerados, também, muito importantes, onde tem enfoque o acesso às diferentes unidades de internamento da RNCCI.

A excessiva burocratização no processo de encaminhamento dos dependentes e percecionada pelos profissionais de saúde; a “política de gestão de altas”; o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino dos dependentes e a atitude no processo de encaminhamento para a RNCCI são, igualmente, critérios levados em conta.

Parece-nos importante referir que, os enfermeiros entrevistados focalizaram-se, predominantemente, em critérios associados ao potencial de reconstrução da autonomia, no compromisso dos processos corporais e no potencial do familiar cuidador para tomar conta. A complexidade do regime terapêutico foi referida com maior intensidade pelos médicos entrevistados. Critérios de decisão associados aos recursos familiares (ex. económicos, condições habitacionais) e da comunidade (ex. suporte da rede social), tiveram maior destaque nos discursos dos assistentes sociais entrevistados.

Do Estudo II

A partir dos achados do estudo qualitativo (Estudo I), foi possível evoluir para o Estudo II (perfil quantitativo). Para a sua concretização, concebemos um instrumento de avaliação, aplicado com a colaboração dos enfermeiros das unidades de cuidados onde se realizou o estudo, a partir de uma amostra de 273 doentes dependentes, identificados no momento da alta hospitalar. Os principais resultados deste estudo, permitiu-nos conhecer que os enfermeiros são os profissionais de saúde mais envolvidos na iniciação do processo de referenciação dos dependentes, bem como, a par do médico

assistente e do próprio doente/família, dão um contributo decisivo para a tomada de decisão sobre o destino do dependente, após o episódio de internamento hospitalar.

A maioria dos dependentes deste estudo, revela um nível reduzido de potencial de reconstrução de autonomia, o que nos ajuda a explicar os níveis elevados de dependência para todos os domínios do autocuidado (a maioria são “acamados”). Constata-se uma evolução negativa significativa no quadro de dependência entre os dois momentos de avaliação - antes do episódio de internamento hospitalar (M-1) e no momento da alta hospitalar (M0) - gerado, na maioria dos casos, pelo evento crítico agudo que originou o internamento hospitalar. Relembramos que, em 58% da amostra, o quadro de dependência surge de forma súbita.

Relativamente ao compromisso dos processos corporais, a maioria dos casos da amostra, revela um elevado risco de contrair alterações nos diferentes sistemas corporais, com enfoque no sistema tegumentar (úlceras de pressão e maceração), musculoesquelético (rigidez articular) e respiratório (expector ineficaz), para as quais, contribui o elevado quadro de dependência no autocuidado.

Neste estudo há um número significativo de casos com alterações significativas do regime medicamentoso no momento da alta hospitalar, bem como, a prescrição de mais de cinco medicamentos poros/dia.

Uma das dimensões que consideramos muito importante neste estudo, reporta-se ao potencial do FC para tomar conta. Os resultados mostram-nos que, apesar de na globalidade serem positivos, esta dimensão apresenta indicadores com níveis reduzidos. São exemplo, a *“Força de vontade expressa para tomar conta”*, o *“Apoio dos familiares/amigos percecionado para tomar conta”*, o *“Apoio da rede formal percecionado para tomar conta”*, o *“Conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta”*, as *“Capacidades instrumentais sobre os cuidados necessários para tomar conta”* e o *“Risco de sobrecarga para tomar conta”*.

Quanto aos recursos familiares, à semelhança do potencial do FC para tomar conta, os resultados revelam a existência de indicadores com níveis reduzidos, como, por exemplo, a *“Disponibilidade expressa pela família quanto aos recursos económicos necessários para tomar conta”*, o *“Reconhecimento da família acerca das implicações na dinâmica familiar decorrente do processo de tomar conta”* e a *“Disponibilidade expressa pela família para cooperar no processo de tomar conta”*.

Em relação aos recursos da comunidade disponíveis na área de residência do dependente, monitorizados neste estudo, pelo suporte em cuidados de saúde no domicílio e apoio da rede social (lares, centros dia, IPSS, famílias acolhimento), uma parte significativa de casos apresenta níveis reduzidos de apoio, sobretudo, o apoio em equipamentos sociais.

Os enfermeiros, na generalidade dos casos avaliados, considera adequado os destinos dos dependentes no momento da alta hospitalar.

Os elementos das equipas de saúde são avaliados como profissionais sensíveis à referenciação dos doentes para a RNCCI, demonstrando um conhecimento elevado sobre este processo, apesar de o considerarem demasiado burocrático.

A maioria dos dependentes regressou ao domicílio após a alta hospitalar. Uma parte significativa foi referenciada para as unidades de internamento da RNCCI. Os lares e as famílias de acolhimento têm uma representação menor.

Um dos objetivos principais deste Estudo II, centrava-se na exploração do perfil dos dependentes em função do destino no momento da alta hospitalar. Assim, os dependentes referenciados para as UC e UMDR apresentaram maior potencial de reconstrução de autonomia. Os doentes referenciados para as ULDM, o domicílio, os lares e as famílias de acolhimento, são os que apresentam maior quadro de dependência antes do episódio de internamento (M-1). Por outro lado, os doentes referenciados para as UC e UMDR são, na sua maioria, autónomos antes do episódio de internamento. No momento da alta hospitalar (M0), verifica-se um agravamento no nível de dependência em todos os grupos, se compararmos com o momento antes do internamento hospitalar (M-1). No entanto, os doentes que tiveram como destino as ULDM, os lares e as famílias de acolhimento, são os mais dependentes (M0). Em paralelo, os dependentes referenciados para as UC, são os mais autónomos em M0. Os dependentes que tiveram como destino as UMDR, tiveram o maior agravamento no nível de dependência entre M-1 e M0, sendo, também, o grupo com a maioria de casos autónomos antes do episódio de internamento (M-1). Nos dependentes que regressam a casa, a maioria, sofreram um agravamento acentuado no nível de dependência entre M-1 e M0, sendo um grupo que, antes do internamento, a percentagem de autónomos era ainda expressiva.

No que diz respeito aos processos corporais, no momento da alta (M0), na generalidade, para todos os grupos, confirma-se um risco de compromisso muito acentuado, explicado pelo elevado quadro de dependência da maioria dos dependentes. São os doentes mais dependentes que apresentam maior compromisso nos processos corporais, ou seja, os que foram referenciados para as ULDM, domicílio, lares e famílias de acolhimento. Destes, os que tiveram como destino as ULDM e domicílio, são os que apresentam maior percentagem com risco de complicações nos processos corporais. Nos dependentes referenciados para as UC e UMDR verifica-se as alterações mais acentuadas no regime medicamentoso.

Centrando os resultados nos familiares cuidadores (FC), aqueles que demonstram potencial para tomar conta, a maioria, estão ligados aos dependentes que foram referenciados para as UC, UMDR, domicílio e famílias de acolhimento. Assim como, os dependentes, cujos FC demonstraram menor potencial para tomar conta, tiveram como destino as ULDM. Os dependentes referenciados para as ULDM e as famílias de acolhimento, as suas famílias mostraram menos recursos disponíveis para a sua integração no domicílio. Todavia, os (potenciais) FC dos dependentes que tiveram como destino as famílias de acolhimento foram avaliados como o grupo de FC com maior potencial para tomar conta.

A maior percentagem de famílias monoparentais ou a “viver só” representam os casos referenciados para os lares e para as famílias de acolhimento. Nos dependentes que regressam a casa, às UC e às UMDR, confirma-se maior suporte familiar. Os dependentes que regressam ao domicílio, incluem os FC avaliados com mais competências e com maior apoio familiar. Verifica-se, igualmente, constituir o grupo com um número elevado de dependentes antes do internamento hospitalar (M-1).

Finalmente, os dependentes que tiveram como destino as ULDM, representam as famílias em que os recursos de saúde e sociais da sua área geográfica de origem são mais escassos. Os dependentes referenciados para as famílias de acolhimento, abrangem as famílias com menor suporte da rede social

e reduzido apoio familiar. Deste modo, cremos nós, que a “escolha” pela institucionalização é uma “inevitabilidade”. Em paralelo, as famílias em que os dependentes tiveram como destino as UC, as UMDR e o domicílio, dispõem de melhores respostas de saúde e sociais.

Do Estudo III

Concretizado o Estudo II, evoluímos para o Estudo III, realizado em contexto comunitário (dependentes em casa e institucionalizados). Tratou-se de um estudo de perfil longitudinal intra-sujeitos, tendo como espaço temporal para a sua concretização, os três meses após a alta hospitalar dos dependentes. Neste período, acompanhámos 273 casos que corresponderam à amostra do Estudo II. Procedeu-se à recolha de dados, onde foi aplicado um formulário concebido e validado por um grupo de investigadores da ESEP. Assim, os dados foram recolhidos em três momentos: ao 1º (M1), 2º (M2) e 3º mês (M3), após a alta hospitalar. Tendo em conta os objetivos propostos para este estudo, apresentamos, de seguida, uma síntese dos principais resultados.

Evolução do tipo e nível de dependência no autocuidado

Os resultados revelam um nível elevado de dependência no autocuidado em todos os momentos de avaliação, apesar de uma certa “estabilização” ao longo dos três meses. Os domínios do autocuidado em que os doentes apresentam quadro de dependência mais elevado, ao longo dos momentos de avaliação, são: “usar cadeira de rodas”; “tomar a medicação”; “alimentar-se”; “tomar banho”; “arranjar-se” e “vestir-se/despir-se”. Em paralelo, os domínios do autocuidado em que os doentes revelam níveis mais baixos de dependência são: “andar”; “elevar-se”; “transferir-se” e “virar-se”. Os resultados centrados no domínio da *mobilidade* (“transferir-se”, “elevar-se”) mostram uma estabilização, nos três momentos de avaliação após a alta hospitalar. Todavia, são percentagens elevadas (65-70% dos casos).

Evolução da condição de saúde do dependente relativamente ao compromisso nos processos corporais

Os resultados demonstram agravamento no compromisso dos processos corporais, traduzida por um aumento da percentagem de casos com rigidez articular, úlceras de pressão, bem como, desidratação. Em paralelo, mantém-se ao longo do tempo, um elevado número de casos (superior a 50%) com compromisso ao nível do processo respiratório e rigidez articular. Todavia, não podemos dissociar o elevado quadro de dependência dos casos desta amostra como potenciador de um elevado risco ou mesmo compromisso dos processos corporais.

Evolução da perceção de autoeficácia (PAE) do familiar cuidador (FC) para tomar conta do membro dependente

Os resultados, globalmente, apontam para uma evolução positiva no nível de PAE dos FC para tomar conta, situando-se a média entre “medianamente competente” (M1) e “muito competente” (M3). Quanto à evolução da PAE dos FC em cada domínio do autocuidado, não se verificou qualquer evolução negativa entre M1 e M3. O domínio onde se revelou existir uma evolução positiva mais significativa entre M1 e M3 reporta-se ao “usar o sanitário”. A PAE do FC para “andar” foi o domínio onde não se verificou qualquer evolução na avaliação entre M1 e M3, no entanto, é neste domínio que os FC apresentam níveis mais

elevados de PAE. “Virar-se”, “usar o sanitário”, “tomar a medicação” e “transferir-se”, são os domínios em que se verifica ao longo do tempo do estudo níveis mais baixos de PAE do FC. Em paralelo, os domínios em que se confirma níveis mais elevados de PAE do Fc são: “andar”, “tomar banho”, “vestir-se/despír-se” e “alimentar-se”. Relativamente à PAE dos FC para tomar conta em função dos “domínios de cuidar” de Schumacher et al. (2000), a evolução mais positiva ao longo dos três momentos de avaliação verificou-se nos domínios “negociar com o sistema de cuidados de saúde” e “trabalhar com a pessoa cuidada”, apesar deste ser o domínio onde se verificou ao longo do estudo os níveis mais baixos comparativamente com os restantes domínios. A PAE do FC para “agir”, “monitorizar” e “providenciar cuidados” apresentam-se como os domínios em que os FC referem sentir-se globalmente mais competentes ao longo do estudo.

Evolução do perfil de cuidados assegurados pelos FC

Quanto ao grau de incentivo à autonomia do dependente por parte dos FC, os resultados revelam, globalmente, uma discreta evolução positiva ao longo dos três meses após a alta hospitalar. Relativamente à intensidade com que os FC asseguram os cuidados, no nosso juízo clínico, verificou-se serem insuficientes, aqueles que estão associados à prevenção de complicações ao nível do sistema musculoesquelético (prevenção da rigidez articular), tegumentar (prevenção de úlceras de pressão) e ao autocuidado “transferir-se” (transferência para a cama/cadeira). Os FC revelam-se as pessoas que mais decidem sobre os cuidados necessários face à dependência dos familiares ao longo dos três momentos de avaliação. Quanto ao local da prestação de cuidados, ao longo dos três momentos de avaliação, após a alta hospitalar, a maioria dos dependentes tomam as suas refeições na sala de jantar/cozinha. O chuveiro/banheira é o local onde, a maioria dos familiares dependentes, tomam banho. Todavia, há uma percentagem relevante de dependentes deste estudo que tomam o banho na cama (superior a um terço) nos três momentos de avaliação). Relativamente ao local onde os dependentes eliminam (evacuar e urinar), não se verifica alterações significativas entre M1 e M3. Cerca de metade dos dependentes realiza as suas necessidades de eliminação na fralda, apesar de um número também acentuado, o fazer na sanita;

Evolução dos recursos utilizados pelas famílias face à dependência do familiar

Os resultados demonstram, no global, um aumento dos recursos utilizados ao longo dos três momentos de avaliação, embora muito discreto. No que diz respeito à evolução das taxas de utilização de *recursos: equipamentos considerados necessários*, para todos os momentos de avaliação, cerca de metade dos domínios do autocuidado apresentam valores percentuais de utilização inferiores a 50%. Os equipamentos que apresentam taxas de utilização mais elevadas ao longo dos três momentos de avaliação após a alta hospitalar (sempre superior a 50%) são os “recursos complementares (comunicar)”, recursos para o autocuidado: “andar”, “tomar a medicação” e “uso do sanitário”. Pelo contrário, os equipamentos que revelam taxas de utilização mais baixas (sempre inferior a 50%), nos três momentos de avaliação, são: “recursos complementares (outros)”, recursos para o autocuidado: “arranjar-se” (apresentando mesmo em M1 e M2 taxas nulas), “elevar-se”, “vestir-se/despír-se” e “virar-se”. O aumento da taxa de utilização entre M1 e M3 verifica-se nos “recursos complementares (outros)” e recursos para o autocuidado: “elevar-se”, “tomar a medicação”, “tomar banho”, “andar”, “uso do sanitário” e “arranjar-se”. Ao invés, os equipamentos que revelam diminuição na taxa de utilização entre M1 e M3

são: “recursos complementares (comunicar) ” e recursos para o autocuidado: “usar cadeira de rodas”, “vestir-se/despir-se”, “alimentar-se”, “virar-se” e “transferir-se”.

Relativamente à análise da evolução dos *recursos: serviços de apoio* ao longo dos três meses após a alta hospitalar do dependente, quanto aos recursos não profissionais, os familiares são o suporte mais utilizado pelos FC apesar de se verificar uma ligeira diminuição entre M1 e M3. Os vizinhos e os amigos representam um suporte muito discreto às famílias que integram membros dependentes.

Relativamente aos *recursos profissionais* o médico e o enfermeiro são o suporte mais utilizado pelas famílias. No entanto, verifica-se uma ligeira diminuição da percentagem de casos que utilizam este recurso ao longo dos momentos de avaliação, o que nos parece preocupante na medida em que, por um lado, estamos perante uma população que, no global, é caracterizada por doentes muito dependentes e, por outro lado, parece-nos muito significativo o apoio de enfermagem situar-se, para os três momentos de avaliação, em média, em cerca de 50% dos casos, o que nos parece muito insuficiente, visto tratar-se de uma população com grandes exigências de cuidados centrados no “core” da enfermagem.

Os *serviços específicos de apoio* mais disponíveis à grande maioria das famílias ao longo dos três meses após a alta hospitalar do dependente são o centro de saúde/unidade de saúde familiar.

O acesso a cuidados de higiene e conforto no domicílio veio a diminuir ao longo do estudo, apesar dos dados apresentarem percentagem de casos que nos parece relevantes (cerca de um quarto das famílias avaliadas a utilizar).

O apoio no tratamento da roupa do dependente, a adaptação do domicílio à condição de dependência do utente, quer para promover maior autonomia, quer como meio facilitador do exercício do papel de cuidador; a compra de medicamentos e de alimentos, o acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas, registam valores muito baixos ou nulos ao longo dos três momentos de avaliação do estudo.

Os *recursos financeiros*, apesar de não se verificar evolução ao longo do tempo de estudo, as pensões e reformas e a ajuda das famílias são o suporte financeiro mais disponível à maioria das famílias. O complemento por dependência constitui-se, também, como um dos recursos mais utilizados. Importante destacar o aumento da percentagem de casos que passam a beneficiar do rendimento solidário para idosos entre M1 e M3 (+23,9%), apesar da percentagem da amostra a usufruir deste suporte financeiro não ultrapassar os 27,4% em M3.

Dos resultados a partir dos Estudos II e III

Apresentadas as principais conclusões dos estudos que integram a nossa pesquisa, iremos nas próximas linhas focalizar as nossas principais sínteses, naquilo que fomos capazes de encontrar, resultado da triangulação dos resultados entre os Estudos II e III. Damos particular destaque, à aplicação dos diferentes testes estatísticos com o objetivo de encontrar possíveis relações entre as principais variáveis do estudo.

Relativamente ao Estudo III, com recurso ao teste paramétrico – *Coefficiente de Correlação de Pearson* - foi possível encontrar associações, estatisticamente significativas, entre as principais variáveis, nos três momentos de avaliação após a alta hospitalar. Assim, *maior independência (autonomia)* do doente está

associada a: i) maior PAE do FC para tomar conta, ii) maior incentivo à autonomia, iii) menor intensidade de cuidados prestados pelo FC, iv) menor variedade de fármacos consumidos, v) menor consumo de fármacos por dia e vi) menor número de reinternamentos hospitalares.

Foi, ainda, possível, encontrar outras correlações, estatisticamente significativas. Deste modo, *maior nível de percepção de autoeficácia do FC para as atividades de tomar conta* está correlacionado com: i) maior grau de incentivo à autonomia do dependente, ii) maior intensidade de cuidados assegurados pelo FC, iii) maior taxa de utilização de recursos e, iv) idade mais jovem do FC.

Por último, confirmámos a existência de associações, estatisticamente significativas, entre *maior grau incentivo à autonomia* do familiar dependente e: i) maior taxa de utilização de recursos, ii) idade mais jovem do doente dependente, iii) menor número de episódios de recurso à urgência hospitalar e, iv) menor consumo médio de fármacos por dia.

Realizada esta análise inferencial, evoluímos para uma fase do estudo em que nos centrámos numa das variáveis principais - *evolução do nível de dependência* - tendo em conta os cinco momentos de avaliação da nossa pesquisa: M-1 e M0 (Estudo II) e M1, M2, M3 (Estudo III).

Numa primeira análise, concluímos que, para a globalidade dos dependentes, maior agravamento no quadro de dependência, regista-se entre M-1 e M0. No entanto, verificámos que houve uma melhoria acentuada no nível de dependência entre M0 e M1. Entre M1 e M3, verifica-se uma “estabilização” no nível de dependência.

Entendemos ser relevante, os resultados relativamente aos doentes “grandes dependentes” ao longo dos cinco momentos de avaliação do estudo. Assim, antes do episódio de internamento hospitalar (M-1), cerca de dois terços dos doentes já eram “acamados”. No momento da alta hospitalar (M0), verifica-se um aumento acentuado (superior a 90%). Nos três momentos de avaliação, após a alta hospitalar, verifica-se uma estabilização, caracterizada por uma redução acentuada de “acamados”. Todavia, apesar deste decréscimo, mantêm-se percentagens elevadas (65-70%).

Numa segunda análise, com maior refinamento, fomos tentar perceber a evolução do quadro de dependência para dois grupos de amostras independentes: *i) doentes dependentes antes do episódio de internamento e, ii) doentes autónomos antes do episódio de internamento*. Concluímos que, ao longo dos cinco momentos de avaliação, a média do nível de dependência do grupo de doentes avaliados como autónomos antes do episódio de internamento, é sempre superior (portanto, menos dependentes), comparativamente ao grupo de doentes dependentes antes do episódio de internamento (mais dependentes). Esta diferença de médias no nível de dependência dos dois grupos, revelou-se estatisticamente significativa com recurso a testes paramétricos (*test t*).

O grupo de doentes avaliados como dependentes antes do episódio de internamento revelou-se, praticamente, sem evolução ao longo dos cinco momentos de avaliação. Ou seja, mantiveram, invariavelmente, um quadro de dependência elevado, contribuindo fortemente, a inexistência de potencial de reconstrução de autonomia, agravado pelo evento crítico gerador do internamento hospitalar. Todavia, neste grupo, entre M0 e M1, verificou-se uma evolução positiva, apesar de discreta, não traduzindo, na nossa opinião, melhoria significativa no grau de autonomia.

Nos doentes avaliados como autónomos antes do episódio de internamento, confirmámos que a sua evolução no nível de dependência, ao longo dos momentos de avaliação, sofre um agravamento entre M-1 e M3. Em particular e de forma muito acentuada, entre o momento antes do episódio de internamento (M-1) e o momento da alta hospitalar (M0), justificado, cremos nós, pelas implicações negativas geradas pelo evento crítico agudo que motivou o internamento hospitalar. No entanto, é neste grupo de doentes que se verifica entre M0 e M1 uma evolução muito positiva relativamente ao nível de dependência, demonstrativo do seu potencial de reconstrução de autonomia. Neste grupo de doentes, entre M1 e M3, verifica-se uma “estabilização” no quadro de dependência, à semelhança do que acontece para o grupo de doentes avaliados como dependentes antes do episódio de internamento.

Numa terceira e última análise, evoluímos para a (possível) identificação de *clusters*, tendo, também, em conta, a evolução do nível de dependência nos cinco momentos de avaliação do estudo. Metodologicamente, nestes *clusters*, foram incluídos casos avaliados em M-1, M0 e M3. Assim, fazem parte desta amostra, 162 casos distribuídos por cinco *clusters*. Passamos à sua caracterização.

Cluster 1 – doentes que mantêm sempre o nível de dependência

Engloba os doentes que já apresentavam quadro de dependência anterior ao episódio de internamento. Trata-se de um grupo com baixo potencial de reconstrução de autonomia, apresentam maior número de casos com úlceras de pressão e maior número de casos que adquirem rigidez articular após a alta hospitalar. Esta condição de saúde muito vulnerável pode justificar, por um lado, o facto de ser o grupo de doentes com maior média do número de reinternamentos hospitalares após a alta hospitalar. Verifica-se, ainda, neste grupo, menor perceção de autoeficácia por parte dos FC e menor incentivo à autonomia. No entanto, confirma-se maior taxa de utilização de recursos por parte das famílias. Este grupo tem o maior número de casos em que o destino após a alta hospitalar são as unidades de longa duração e manutenção (RNCCI);

Cluster 2 - doentes que mantêm o nível de dependência no internamento hospitalar e melhoram após a alta hospitalar

É composto pelo maior número de dependentes antes do episódio de internamento do estudo e o maior número de FC com experiência prévia para tomar conta. É o grupo com maior percentagem de dependentes, cujo destino, após o internamento hospitalar, são os lares e as famílias de acolhimento. É, também, o grupo com maior número de casos com níveis reduzidos de potencial de reconstrução da autonomia no momento da alta hospitalar, o que contribui para este facto, certamente, estarmos perante o grupo que apresenta maior número de casos com compromisso dos processos corporais (úlceras de pressão, rigidez articular, compromisso do processo respiratório) no último momento de avaliação (M3). Os FC destes dependentes são caracterizados pela maior intensidade de cuidados assegurados aos seus familiares;

Cluster 3 - doentes que melhoram sempre o nível de dependência

São os casos com evolução positiva no nível de dependência ao longo dos momentos de avaliação do estudo. Trata-se de doentes que, embora fossem dependentes antes do internamento, apresentavam potencial de reconstrução de autonomia, que lhes permitiu evoluir para um quadro de maior independência. É o grupo onde se verifica menor intensidade de cuidados assegurados pelos FC.

Apresenta maior número de casos que adquiriu úlceras de pressão após a alta hospitalar e maior média de reinternamentos ao 3º mês após a alta hospitalar. No entanto, também é o grupo de dependentes que apresenta o maior número de casos que “resolve” a rigidez articular no 1º mês após a alta hospitalar;

Cluster 4 - doentes que pioram o nível de dependência no internamento hospitalar e melhoram após a alta hospitalar

Contém o maior número de casos. É o *cluster* que engloba o menor número de doentes dependentes antes do episódio de internamento, menor nível de mestria do FC sobre os cuidados necessários para tomar conta no momento da alta hospitalar e menor número de casos em que os FC revelam experiência prévia para tomar conta. É o grupo que contém o maior número de dependentes com maior potencial de reconstrução de autonomia, melhor evolução relativamente às úlceras de pressão, desidratação e processo respiratório. Todavia, é o *cluster* com maior número de casos que adquiriu e manteve rigidez articular ao longo do estudo. Na verdade, é o *cluster* com o maior número de casos que não apresentam úlceras de pressão e rigidez articular ou, as que apresentam no momento da alta hospitalar, ao fim do 3º mês, “resolveram” o problema. Os FC demonstram maior percepção de autoeficácia e maior taxa de utilização de recursos ao 2º mês (M2). Apresenta o maior número de casos com alterações significativas ao regime medicamentoso no momento da alta hospitalar. É o *cluster* com maior número de casos que se manteve no domicílio após a alta hospitalar e, também, o grupo de doentes com maior número de casos que, no momento da alta hospitalar, foram referenciados para as unidades de internamento da RNCCI, concretamente, as unidades de convalescença e de média duração e reabilitação. No entanto, é o grupo com maior número de casos readmitidos no hospital ao fim do 1º mês após a alta hospitalar (M1). No entanto, é o grupo com a média mais baixa de reinternamentos hospitalares. Por último, este grupo engloba o maior número de casos em que a decisão sobre o destino do dependente, após a alta hospitalar, resulta da intervenção de vários elementos da equipa multidisciplinar, onde os enfermeiros, especialmente, os especialistas em reabilitação e da EGA, também dão um contributo importante;

Cluster 5 - doentes que pioram sempre o nível de dependência

Engloba o maior número de casos com agravamento dos processos corporais (desidratação, úlceras de pressão), e o maior número de casos de readmissão hospitalar no último momento de avaliação (M3). A maioria dos doentes deste grupo teve como destino o domicílio após a alta hospitalar, onde se mantiveram até ao 3º mês (M3). No entanto, é neste grupo que se verifica, no momento da alta hospitalar, maior número de casos em que os FC demonstram níveis reduzidos de conhecimentos sobre os cuidados necessários para tomar conta, menor taxa de utilização de recursos por parte dos doentes e familiares e menor mestria dos FC.

Apresentadas as principais sínteses desta investigação, refletimos, no próximo capítulo, nas suas principais conclusões, implicações para a prática, formação e investigação em enfermagem.

4. CONCLUSÕES

Neste último capítulo, iremos refletir sobre as conclusões que fomos capazes de extrair dos resultados do estudo e que fomos apresentando ao longo deste relatório. Sempre que entendermos apropriado, iremos referir-nos às implicações dos resultados para a prática clínica, para a formação e para a investigação em enfermagem.

Quando pensámos em avançar com este estudo, fizemo-lo conscientes que só seria relevante e útil, caso os seus pressupostos se reportassem a aspetos relevantes para o exercício profissional dos enfermeiros e, assim, focalizado em áreas da saúde das pessoas com grande sensibilidade à sua tomada de decisão clínica. Fenómenos como a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e para o exercício do papel de prestador de cuidados estão, inquestionavelmente, enquadrados no domínio da enfermagem (Meleis 2007; Orem, 2001; Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000b). Significa, pois, que o desafio colocado aos enfermeiros assenta no desenvolvimento do repertório de recursos dos indivíduos (individuais, familiares, comunidade) para lidarem de forma bem-sucedida com as transições com que se deparam ao longo do ciclo de vida (CE, 2003; Meleis, 2010).

Referimos na justificação do estudo, que as pesquisas longitudinais, pela sua natureza, permitem uma compreensão mais consistente dos fenómenos, quer a sua melhor descrição e explicação, mas não menos importante, a identificação de respostas mais eficazes, uma vez que, a variável *tempo* é uma dimensão determinante nas transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). No entanto, também referimos que este tipo de estudos, incorrem em maiores “riscos” face à significativa variabilidade da amostra ao longo dos diferentes momentos de avaliação e, ao maior consumo de recursos para a sua concretização. Aceitámos o desafio e julgamos que aquilo que resultou desta pesquisa - os resultados - contribui para uma melhor caracterização do(s) fenómeno(s) em estudo e, arriscamos a afirmar, para a produção de (novo) conhecimento no contexto da saúde e, no particular, no âmbito das necessidades em cuidados de enfermagem às famílias que integram membros dependentes no autocuidado. Por se tratar de um estudo em território nacional, pensamos estar na presença de resultados culturalmente sensíveis a outras realidades da população portuguesa com características semelhantes, apesar de considerarmos como limitação na extrapolação dos dados, o facto da amostra do nosso estudo ser não probabilística e de conveniência.

Da revisão da literatura levada a cabo por nós para a fundamentação deste estudo, uma das conclusões que emergiu e que referimos, foi a necessidade de explorar o fenómeno do autocuidado e toda a problemática que o envolve numa perspetiva de “*Enfermagem com mais Enfermagem*” (Silva, *In* prefácio

de Petronilho, 2012). Ou seja, um “olhar” sobre o fenómeno que fosse de encontro ao “modelo exposto” da disciplina de enfermagem e que, face à melhor e mais atual evidência científica produzida, esta se revelasse útil, do ponto de vista das decisões clínicas tomadas pelos enfermeiros nos contextos das suas práticas. Na verdade, da revisão da literatura que efetuámos, o fenómeno do autocuidado, na perspetiva da “dependência” e, por consequência, do exercício do papel de prestador de cuidados para tomar conta dos dependentes, tem sido muito pouco explorado na investigação em enfermagem e, consequentemente, pensamos nós, com repercussões na qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Todavia, em Portugal, nos últimos tempos, temos assistido à preocupação por parte de um grupo de investigadores da ESEP, com o qual temos colaborado, num maior incremento e desenvolvimento de escalas de medida com maior utilidade clínica para os enfermeiros, no que diz respeito aos fenómenos associados ao nosso estudo. A escala do autocuidado concebida e validada por Duque (2009), é um exemplo desta realidade. Assim como, as escalas da perceção da autoeficácia do familiar cuidador segundo os “domínios do autocuidado” e os “processos de cuidar” (Schumacher et al., 2000). Estas escalas, como fomos referindo ao longo do estudo, integram o instrumento de avaliação do Estudo III da presente pesquisa.

Os resultados desta investigação ajudam-nos a clarificar um conjunto de necessidades das famílias que integram membros dependentes no autocuidado, numa perspetiva de cuidados de enfermagem. Assim, apontam-nos para alguns “caminhos” mais sólidos e empiricamente testados, para que os enfermeiros constituam um recurso significativo na identificação do suporte adequado, por forma a que as transições deste grupo da população, tão vulnerável, sejam bem-sucedidas, perante os desafios que lhes são colocados no dia-a-dia (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000b).

Na verdade, quando afirmamos que, fenómenos como a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e para o exercício do papel de prestador de cuidados, estão de acordo com o “core” da enfermagem, estamos logicamente a afirmar que o desafio colocado aos enfermeiros assenta no desenvolvimento de competências profissionais no âmbito do processo de cuidados associado a estes fenómenos que, objetivamente, traduzam melhoria significativa na saúde e no bem-estar das famílias e, sobretudo, nas mais vulneráveis e com recursos mais escassos.

Portanto, estamos convictos que o conhecimento que resulta da concretização deste estudo, se aplicado, tem potencial para melhorar o exercício profissional dos enfermeiros e, consequentemente, a qualidade dos cuidados de enfermagem. A caracterização com maior rigor (por via da investigação) dos problemas de saúde das populações e os desafios que se lhes colocam, constitui uma fase determinante na definição de modelos de intervenção que, de acordo com as competências que são exigidas aos enfermeiros, sejam potenciadoras de transições bem-sucedidas por parte das famílias que integram membros dependentes.

O “potencial de reconstrução da autonomia” do dependente e o “potencial do familiar cuidador para tomar conta” foram, na nossa opinião, das dimensões deste estudo que se revelaram da maior importância para a nossa investigação. A sua avaliação resultou de um conjunto de indicadores que fomos capazes de construir e operacionalizar, a partir dos achados das entrevistas realizadas no Estudo

I. Entendido por nós como não sendo suficiente, ancorámo-nos, também, na Teoria das Transições de Meleis (2010) e na Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC (Moorhead, Jonhson, Maas & Swanson, 2010). Como, de resto, esta foi a lógica que nos orientou na construção de outras dimensões do instrumento de avaliação. Assim, quer os discursos dos profissionais de saúde entrevistados (Estudo I), quer os resultados que emergiram da aplicação do instrumento de avaliação (Estudo II), sobre estas duas dimensões, permitiram-nos refletir sobre a necessidade de uma avaliação mais rigorosa e, assim, mais completa nos contextos clínicos. Passa, fundamentalmente, cremos nós, por uma maior “profissionalização” das equipas de enfermagem, tendo em conta os diferentes aspetos (indicadores) que influenciam estas dimensões da saúde, associadas ao potencial dos dependentes para serem mais autónomos e dos familiares para o exercício do papel de cuidadores. No entanto, parece-nos que, não têm sido tomados em conta no processo de decisão clínica, o que contribuirá para uma intervenção dos profissionais de saúde menos adequada, com implicações nas transições no regresso a casa. Estamos convictos que, a identificação do conjunto de indicadores que foram incorporados nestas duas dimensões, aquando da conceção do instrumento de avaliação para a concretização do Estudo II, permitiu uma avaliação, com maior detalhe, sobre a condição de saúde associada a estes dois constructos. Permitirá uma orientação mais adequada para o planeamento e execução das terapêuticas de enfermagem. Pensamos que, deste modo, haverá maior utilidade clínica, com ganhos em saúde mais mensuráveis.

Os resultados do Estudo II, relativamente à avaliação dos “recursos familiares” e “recursos da comunidade”, são aqueles em que predominaram um número significativo de *respostas nulas* por parte dos enfermeiros, quando solicitados a caracterizar cada um dos casos no momento da alta hospitalar. Esta evidência pode ajudar, por si, a encontrar uma explicação para a menor centralidade da prática clínica nesta área de atenção. Assim, pode ser reveladora de uma “desfocalização” dos enfermeiros sobre estas dimensões. No entanto, são de enorme relevância para as transições das famílias que integram dependentes. Na verdade, nas entrevistas exploratórias (Estudo I), estas dimensões surgiram como critérios de decisão importantes do destino dos dependentes após a alta hospitalar. Todavia, foram referenciadas com maior conhecimento, maior preocupação e maior apropriação, nos discursos de outros profissionais – as assistentes sociais. Em paralelo, os resultados objetivos referentes a estas duas dimensões, merecem, igualmente, uma análise mais aprofundada e uma intervenção dos profissionais de saúde “diferente”. À semelhança dos resultados relativos ao potencial do FC para tomar conta, há indicadores que apresentam resultados comprometedores das transições bem-sucedidas. Tendo em conta que, neste estudo, a maioria dos dependentes, no momento da alta hospitalar, regressam a casa, este facto, parece-nos de uma enorme relevância. Há aspetos do exercício profissional dos enfermeiros que surgem (ainda) como uma oportunidade de desenvolvimento da prática clínica.

Um dos principais objetivos deste estudo, centrou-se na exploração do perfil dos dependentes em função do(s) destino(s) no momento da alta hospitalar, tendo em conta os critérios de decisão utilizados pelos profissionais de saúde. Ficámos a conhecer diferenças substantivas nestes perfis e que estão muito centradas nos recursos individuais, familiares e da comunidade. Todavia, ficou claro para nós que, estes recursos, determinantes dos destinos, encarando estes como contextos representativos de modelos assistenciais que influenciam as transições, inscrevem-se, maioritariamente, no âmbito da decisão clínica dos enfermeiros. Portanto, parece-nos fundamental, do ponto de vista dos ganhos em saúde das famílias

que integram dependentes, uma intervenção das equipas de enfermagem que integre respostas mais adequadas.

Os resultados da evolução da dependência no autocuidado, são outro aspeto que gostaríamos de refletir e que nos parece ter significativas implicações na prática clínica. Ficou claro que, a maioria dos doentes deste estudo, apresentam níveis elevados de dependência no autocuidado (a maioria são “acamados”), ao longo dos cinco momentos de avaliação. Significa, pois, que a maioria dos casos, necessita que os cuidados sejam assegurados pelos familiares. Portanto, é “exigido” a estes, a assunção de um papel – a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados - o qual, requer adaptação ao longo do tempo, caracterizada por diferentes fases já identificadas por via da investigação. Esta adaptação, pode e deve ser monitorizada por um conjunto de padrões de resposta, em que os enfermeiros devem constituir-se um recurso imprescindível, através do planeamento e implementação de terapêuticas de enfermagem personalizadas e adequadas a cada fase, facilitadoras da transição.

Referimos, ao longo do relatório, que o evento crítico agudo gerador do internamento hospitalar tem, globalmente, implicações negativas que se manifestam por um quadro de maior dependência. No entanto, o tempo que decorreu entre o momento da alta hospitalar e o 1º mês após, mostrou-se decisivo quanto à melhoria no quadro de dependência. Com particular enfoque no grupo de dependentes que demonstraram maior potencial de reconstrução de autonomia. Assim, uma vez que este espaço temporal que mediou o internamento hospitalar e o 1º mês após, revelou-se um período fundamental na evolução de maior autonomia, apela-se a um juízo clínico por parte dos profissionais de saúde mas, sobretudo, dos enfermeiros, que se traduza num processo de cuidados que inclua um diagnóstico diferencial e a implementação de terapêuticas de enfermagem sensíveis às necessidades de cada caso, em particular. Assim, promotoras de ganhos evidentes no nível de dependência. Daí, a escala de avaliação da dependência no autocuidado utilizada neste estudo, cremos nós, tem potencial para uma grande utilidade nos contextos clínicos.

Neste estudo, após uma melhoria significativa no nível de dependência ao 1º mês após a alta hospitalar, verifica-se ao 2º e 3º mês após, uma certa “estabilização” no nível de dependência, com uma variação muito discreta que, no entanto, não parece ser clinicamente relevante. Do exposto, parece-nos oportuno questionar: será que esta evolução francamente positiva verificada ao 1º mês após a alta hospitalar e a sequente “estabilização” (não evolução) no nível de dependência, verificada ao 2º e 3º mês após a alta clínica, não é determinada *apenas* pela “evolução natural” da doença que despoletou o internamento hospitalar? Ora vejamos. Os resultados do estudo revelam que, apesar de um ligeiro aumento na taxa de utilização de recursos por parte das famílias ao longo do tempo, estes são francamente insuficientes para dar respostas adequadas face às necessidades identificadas. Outro aspeto que nos parece muito significativo, é o facto dos recursos utilizados inscreverem-se, predominantemente, numa lógica de substituição dos dependentes, na monitorização e vigilância de sinais e sintomas e, com muito menos enfoque, na promoção da reconstrução da autonomia daqueles que demonstram maior potencial. Por outro lado, apesar do incentivo à autonomia dos dependentes, também, ter aumentado ao longo do tempo (embora muito discretamente), ficou demonstrado que há atividades em que os familiares dependentes nunca são incentivados a realizar. A acrescentar, verificámos que, a intensidade de cuidados assegurados pelos FC é, globalmente, baixa.

Portanto, face a esta conjugação de resultados entre a evolução do nível de dependência, a partir do 1º mês após a alta hospitalar (estabilização), a taxa de utilização de recursos (muito insuficiente, apesar de um discreto aumento nos 3 meses), o grau de incentivo à autonomia (nulo para algumas atividades) e a intensidade de cuidados assegurados pelos FC (baixa), colocamos esta questão: será que as famílias que integram os dependentes com maior potencial de reconstrução de autonomia, caso tivessem acesso, em tempo útil, a maior suporte de cuidados, onde fosse advogada a utilização de mais recursos adequados e, um maior acompanhamento em cuidados domiciliários, que incluíssem processos de aprendizagem sistematizados, por forma a desenvolver maior autonomia nos doentes e maior mestria nos FC para tomar conta, os ganhos no nível de dependência não seriam mais acentuados? Deixamos esta reflexão...

Neste estudo, os doentes que apresentam uma evolução negativa no nível de dependência, ou mesmo, sem qualquer evolução ao longo do estudo, são aqueles com menor potencial de reconstrução de autonomia. Diríamos mesmo que, na sua maioria, são os doentes “acamados” (“grandes dependentes”). Portanto, muitos destes já eram dependentes antes do episódio de internamento. Verificámos que, na generalidade, são, também, menos incentivados por parte dos FC a serem mais autónomos, apresentam maior compromisso dos processos corporais, menor PAE dos FC, utilização insuficiente de recursos e maior taxa de readmissão hospitalar. São, na verdade, um grupo com grande vulnerabilidade, quer os próprios dependentes, mas, também, os familiares que têm a responsabilidade de assegurar os cuidados necessários. Se juntarmos a todo este cenário, o facto de ter sido identificado um conjunto de atividades que, a maioria dos FC, apresentam baixo desempenho, ou mesmo, nulo³⁹, bem como, um terço dos dependentes da amostra faleceram após a alta hospitalar (a maioria ao 1º mês), trata-se, na verdade, de resultados que merecem uma reflexão mais atenta. Será então oportuno questionarmos: não haverá “limites”, do ponto de vista do papel “imposto” aos familiares cuidadores, quando estamos perante situações muito críticas e que exigem uma grande intensidade e complexidade de cuidados a assegurar por estes? Não haverá um conjunto de cuidados que, face à sua enorme complexidade, após avaliação rigorosa do potencial dos FC para tomar conta e dos recursos disponíveis, deveriam ser assegurados pelos profissionais de saúde e, em particular, pelos enfermeiros? Ou seja, não fará sentido, sermos capazes de identificar um conjunto de cuidados que, pela sua natureza complexa, não deveriam ser imputados à responsabilidade dos familiares cuidadores, uma vez que, a evidência empírica começa a demonstrar-nos que, muito dificilmente, estes serão competentes para os executar com segurança e conforto para os seus familiares? Iríamos mais longe: nesta contextualização, não seria adequado caracterizar diferentes perfis (*clusters*) de familiares cuidadores em função de um conjunto de variáveis determinantes para a qualidade do exercício do seu papel (associadas ao presente estudo, como, por exemplo, nível de dependência, potencial de reconstrução de autonomia, PAE do FC, conhecimentos e habilidades do FC, condição física e psicológica do FC, recursos familiares e da comunidade disponíveis) e, a partir destes perfis identificados, definir modelos assistenciais personalizados e ajustados a cada situação em concreto? Deixamos algumas *notas de campo* que suportam esta nossa reflexão e que nos ajudam a inferir a existência de diferentes perfis de familiares cuidadores:

³⁹ São exemplo destas atividades: “Aspirar as secreções quando o familiar dependente não as consegue eliminar” “Fazer a pesquisa de fealomas ao familiar dependente”; “Posicionar o familiar na cama/cadeira”; “Transferir o familiar da cama para a cadeira/cadeirão”; “Levantar o familiar (por de pé)”; “Inspeccionar as zonas de proeminências ósseas do familiar”; “Realizar exercícios/mobiliza os membros inferiores/superiores do familiar”; “Fazer a pesquisa de fealomas ao familiar”; “Posiciona o familiar no sanitário”.

Notas de campo

"Tenho 3 hérnias na coluna, tenho muitas dificuldades!...porque tenho apenas uma irmã que me ajuda! Choro lágrimas a toda a hora, porque não me sinto capaz de o cuidar!!! ...dar de comer, dar a alimentação, dar os medicamentos!...depois, ele não colabora nada...coitado! Sento-o na cama e nada mais! não sou capaz de o sentar no cadeirão, porque ele é muito pesado!" FC1-31-1018

"O meu maior problema não é propriamente o trabalho físico que tenho com o meu pai!... o maior problema é na dificuldade em tomar decisões, porque não tenho apoio dos médicos e dos enfermeiros!... por exemplo, na medicação, no tipo de alimentação a dar ao meu pai e outras coisas! Eu, por iniciativa própria deixei de dar os medicamentos ao meu pai, porque achei que lhe estavam a fazer mal e li as instruções dos medicamentos e achei que não devia dar mais! Não tenho médico de família, o que é complicado!..." FC 2-11-1002

"...Sinto dificuldades em tudo!!!" FC2-31-1001

"Sr. enfermeiro!... está tudo igual desde a última vez que falámos (referia-se à condição de saúde da sogra e de como se sentia face ao papel de cuidadora)! Sabe?! Nós habituamo-nos a esta situação e mentalizamo-nos que somos capazes de fazer as coisas!... tem de ser assim! Não há outro remédio!... é a nossa obrigação!" FC 2-12-1011

"Damos o banho na cama porque temos medo de o levar ao chuveiro! Ele tem muitas coisas e temos medo que aconteça alguma coisa e não sabemos o que fazer (marido com traqueostomia)! Os enfermeiros que vêm cá fazer os pensos também nos dizem para dármos o banho na cama... é melhor!... até temos um chuveiro que dava para ele ir na cadeirinha (higiénica) que também temos... mas temos muito medo!" FC 1-21-119

"Olhe sr. enfermeiro!... eu sinto-me muito capaz de fazer tudo, mas é muito difícil e sinto-me muito cansada!" FC 3-21-1015

"Sabe o que me custa sr. enfermeiro?.. é ver a minha mãe a piorar de dia para dia!... de resto, nada me custa!... consigo muito bem lavá-la, vesti-la, dar-lhe de comer, dar os medicamentos..." FC 2-51-1001

"O resto?!...o resto vou-me desenrascando e acho que faço muito bem! (referia-se às tarefas associadas aos diferentes domínios do autocuidado).. mas ninguém me ensinou nada!" FC 3-31-1033

Este é um desafio que, do nosso ponto de vista, deve ser colocado ao sistema de saúde numa perspetiva de continuidade de cuidados e, entendemos, em particular, à RNCCI por via das ECCI, face à natureza da sua missão, de maior proximidade e suporte às famílias, após o regresso a casa dos dependentes, onde a investigação em enfermagem, numa lógica de parceria com a profissão, deve "inquieta-se".

Uma referência à RNCCI, onde parte substantiva da amostra deste estudo teve como destino, no momento da alta hospitalar. Constitui, atualmente, um (novo) recurso importante para as famílias que integram membros dependentes. Os resultados desta pesquisa revelam que o grupo de doentes que teve melhor evolução no nível de dependência, daí, melhor potencial de reconstrução de autonomia (*cluster 4*), são aqueles em que a maior percentagem de casos foi referenciada para as tipologias de convalescença e média duração e reabilitação. Assim como, estamos perante o grupo de dependentes em que os FC demonstram maior PAE, maior taxa de utilização de recursos e menor número de reinternamentos hospitalares. Apesar de não podermos ignorar que os critérios de referenciação estabelecidos para estas duas tipologias da RNCCI passam, em grande medida, pelos doentes demonstrarem maior potencial de reconstrução de autonomia, o que se torna relevante, contudo, pensamos nós, fazer sentido questionar: qual é o contributo do exercício profissional dos enfermeiros a exercer funções nestes contextos (RNCCI), promotor de maiores ganhos no nível de dependência destes doentes durante o tempo de internamento? E, não menos importante, qual é o contributo destes profissionais na promoção de maior mestria nos FC para as atividades de tomar conta, na utilização de mais recursos e na menor taxa de reinternamento hospitalar, após o regresso a casa dos doentes? Este é certamente um tema que também gostaríamos que fosse alvo de futuras investigações.

Os resultados deste estudo tornam evidente a "fragilidade" que (ainda) existe em termos de respostas adequadas em cuidados de saúde e, particularmente, em cuidados de enfermagem, promotores de

transições saudáveis às famílias que integram membros dependentes. Já enfatizamos esta convicção com alguma persistência. Em Portugal, um exemplo de mudança e de vontade política relativamente à necessidade de encontrar respostas adequadas face às significativas alterações demográficas, traduzidas pelo envelhecimento da população e pelo aumento de pessoas em situação de dependência, é a recente criação da RNCCI, como já foi amplamente referenciado neste relatório. Na assunção dos seus objetivos, a RNCCI (com grande ênfase nas ECCI) revela-se como uma oportunidade para os enfermeiros demonstrarem a sua utilidade social por via de maiores ganhos em saúde e com cuidados de grande *proximidade* com as famílias.

Todavia, neste estudo, para efeitos de caracterização dos casos referenciados para a RNCCI, apenas foram seguidos os dependentes com destino para as unidades de internamento da RNCCI, conforme vimos a referir ao longo do relatório. Significa, pois, que os doentes que regressaram a casa com acompanhamento da RNCCI e, em concreto, com suporte das ECCI, foram sinalizados como casos com regresso ao “domicílio”. Assumimos este facto como uma limitação do estudo, uma vez que nos permitia um maior número de dependentes tendo como destino a RNCCI. Possibilitava-nos, igualmente, explorar o fenómeno do nosso estudo, comparando-o entre as famílias que regressam a casa com suporte das ECCI e as que regressam a casa sem qualquer apoio deste recurso de saúde. O estudo do impacto destas equipas sobre as transições das famílias que integram dependentes, criadas ainda recentemente e expandidas, gradualmente, pelas diferentes regiões do país, suscita-nos muita curiosidade. No entanto, durante esta pesquisa, ficámos com a “leve” percepção que este impacto é diferente de contexto para contexto e, assim, também reconhecido pelas famílias de forma “diferente” e que, entendemos, estar muito associado ao modelo de organização que está subjacente a estas equipas, à área geográfica de influência, ao número de famílias que apoiam, aos recursos disponíveis e, arriscaríamos a afirmar, ao(s) “paradigma(s) de cuidados” que orienta o exercício profissional dos elementos que as constituem, onde os enfermeiros (de reabilitação) assumem o papel mais relevante. Esta é, também, uma área que gostaríamos de ver aprofundada em futuros trabalhos empíricos. Deixamos, igualmente, como sugestão...

É necessária maior articulação entre as diferentes instituições de saúde e sociais envolvidas na problemática deste estudo, por forma a que as famílias percecionem o suporte que tanto procuram ou que, em muitas situações, não o procuram por desconhecimento total da sua existência. Mas este é, também, um desafio colocado aos profissionais de saúde e, em particular, pela natureza do fenómeno estudado, aos enfermeiros. Ao dirigir a sua ação profissional *com* as famílias e indo ao seu “encontro”, com recurso à informoterapia centrada na pessoa, conseguindo (finalmente) demonstrar e advogar a utilização efetiva de mais recursos a que podem ter acesso. Deste modo, cremos que se pode contribuir, significativamente, para a melhoria da saúde e bem-estar das famílias. Todavia, na sua maioria, as famílias não têm acesso aos recursos necessários. Por puro desconhecimento da sua existência e, por essa razão, não sentem a sua falta; por possuírem recursos financeiros escassos; por demonstrarem grandes dificuldades em tomar sozinhos as decisões mais adequadas perante os cuidados a assegurar, sobretudo, os de maior complexidade; entre outras razões. Seleccionámos algumas *notas de campo*, entre muitas que fomos registando aquando dos contactos com as famílias, algumas das quais, já explanámos anteriormente no relatório, mas que clarificam, de forma muito objetiva, as razões principais da não utilização dos recursos por parte das famílias e que acabámos de refletir:

Notas de campo

“Damos o banho na cama porque temos medo de o levar ao chuveiro! Ele tem muitas coisas e temos medo que aconteça alguma coisa e não sabemos o que fazer (marido com traqueostomia)! Os enfermeiros que vêm cá fazer os pensos também nos dizem para dâmos o banho na cama... é melhor!... até temos um chuveiro preparado que dava para ele ir na cadeirinha (higiênica) que também temos... mas temos muito medo!” FC 1-21-119

“Sr. enfermeiro!... não sabia que os enfermeiros também podiam ir a casa ajudar-nos relativamente aos cuidados necessários ao meu marido!... quando ele esteve pior, mais dependente, se soubesse... tinha pedido ajuda, porque tive muitas dificuldades e dava-me muito jeito!... tinha pedido ajuda!... mas não sabia isso!” FC 2-22-1031

“Desde que o meu marido chegou a casa (há 1 mês) os enfermeiros só cá estiveram uma vez! nem sei muito bem o que cá vieram fazer!...mediram as tensões, fizeram a “piquinha” no dedo para ver a diabetes e... foi só isto!...não conto com os enfermeiros para essas coisas!... olhe! nem sabia que eles podiam ajudar nisso! (referia-se a processos de aprendizagem sobre diferentes atividades do autocuidado)” FC 1-12-1015

“ninguém nos falou nada acerca dessas ajudas técnicas que me está a falar!.. por aquilo que me esta a dizer, se calhar ajudavam muito!... mas até hoje ninguém nos falou disso!...” FC 1-12-1015

“O sr. enfermeiro!... na 1ª entrevista disse-me que havia um material para lavar a cabeça ao meu tio na cama!... já o comprei!... dá uma ajuda muito grande!... é muito mais fácil lavar a cabeça ao meu tio e fica o cabelo mais lavadinho! se conhecesse o material à mais tempo já o tinha comprado... até porque nem foi muito caro! ...muito obrigado sr. enfermeiro!” FC 2-12-1009

Conheço algumas ajudas técnicas, porque já me sugeriram, mas nunca as comprei, porque acho que não preciso delas, já me habituei a fazer as coisas desta forma...mas também porque não tenho possibilidades económicas para as comprar”. FC1-51-1001

“Olhe sr. enfermeiro... não tenho essas coisas (referia-se às ajudas técnicas)!, não conheço, não sei as que me fazem falta ...mas também não sinto necessidade delas!” FC1-21-1006

Assim, parece existir, ainda, um longo percurso a percorrer por parte das equipas de enfermagem!...As terapêuticas de enfermagem, tendo como intencionalidade, ser facilitadoras da experiência de transição vivenciada pelas famílias, julgamos nós, estarem fortemente associadas a aspetos relatados pelos FC nestas *notas de campo*. Antecipar o suporte necessário às famílias, através da demonstração de disponibilidade profissional em tempo útil, portanto, sistematizado; promover a coesão familiar, a consciencialização e o envolvimento dos FC na transição; identificar e dar um melhor sentido ao “significado pessoal” atribuído pelos FC ao exercício do papel; aumentar o reportório de conhecimentos e habilidades sobre os cuidados a assegurar; apoiar as famílias nas decisões, sobretudo, as que envolvem maior complexidade nos cuidados a assegurar; advogar a utilização de equipamentos adaptativos e de recursos na comunidade, facilitadores da reconstrução de maior autonomia do dependente e do exercício do papel de prestadores de cuidados, são terapêuticas de enfermagem que se afiguram como um desafio urgente aos enfermeiros e “sem tempo a perder”!. As famílias esperam-nos! Do ponto de vista dos cuidados de enfermagem, parece-nos algo clinicamente muito relevante e, deste modo, socialmente muito útil! O que cria boas condições para dar visibilidade à enfermagem!

Um dos objetivos deste estudo foi a caracterização da evolução da PAE dos FC, ao longo dos três meses de avaliação após a alta hospitalar. Como já analisámos, permitiu-nos concluir que, no global, os FC que compõem esta amostra, sentem-se competentes ou mesmo muito competentes, para as atividades de tomar conta do familiar dependente. No entanto, nas entrevistas que realizámos, sobretudo as efetuadas presencialmente no domicílio das famílias, ficou-nos a ideia clara que, em muitos casos, a condição de saúde dos dependentes (ex. presença de úlceras de pressão) não era consonante com as respostas dos FC, quanto à sua PAE relativamente aos cuidados que asseguram⁴⁰, face a essa mesma condição de saúde. Apesar desta nossa observação, as respostas dadas pelos FC serem avaliadas de forma muito

⁴⁰ Exemplo destes cuidados assegurados pelos FC: “posicionar o familiar para prevenir úlceras de pressão”; “determinar os horários dos posicionamentos”; “detetar sinais precoces de úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)” ou “perceber a necessidade do familiar em mudar de posição”.

positiva, ou seja, referiam sentir-se competentes ou mesmo muito competentes como já o dissemos anteriormente. Sabemos que a resposta do ser humano quando questionado sobre algo, pode ser modelada pela percepção que tem daquilo que considera mais vantajoso para si. O conteúdo das respostas pode ser interpretado como momentos de avaliação individual, sobretudo, se tiver perante alguém a quem reconhece competências sobre o tema em discussão, como, de resto era a situação em concreto. Portanto, em síntese, o grau de competência percebido pelos FC em várias situações, ante uma condição de saúde do familiar “diferente” daquela que observávamos, o que nos suscitou esta curiosidade que gostaríamos de ver aprofundada em futuras investigações: qual a associação entre a PAE do FC e as “reais” competências (conhecimentos e habilidades) demonstradas pelos FC nas atividades de tomar conta? E, caso existam discrepâncias entre a PAE do FC para tomar conta e as “reais” competências, em que domínios do autocuidado são maiores essas discrepâncias?

Os cuidados assegurados pelas famílias aos membros dependentes continuam a ter uma enorme relevância no contexto global dos cuidados de saúde. A evidência empírica diz-nos que continua a ser o modelo assistencial de eleição para as famílias. A substituição de cuidados não profissionais (prestados pelos “leigos”) por cuidados profissionais (rede formal), nem é desejável nem financeiramente sustentável. Significa, pois, que num estado social e solidário, quer os decisores políticos quer a sociedade no geral, devem contribuir e garantir para que as necessidades dos dependentes e dos familiares cuidadores sejam atendidas. Os países do norte da Europa, no geral, estão num processo mais evoluído comparativamente aos países do sul (sobretudo os mediterrânicos), por vários fatores determinantes (económicos; sociais; demográficos; políticos, onde se torna determinante o modelo de organização dos cuidados de saúde; culturais, onde a dinâmica e os compromissos intergeracionais das famílias também são importantes). Em Portugal, nomeadamente, em relação às políticas de saúde e sociais, tem-se feito um percurso, ainda que incipiente, mas com alguns sinais de progresso. Já o afirmámos, a criação da RNCCI é uma aposta positiva, mas que por si, não é garantia de sucesso.

Uma outra dimensão que pensamos não poder ser ignorada, é a atual prolongada grave crise económica mundial que, inevitavelmente, também é política e social. Em particular, nos países da Europa. Nessa medida, as restrições orçamentais podem colocar, ainda, mais em causa todas as medidas de suporte necessárias e fundamentais às famílias (que já não eram suficientes). Portanto, exige-se de quem tem a responsabilidade nas decisões estratégicas na área da saúde e social, soluções assertivas com base em critérios rigorosos, por forma a canalizar os recursos disponíveis (atualmente mais escassos devido à crise económica) para as reais necessidades das famílias que integram membros dependentes e com a maior eficiência. Nesta contextualização, face ao aumento exponencial de pessoas em situação de dependência em Portugal, por razões claramente identificadas, pensamos tornar-se muito útil, do ponto de vista do suporte às decisões políticas no âmbito da saúde, a caracterização do fenómeno da dependência no autocuidado. Como sabemos, este fenómeno é, ainda, muito desconhecido em território nacional. Todavia, desde há algum tempo, tem-se verificado esforços importantes por parte de um grupo de investigadores liderados por docentes da ESEP, onde este estudo também se enquadra, bem como, outros que, ao longo do relatório, fomos referenciando. Somos de opinião que a continuidade deste projeto é absolutamente necessário e, assim, a sua expansão a nível nacional, para que o fenómeno seja suficientemente conhecido. Estamos convictos que o seu conhecimento com profundidade será um

suporte fundamental à tomada de decisão no âmbito dos cuidados de saúde e, em particular, dos cuidados de enfermagem.

Na evidência científica que tivemos acesso no trabalho de revisão da literatura que efetuámos, ficou demonstrado que uma prática profissional concebida numa lógica de continuidade de cuidados - centrada no planeamento do regresso a casa do dependente e na definição de modelos assistenciais a implementar em contexto domiciliário – tem potencial para promover resultados positivos que se refletem no aumento do reportório de competências dos FC, na diminuição das situações de maior risco, na diminuição das taxas de readmissão hospitalar e, não menos importante, numa perspetiva económica, na redução substancial dos custos com a prestação de cuidados de saúde. Utilizando a semântica com que iniciámos este relatório e fomos reproduzindo, uma prática profissional concebida numa lógica de continuidade de cuidados de “proximidade” com as famílias, tem potencial para promover de forma bem-sucedida, a *transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e a transição associada ao exercício do papel de prestadores de cuidados*.

Outra dimensão que gostaríamos que fosse alvo de investigação, é o impacte económico dos diferentes modelos assistenciais às famílias que integram membros dependentes (leia-se neste estudo, os diferentes destinos dos dependentes), por forma a ajudar nas decisões, quando os vários intervenientes (famílias, profissionais de saúde, gestores) são solicitados a encontrar soluções economicamente viáveis, mas não menos importante, “emocionalmente” aceitáveis para as famílias.

Referimos, persistentemente, em vários momentos deste relatório, há necessidade da enfermagem, após um período “obrigatório” de produção de teorias descritivas e explicativas sobre diferentes fenómenos (onde enquadrámos o fenómeno deste estudo), evoluir para a definição de modelos de intervenção onde fossem capazes de testar a efetividade das (melhores) terapêuticas de enfermagem, com impacte significativo na saúde e no bem-estar da população. Esta investigação, pensamos nós, deixa algumas sugestões...

Ao longo deste relatório, reportámo-nos, também, com alguma frequência à necessidade de uma evolução na profissionalização do exercício profissional dos enfermeiros que resulte do seu processo de tomada de decisão clínica, visto ser (ainda) menos assumido pelo grupo profissional em comparação com a área da prestação de cuidados interdependentes. A propósito desta inquietação, Pereira (2007) refere:

“A necessária aproximação dos “modelos em uso” ao “modelo exposto” implica a consolidação de uma “Enfermagem Avançada”, dirigida por conhecimento substantivo da disciplina e pelos seus valores. Acreditamos que a melhor forma de desenvolver as práticas é através da sistematização e profissionalização das atividades centradas no “core” das áreas de atenção da disciplina” (p. 383).

Como enfermeiro, mas, fundamentalmente, como atual docente numa escola de enfermagem, onde lecionamos conteúdos muito centrados no fenómeno que estudámos, o percurso efetuado com o desenvolvimento desta investigação... “iluminou-nos”! Portanto, permitiu-nos uma aprendizagem mais clarificadora, por via de maior conhecimento, mas, sobretudo, uma maior sensibilização para esta problemática, visto termos a plena consciência que não esgotámos o tema.

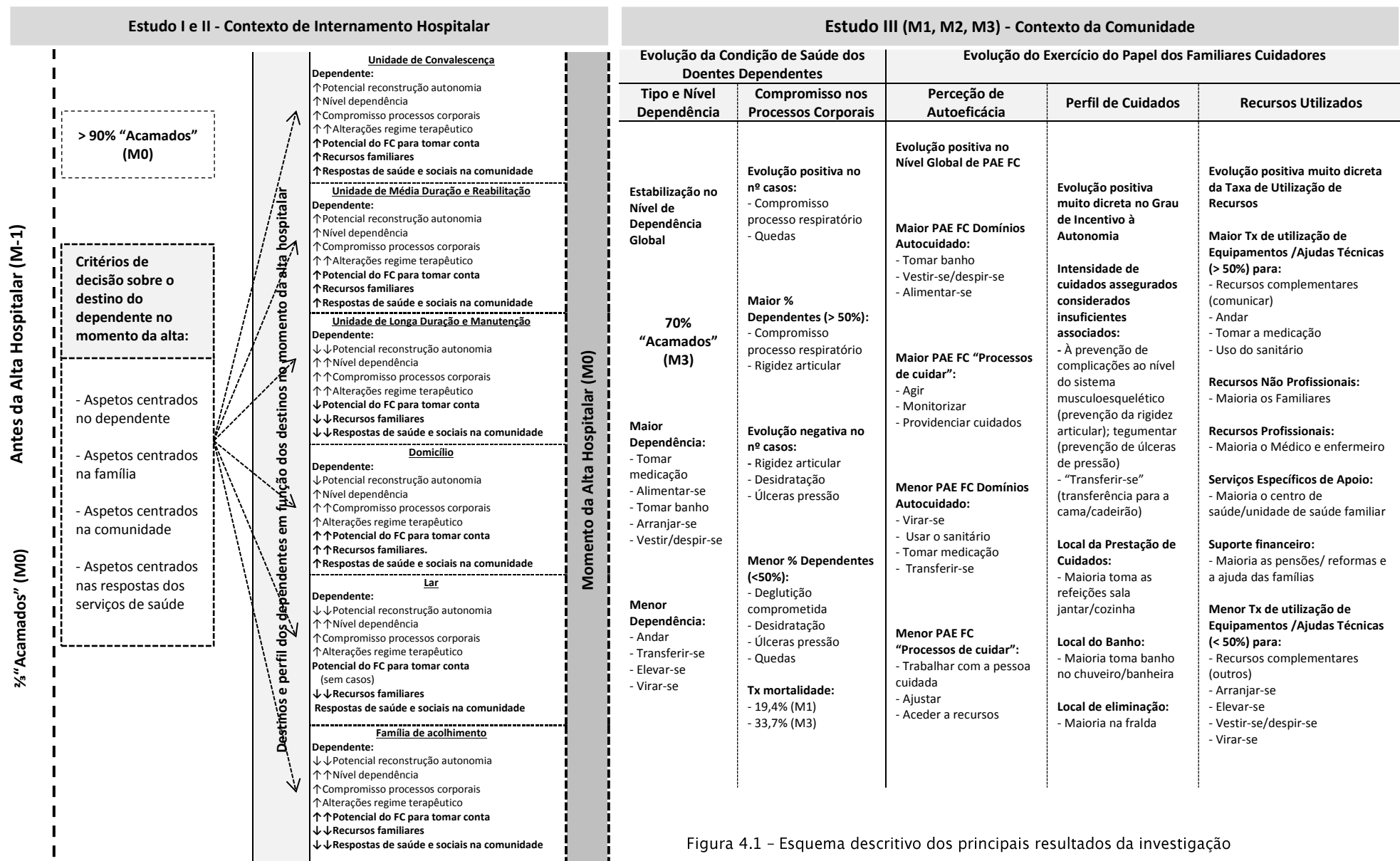


Figura 4.1 – Esquema descritivo dos principais resultados da investigação

Significa, pois, que é fundamental introduzir ou melhorar os currículos escolares com conteúdos que emergem de resultados empiricamente testados, mas, sobretudo, os que estão centrados no *core* da disciplina, como pensamos serem os resultados desta pesquisa e de outras que conhecemos, tendo o mesmo objeto de estudo. Desta forma, contribui-se para o desenvolvimento do perfil de competências dos enfermeiros que permita à profissão, oferecer respostas mais adequadas e, assim, com maior sentido para as famílias que integram membros dependentes no autocuidado. O mesmo será dizer que, a preocupação dos enfermeiros deve focalizar-se numa prática baseada na evidência e o mais atual possível, mas clinicamente relevante, de acordo com o mandato social da profissão.

Temos a convicção que os resultados desta investigação, sobre fenómenos centrais da disciplina de enfermagem e, também, pelo dispositivo metodológico adotado, permitiu dar um contributo na expansão do conhecimento científico e culturalmente sensível a outras realidades da população portuguesa, como, de resto, já o afirmámos. Significa, pois, que só fez sentido a sua concretização se, no futuro, formos capazes de transferir para a sociedade, por via da profissão, o conhecimento produzido e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, ajudando as famílias a tomar conta dos membros dependentes com transições bem-sucedidas. Portanto, ajudar as famílias a encontrar o “sentido” que a maioria, “persistentemente”, tanto deseja e procura e, para o qual, enfrenta tantas dificuldades para o concretizar.

Os enfermeiros podem constituir um recurso significativo na ajuda aos doentes dependentes na preservação da sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-a-dia e na melhoria da sua autonomia. Este suporte pode ser fornecido, quer através do desenvolvimento de competências nos próprios dependentes, quer através do desenvolvimento da mestria nos familiares para o exercício do papel de prestadores de cuidados. Todavia, parte significativa dos cuidados que os dependentes necessitam e assegurados pelos familiares cuidadores, revestem-se de grande complexidade e intensidade, apontando, deste modo, para a grande relevância dos cuidados de enfermagem, facilitadores das transições saudáveis desta população-alvo.

A Figura 4.1 pretende evidenciar um esquema que incluiu os principais resultados gerados com a realização deste estudo. Numa perspetiva cronológica, teve início com a concretização do Estudo I, a partir do qual, foi-nos possível evoluir para realização do Estudo II, ambos em contexto hospitalar. Finalmente, numa perspetiva longitudinal, avançámos para a execução do Estudo III, em contexto comunitário.

Gostaríamos de terminar este relatório com uma ideia que nos tem “iluminado” ao longo destes últimos anos e que, temos a certeza, estar fortemente enquadrada no fenómeno desta investigação... porque nos centrámos num fenómeno “altamente sensível” aos cuidados de enfermagem:

“A reforma dos modelos de exercício da profissão de enfermeiro depende da consonância de vários fatores; entre eles está o conhecimento disciplinar que os enfermeiros usam para produzir os cuidados e que distingue o cuidar profissional do enfermeiro, quer do cuidado bem-intencionado do *leigo*, quer da ação de outro profissional com outros focos de atenção neste contexto multidisciplinar. Quer isto dizer, que para esta reforma é necessária a investigação em enfermagem; ou seja, investigação sobre cuidados de enfermagem – o mesmo é dizer: investigação centrada nos processos de transição.”

(Silva, *In* prefácio Petronilho, 2007)

5. BIBLIOGRAFIA

As Referências Bibliográficas estão apresentadas no texto do relatório segundo as normas da 6ed da Association Phsicology of America (2010).

Alpirez, E.; Guevara,S.; Reyna; B.; Andrade; E.; Alanís; C. & Saldivar, M^a. (2006). Intervención de enfermería en el autocuidado com apoyo educatico en personas com diabetes mellitus tipo 2. *Cultura de los Cuidados*, 2^o Semestre, n.º 20, 141-146.

Akyol, A.; Etinkaya, Y.; Bakan, G.; Yarah, S. & Akkus, S. (2007). Self-care agency and factors related to this agency among patients with Hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 679 – 687.

Association Phsicology of America (2010) *Publication Manual of the American Psychological Association*, Sixth Edition. London: Association Phsicology of America.

Au, A.; Lai, M.; Lau, K.; Pan, P.; lam, I., Thompson, I. & Gallagher-Thompson, D. (2009). Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging & Mental Health*, vol. 13, nº. 5, 761 – 768.

Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing* 30 (3), 564 – 572.

Backman, K. & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15; 195 – 202.

Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy in changing society*. New York: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1997b). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bardin, Laurence (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Basto, Marta (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.

Blair, Charles (1999). Effect of Self-Care ADLs on Sel-Esteem of Intact Nursing Home Residents. *Mental Health Nursing*, 20, 559 – 570.

Borg, C.; Hallberg, I. & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65þ) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 607 – 618.

- Bowles, K. (2000). Patient problems and nurse interventions during acute care and discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 29-41.
- Bowles, K., Naylor, M., & Foust, J. (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *American Geriatrics Society*, 50, p.336-342.
- Brereton, I. & Nolan, M. (2000). 'You do know he's had a stroke, don't you?' Preparation for family care-giving - the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9, pp 498-506. Reino Unido.
- Brereton, I.; Nolan, M. (2002) – "Seeking": a Key activity for new carers of stroke survivors. *Journal of clinical Nursing*, 11, 22-31.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bull, M., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 571-581.
- Burns, N. & Grove, S. (1997). *The practice of Nursing Research: Conduct, Critique, & Utilization* (3.^a ed.). W. B. Saunders Company.
- Cainé, João (2004). *A família como unidade de suporte em pessoas com enfarte agudo do miocárdio. Uma análise do seu envolvimento durante o seu processo de cuidados*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem.
- Caldas, Célia (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781.
- Callaghan, Donna (2005). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22 (3), 169 – 178.
- Callaghan, Donna (2006). The Influence of Growth on Spiritual Self-Care Agency in an Older Adult Population. *Journal of Gerontological Nursing*, setembro, 43 – 51.
- Cameron, J., Worrall-Carter, I.; Page, P. & Stewart, S. (2010). Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 92 – 100.
- Campos, Joana (2008). *Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado: impacto da ação do enfermeiro no processo de transição*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.
- Cebeci, F. & Celik, S. (2008). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 412 – 420.
- Chang, S. (2009). Beliefs about Self-Care among Nursing Home Staff and Residents in Taiwan. *Geriatric Nursing*, vol. 30, nº 2, 90 – 98.

- Chapple, A. & Rogers, A. (1999). Self-care and its relevance to developing demand management strategies: a review of qualitative research. *Health and Social Care in the Community*, 7(6), 445 – 554.
- Chen, S-Y. & Wang, H-H. (2007). The Relationship Between Physical Function, Knowledge of Disease, Social Support and Self-Care Behavior in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Nursing Research*, vol. 15, nº 3, 183 – 191.
- Chumbler, N.; Rittman, M.; Puymbroeck, M.; Vogel, W. and Quinn, H. (2004). The Sense of Coherence, Burden, and Depressive Symptoms in Informal Caregivers During the First Month After Stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, pp. 944 – 953. USA.
- Closs, S., & Tierney, A. (1993). The complexities of using a structure, process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1279-1287.
- Clark, A.; Freyberg, C.; Mcalister, F.; Tsuyuki, R.; Armstrong, P. & Strain, I. (2009). Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care (2009). *European Journal of Heart Failure*, 11, 617 – 621.
- Coleman, E.; Smith, J.; Frank, J.; Min, S.; Parry, C. & Krame, A. (2004). Preparing Patients and Caregivers to Participate in Care Delivered Across Settings: The Care Transitions Intervention. *Journal of American Geriatrics Society*, 52, pp1817 – 1825. EUA.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Conn, V.; Taylor, S. & Hayes, V. (1992). Social support, self-esteem, and self-care after myocardial infarction. *The Journal of Health Behavior, Education & Promotion*, Vol. 16, Nº. 5, 25 – 31.
- Conselho de Enfermagem (2003). *Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999 / 2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.
- Crncec, R.; Barnett, B. & Matthey, S. (2008). Development of an Instrument to Assess Perceived Self Efficacy in the Parents of Infants. *Research in Nursing & Health*, 31, 442 – 453.
- Cruz, D., Pimenta, C., Kurita, G., & Oliveira, A. (2004). Caregivers of patients with chronic pain : responses to care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15(1), p.5-14.
- Degeneffe, C. (2001). Family Caregiving and Traumatic Brain Injury. *Health & Social Work*, vol. 26, nº4, 257-268.
- De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista ROL de Enfermería*, 27 (12), 51-59.
- Direção-Geral da Saúde (2005). *Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração – Relatório Preliminar*. Portugal: Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Dickson, V.; Buck, H. & Riegel, B. (2011). A Qualitative Meta-Analysis of Heart Failure Self-Care Practices Among Individuals With Multiple Comorbid Conditions. *Journal of Cardiac Failure*, vol. 17, 5, 413 - 419.

- Drageset, Jorunn (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 18, 65 – 71.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173.
- Driver, S., Rees, K., O'Connor, J. & Lox, C. (2006). Aquatics, health-promoting self-care behaviours and adults with brain injuries. *Brain Injury*, 20(2), 133–141.
- Duque, Hernani (2009). *O doente dependente no autocuidado - Estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.
- Evert, H.; Harvey, C.; Trauer, T. & Herrman, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 38, 180-188
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortinsky, R.; Kercher, K. & Burant, C. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging & Mental Health*, 6(2), 153 – 160.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional (4ª Ed.)*. Artmed. Porto Alegre.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2008). *Investigación en enfermeira (5ª ed.)*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Gilliam, C. & Steffen, A. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging & Mental Health*, 10(2), 79 – 86.
- Grimmer, K., Moss, J. & Gill, T. (2000). Discharge Planning Quality From the Carer Perspective. *Quality of Life Research*, 9, 100 –1013.
- Hagan, I.; Morin, D. & Le'Pine, R. (2000). Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings. *Public Health Nursing*, Vol. 17, nº. 4, 305 – 313.
- Hauber, R. & Jones, M. (2002). Telerehabilitation Support for Families at Home Caring for Individuals in Prolonged States of Reduced Consciousness. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17(6), 535 – 541.
- Henderson A., & Zernik, F. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 35(3), 435-441.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação, criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoffmann F. & Rodrigues, R. (2010). Informal carers: who takes care of them? *Policy Brief*. Viena, European Centre for Social Welfare Policy and Research. Disponível em http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1714.

- Holguín, Arredondo (2010). Comportamientos y capacidad de agência de autocuidado de adultos con insuficiencia cardíaca. *Avances en Enfermería*, v. XXVIII, 1, 21 – 30.
- Hoy, B.; Wagner, I. & Hall, E. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 21; 456 – 466.
- Huang, H.; Shyu, Y.; Chen, M.; Chen, S. & Lin, L. (2003). A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 337 – 345.
- Huang, T.; Li, Y. & Wang, C. (2008). Individualized programme to promote self-care among older adults with asthma: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 348–358.
- Hurley, A.; Gauthier, A.; Horvath, J.; Harvey, R.; Smith, J. (2004). Promoting safer home environments for persons with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (6), pp 43-51.
- ICN (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ICN (2011) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE® versão 2- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Imaginário, Cristina (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Programa de Acção para os Censos 2011: junho de 2010*. Gabinete dos censos.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos de 2011: principais indicadores*. Disponível on line: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic
- Jaarsma, T.; , Abu-saad, H.; Dracup, K. & Halfens, R. (2000). Self-care Behaviour of Patients with Heart Failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 112 – 119.
- Kasikci, M. & Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1468 – 1478.
- Kidd, I.; Hubbard, G.; O'Carroll, R. & Kearney, N. (2009). Perceived control and involvement in self care in patients with colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2292 – 2300.
- Kidd, I.; Kearney, N.; O'carroll, R. & Hubbard, G. (2008). Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 469 – 477.
- King, R.; Semik, P. (2006). Stroke Caregiving. Difficult Times, Resource Use, and Needs during the First 2 Years. *Journal of Gerontological Nursing*, 32, 4, 37-44.
- Khan, F.; Pallant, J. & Brand, C. (2007). Caregiver strain and factors associated with caregiver self-efficacy and quality of life in a community cohort with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 29(16), 1241 – 1250.
- Kodama, H.; Izumo, Y.; Takahashi, R.; Suda, Y.; Kudo, H.; Kudo, H.; Miyamoto, M. & Sasaki, H. (2009). Family relationships of self-care-dependent older people and institutionalized rate to nursing homes. *Geriatrics Gerontol International*, 9, 320 – 325.

- Lage, Isabel (2005). Cuidados Familiares a Idosos, In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 203 - 229). Lisboa: Climepsi.
- Lage, Isabel (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacto do cuidado no cuidador Informal*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Leão, André (2012). A percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após um internamento do familiar dependente. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Lee, J.; Han, H.; Song, H.; Kim, J.; Kim, K.; Ryu, J. & Kim, M. (2010). Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: A questionnaire survey *International Journal of Nursing Studies*, 47, 411 – 417.
- Levine, C.; Albert, S.; Hokenstad, A.; Halper, D.; Hart, A. & Gould, D. (2006). “This Case Is Closed”: Family Caregivers and the Termination of Home Health Care Services for Stroke Patients. *The Milbank Quarterly*, vol. 84, nº 2, 305 – 331.
- Lin, P. & Lu, C. (2005). Hip Fracture: Family Caregivers’ Burden and Related Factors for Older People in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 719 –726.
- Lopes, Manuel (2006) *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Lorensen, M. & Eriksen, R. (2003). The effect of systematic assessment in rehabilitation on selfcare capability, length of hospital stay, patient satisfaction, and interdisciplinary collaboration *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, Vol. 11, nº. 3, 4 -18.
- Louro, Maria Clarisse (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Lucke, K.; Coccia, H.;Goode, J. & Lucke, J. (2004). Quality of Life in Spinal Cord Injured Individuals and Their Caregivers During the Initial 6 Months Following Rehabilitation. *Quality of Life Research*, 13, 97 – 110.
- Maèkinen, S.; Suominen, T. & Lauri, S. (2000). Self-care in adults with asthma: how they cope. *Journal of Clinical Nursing*; 9: 557 – 565.
- Mak, W.; Law, R.; Jean Woo, J.; Fanny M. Cheung, F. & Lee, D. (2009). Social support and psychological adjustment to SARS: The mediating role of self-care self-efficacy. *Psychology and Health*, Vol. 24, nº 2, 161 – 174.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia (I.S.P.A.)*, 4(1), 65-90.
- Martin, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In Paúl. C. & Fonseca, A., *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, pp.179 – 202.
- Martins, Carla (2011). *Manual de Análise de dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS – saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.

- Martins, Manuela (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, Rebeca (2010). *Pessoa dependente: Identificação do nível de dependência no autocuidado no Concelho de Lisboa*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garret, C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista Referência*, 11, 17-31.
- Martins, Teresa (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau
- Matias, Lúcia (2011). *Tomar conta de dependentes em casa: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados pelos membros da família prestadores de cuidados no concelho de Lisboa*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Avançada.
- Mcbride, K., White, C., Sourial, R., & Mayo, N. (2004). Post discharge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 192-200.
- McEwen, M. & Wills, E. (2009). *Bases Teóricas para a Enfermagem (2ª. Ed.)*. Artmed. Porto Alegre.
- Meleis, A., Sawyer I., Im, E., Messias D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, Afaf (2007). *Theoretical nursing: development and progress (4ª ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, Afaf (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Minet, I.; Møller, S.; Vach, W.; Wagner, I. & Henriksen, J. (2010). Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 80 (2010), 29 – 41.
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Bont, M., & Veeger, A. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1233-1240.
- Moorhead, S.; Jonhson, M.; Maas, M. & Swanson, E. (2010). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (4ª ed.)*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E., (2002). Perception of empowerment by family caregivers of patients with a terminal illness in Kong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(3), 137-145.
- Murashima, S., Nagata, S., Toba, K., Ouchi, Y., & Sagawa, Y. (2000). Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan: implications for improving hospital programs. *Nursing and Health Sciences*, 2, 153-161.

- Naylor M., Brooten, D., Campbell R., Jacobsen B., Mezey M., Pauly M., Schwartz J. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA*. Feb 17; 281(7):613-20.
- Naylor, M., Bowles, K., & Brooten, D. (2000). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nursing*, 17(2), 94-102.
- Naylor, M., & Mccauley, K. (1999). The effects of a discharge planning and home follow- up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *Journal of Cardiovascular Nursing* 14(1), p.44–54.
- Negarandeh, R.; Nayeri, N.; Shirani, F. & Janani, I. (2011). The impact of discharge plan upon re-admission, satisfaction with nursing care and the ability to self-care for coronary artery bypass graft surgery patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.05.001.
- Nicholas, Patrice (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1085-1094.
- Nightingale, Florence (2005). *Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- O'Hara, I.; Cadbury, H.; Souza, I. & Ide, I. (2002). Evaluation of the effectiveness of professionally guided self-care for people with multiple sclerosis living in the community: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*; 16, 119 – 128
- Opie, Anne (1998). "Nobody's Asked Me for My View": Users' Empowerment by Multidisciplinary Health Teams. *Qualitative Health Research*. <http://qhr.sagepub.com/content/8/2/188>.
- Orem, Dorothea (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed). Mosby, St. Louis.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pereira, Filipe (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- Pereira, Helder (2011). *Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida à Universidade de Lisboa.
- Pereira, Rui (2008). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório em meio hospitalar*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. (4ª ed.)*. Lisboa: Edições Silabo.
- Petronilho, Fernando (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.

- Petronilho, Fernando (2010). "A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam no seu seio um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura". *Revista de Investigação em Enfermagem*, fev., 43 – 58.
- Petronilho, F.; Magalhães, M.; Machado, M. & Miguel, N. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no auto cuidado. *Revista Sinais Vitais*, 88, 41-47.
- Petronilho, Fernando (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau Editora.
- Petronilho, A.; Machado, M.; Almendra, M.; Gago, E. (2012). Transição do adulto para a dependência no autocuidado. *Suplemento de atas do III Congresso de Investigação em Enfermagem. Revista Científica da Unidade de Investigação das Ciências da Saúde: Enfermagem*, 240.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: An updated meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B(1), 33–45.
- Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*, (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Popejoy, Lori (2010). Participation of elder persons, families, and health care teams in hospital discharge destination decisions. *Applied Nursing Research*.
- Portney, L. & Watkins, M. (2009). *Foundations of Clinical research: Applications to Practice (3ª ed.)*. Pearson Prentice Hall.
- Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade - *Decreto-Lei nº 265/99* – define e regula a protecção social das situações de dependência. Diário da República, 1ª Série – A, nº 162, de 14 de julho de 1999, pp. 4397-4401
- Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - *Decreto – Lei nº 232/05* – cria o complemento solidário para idosos. Diário da República, 1ª Série – A, nº 249, de 29 de dezembro de 2005, pp. 7319-7323.
- Portugal – Ministério da Saúde - *Decreto-Lei n.º 101/06* – cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 1ª Série, (109), 6 de junho de 2006, pp.3856-3865.
- Portugal, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2011). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos: Relatório*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento
- Pringle, J.; Hendry, C. & Mclafferty, E. (2008). A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2384 – 2397.
- Pryor, J. (2009). Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 79 – 88.
- Queirós, Carmén (2011). *Avaliação da percepção da auto-eficácia do membro de família prestador de cuidados que cuida da pessoa dependente no concelho do Porto*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Avançada.

- Rabinowitz, Y.G., Mausbach, B.T., Coon, D.W., Cepp, C., Thompson, L.W., & Gallagher-Thompson, D. (2006). The moderating effect of self-efficacy on intervention response in women family caregivers of older adults with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 642 – 649.
- Ribeiro, P.(2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto : Legis Editora.
- Riegel, R., Dickson, V.; Lisa Kuhn, Page, K. & Worrall-Carter, I. (2010). Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 888 – 895.
- Rodrigues, Rogério (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Rodríguez, B., Álvarez, E., & Cortés, O. (2001). Cuidadores Informales. Necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermagem*, 24(3), 183-189.
- Rotondi, A.; J.; Sinkule, J.; Balzer, K.; Harris, J. & Moldovan, R. (2007). A Qualitative Needs Assessment of Persons Who Have Experienced Traumatic Brain Injury and Their Primary Family Caregivers. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol.22, nº1, 14-25.
- Ryan, P. & Sawin, K. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57; 217-225.
- Sacco-Peterson, M. & Borel, I. (2004). Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 18; 376 – 386.
- Santos, A. (2004). *Acidente Vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Psicologia, submetida à Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Sayers, S.; Riegel, B.; Pawlowski, S.; Coyne, J.; & samaha, F. (2008). Social Support and Self-Care of Patients with Heart Failure. *The Society of Behavioral Medicine*, 35; 70 – 79.
- Schmutte, T.; Flanagan, E.; Bedregal, I.; Ridgway, P.; Sells, D.; Styron, T. & Davidson, I. (2009). Self-Efficacy and Self-Care: Missing Ingredients in Health and Healthcare among Adults with Serious Mental Illnesses. *Psychiatrics Quarterly*, 80,1 - 8.
- Schumacher, Karen (1995). Family Caregiver Role Acquisition: Role-Making Through Situated Interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 9 (3), 211-226.
- Schumacher, K.; Beidler, S.; Beeber, A.; Gambino, P. (2006) – a transactional model of cancer family caregiving skill. *Advances in nursing science*, 29(3), p.271-276.
- Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Dodd, M. & Dibble, S. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191–203.
- Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Caparro, M.; Mutale, F. & Agrawal, S. (2008). Effects of Caregiving Demand, Mutuality, and Preparedness on Family Caregiver Outcomes During Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35 (1), 49-56.

- Sequeira, Carlos (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Shyu, Y. (2000a). Patterns of Caregiving When Family Caregivers Face Competing Needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 35–43.
- Shyu, Y. (2000b). The needs of Family Caregivers of Frail Elders During the Transition From Hospital to Home: a Taiwanese Sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619–625.
- Shyu, Y.; Chen, M.; Chen, S.; Wang, H. & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2497 – 2508.
- Sidani, S. (2011). Self-care. In Diane Doran (2ª Ed.) *Nursing Outcomes: The state of the science*. Jones & Bartlett Learning, 79 – 130.
- Sigurðardóttir, Arún (2005). Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 301 – 314.
- Silva, Abel Paiva (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Formasau.
- Silva, Abel Paiva (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 11-20.
- Silva, Rosa (2011). *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Avançada.
- Silverman, M.; Musa, D.; Kirsch, B. & Siminoff, I. (1999). Self care for chronic illness: Older African Americans and whites. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14, 169 – 189.
- Sit, J.; Wong, T.; Clinton, M.; Li, L. & Fong, Y. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 816–824;
- Sousa, I.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice* (2.ª ed.) Porto: Ambar.
- Spichiger, E.; Rieder, E.; Christa F., M. & Kesselring, A. (2011). Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, doi:10.1016/j.ejon.2011.05.002, 1 – 7.
- Stajduhar, K. & Davies, B. (2005). Variations in and factors influencing family members' decisions for palliative home care *Palliative Medicine*, 19, 21 – 32.
- Stoltz, P., Udén, J. & Willan, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 111–119.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência;

- Tavares, Mónica (2011). *Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Toljamo, M. & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing* ; 34(6), 780 – 786.
- Tsai, Y.; Liu, I. & Chung, S. (2010). Pain Prevalence, Experiences, and Self-Care Management Strategies Among the Community-Dwelling Elderly in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 40 No. 4, 575 – 581.
- Tung; H.; Chen, S.; Yin, W.; Cheng, C.; Wang, T. & Wu, S. (2011). Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.02.002, 2 – 8.
- Turner, B.J.; Fleming, J.M.; Ownsworth ,T.L. & Cornwell, P.L. (2007). The Transition from Hospital to Home for Individuals With Acquired Brain Injury: A Literature Review and Research Recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 1 – 24.
- Unidade de Missão dos Cuidados Continuados (2011) - *Relatório Intercalar de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º Semestre de 2011*. Disponível em: http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_monitorizacao_1sem_2011.pdf
- Xiaulian, J.; Chaiwan, S.; Panuthai, S.; Yijuan, C.; Lei, Y. & Jiping, I. (2002). Family support and self-care behavior of chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. *Nursing and Health Sciences*, 4, 41 – 49.
- Wang, J. & Shiu, A. (2004). Diabetes self-efficacy and self-care behaviour of Chinese patients living in Shanghai. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 771 – 772.
- Welmer, A.; Arbin, M.; Murray, V.; Holmqvist, I. & Sommerfeld, D. (2007). Determinants of Mobility and Self-care in Older People With Stroke: Importance of Somatosensory and Perceptual Functions. *Physical Therapy*, vol. 87, nº 12, 1633 – 1641.
- Weng, I.; Dai, Y.; Wang, Y.; Huang, H. & Chiang, Y. (2008). Effects of self-efficacy, self-care behaviours on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1786 – 1794.
- Wennman-Larsend & Tishelman, C. (2002). Advanced Home Care for Cancer Patients at the End of Life: a Qualitative Study of Hopes and Expectations of Family Caregivers. *Mental Health Nursing*, 19, 11–27.
- Whittle, H. & Goldenberg, D. (1996). Functional health status and instrumental activities of daily living performance in noninstitutionalized elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 220 - 227.
- Williams, T. & Bond, M. (2002). The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in the self-care behaviours of diabetics. *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 7, nº. 2, 127 – 141.

- Winslow, B. (1998). Family Caregiving and the Use of Formal Community Support Services: a Qualitative Case Study. *Mental Health Nursing*, 19, 11–27. USA.
- Wilkinson & Whitehead (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 46, 1143 – 1147.
- Yu, D.; Lee, D.; Thompson, D.; Jaarsma, T.; Woo, J. & Leung, E. (2010). Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 458 – 467.
- Zagonel, I.P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 7(3), 25-32.
- Zeleznik, D.; Zeleznik, U. & Stricevic, J. (2010). The impact of various factors on self-care of elderly. *HealthMED*, Vol. 4, Nº 1, 29 – 37.
- Zrínyi, M. & Zékányiné, R. (2007). Does self-care agency change between hospital admission and discharge? An Orem - based investigation. *International Nursing Review*, 54, 256 – 262

ANEXOS

ANEXO A – “A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam no seu seio um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura”.

Referências Bibliográficas:

Petronilho, Fernando (2010). “A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam no seu seio um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura”. *Revista de Investigação em Enfermagem*, fev., pp. 43-58.

Principais sínteses

AUTOR, ANO PUBLICAÇÃO. FONTE. PAÍS	PARTICIPANTES/ AMOSTRA	INTERVENÇÃO	METODOLOGIA	RESULTADOS MAJOR
1. Winslow (1998). <i>Mental Health Nursing</i> , 19: pp. 11–27. USA	1 Familiar cuidador	Experiência do cuidador com a rede formal	Estudo de caso (entrevistas ao longo de 3 meses)	Necessidade de desenvolver suporte adequado face às necessidades do familiar cuidador, assegurar o seu bem-estar e sensibilizar a própria comunidade para ajudar a prestar esse apoio.
2. Shyu (2000a). <i>Journal of advanced Nursing</i> , 31 (1), pp. 35– 43. Taiwan.	. 15 Cuidadores em contexto domiciliário . 14 Cuidadores em transição para o regresso a casa	Padrões/estratégias para “ <i>finding a balance point</i> ” face às necessidades de cuidar	Estudo qualitativo, análise por comparação constante (grounded theory)	O processo para encontrar o ponto de equilíbrio “ <i>finding a balance point</i> ” face à necessidade de cuidar engloba: 1) <i>fontes de necessidades concorrentes</i> ; 2) <i>Estabilização das estratégias</i> ; <i>Padrões diferentes para encontrar o ponto de equilíbrio</i>
3. Shyu (2000b). <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 32(3), pp. 619– 625. Taiwan.	16 Familiares cuidadores	Mudanças nas necessidades dos cuidadores durante a transição do hospital para o domicílio	Estudo qualitativo, análise por comparação constante (grounded theory)	Existem diferentes necessidades de cuidados nas diferentes fases do processo de adaptação do cuidador na transição do hospital para o domicílio até atingir um <i>padrão estável de cuidar</i> . 1) <i>Fase de compromisso/ajuste</i> ; 2) <i>Fase de negociação</i> e 3) <i>Fase de resolução</i> .
4. Brereton & Nolan (2000). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 9, pp 498-506. Reino Unido	7 Familiares cuidadores com idade entre os 65 – 84 anos	Necessidades dos familiares cuidadores numa perspectiva temporal	Estudo qualitativo, análise por comparação constante (entrevistas semi-estruturadas) Estudo longitudinal ao longo de 18 meses	Necessidade de promover uma parceria de cuidados mais efectiva e mais eficaz, capaz de preparar os cuidadores, com ênfase na informação sobre as suas necessidades que vão mudando ao longo do exercício do seu papel, sendo o apoio da rede social particularmente importante nos primeiros tempos.
5. Grimmer, Moss & Gill (2001). <i>Quality of Life Research</i> , 9: pp. 100 –1013. Austrália	1226 Familiares cuidadores	Qualidade da preparação da alta na perspectiva dos familiares cuidadores	Estudo quantitativo (aplicação de questionário)	Necessidade de desenvolver -se um modelo de excelência na preparação da alta hospitalar. Há uma associação significativa entre a preparação da alta hospitalar e a qualidade de vida dos cuidadores. Estes percebem uma preparação da alta hospitalar por parte dos profissionais de saúde de baixa qualidade bem como um deficiente suporte social em contexto familiar.
6. Degeneffe (2001). <i>Health & Social Work</i> , vol. 26, n°4, Novembro, pp. 257-268. EUA	Doentes com lesão cerebral traumática (TBI) e respectivos familiares cuidadores	Stress dos cuidadores e estratégias de adaptação. Papel da rede formal de apoio.	Revisão Sistemática Literatura Total – 61 artigos	Muitos cuidadores da pessoa com TBI experimentam uma sobrecarga/ <i>stress</i> muito significativo e não são capazes de usar estratégias e mobilizar recursos face à necessidade de se adaptarem. A rede formal de apoio tem a responsabilidade de mobilizar esforços para melhor compreenderem a natureza deste problema e trabalharem no sentido de criar um sistema de apoio que beneficie estas pessoas, reduzindo as exigências do exercício do seu papel e suas consequências, melhorando assim a sua qualidade de vida.
7. Wennman-Larsen & Tishelman (2002). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 16, pp. 240–247. Suécia	11 Familiares cuidadores	Preocupações/ expectativas dos familiares cuidadores de doentes com cancro e em fim-de-vida	Estudo qualitativo (10 entrevistas)	Da análise do conteúdo das entrevistas emergem 2 temas: 1) <i>A transição para o exercício do papel de cuidador</i> ; 2) <i>A transição para uma nova vida consequência do exercício do papel de cuidador</i> . Se os cuidados prestados no domicílio pretendem ser uma alternativa efectiva aos cuidados prestados no hospital, as expectativas e necessidades dos cuidadores devem ser consideradas e tomadas em conta

				no planeamento dos cuidados por parte dos profissionais de saúde, o que raramente acontece
8. Hauber & Jones (2002). <i>Journal of Head Trauma Rehabilitation</i> , 17(6), pp. 535 – 541. EUA	5 Doentes com traumatismo crânio encefálico e respectivos familiares cuidadores	Uso de videoconferência como suporte aos cuidados prestados pelos familiares cuidadores	Estudo quantitativo (aplicação do Questionário de Necessidades da Família (FNQ) (comparação de grupos)	A utilização das tecnologias de informação (vídeo-conferência) para fazer a <i>ponte</i> entre os cuidados hospitalares e os cuidados prestados em casa pelas famílias pode ajudar a garantir o sucesso dessa transição, promovendo a continuidade de cuidados, otimizando respostas adequadas às necessidades a <i>longo – termo</i> dos doentes e respectivos familiares cuidadores.
9. Coleman et al. (2004). <i>Journal of American Geriatrics Society</i> , 52, pp1817 – 1825. EUA.	158 Doentes e respectivos familiares cuidadores	Efectividade das intervenções dos profissionais de saúde na promoção de um papel mais activo dos doentes e familiares cuidadores reduzindo a taxa de reinternamento	Estudo quantitativo. Desenho Quasi – experimental.	A implementação de intervenções por parte dos profissionais de saúde na ajuda aos doentes e respectivos familiares cuidadores para que estes tenham um papel mais activo no regresso a casa tem uma relação significativa com a taxa de reinternamento no hospital. Essas intervenções reportam-se a informação importante sobre dimensões dos cuidados como: 1) Gestão do regime terapêutico, 2) Gestão da sua condição de saúde e conhecimento sobre sinais e sintomas de agravamento e 3) informação essencial de como ser capaz de comunicar com a equipa de saúde quando for necessário.
10. Stoltz, Udén & Willman (2004). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 18, pp. 111–119. Suécia	Familiares cuidadores	Suporte aos cuidadores que coabitam com pessoas idosas	Revisão sistemática da literatura Inclui estudos com abordagem qualitativa e quantitativa Total - 26 artigos	A – Elevada evidência 1) Os cuidadores desejam satisfazer as necessidades de aprendizagem dentro do grupo de pares, 2) Os cuidadores desejam e sentem a necessidade de fazer uma pausa no exercício do seu papel para descanso, 3) Os cuidadores experimentam emoções negativas no dia-a-dia relacionadas com a sobrecarga, o stress e a preocupação enquanto tomam conta. B – Moderada evidência 1) Os cuidadores desejam “ <i>trabalhar em rede</i> ” com o grupo de pares com o objectivo de aprender a dar as respostas adequadas às necessidades, 2) Os familiares recebem pelo isolamento social decorrente do exercício do papel de cuidadores, 3) A existência de programas de educação/apoio aos cuidadores é um caminho muito bem visto pelos próprios cuidadores e familiares idosos, 4) Os cuidadores recebem a perda do controle, mudanças no papel das relações sociais C – Insuficiente evidência 1) Há diferenças na forma como os cuidadores percebem o seu papel, 2) As emoções negativas no exercício do papel são contrabalançadas por aspectos positivos da experiência de cuidar,
11. Chumblor et al. (2004). <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 19, pp. 944 – 953. USA.	104 Idosos com A.V.C. e respectivos familiares cuidadores	Estratégias para lidar com o <i>stress</i> ; percepção de sobrecarga dos cuidadores e sintomas depressivos, um mês após o evento.	Estudo quantitativo. Aplicação de um questionário que pretende avaliar como é que o cuidador lida com o <i>stress</i> no exercício do seu papel (“ <i>sense of coherence</i> ”	Os cuidadores com maior “ <i>sentido de coerência</i> ” (SOC) percebem menores níveis de sobrecarga pelo exercício do papel, assim como, menor número de sintomas depressivos. Uma maior percepção de sobrecarga do cuidador corresponde um maior nº de sintomas depressivos. Os cuidadores que cuidam de doentes com maior grau de independência funcional

			(SOC)”).	correspondem aos que mostram menos sintomas depressivos.
12. Sit et al. (2004). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 13, pp. 816 – 824. China.	102 Familiares cuidadores de doentes com acidente vascular cerebral	Suporte formal aos familiares cuidadores durante as primeiras 12 semanas de transição do hospital para o domicílio.	Estudo quantitativo descritivo (Utilização de um guião de entrevista para os familiares cuidadores).	Os resultados deste estudo confirmam que a necessidade de cuidados de enfermagem está muito para além da alta hospitalar. Para garantir uma eficácia dos cuidados prestados pelos membros da família em contexto domiciliário é necessário que estes estejam preparados e tenham apoio através de um plano de intervenção da rede formal que abranja todos os membros da família, em especial, no período imediato ao regresso a casa. O problema do suporte social tem sido reconhecido pelos políticos e governantes ao longo dos tempos. No entanto, a consciência social e o aumento do apoio às famílias que cuidam por parte das equipas de enfermagem domiciliárias é uma realidade muito recente. Os enfermeiros ocupam uma posição muito privilegiada e com base numa prática de qualidade, podem oferecer suporte profissional aos cuidadores.
13. Lucke et al. (2004). <i>Quality of Life Research</i> , 13, pp. 97 – 110. EUA.	12 Doentes com lesão medular traumática e respectivos familiares cuidadores	Percepção da Qualidade de Vida dos doentes com lesão medular traumática e familiares cuidadores durante os primeiros 6 meses após a reabilitação	Estudo descritivo, longitudinal. (aplicada escala analógica para avaliação da dor e qualidade de vida e aplicado questionário SF – 36)	Os resultados desta pesquisa revelam <i>scores baixos</i> relativamente à aplicação dos instrumentos de recolha de dados nos doente com lesão medular para as dimensões: <i>função física e desempenho relacionado com saúde física e emocional</i> . Relativamente aos familiares cuidadores, os resultados revelam <i>scores baixos</i> nas dimensões: <i>vitalidade e desempenho relacionado com condição física</i> . É sugerido pelos autores a necessidade de promover um plano de intervenção eficaz que possa facilitar esta transição de continuidade de cuidados no regresso a casa, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade de vida deste grupo de pessoas.
14. Stajduhar & Davies (2005). <i>Palliative Medicine</i> , 19, pp.21 – 32. Canadá.	13 Familiares cuidadores; 47 membros da família e 25 profissionais de saúde.	Factores que determinam a tomada de decisão dos familiares cuidadores no exercício do seu papel	Estudo qualitativo, utilizando a técnica etnográfica com observação participante e entrevistas	Os achados deste estudo indicam que as decisões dos familiares cuidadores são caracterizadas em 3 tipos: 1) Os cuidadores tomam <i>decisões sem qualquer conhecimento</i> , dando pouca importância às implicações que essas mesmas decisões têm para o doente; 2) Os cuidadores tomam <i>decisões com indiferença</i> , demonstrando deste modo a sua relutância em prestar cuidados ao familiar doente e, 3) Os cuidadores <i>negoceiam as suas decisões</i> com familiar doente. As decisões tomadas pelos cuidadores são também influenciadas por 3 factores: 1) cumprindo uma promessa do doente ser cuidado em sua casa; 2) Conseguir que a família mantenha uma <i>vida normal</i> e, 3) Evitar as experiências negativas relacionadas com internamentos anteriores.
15. Lin & Lu (2005). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 14, pp. 719 –726. Taiwan.	98 Idosos com fractura da anca e respectivos familiares cuidadores	Experiência da sobrecarga (stress) do familiar cuidador durante a transição do hospital para o domicílio.	Estudo quantitativo. (aplicação de questionário de sobrecarga (stress) do cuidador em 2 momentos: uma semana e um mês após a alta hospitalar).	O estudo revela-nos que um nº significativo dos cuidadores deste pesquisa, durante a 1ª semana após alta hospitalar, experimentam uma moderada sobrecarga (stress) no exercício do papel, não se verificando uma diferença significativa entre o <i>score</i> de sobrecarga apresentado passado uma semana do regresso a casa comparativamente aquele que é apresentado um mês após.

<p>16. Levine et al. (2006). <i>The Milbank Quarterly</i>, Vol. 84, n° 2, pp. 305 – 331. EUA.</p>	<p>99 Familiares cuidadores de doentes com lesão cerebral</p>	<p>Experiência dos familiares cuidadores de doentes com lesão cerebral</p>	<p>Estudo com abordagem quer quantitativa (através de questionário) quer qualitativa (através de entrevistas semi-estruturadas)</p>	<p>Os cuidadores referem existir uma inadequada preparação para o exercício do papel. Expressam sentir-se muito isolados, elevados níveis de ansiedade e depressão. Neste sentido, as instituições de saúde e as políticas de saúde pública devem providenciar melhor educação, suporte e serviços a este grupo de pessoas. A partir deste estudo são elaboradas algumas recomendações, quer focalizadas nas <i>práticas dos profissionais</i> de saúde, quer focalizadas nas <i>políticas de saúde</i>.</p>
<p>17. Rotondi et al (2007). <i>Journal of Head Trauma Rehabilitation</i>, vol.22, n°1, pp. 14-25.USA.</p>	<p>80 Doentes dependentes e 85 familiares cuidadores</p>	<p>Necessidades expressas pelos cuidadores</p>	<p>Estudo qualitativo (entrevistas semi-estruturadas)</p>	<p>Os participantes do estudo relatam uma insuficiente preparação e educação com vista a uma adequada continuidade de cuidados no contexto domiciliário. Para uma satisfação adequada das necessidades dos doentes/cuidadores, a rede formal de apoio deve estar atenta e ser responsável pela identificação dessas mesmas necessidades ao longo do tempo, possibilitando desta forma uma maior acessibilidade aos serviços de saúde quando os cuidadores necessitam de recorrer. Neste estudo foram identificadas 4 fases de necessidades do familiar cuidador ao longo do tempo do exercício do seu papel: <i>1) na fase aguda da doença do doente, 2) na fase de reabilitação, 3) no regresso a casa e, 4) na fase da integração na comunidade.</i></p>
<p>18. Turner et al. (2007). <i>Disability and Rehabilitation</i>,; pp. 1 – 24, first article. Austrália.</p>	<p>Doentes com lesão cerebral e respectivos familiares cuidadores</p>	<p>A transição do hospital para o domicílio</p>	<p>Revisão da literatura, incluindo artigos pesquisados em bases de dados e pesquisa manual. Inclui apenas artigos em que o período do regresso a casa não ultrapasse 1ano. Foram excluídos todos os artigos publicados anteriormente a 1986. 50 Artigos incluídos no estudo, quer utilizando abordagem qualitativa quer abordagem quantitativa.</p>	<p>O presente estudo faz uma revisão da literatura tendo como tema central a transição do hospital para o domicílio das pessoas com lesão cerebral e respectivos familiares cuidadores. Este processo é um momento muito emocionante e muito difícil para os doentes e cuidadores. Deste modo, no período após o regresso a casa, torna-se muito importante o suporte dos serviços de saúde. São identificadas 2 intervenções estratégicas tendo como alvo esta transição: <i>1) Um programa de suporte após a alta hospitalar e 2) programas /serviços que ajudem a viver a transição a longo - termo.</i> Ambas as estratégias devem ser implementadas no sentido de ir ao encontro das necessidades dos doentes e familiares cuidadores durante este processo de transição. Esta pesquisa também sugere que devem ser realizadas futuras investigações sobre este tema, ajudando a uma melhor compreensão teórica sobre as fases deste processo de transição e, por outro lado, quer validar estas intervenções estratégicas, quer o desenvolvimento de uma abordagem inovadora e adaptada à cada situação específica.</p>
<p>19. Shyu et al (2008). <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 17, 2497 – 2508. Taiwan.</p>	<p>201 Doentes idosos com AVC internados e respetivos FC</p>	<p>Programa de preparação da alta hospitalar para os FC</p>	<p>Estudo experimental com grupo experimental e grupo de controlo Instrumentos de medida utilizados: - Nurse Evaluation of Caregiver Preparation Scale; - Preparedness for Caregiving Scale; -</p>	<p>Os resultados deste estudo revelam que os membros da família prestadores de cuidados de doentes com sequelas de AVC beneficiaram com a implementação do programa de preparação, uma vez que foram satisfeitas a suas necessidades na prestação de cuidados aos familiares na transição para casa. Tornaram-se mais competentes para o exercício do papel de cuidadores e assim também mais satisfeitos com o papel exercido,</p>

			Caregiver Discharge Needs Satisfaction Scale; - Perception of Balance between Competing Needs Scale	
20. Pringle et al. (2008). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17, 2384 - 2397. Reino Unido.	Doentes com acidente vascular cerebral (AVC)	Compreender as experiências dos doentes com AVC e seus familiares cuidadores durante os primeiros dias após a alta hospitalar	Revisão Sistemática da Literatura Engloba 28 estudos.	Os resultados desta pesquisa revelam que momento de regresso a casa é um ponto crucial na transição do hospital para casa. O 1º mês após o regresso a casa é também um período muito crítico e angustiante para as famílias. A qualidade de vida dos doentes está negativamente associada com idade mais avançada. A literatura sugere que, embora os fatores como a idade ou o local da lesão cerebral podem ter algum impacto sobre os sintomas e a recuperação do doente, não têm necessariamente relação com a experiência vivida e as emoções resultantes da doença. No global, muitos dos estudos que englobam esta revisão da literatura, a experiência vivida pós-alta hospitalar são discutidas como parte de estudos longitudinais, ao invés de ser o foco específico dos estudos. Os estudos são muito centrados na reabilitação funcional. A revisão também evidenciou que os doentes com afasia têm sido frequentemente excluídos dos estudos e que o suporte social são aspectos importantes na recuperação do doente. Como recomendações, sugere-se a necessidade de Investigar o fenómeno da experiência vivida pós- alta hospitalar (semanas ou meses) com maior profundidade e como um objetivo central dos estudos. Maior compreensão das experiências durante este período deve permitir uma melhor preparação das famílias e um melhor suporte da rede formal.

ANEXO B - O autocuidado como conceito central da enfermagem: dos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011).

Referências Bibliográficas:

- Petronilho, Fernando (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau Editora.

Principais sínteses

AUTOR(S), ANO PUBLICAÇÃO, PAÍS	PARTICIPANTES/AMOSTRA	OBJECTIVOS DO ESTUDO	METODOLOGIA DO ESTUDO/INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS MAJOR
1. DICKSON ET AL (2011), EUA	99 doentes com insuficiência cardíaca	Explorar as complicações da insuficiência cardíaca no autocuidado	Estudo qualitativo	A adesão à dieta e o reconhecimento e gestão de sinais e sintomas foram os aspectos relacionados com o autocuidado que constituíram maior desafio a esta amostra, porque têm uma baixa percepção de prioridade relativamente à integração do autocuidado face à insuficiência cardíaca. Temas emergentes: 1) atitude e experiência face à prioridade das actividades do autocuidado e 2) A falta de integração de comportamentos de autocuidado levam a um défice de capacidade no autocuidado. Os indivíduos com múltiplas condições crónicas são mais vulneráveis a um défice de auto-cuidado.
2. SPICHTIGER ET AL (2011), SUÍÇA	19 doentes com linfoma, tumor da mama, pulmão e colon	Descrever a percepção e expectativas dos doentes submetidos a tratamento com quimioterapia sobre a sua fadiga e a capacidade para as actividades no autocuidado e percepção da autoeficácia	Estudo qualitativo, com acompanhamento dos doentes durante 3 meses. (<i>Grounded Theory</i>)	Os achados revelam que a informação adequada e sistemática obtida pelos doentes, família e amigos, por parte dos profissionais de saúde no início do tratamento, melhoraram a sua capacidade no autocuidado face à aprendizagem de estratégias para gerir a fadiga.
3. TUNG ET AL (2011), TAIWAN	86 doentes com insuficiência cardíaca	Descrever os comportamentos de auto-cuidado e factores demográficos associados na população com insuficiência cardíaca	Estudo descritivo e correlacional Instrumentos de medida aplicados: - <i>Demographic questionnaire</i> - <i>Self-Care of Heart Failure Index, V. 6 (SCHFI-V6)</i>	Os resultados deste estudo indicam um baixo nível de “self care maintenance” e de “self care management”, apesar de um “Self care confidence” com nível adequado. Há uma associação significativa entre o estado civil dos doentes e o nível de “self care maintenance” e de “self care management”. Doentes casados demonstram maior nível de “self care maintenance” e de “self care management” do que doentes solteiros.
4. NEGARANDEH ET AL (2011), IRÃO	Doentes submetidos pela 1ª vez a a cirurgia electiva (<i>bypass</i> coronário): - 42 Doentes (grupo de intervenção) - 41 Doentes (grupo de controlo)	Avaliar o impacto de um plano de preparação da alta hospitalar no grau de satisfação com os cuidados de enfermagem, a capacidade de realizar o autocuidado e a Tx de readmissão hospitalar, de doentes submetidos pela 1ª vez a a cirurgia electiva (<i>bypass</i> coronário).	Estudo quasi-experimental Doentes acompanhados até ao 3º mês após a alta hospitalar.	Níveis de satisfação com os cuidados de enfermagem e a capacidade de realizar o auto-cuidado foram maiores no grupo de intervenção comparando com o grupo de controlo. Houve uma diferença significativa para a capacidade de realizar o autocuidado entre o pré-teste e o pós-teste em ambos os grupos, mas verificou-se uma melhoria mais significativa no grupo de intervenção. Não houve diferença significativa entre os dois grupos (investigação e controlo) em termos de readmissão no hospital após os 3 meses da alta hospitalar. Os resultados deste estudo indicam que o plano de preparação da alta hospitalar, como um método de plano de assistência contínua, pode levar a maior satisfação dos doentes com o suporte percebido através da acção profissional dos enfermeiros e maior capacidade para realizar o autocuidado.
5. HOLGUÍN (2010), COLOMBIA	206 Doentes adultos com insuficiência cardíaca	Descrever o comportamento e capacidade de realizar o autocuidado em doentes com insuficiência cardíaca internados numa clínica	Estudo quantitativo descritivo-exploratório Aplicada a <i>Escala de Capacidade de Realização do Autocuidado</i> , desenvolvida por Isemberg y Evers et ál. (1993), traduzida por Gallego	O apoio familiar, o desempenho de uma actividade profissional, o acesso ao sistema de saúde, o nível socioeconómico e o acesso a um nível educativo, constituem factores condicionantes importantes para a realização adequada das acções promotoras de autocuidado. Pode concluir-se que os adultos conhecem as actividades inerentes à realização do autocuidado, mas ainda não tomaram decisões promotoras desse mesmo autocuidado (acção do autocuidado). Assim, torna-se importante o acompanhamento dos enfermeiros ao doente e à família com programas específicos para identificação dos recursos potenciais necessários, quer individuais, quer no ambiente que os rodeia, que ajudem os doentes a realizar as acções de autocuidado necessárias.
6. LEE ET AL (2010), EUA	445 Participantes com hipertensão arterial ou a tomar medicação anti-hipertensiva I, entre os 40-64	Descrever os factores associados aos comportamentos de autocuidado no controlo da hipertensão arterial, em	Estudo descritivo transversal Aplicado o <i>Guided by Social Cognitive Theory</i>	Os factores pessoais são preditores de comportamentos do autocuidado no controlo da hipertensão. Enquanto o suporte social não teve muita relevância nos comportamentos de autocuidado no controlo da hipertensão. O estudo demonstra ainda que há uma relação significativa entre a idade dos participantes e o tempo de duração da hipertensão. Doentes com maior percepção de autoeficácia e com maior conhecimento da doença (hipertensão arterial) correspondem aos doentes com comportamentos de autocuidado mais adequados no controlo da hipertensão. A autoeficácia no controlo da hipertensão emergiu como a dimensão mais significativa

	anos de idade.	doentes hipertensos.		dos comportamentos de autocuidado no controlo da hipertensão.
7. MINET ET AL (2010), DINAMARCA	7.677 Doentes com diabetes tipo II	Avaliar o impacto da intervenção multidisciplinar promotora de capacidade de gestão do autocuidado e o período de acompanhamento, no controlo da glicemia de doentes com diabetes tipo II,	Meta-análise com 47 estudos experimentais (ensaios clínicos randomizados randomizados), até 2007. Os estudos incluídos foram divididos em dois subgrupos: um grupo contendo estudos com intervenções com base em técnicas de educação e o outro grupo contendo estudos com intervenções com base em técnicas comportamentais e psicossociais.	Há um efeito positivo das intervenções da equipa multidisciplinar no controlo da glicemia em doentes com diabetes tipo II, com particular impacto quando são implementados programas de intervenção bem estruturados e personalizados. No entanto, verifica-se uma diminuição deste impacto ao longo do tempo de intervenção. Estes benefícios na promoção do autocuidado, tendo reflexo no controlo eficaz da glicemia, espera-se que também tenham um impacto na redução da taxa de morbilidade e mortalidade destes doentes. As técnicas de intervenção no âmbito dos comportamentos psico-sociais (ex. abordagem cognitiva, motivacional e comportamental; aconselhamento psicológico, relaxamento e técnicas de resolução de problemas; entrevista motivacional) tiveram menor impacto, comparativamente à intervenção com técnicas de educação (ex. aquisição de conhecimentos; habilidades e informação).
8. TSAI ET AL (2010), TAIWAN	1.054 Idosos recrutados de um centro médico e de um hospital distrital do norte de Taiwan, em regime de ambulatório	Explorar a prevalência de dor, experiências, e estratégias de gestão do autocuidado, entre idosos residentes na comunidade em Taiwan	Estudo descritivo de perfil quantitativo.	Em conclusão, este estudo revelou uma alta prevalência de dor entre os residentes na comunidade de idosos em Taiwan, sendo a causa de sofrimento suficiente para interferir com as suas actividades de vida diárias. A incapacidade destes idosos para obter alívio da dor está relacionada com a dificuldade em não utilizar estratégias de alívio da dor, mas também com a sua identidade cultural (crenças e valores) na sua representação da dor (com a utilização de medicinas alternativas). São sugeridos mais estudos para explorar este fenómeno e também é recomendada a formação em serviço envolvendo os profissionais de saúde, sobre o seu papel importante na promoção de estratégias eficazes de alívio e controlo da dor.
9. YU ET AL (2010), CHINA	Amostra de conveniência com 143 doentes chineses com insuficiência cardíaca e referenciados a partir de uma clínica da especialidade	Traduzir a "European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS)" para a língua chinesa e testar as suas propriedades psicométricas na população Chinesa, em doentes com insuficiência cardíaca (IC).	A EHFScBS (versão em Inglês) foi traduzida para a língua chinesa. Foi utilizado painel de revisores para examinar a sua semântica, validade de equivalência e de conteúdo.	Este estudo demonstra que o EHFScBS é conceptualmente relevante na avaliação do autocuidado na população chinesa com IC. Esta pesquisa fornece evidência para a sua fiabilidade adequada e validade, com o objectivo de avaliar os comportamentos de autocuidado nos doentes chineses com IC. As conclusões do estudo recomendam a sua utilização como uma escala prática. Os resultados deste estudo indicam que o impacto negativo da insuficiência cardíaca não só diminui a qualidade de vida dos doentes, como também aumenta a taxa de readmissão hospitalar. Neste estudo cerca de 25-40% dos doentes referem ser muito importante a necessidade de suporte profissional quando estão perante a exacerbação dos sinais e sintomas da doença (ex. falta de ar, edemas dos tornozelos), bem como referem ser muito importante a adesão ao regime medicamentoso prescrito. No entanto, os doentes parecem ter um autocuidado menos eficaz na monitorização e gestão de aumento do peso corporal, bem como na gestão da fadiga, sendo estes dois sinais percebidos pelos doentes como sinais precoces menos ameaçadores de agudização da doença do que a falta de ar e o edema dos tornozelos.
10. ZELEZNIK ET AL (2010), ESLOVÉNIA	302 idosos com idade ≥ 75 anos, residentes na comunidade, mas com assistência de cuidados domiciliários.	Descrever os factores que afectam a capacidade para o autocuidado dos idosos da Eslovénia, residentes na comunidade.	Estudo Quantitativo com aplicação de um instrumento com 91 itens de avaliação contendo subescalas de avaliação dos seguintes factores: 1) tipos de autocuidado; 2) orientação para o autocuidado; 3) capacidade funcional; 4) satisfação com a vida e 5) auto-estima. Este instrumento foi concebido com base na teoria do autocuidado de Beckman (1999) e testado na população idosa da Finlândia.	Os idosos com maior capacidade para o autocuidado são aqueles que têm maior capacidade funcional, melhores estilos de vida, um envelhecimento mais activo, uma melhor aceitação do futuro, melhores relações familiares e melhor satisfação com a vida, porque percebem a capacidade para se auto cuidarem. Têm ainda maior orgulho no seu desempenho no trabalho, quer no passado, quer no presente. Idosos com uma vida laboral mais "dura" têm maior responsabilidade no autocuidado assim como maior satisfação com a vida. São ainda mais responsáveis pela sua saúde, pelo regimen terapêutico e manutenção da sua capacidade funcional, demonstrando maior satisfação com a vida. A gestão do regime medicamentoso mais eficaz por parte destes idosos está associada a uma maior aceitação do envelhecimento bem como uma perspectiva positiva do seu futuro. Referem ter preferência por viverem o seu envelhecimento em suas casas. Este desejo deve estar associado à sua elevada capacidade de autocuidado e não de acordo com a sua idade cronológica.
	27 Adultos (19	- Descrever o autocuidado dos	Estudo transversal comparativo com	As diferenças específicas associadas ao género no desempenho do autocuidado são mínimas. No entanto, verificou-se diferenças de género em relação à interpretação e resposta adequada aos sintomas sem ajuda de

11) RIEGEL ET AL (2010), AUSTRÁLIA	homens e 8 mulheres) com insuficiência cardíaca (IC)	homens e mulheres com IC - Identificar especificidades associadas ao género como factores inibidores ou facilitadores do autocuidado nas pessoas com IC.	triangulação de métodos: numa 1ª fase foram realizadas entrevistas aos participantes e numa 2ª fase foi aplicado um questionário construído a partir das entrevistas realizadas.	um profissional de saúde relacionado com a agudização da IC, em que os homens demonstraram-se mais competentes na gestão da doença. Por outro lado, as mulheres demonstraram muitas dúvidas na interpretação e na capacidade de tomar decisões sem ajuda de um profissional de saúde. As diferenças descritas neste estudo estão associadas com diferenças na percepção de autoeficácia no desempenho do autocuidado por parte dos homens apesar de terem mais doenças crónicas associadas, no suporte social e no estado emocional. A tristeza, a depressão, o isolamento social e a falta de apoio percebido, foram os principais factores para uma gestão ineficaz da doença nas mulheres com IC. Os homens demonstraram maior probabilidade em ficar ansiosos ou com medo das consequências da doença. No entanto, estas emoções foram associadas a maior empenho na vigilância dos sinais e sintomas e maior empenho na realização do autocuidado. Por outro lado, os adultos jovens que demonstravam comportamentos de revolta tinham maior dificuldade na interpretação e gestão dos sinais e sintomas.
12. CAMERON ET AL (2010), AUSTRÁLIA	143 Doentes com sintomas de Insuficiência Cardíaca (IC)	Testar nos doentes com IC internados no hospital, as seguintes hipóteses nulas: 1. Não há diferenças significativas nos comportamentos de autocuidados de manutenção entre o grupo de doentes com sintomas de IC classificados como “noviços” e os classificados como “experientes”, 2. Não há diferença nas decisões de gestão do autocuidado e acções de desempenho do autocuidado entre o grupo de doentes com sintomas de IC classificados como “noviços” e os classificados como “experientes”, 3. Não há diferença na gestão, auto-confiança e nas decisões sobre as acções de desempenho do autocuidado entre o grupo de doentes com sintomas de IC classificados como “noviços” e os classificados como “experientes”,	Estudo quantitativo (não experimental) Instrumento de medida: - <i>Self-Care of Failure Heart Index</i> (SCHFI). A amostra (143) foi dividida em 2 grupos: - Grupo de doentes classificados como “experientes” (com mais de 2 meses de diagnóstico médico de IC); - Grupo de doentes classificados de “noviços” (com menos de 2 meses de diagnóstico médico de IC)	O nível de experiência é um factor determinante no desempenho do autocuidado, daí, com implicações importantes para a prática dos enfermeiros. Os doentes com IC mais experientes têm maior capacidade para: monitorização de sinais e sintomas de agravamento da IC, aderir a comportamentos que ajudem a manter a estabilidade fisiológica e a tomar decisões apropriadas quando os sintomas da doença se agravam. São mais pró-activos, quer no reconhecimento dos sinais e sintomas, quer na tomada de decisão para implementar acções de autocuidado adequadas, quer na utilização dos serviços de saúde, com implicações positivas na progressão da doença. No entanto, apesar da maioria da amostra ser classificada como experiente, carecem de competências adequadas na tomada de decisão sobre o desempenho no autocuidado, o que mostra que a aprendizagem por parte dos doentes para uma gestão mais eficaz é um processo a longo prazo.
13. CHANG	10 Enfermeiros de cuidados	Descrever a influência da cultura chinesa sobre as crenças no	Estudo qualitativo com entrevistas a 10 enfermeiros de cuidados domiciliários e 10	Os resultados desta pesquisa indicaram três grandes temas: 1) A importância de realizar o autocuidado está relacionado com: - Crenças dos sujeitos sobre a sua capacidade para ser independente

(2009), TAIWAN	domiciliários e 10 idosos residentes em casa.	autocuidado entre os enfermeiros de cuidados domiciliários e a população idosa residente em casa.	idosos residentes em casa.	<ul style="list-style-type: none"> - A alta qualidade dos cuidados de enfermagem no domicílio e - Os sentimentos negativos na procura de suporte (vergonha, angústia e tristeza) <p>2) Factores que condicionam a recuperação de habilidades no auto-cuidado estão relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitações físicas; - Medo de quedas; - Depressão; - Suporte inadequado da equipa de enfermagem na promoção da independência <p>3) Factores que facilitam a recuperação de habilidades no autocuidado estão relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da autoestima; - Desejo em regressar a casa - Suporte adequado da equipa de enfermagem - Suporte adequado dos familiares
14. PRYOR (2009), AUSTRÁLIA	53 Enfermeiros a exercer em 5 unidades de internamento de reabilitação	Explorar a acção profissional dos enfermeiros no processo de orientação e apoio dos doentes na reconstrução do autocuidado	Estudo qualitativo (grounded theory), realizado em 5 unidades de internamento de reabilitação, com entrevistas e observação a 53 enfermeiros.	<p>A acção profissional dos enfermeiros por forma a facilitar a transição de cuidados agudos para os cuidados de reabilitação dos doentes com vista a recuperarem o autocuidado engloba 3 fases:</p> <p>1) Facilitar o envolvimento dos doentes no processo de reabilitação, refere-se a um conjunto de actividades realizadas pelos enfermeiros com o objectivo de integrar os doentes no <i>conceito e práticas</i> de reabilitação, facilitando deste modo o seu envolvimento neste processo.</p> <p>2) Potenciar o esforço do doente, refere-se a um conjunto de práticas dos enfermeiros com o objectivo de ajudar os doentes a desenvolver capacidades no autocuidado, tornando-os mais independentes.</p> <p>3) Proporcionar assistência gradual, refere-se a uma diminuição gradual da assistência física por parte dos enfermeiros, ao longo do tempo, em resposta a uma melhoria ou potencial de melhoria do doente nas suas habilidades funcionais. O objectivo é melhorar a sua independência no autocuidado.</p>
15. KODAMA ET AL (2009), JAPÃO	1036 Membros da família prestadores de cuidados (FC): - 381 FC a viverem em contexto rural; - 655 FC a viverem em contexto urbano.	Explorar as relações entre os FC e os familiares idosos dependentes no autocuidado como factor determinante para a institucionalização deste	Estudo longitudinal prospectivo. Aplicação de um questionário em 2 momentos diferentes com intervalo de 2 anos.	<p>A taxa de institucionalização dos idosos dependentes no autocuidado é significativamente mais elevada quando as relações com os FC são mais pobres. As relações familiares estão muito associadas à tensão psicológica e podem ser determinantes para a decisão de institucionalizar o familiar dependente em lares.</p> <p>Um ambiente favorecedor entre FC e os idosos dependentes ajudaria a prevenir sintomas psicológicos negativos, Um forma de suporte mental aos FC, ajudando a superar estes sintomas psicológicos negativos seria a presença de <i>boas memórias</i> entre os familiares ao longo da sua vida.</p>
16. CLARCK ET AL (2009), CANADÁ	42 Doentes com insuficiência cardíaca (IC) grau II e III e 30 membros da família prestadores de cuidados (FC), residentes em contexto rural.	Identificar os factores percebidos pelos doentes e cuidadores facilitadores ou inibidores da vontade e capacidade para gerir a IC.	Estudo qualitativo com entrevistas semi-estruturadas a doentes com IC e FC.	<p>A capacidade e vontade para desempenhar o autocuidado estão associados a outros factores contextuais, incluindo: a fé nos profissionais de saúde, percepção que têm sobre o sistema de saúde em meio rural e estratégias de estoicismo e auto-confiança associados com o trabalho, o lugar, a história, a cultura e o meio rural. Mais conhecimento não implica directamente uma maior disposição para o desempenho do autocuidado ou procura mais precoce de ajuda dos profissionais de saúde quando os sintomas de IC se agravam. Muitos doentes e FC preferem retardar a procura de ajuda quando há agravamento de sintomas associado aos factores descritos. Existem outros factores individuais facilitadores ou inibidores como a fé, os valores e crenças culturais, as percepções de autoeficácia. Um achado importante nesta pesquisa foi a influência da "ética no trabalho", que levou frequentemente a atrasos na procura de ajuda aquando do agravamento de sintomas.</p>
17. KIDD ET AL (2009), REINO UNIDO	11 Doentes em tratamento com quimioterapia a tumor do cólon.	Explorar o conhecimento dos doentes sobre a sua percepção de autocontrolo na gestão (autocuidado) dos efeitos	Estudo qualitativo longitudinal com entrevistas semi-estruturadas realizadas 6 meses antes e 6 meses depois, a pessoas em tratamento com quimioterapia a tumor	<p>Os achados desta pesquisa permitem dividir os participantes em 2 grupos: 1) doentes com elevado controlo percebido, 2) doentes com baixo controlo percebido. O controlo percebido está intrinsecamente associado às percepções e às preferências de papéis no desempenho do autocuidado relacionado com o tratamento do tumor do cólon. Deste modo, estes resultados podem ajudar-nos a perceber melhor a relação que existe entre autocuidado e controlo percebido.</p>

		colaterais durante o tratamento com quimioterapia a tumor do cólon.	do cólon.	Os doentes com elevado controlo percebido acreditam que podem influenciar a natureza das suas experiências associado aos sintomas indesejáveis resultantes dos efeitos colaterais do tratamento, através de comportamentos de autocuidado (gestão) mais eficazes, sendo mais pr-activos, vendo este papel como muito importante. Em contrapartida, os doentes com baixo controlo percebido acreditavam ter pouca influência sobre as suas experiências associado aos sintomas não desejáveis e que não sentiam capacidade nem experiência (menos pró-activos) que lhes permitisse adoptar comportamentos de autocuidado mais eficazes na gestão deste processo.
18. MAK ET AL. (2009), CHINA	143 Doentes com síndrome respiratório agudo grave (ASDR) acompanhados durante 18 meses após a alta hospitalar.	Examinar o papel mediador da autoeficácia/ autocuidado na relação entre suporte social e ajustamento psicológico, nos doentes com ASDR, após 18 meses da alta hospitalar.	Estudo quantitativo (transversal) com aplicação de um questionário após 18 meses da alta hospitalar, avaliando as dimensões: 1) Sócio-demográfica, 2) Suporte percebido da equipa de saúde, 3) Suporte percebido da família/amigos, 4) auto-eficácia /autocuidado e 5) Status de saúde mental.	A auto-eficácia/autocuidado tem um efeito mediador positivo entre o suporte social (da equipa de saúde e da família/amigos) e o "status mental" neste grupo de doentes, com resultados mais significativos relativamente ao apoio da família/amigos. Os doentes com melhor ajustamento psicológico (melhor saúde mental) evidenciaram melhor percepção de autoeficácia e melhor desempenho no autocuidado e maior apoio social. O apoio da família, amigos e equipa de saúde pode promover a saúde mental dos doentes, melhorando a sua percepção de autoeficácia em lidar com o stress e as sequelas resultantes da doença através do desempenho das actividades no autocuidado. A percepção de autoeficácia no desempenho do autocuidado é determinada por 3 tipos de atitudes: 1) a crença de que a experiência vivida com a doença é também uma oportunidade e capacidade para se aproveitar a vida ao máximo, 2) a crença de que se é capaz de utilizar estratégias de redução do stress e 3) a crença de que se é capaz de tomar decisões por si mesmo relativamente ao regimen terapêutico.
19. SCHMUTTE ET AL (2009), EUA	20 Participantes com doença mental grave.	Identificar um modelo de intervenção de autocuidado/ gestão regime terapêutico que contribua para a melhoria da condição física de doentes mentais graves.	Estudo qualitativo com os participantes distribuídos por 4 focus groups.	Os achados deste estudo mostram que: 1) a auto-eficácia desempenha um papel importante na capacidade dos doentes para lidarem com a doença crónica e na prática de comportamentos de promoção da saúde, 2) qualquer esforço para melhorar o bem-estar dos adultos com doenças mentais graves terá de estar associado à percepção de auto-eficácia como requisito para melhorar as suas necessidades básicas de autocuidado. Muitos elementos desta amostra percebem baixa auto-eficácia. Esta pesquisa destaca a importância do desenvolvimento de auto-eficácia além da melhoria saúde relacionada com o conhecimento como factor importante na gestão da doença.
20. WENG (2008), TAIWAN	177 Pessoas submetidas a transplante de rim, com pelo menos 6 meses de cirurgia efectuada.	Examinar o efeito da percepção de auto-eficácia sobre os sintomas depressivos considerando o efeito mediador dos comportamentos de autocuidado, nas pessoas submetidas a transplante de rim.	Estudo descritivo correlacional, utilizando 3 escalas para medição das variáveis centrais do estudo: 1) Depressão (versão chinesa da Beck Depression Inventory (BDI)), 2) Auto-eficácia (The Kidney Transplantation Self-Care Self-Efficacy Scale) e 3) Autocuidado (Kidney Transplantation Self-Care Behavior Scale)	As relações entre sintomas depressivos, percepção de auto-eficácia e comportamentos adequados de autocuidado foram estatisticamente significativas. Há uma correlação negativa moderada entre a percepção de auto-eficácia e os sintomas depressivos e uma correlação positiva moderada entre a percepção de auto-eficácia e os comportamentos de autocuidado. O autocuidado mostrou-se um mediador parcial entre a auto-eficácia e os sintomas depressivos.
21. KIDD ET AL (2008), REINO UNIDO	11 Doentes com tumor cólon – rectal submetidos a tratamento com quimioterapia	Explorar a experiência vivida relativamente ao autocuidado em doentes com tumor cólon – rectal, durante os 6 meses de tratamento com quimioterapia.	Estudo qualitativo perfil longitudinal com entrevistas semi-estruturadas no início e no fim do tratamento com quimioterapia.	Este estudo revela que os doentes com tumor do cólon submetidos a quimioterapia têm uma grande preocupação em manter o seu autocuidado por forma a preservarem a sua identidade, manterem um sentido de normalidade na sua vida diária e serem capazes de gerir eficazmente a sua condição física e emocional, associado ao impacto do tratamento. Para isto, os doentes contam com a ajuda e o conhecimento dos profissionais de saúde face à necessidade de se adaptarem a este processo de transição significativo nas suas vidas. Relativamente à sua condição física, os participantes no estudo referem estratégias que lhes permite prevenir e tratar os efeitos indesejados do tratamento. No entanto, houve um grupo de doentes que foram referenciados para os serviços de saúde, havendo necessidade dos profissionais de saúde assumirem a gestão do seu bem-estar físico uma vez que não se sentiam capazes de gerir com eficácia o seu papel relativamente ao autocuidado. Neste estudo todos os doentes foram capazes de fazer a distinção entre as actividades realizadas para gerir o impacto físico e as actividades realizadas para gerir o impacto emocional. Relativamente à condição emocional, foram relatadas estratégias relacionadas com a obtenção de informação relativamente aos efeitos da quimioterapia, o reconhecimento do seu impacto físico e emocional e, deste modo, a forma como foram capazes de racionalizar esse mesmo impacto. No entanto, surgiram diferenças na utilização destas estratégias. Uma das estratégias mais importantes relatadas pelos participantes foi a forma como se

				<p>preparavam para o tratamento com quimioterapia, como a procura na <i>internet</i> de informação acerca dos efeitos relacionados com o tratamento, a partilha de experiências com outros doentes onde aprendiam o <i>padrão</i> dos efeitos secundários provocados pelo tratamento. Nas entrevistas os doentes tentavam racionalizar a sua experiência vivida, referindo a necessidade e a importância da quimioterapia para o tratamento da doença, daí, encaravam os efeitos secundários do tratamento como algo necessário e inevitável ("<i>a small price to pay</i>"), algo temporário, não como algo esperado como negativo, simplesmente visto como algo <i>inconveniente</i>.</p> <p>Relativamente à necessidade e importância de utilizarem estratégias para preservar a sua identidade e manter um sentido de normalidade nas suas vidas diárias, foi referido a importância de continuarem com as suas rotinas diárias, socializarem com os amigos e família e tentarem que o tratamento não interferisse com os seus estilos de vida. Estas estratégias revelam-se importantes para os doentes não só na perspectiva do seu impacto no autocuidado, mas também importante para reforçar a sua identidade.</p>
22. HEO ET AL (2008), EUA	122 Doentes com insuficiência cardíaca (77 homens e 45 mulheres) seguidos em consulta de ambulatório numa clínica e 2 hospitais.	Identificar factores relacionados com os comportamentos de autocuidado e associados ao género, em doentes com insuficiência cardíaca	Estudo transversal descritivo e correlacional	<p>Homens e mulheres não têm um envolvimento adequado relativamente aos comportamentos necessários face ao autocuidado. Maior confiança no autocuidado, maior controlo percebido e melhor conhecimento sobre a gestão da doença foram relacionados com melhor comportamento de autocuidado.</p> <p>Em termos de diferenças de género, maior controlo percebido e melhor conhecimento da gestão da doença foram relacionados a melhor comportamento de autocuidado nos homens, enquanto maior confiança no autocuidado e pior estado funcional foram relacionados com melhor comportamento de autocuidado nas mulheres.</p>
23. HUANG ET AL (2008), TAIWAN	148 Idosos com asma moderada - severa distribuídos aleatoriamente por 3 grupos.	Avaliar a efectividade de um programa individualizado de educação relativamente ao autocuidado, em idosos com asma moderada - severa.	<p>Ensaio clínico randomizado (RCT) com os participantes distribuídos por 3 grupos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Acesso a cuidados habituais; 2) Acesso a programa de educação individualizada; 3) Acesso a programa de educação individualizada com monitorização com <i>peak flow meter</i> (PFM). <p>Os participantes foram acompanhados durante 6 meses.</p>	<p>Neste estudo foram avaliados os resultados nos 3 grupos de intervenção: grupo com acesso a <i>cuidados habituais</i>; grupo com acesso grupo com acesso a <i>programa de educação individualizada</i> e grupo com acesso a <i>programa de educação individualizada com monitorização com peak flow meter</i> (PFM).</p> <p>Este estudo revelou que os idosos com asma moderada - severa que foram alvo de um <i>programa de educação com treino de monitorização de PFM</i> comparativamente aos idosos submetidos a um programa de <i>cuidados habituais</i>, após os 6 meses de intervenção, demonstraram mais competências de autocuidado (conhecimentos e habilidades), comportamentos mais adequados de autocuidado, maior percepção de autoeficácia, melhoria na função respiratória e uma redução significativa no uso de medicamento.</p> <p>Esta pesquisa revela ainda que a utilização de programas de auto-aprendizagem com visualização de vídeo sobre a asma e sintomas da doença podem ter utilidade para os doentes, mas a sua utilização exclusiva é insuficiente para programas de ensino individualizado. Acrescenta que a educação individualizada e o treino de <i>PFM</i> pode melhorar a competência no autocuidado dos doentes com asma.</p>
24. SAYERS ET AL (2008), EUA	74 Doentes com insuficiência cardíaca (IC).	Identificar a relação entre o suporte social e o desempenho no autocuidado em doentes com IC.	<p>Estudo descritivo correlacional com aplicação de escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Medical Care Questionnaire</i> (MCQ) - <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> - <i>Medication Nonadherence</i> - <i>Self-care of Heart Failure Index</i> (SCHFI) - <i>Eating Behavior Questionnaire</i> (EBQ) 	<p>A condição de ser casado aumenta a probabilidade e a disponibilidade dos restantes membros da família (especialmente o cônjuge) para ajudarem a uma melhor adesão ao regime terapêutico (autocuidado), por parte do doente com IC. Lembrar a toma da medicação é uma tarefa muito frequente dos cônjuges. A idade também parece ter uma relação significativa com o suporte social uma vez que os doentes com IC mais idosos têm uma maior percepção de apoio social. A evidência deste estudo revela também que a um melhor desempenho do autocuidado está associado um maior apoio social. Maior apoio social (particularmente pessoas significativas) está associado uma menor confiança no autocuidado. Este facto pode ser explicado pelo facto dos familiares poderem ter uma atitude de excessiva protecção e não promoverem a sua responsabilidade e autonomia no autocuidado. O apoio emocional foi consistentemente relacionado com a adesão à medicação, à dieta, ao suporte instrumental e ao controlo do stress.</p>
25. CEBECI & CELIK (2008),	109 Doentes submetidos a	Avaliar o impacto da preparação da alta (treino e aconselhamento) no	<p>Estudo quasi-experimental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de intervenção com 57 	<p>O <i>grupo de intervenção</i>, após efectuado treino e aconselhamento de preparação do regresso a casa, apresenta um <i>score</i> médio de desempenho das actividades no autocuidado superior, no momento da alta hospitalar, uma semana e um mês após o regresso a casa, comparativamente com o grupo de controlo. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas no <i>score</i> médio de desempenho do autocuidado entre os 2 grupos</p>

TURQUIA	cirurgia de by-pass cardíaco - Grupo de intervenção com 52 participantes; - Grupo de controlo com 57 participantes.	desempenho das actividades do autocuidado e outros problemas, nos doentes submetidos a cirurgia de by-pass cardíaco.	participantes; - Grupo de controlo com 57 participantes. Aplicados 2 instrumentos de recolha de dados: 1) <i>Personal Information Form</i> 2) <i>Self-Care Agency Scale</i>	(intervenção e controlo) no momento da admissão no hospital. As principais razões que justificam a diferença de médias no autocuidado encontradas nos 2 grupos do estudo podem ser atribuídas a: 1) a utilização em simultâneo de vários métodos de ensino; 2) a formação individual dos doentes com particular atenção aos princípios de aprendizagem mais adequados aos adultos; 3) o imediato aconselhamento e suporte quanto às informações e aprendizagem que necessitavam durante o episódio de internamento no hospital; 4) a atenção necessária à condição física e motivação individual dos doentes; 5) o estabelecimento de uma comunicação e cooperação individual adequada com os doentes, familiares e equipa de saúde e 6) no geral, a existência de um ambiente favorável para o treino e aprendizagem. Os doentes do grupo de controlo tiveram menor <i>score</i> no autocuidado e um maior número de problemas de saúde após a alta hospitalar em comparação com os doentes do grupo de intervenção. O aconselhamento e o treino individual do doente orientado para a construção do conhecimento, das habilidades, o do comportamento adequado no autocuidado, podem ajudar a enfrentar de forma eficaz os desafios em saúde, bem como, pode ajudar a prevenir o aparecimento de problemas adicionais e consequentemente reduz as taxas de reinternamento. Neste estudo, o n° de doentes que tiveram necessidade de recorrer aos serviços hospitalares por complicações agudas da doença entre o momento da alta hospitalar e o 1° <i>follow-up</i> no grupo de intervenção uma semana após a alta clínica, foi maior no grupo de controlo.
26. WELMER ET AL (2007), SUÉCIA	115 Idosos com AVC com idade superior a 65 anos (52 homens e 63 mulheres)	Identificar relação entre: função somatossensorial, função perceptiva, função cognitiva, sintomas depressivos, mobilidade e autocuidado, 5 semanas após ocorrência de AVC.	Estudo quantitativo correlacional e transversal	Os idosos com avaliação da função somatossensorial normal após AVC correspondem aqueles com melhor desempenho da mobilidade e autocuidado. As alterações da percepção no desempenho das actividades do autocuidado podem estar associadas à dificuldade e capacidade de desempenhar de forma sequente os movimentos necessários ao desempenho das tarefas, como comer e vestir. A função perceptiva foi fortemente associada ao desempenho do autocuidado do que com a mobilidade, na avaliação após 5 semanas da ocorrência do AVC. Os autores referem que a mobilidade é um factor muito importante para um maior desempenho do autocuidado, bem como os idosos com sintomatologia depressiva (ex. tristeza) tinham maior dependência no desempenho do autocuidado.
27. ZRINYI, & ZÉKÁNYNÉ (2007), HUNGRIA	160 Doentes recrutados a partir de 5 serviços: - Medicina interna (48); médico-cirúrgico (45); oncologia (28); ginecologia (22) e obstetrícia (17) e 52 enfermeiros.	Objectivo do estudo: - Avaliar se os cuidados de enfermagem melhoram a capacidade no autocuidado dos doentes. Hipóteses do estudo: 1- Não há diferenças na capacidade de autocuidado entre o momento de admissão no hospital e a alta clínica; 2- Os doentes têm uma avaliação superior na sua capacidade de autocuidado comparativamente à avaliação dos enfermeiros, tanto no momento de admissão no hospital como no momento da alta clínica; 3- Quanto melhor a relação entre doente – enfermeiro maior é a capacidade no autocuidado relatado pelos	Estudo comparativo com pré-teste e pós-teste, no momento da admissão no hospital e no momento da alta clínica. Instrumentos de recolha de dados aplicados: - <i>Appraisal of Self-Care Agency Scale</i> form A and B (Evers et al. 1993), permite avaliar a capacidade no autocuidado; - <i>Patient Reactions Assessment</i> (PRA) (Galassi et al. 1992); permite avaliar a relação doente - enfermeiro	Não há diferenças significativas na avaliação face à capacidade no autocuidado entre o momento da alta hospitalar e o momento do regresso a casa, mesmo para os doentes com sucessivos internamentos. Portanto, os doentes não referiram melhoria na sua capacidade no autocuidado entre os 2 momentos de avaliação. Este estudo confirma que a uma melhor relação entre doente – enfermeiro corresponde uma maior capacidade para o desempenho das actividades do autocuidado, relatado pelos doentes. Isto é justificado pela qualidade da intervenção dos enfermeiros que na perspectiva dos doentes, quando corresponde às suas expectativas, influencia positivamente o seu desempenho no autocuidado. Um outro achado importante neste estudo é a taxa de readmissão no hospital dos doentes que participaram no estudo, atribuído à frequente incapacidade dos doentes para realizarem as actividades do autocuidado, com implicações negativas na sua condição de saúde.

		doentes.		
28. Kasıkcı & Alberto (2007), TURQUIA	200 Doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	Descrever a relação entre suporte familiar, percepção de autoeficácia e capacidade de realizar o autocuidado, em doentes com DPOC	Estudo descritivo correlacional e transversal. Aplicados os seguintes instrumentos de recolha de dados: - <i>Demographic Data Form</i> (DDF); - <i>Perceived Social Support for Family scale</i> (Pss-Fa); - <i>COPD Self-Efficacy Scale</i> ; - <i>Alberto COPD Self-care Behaviour Inventory</i> (COPDSC).	Os doentes com DPOC podem ser menos propensos a gerir eficazmente a doença por défice de confiança, habilidades, conhecimento e suporte social. Uma vez que a DPOC é uma doença crónica, as pessoas portadoras desta doença necessitam de se adaptar às várias fases da doença. Os participantes relatam altos níveis de suporte familiar, contributo fundamental para o apoio na realização das actividades diárias e assim crucial para a realização do autocuidado. Os participantes deste estudo identificaram os cônjuges e os filhos como as pessoas mais disponíveis para o apoio necessário. A maioria dos participantes deste estudo (73%) relata uma média de percepção de autoeficácia superior ao ponto médio da escala aplicada, sendo sugerido pelos autores a necessidade de implementar programas de educação individualizados para melhorar a confiança destes doentes na realização do autocuidado. Verificou-se neste estudo uma capacidade adequada dos participantes na realização das actividades do autocuidado. Há uma relação positiva entre o suporte familiar e a capacidade de realizar o autocuidado, daí os doentes com DPOC com maiores níveis de apoio familiar demonstraram maior capacidade de realizar o autocuidado. Os resultados revelam também uma relação positiva entre a percepção de autoeficácia dos doentes e a sua capacidade de realizar o autocuidado, no entanto, a maioria dos participantes identificaram uma baixa percepção de autoeficácia. Por outro lado, apesar de numa minoria dos participantes (5%) demonstrar altos níveis de percepção de autoeficácia, a maioria destes (73%) demonstraram comportamento adequado na realização do autocuidado. Este resultado à priori é está em desacordo e pode ser explicado pelo facto da maioria dos participantes referir um elevado nível de suporte familiar. Há uma relação positiva, estatisticamente significativa, entre a percepção de autoeficácia e o apoio familiar, onde o reforço positivo por parte dos familiares torna-se fundamental para a melhoria da percepção da autoeficácia por parte do doente com DPOC.
29. AKYOL ET AL (2007), TURQUIA	10 Doentes hipertensos recrutados a partir de 2 instituições de saúde (1 clínica de cardiologia e 1 hospital).	Explorar os factores determinantes no comportamento/ capacidade no autocuidado em doentes hipertensos.	Estudo descritivo exploratório e transversal. Aplicado o questionário <i>Exercise of Self-Care Agency</i> (ESCA) de Nahcivan (1993, 2004)	Neste estudo as mulheres apresentaram valores mais elevados de hipertensão arterial comparativamente aos homens, no entanto, estes valores não são estatisticamente significativos. Por outro lado, os valores mais elevados de hipertensão foram observados nas pessoas com idade superior a 60 anos, ficando demonstrado nesta pesquisa que há uma relação positiva, estatisticamente significativa, entre a idade dos doentes e os valores de hipertensão arterial. Relativamente ao nível de comportamento/capacidade no autocuidado, os participantes deste estudo foram classificados como <i>moderado</i> , não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos doentes e o seu comportamento no autocuidado. Esta pesquisa revela ainda que há uma relação negativa, estatisticamente significativa entre a idade dos doentes e o suporte social (incluindo o seguro de saúde) e também o comportamento no autocuidado. Assim, verificou-se que ao aumento da idade corresponde uma diminuição do suporte social e também uma diminuição do comportamento face ao autocuidado. O comportamento no autocuidado revelou-se nos homens em níveis mais baixos comparativamente às mulheres, mas esta diferença foi considerada sem significado estatístico. Neste estudo há também uma relação positiva, estatisticamente significativa, entre o nível de educação (grau de escolaridade) dos doentes e o nível de comportamento no autocuidado, onde os participantes com maior nível educacional revelaram melhor comportamento no autocuidado. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o nível de comportamento no autocuidado e a situação laboral dos doentes (estar ou não empregados). Em síntese o acesso a cuidados de saúde, educação e serviços sociais por parte das pessoas com necessidades reais tem um efeito positivo na alteração e adopção de rotinas comportamentais mais eficazes.
30. HOY ET AL (2007), DINAMARCA	Foram seleccionados 57 estudos teóricos e empíricos publicados entre 1990 e 2006 onde o autocuidado	Explorar a literatura existente relacionada com o fenómeno do autocuidado e a promoção da saúde nos idosos e, assim, desenvolver uma compreensão do autocuidado como recurso	Revisão da literatura. Foram seleccionados para esta revisão da literatura artigos com abordagem qualitativa ou quantitativa, utilizando diferentes	O autocuidado como recurso de saúde dos idosos emerge como um conceito multidimensional e com diferentes definições: porque é realizado, o que implica a sua realização e como é realizado. Dos artigos analisados emergem 2 áreas de acordo e inter-relacionadas na exploração do conceito de autocuidado como um recurso de saúde dos idosos: 1) <i>autocuidado como a capacidade para a manutenção da saúde</i> , 2) <i>autocuidado como um processo para a manutenção da saúde e desenvolvimento de saúde</i> . Ambos os conceitos envolvem vários atributos conceptuais. Apesar de do autocuidado poder ser conceptualmente analisado de forma separada, como uma capacidade e como um processo, devem ser vistos não como dimensões independentes mas sim como aspectos que se reforçam mutuamente.

	<p>estava relacionado com a promoção da saúde dos idosos.</p> <p>No geral, o tamanho da amostra dos estudos qualitativos foi cerca de 15 e dos estudos quantitativos superior a 150 participantes e idade igual ou superior a 65 anos.</p>	de saúde.	<p>métodos de investigação: fenomenologia, <i>grounded theory</i>, etnografia, revisões da literatura, ensaios clínicos, estudos longitudinais e transversais.</p>	
<p>31. CHEN & WANG (2007), TAIWAN.</p>	<p>115 Sujeitos com artrite reumatóide (AR) recrutados a partir de 2 hospitais.</p>	<p>1- Identificar a condição de saúde do doente com AR e a influência dos factores: condição física, conhecimento sobre gestão da doença e suporte social e comportamento no autocuidado;</p> <p>2- Explorar o impacte destes factores no comportamento de autocuidado dos doentes com AR;</p> <p>3- Avaliar se estes 3 factores representam predictor efectivo no comportamento do autocuidado.</p>	<p>Estudo descritivo correlacional e transversal.</p> <p>Aplicados os seguintes instrumentos de recolha de dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Demographic questionnaire</i> - <i>Health assessment questionnaire</i> - <i>Rheumatoid arthritis knowledge scale</i> - <i>Social support scale</i> - <i>Self-care behavior scale of RA patients</i> 	<p>Há correlações estatisticamente significativas entre as variáveis do estudo (condição física, conhecimento sobre gestão da doença, suporte social e comportamento no autocuidado). Relativamente ao conhecimento sobre gestão da doença, os doentes revelam mais conhecimentos sobre o regime medicamentoso (ex. analgésicos) e poucos conhecimentos sobre terapia não medicamentosa (ex. utilização de calor para alívio da dor). Na dimensão – capacidade de autocuidado - a toma da medicação revela-se como o comportamento mais eficaz entre os doentes do estudo e a conservação de energia apresenta os <i>scores</i> mais baixos. Os doentes demonstram poucos conhecimentos sobre a etiologia da doença. Os indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos apresentam menor suporte relativamente à informação necessária para lidar com a doença. Nestes estudo as fontes de suporte social foram principalmente cônjuges e outros familiares. Resultados do estudo mostram também que a idade, a condição física e o suporte social têm uma correlação estatisticamente significativa com o comportamento no autocuidado, significando que os indivíduos mais velhos tinham pior condição física e os que têm maior suporte social têm comportamentos de autocuidado mais adequados. Esta pesquisa revela ainda que o suporte social é o principal predictor de comportamento de autocuidado.</p>
<p>32. DRIVER ET AL (2006), USA</p>	<p>18 Indivíduos em período de <i>follow-up</i> superior a 1 ano após lesão cerebral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo experimental (9 participantes); - Grupo de controlo (9 participantes) 	<p>Avaliar o efeito de um programa de exercícios aquáticos na promoção de comportamentos de saúde em pessoas após lesão cerebral.</p>	<p>Estudo experimental.</p> <p>Utilizados como instrumentos de medida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Physical Self-Description Questionnaire</i> (PSDQ), permite medir o auto-conceito e a auto-estima; - <i>The Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP-II), permite medir os comportamentos de saúde relativamente ao autocuidado, avaliando especificamente: 1) responsabilidade de saúde, 2) actividade física, 3) nutrição, 4) crescimento espiritual, 5) relações interpessoais e, 6) gestão do stress. 	<p>Há melhorias no auto-conceito da condição física e na auto-estima pós-programa. O reforço da auto-estima gerado pela participação dos indivíduos no programa de actividade física aumenta o seu <i>locus</i> de controlo e, assim, verifica-se uma melhoria nos comportamentos de saúde. Daí, a melhoria da auto-estima e do <i>locus</i> de controlo devem ser uma dimensão a considerar no processo de reabilitação, podendo mesmo ter um impacte muito positivo noutras áreas do processo de reabilitação. Por exemplo, as habilidades aprendidas no programa de actividade física preparam os doentes para uma melhor adaptação às inúmeras barreiras físicas e sociais que se vão deparando ao longo do dia-a-dia ao realizar as suas AVDs em contexto comunitário.</p> <p>O significado destes resultados enfatiza o reconhecimento de que a melhoria da capacidade de enfrentar as situações difíceis na realização das AVD's pode ser aferida pelo aumento de comportamentos de saúde e melhoria do bem-estar global dos indivíduos do grupo experimental que foi medido pela melhoria da sua condição psicológica e melhoria na participação social. O reforço da auto-estima é considerado um predictor para a adopção de comportamentos de promoção da saúde. Por isso, devido ao aumento da auto-estima dos participantes do estudo, verificou-se um aumento na sua participação e, deste modo, uma melhoria nos</p>

			As escalas foram aplicadas antes e pós-programa a todos os participantes. O programa foi aplicado 3 vezes por semana e durante 8 semanas.	comportamentos de saúde foram esperados. Resultados para o grupo experimental indicam significativo aumento na responsabilidade de saúde, actividade física, melhor adesão a uma nutrição adequada, maior crescimento espiritual e nas relações interpessoais, após a conclusão do programa de exercícios. Em síntese, os resultados sugerem que os indivíduos dentro do programa (grupo experimental) demonstraram uma maior probabilidade de se envolverem em comportamentos de promoção da saúde em relação aos indivíduos do grupo de controlo.
33. AVILA ALPIREZ ET AL (2006), MÉXICO.	20 Adultos com diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.	Avaliar o efeito de um programa de apoio educativo de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus tipo II.	Estudo quase-experimental. Instrumento de medida utilizado: - <i>Escala de Capacidades de Autocuidado</i> (Guerrero et al) que inclui 25 itens de requisitos universais de autocuidado. Os participantes foram submetidos antes e após a implementação do programa de apoio educativo de enfermagem, através do instrumento referido.	Houve melhoria significativa na capacidade de autocuidado dos participantes após a implementação do programa de apoio educativo de enfermagem. Os resultados do estudo demonstram ainda que existe associações significativas entre os elevados níveis de capacidade no autocuidado nos participantes submetidos a programa de apoio educativo de enfermagem e a idade, estado civil e o género.
34. BORG ET AL (2006), SUÉCIA	522 Idosos com capacidade de autocuidado reduzida.	Identificar a relação entre a satisfação de vida dos idosos com redução da capacidade de autocuidado e a condições de vida, saúde no geral; a capacidade de autocuidado, a participação na capacidade física, a solidão e os recursos financeiros	Estudo correlacional. Instrumentos de medida utilizados: - <i>Older Americans' Resources Schedule</i> (OARS); - <i>Life Satisfaction Index Z</i> (LSIZ).	Vários factores multidimensionais foram associados à baixa satisfação com a vida nos idosos com capacidade de autocuidado reduzida, tais como, relacionados com a actividade física e as AVD's, sociais, saúde mental e económicos). Neste estudo, a baixa satisfação com a vida dos idosos com reduzida capacidade no autocuidado está associada, no global, a uma condição de saúde pobre, recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades do dia-a-dia, a uma diminuição da capacidade de realizar as AVD's, à solidão e um sentimento de preocupação.
35. CALLAGHAN (2006), E.U.A.	235 Idosos em contexto comunitário.	Identificar a relação entre comportamentos de saúde promotores da capacidade de autocuidado e as rotinas relacionadas com o crescimento espiritual, na população idosa.	Estudo correlacional transversal. Instrumentos de medida aplicados: - <i>Health-Promoting Lifestyle Profile II</i> (Walker, Sechrist, & Pender, 1987); - <i>Self-Rated Abilities for Health Practices Scale</i> (Becker, Stuifbergen, Soo Oh, & Hall, 1993); - <i>Exercise of Self-Care Agency Scale</i> (Kearney & Fleischer, 1979).	Há uma relação significativa entre o crescimento espiritual, a capacidade de autocuidado, o auto-conceito, a iniciativa e a responsabilidade. Os idosos com rotinas relacionadas com comportamentos de crescimento espiritual também relatam ter melhor auto-conceito, iniciativa e responsabilidade para realizar as tarefas relacionadas com o autocuidado.
36. CALLAGHAN (2005), E.U.A.	235 Idosos em contexto comunitário.	Identificar a relação entre factores básicos condicionantes e comportamentos saudáveis de autocuidado, capacidade de autocuidado, percepção de autoeficácia e de saúde, na população idosa.	Estudo correlacional transversal. Instrumentos de medida aplicados: - <i>Health-Promoting Lifestyle Profile II</i> , avalia o envolvimento nos comportamentos de procura de saúde: 1) responsabilidade com a saúde, 2) actividade física, 3) nutrição, 4) relações interpessoais, 5) crescimento espiritual e, 6) gestão do stress;	Os resultados do estudo revelam, na população idosa, relações significativas entre factores básicos condicionantes e comportamentos saudáveis de autocuidado, capacidade de autocuidado e percepção de auto-eficácia. Assim: 1) Os idosos que revelaram scores mais elevados de comportamentos saudáveis de autocuidado, capacidade de autocuidado e percepção de auto-eficácia são aqueles que têm maior suporte económico; 2) Os idosos que revelaram scores mais elevados de comportamentos saudáveis de autocuidado e percepção de auto-eficácia são aqueles que têm seguro de saúde que constitui um recurso que permite melhor acesso aos cuidados de saúde. No entanto, estes idosos revelam scores mais baixos de capacidade no autocuidado; 3) Os idosos que revelaram scores mais elevados de comportamentos saudáveis de autocuidado,

			<p>- <i>SRAHP</i>, avalia 4 dimensões de autoeficácia na saúde ou a confiança em ser capaz de desempenhar comportamentos saudáveis. Inclui: 1) exercício, 2) bem-estar psicológico, 3) nutrição e 4) práticas de saúde;</p> <p>- <i>ESCA</i> (Kearney & Fleischer, 1979) mede 4 dimensões relacionadas com a capacidade (agency) do autocuidado: 1) Autoconceito, 2) iniciativa e responsabilidade, 3) conhecimento e procura de informação e postura passiva;</p> <p>- Questionário sócio-demográfico:</p>	<p>capacidade de auto-cuidado e percepção de auto-eficácia são aqueles que têm ensino superior (universitário);</p> <p>4) Os idosos que revelaram scores mais elevados de comportamentos saudáveis de autocuidado, capacidade de autocuidado e percepção de auto-eficácia são aqueles que têm maior conhecimento da sua condição de saúde e como geri-la;</p> <p>5) Os idosos que revelaram scores mais elevados de comportamentos saudáveis de autocuidado, capacidade de autocuidado e percepção de auto-eficácia são do sexo feminino (género);</p> <p>6) Os idosos que revelaram scores mais elevados de comportamentos saudáveis de autocuidado, capacidade de autocuidado e percepção de auto-eficácia são mais velhos (idade);</p> <p>7) Os idosos que revelaram scores mais elevados de comportamentos saudáveis de autocuidado, capacidade de autocuidado e percepção de auto-eficácia têm melhor apoio familiar, nomeadamente o apoio do cônjuge. No entanto, ainda em relação ao processo familiar, neste estudo, existe uma associação significativa entre comportamentos de saúde mais adequados relacionados com o autocuidado e percepção de auto-eficácia e a não existência de filhos;</p> <p>8) Os idosos que revelaram scores mais elevados de comportamentos saudáveis de autocuidado e percepção de auto-eficácia são os que têm uma pior condição de saúde, no entanto, estes idosos revelam piores scores de capacidade de autocuidado;</p> <p>9) Em relação a factores socioculturais (educação, raça, prática religiosa, etc), os idosos que revelaram scores mais elevados de comportamentos saudáveis de autocuidado, capacidade de autocuidado e percepção de auto-eficácia são de raça branca (comparativamente aos de raça negra e hispânicos), têm práticas religiosas, condições financeiras mais adequadas, mais instrução e rendimentos.</p>
37. SOUSA ET AL (2005), E.U.A.	141 Adultos com idade» 40 anos com diabetes mellitus tipo I ou II, insulino-dependentes há pelo menos 6 meses.	Identificar as relações entre capacidade de autocuidado, autoeficácia, gestão do autocuidado e controlo da glicemia, em adultos com diabetes mellitus tipo I ou II, insulino-dependentes.	<p>Estudo correlacional transversal.</p> <p>Instrumentos de medida aplicados: - <i>Demographic Questions of the Diabetes Care Profile</i> (DCP; Fitzgerald et al, 1996); - <i>Appraisal of Self-Care Agency Scale</i> (ASAS; Evers, Isenberg, Phillipsen, Brouns, & Smeets, 1986); - <i>Insulin Management Diabetes Self-Efficacy Scale</i> (IMDSES, Hurley's (1988)); - <i>Insulin Management Diabetes Self-Care Scale</i> (IMDSCS, Hurley's (1988));</p>	Há uma forte correlação entre a percepção de auto-eficácia, a autogestão e a capacidade de autocuidado no controlo da glicemia, sugerindo que os indivíduos que têm maior auto-eficácia e maior capacidade de autocuidado têm uma melhor gestão da doença que por sua vez lhes permite ter uma maior capacidade no controlo da glicemia. No entanto, este estudo revela que a autoeficácia e a capacidade de autocuidado, por si, não são suficientes para alcançar um melhor controlo da glicemia, sendo necessário um grande envolvimento nas actividades de autocuidado. Embora este estudo não tenha tido como objectivo principal, identificar relações entre controlo de glicemia, autoeficácia, capacidade de autocuidado e a raça/etnia dos participantes, os resultados sugerem que há disparidades, em que os indivíduos de raça negra têm menor autoeficácia e menor capacidade de autocuidado, daí, menor controlo sobre a glicemia.
38. SIGURDARDOT TIR (2005), ISLÂNDIA	20 Estudos incluídos na revisão da literatura.	Explorar o autocuidado dos indivíduos com diabetes tipo I e apresentar um modelo que inclui os factores que determinam esse mesmo autocuidado, através da revisão da literatura.	<p>Revisão da literatura, incluindo artigos publicados nas bases de dados: ProQuest, PsycINFO and Medline, entre 1995 e 2002.</p> <p>Palavras – chave: ("self-care" or "self-management" and "diabetes") and "self-efficacy"</p>	<p>Após a revisão d literatura o autor encontrou um modelo de factores que afectam o autocuidado nos indivíduos com diabetes.</p> <p>A uma melhor percepção de autoeficácia (ajuda por parte dos profissionais de saúde no estabelecimento de metas e identificação de barreiras) corresponde uma maior capacidade e autocuidado (no concreto, neste estudo, melhor adesão à medicação e melhor autovigilância da glicemia capilar) nos indivíduos com diabetes.</p> <p>Este modelo mostra que se os profissionais se focalizarem na melhoria da percepção de autoeficácia dos indivíduos, analisando cada área do autocuidado, de acordo com os conhecimentos, as habilidades e os factores emocionais, melhorarão a sua capacidade de autocuidado e assim haverá uma menor probabilidade de negligência desse mesmo autocuidado.</p> <p>Foram encontradas quatro áreas importantes no autocuidado na diabetes para a obtenção dos resultados: 1) o nível de glicemia, 2) o exercício físico, 3) a auto-vigilância da glicemia capilar e 4) o cumprimento da dieta adequada, mais importante do que o exercício regular e a auto-vigilância da glicemia capilar.</p> <p>A frequência (regularidade) da auto-vigilância da glicemia capilar e a adesão à medicação (ajuste de insulina) revelaram-se o melhor preditor de controlo metabólico da glicemia.</p> <p>As maiores dificuldades do ponto de vista a comportamentos adequados para controlo da diabetes estão</p>

				relacionadas com a adesão à dieta e a regularidade no exercício físico, embora, no global, haja uma consciência da sua importância. Por outro lado, os comportamentos mais adequados e relatados como mais fáceis de executar estão relacionados com a auto-vigilância da glicemia capilar e o ajuste da dose de insulina a administrar.
39. WANG & SHIU (2004), CHINA.	130 Indivíduos com diabetes tipo II.	Identificar relações entre auto-eficácia e comportamentos de autocuidado em indivíduos com diabetes tipo II.	Estudo correlacional transversal. Instrumentos de medida aplicados (Wang et al., 1998): - <i>Diabetes self-efficacy scale</i> (C-DSES); - <i>Diabetes self-care scale</i> (C-DSCS)	Há uma correlação positiva entre a auto-eficácia e comportamentos adequados de autocuidado nos indivíduos com diabetes. Os indivíduos com níveis mais elevados de auto-eficácia revelam níveis mais elevados nos comportamentos de autocuidado face à diabetes. Os achados do estudo parecem revelar também uma associação significativa entre a idade dos indivíduos bem como o facto de terem emprego e a percepção de auto-eficácia e envolvimento em algumas áreas do autocuidado. Isto é, ser mais novo («40 anos) e estar empregado revela níveis mais baixos de autoeficácia e de envolvimento em actividades no autocuidado, tais como, dieta adequada, exercício físico regular e cuidados com a higiene dos pés. Os participantes no estudo sem emprego revelaram maiores níveis de autoeficácia na gestão do regime medicamentoso.
40. DRAGESET (2004), NORUEGA.	113 Indivíduos com idades entre 65-101 anos, residentes em lares.	Identificar associação entre capacidade funcional para realizar as Actividades de Vida Diária - AVD - (continência, alimentação, ir ao sanitário, transferência da cama para a cadeira, vestir e tomar banho), contactos sociais (família e amigos / vizinhos) e solidão emocional e isolamento social.	Estudo quantitativo. Instrumentos de medida aplicados: - <i>Katz Index of ADL</i> (modificada); - <i>Revised Social Provisions Scale</i> (SPS); - <i>Family and Friendship Contacts Scale</i> .	A dependência no desempenho das AVD's pode facilitar os contactos sociais e, assim, reduzir ou neutralizar a solidão social. As descobertas neste estudo também mostram a importância do contacto social com familiares mais próximos e significativos (ex. filhos e netos). Os resultados indicam que os profissionais devem prestar atenção à capacidade dos idosos em realizar as AVD e a sua associação com as relações sociais e a solidão. Os achados mostram uma relação estatisticamente significativa entre dependência do ambiente na realização das AVD e o baixo nível de isolamento social. Da mesma forma, um frequente contacto social com os filhos os netos tinham um efeito estatisticamente significativo em níveis baixos isolamento social. A partir do presente estudo pode conclui-se que as AVD (continência, alimentação, ir ao sanitário, transferência da cama para a cadeira, vestir e tomar banho) bem como o contacto com uma rede social tem um efeito estatístico com um nível baixo de isolamento social. A dependência no desempenho das AVD pode ter como consequência a necessidade de ajuda de outros, facilitando os contactos sociais e a interacção, reduzindo ou neutralizar as experiências de isolamento social.
41. SACCO-PETERSON & BORELL (2004), SUÉCIA.	9 Idosos residentes em lar.	Compreender a influência do ambiente físico e sócio-cultural na participação no autocuidado dos idosos residentes em lares.	Estudo qualitativo (etnográfico), com entrevistas em profundidade a 9 idosos residentes e pela observação participante.	Os achados deste estudo revelam que apesar de haver frequentemente limitações ambientais importantes, os idosos demonstram uma grande vontade e atribuem grande valor ao facto de participarem de forma muito positiva no seu autocuidado, mesmo que tal facto implique um enorme esforço diário. Por outro lado, alguns participantes no estudo, face às suas crenças sócio-culturais demonstraram menor participação no autocuidado. Um outro achado importante neste estudo é a existência de idosos residentes que não apresentam qualquer incontinência ou qualquer alteração da capacidade funcional ou mesmo cognitiva, mas aceitam usar fralda para uma melhor gestão das necessidades de eliminação. A incontinência pode resultar do uso inadequado de fraldas, uma vez que incentiva a diminuição gradual do estímulo voluntário da micção e assim com consequências negativas para o tónus do músculo da bexiga, perdendo-se gradualmente a continência. Neste estudo, talvez por práticas inadequadas dos profissionais de saúde, os residentes idosos que eram continentes mas usavam fralda revelaram-se gradualmente incontinentes. Os resultados deste estudo também revelaram o dilema dos enfermeiros que cuidam destes idosos tendo a percepção que as suas práticas diárias favoreciam a instalação mais precoce da incontinência naqueles que eram continentes mas que usavam fralda e justificado pelo facto de o nº de elementos a trabalhar ser insuficiente para dar respostas adequadas a estes idosos, o que tinha impacte na qualidade dos cuidados prestados. Nesta pesquisa, foram encontradas muitas restrições no ambiente e implícitas no contexto cultural que podem em parte explicar a implementação de práticas questionáveis mas aceites quer pelos profissionais, quer pelos próprios idosos residentes, mas com implicações negativas na qualidade de vida dos idosos. Neste estudo as limitações na participação no autocuidado por parte dos idosos é influenciada e compreendida pelas próprias crenças sócio-culturais. Mesmo os profissionais que trabalham diariamente com os idosos podem não ter a consciência de alguns esforços desnecessários por parte destes para realizarem o seu autocuidado.

42. LORENSEN & ERIKSEN (2003),	73 Idosos internados num hospital para cuidados de reabilitação.	Avaliar o efeito do uso de um instrumento de avaliação sistemática da capacidade no autocuidado e idosos durante o processo de reabilitação, no momento da admissão, alta hospitalar e 3 meses após a alta clínica.	Estudo quasi-experimental de perfil longitudinal com 3 momentos de avaliação: 1º No momento da admissão no hospital; 2º No momento da alta hospitalar; 3º três meses após a alta hospitalar. Instrumento de medida utilizado (intervenção): - <i>Lorensen's Self-care Capability Scale</i> (LSCS), avalia as capacidades no autocuidado dos idosos; - <i>Patient Satisfaction Questionnaire</i> , avalia a satisfação do cliente.	Os resultados deste estudo revelaram que o uso sistemático do instrumento de avaliação aumentou a capacidade no autocuidado, maior satisfação dos idosos do estudo, facilitou o processo de comunicação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e com impacte positivo no nº de dias de internamento hospitalar. O conhecimento mais global e mais holístico da condição de saúde do doente com a aplicação da escala ajudou ao planeamento das intervenções de forma mais personalizadas e assim o trabalho dos profissionais passou a ser mais centrado no idoso e menos na tarefa a desempenhar. O papel do enfermeiro ao tornar-se mais eficaz com esta nova metodologia teve implicações positivas na comunicação e no papel desenvolvido por toda a equipa multidisciplinar. Foi também identificada uma melhor compreensão por parte dos idosos do trabalho dos profissionais e daquilo que era esperado por estes no seu envolvimento nos cuidados por forma a tornarem-se mais autónomos. Os idosos expressaram também uma maior satisfação com os cuidados de reabilitação prestados no domicílio com impacte na sua capacidade de gerir melhor o autocuidado no dia-a-dia.
43. EVERT ET AL (2003), AUSTRÁLIA.	908 Indivíduos (a maioria com diagnóstico de esquizofrenia)	Descrever as redes sociais de pessoas com psicose e investigar relações entre as redes sociais funcionamento pessoal e emprego.	Estudo epidemiológico com 2 fases: 1) levantamento de pessoas com psicose em quatro áreas predominantemente urbanas da Austrália. De seguida, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas numa amostra aleatória estratificada de participantes com o objectivo de avaliar o seu funcionamento; 2) Dados relativos ao funcionamento e das redes sociais foram aplicados em 908 indivíduos (a maioria com diagnóstico de esquizofrenia).	A maioria dos participantes com psicose (67%) tinham uma rede social composta por familiares e amigos, 15% foram identificados como tendo uma rede constituída por familiares, 11% por uma rede composta por amigos e 7% dos participantes foram definidos como socialmente isolados (sem família ou amigos). Participantes em que a rede social era composta por amigos e familiares ou apenas por familiares tinham mais probabilidade de estar empregados a tempo inteiro comparados com aqueles em que a rede social era composta apenas por amigos ou aqueles que estavam socialmente isolados. Dificuldades no autocuidado foram relatadas com maior frequência entre as pessoas socialmente isoladas e aqueles em que a família era identificada como a sua rede social do que entre aqueles em que a rede social era composta por amigos e aqueles que tinham amigos e familiares. Há uma forte associação entre a integração social e o funcionamento. Integração social foi definida como ter contacto com a família e/ou amigos e funcionamento foram definidos como o emprego e a capacidade no não autocuidado. Pessoas tinham com o suporte social a família também foram mais propensas a viver de forma independente em casa (própria ou da família ou alojamentos alugados) que as pessoas que estavam socialmente isolados ou tinha uma rede social de amigos. Também é importante notar a associação entre isolamento social e as desvantagens socioeconómicas, tais como a falta de emprego e residências inadequadas. O género masculino foi associado com o género mais pobre no desempenho do autocuidado, e o género feminino foi ligeiramente, mas significativamente, associada a uma maior probabilidade de ter amigos. A generalização que a presença de familiares e amigos é associada a uma melhor autocuidado e do emprego é suportada. Os resultados do estudo também nos revelam que há uma forte relação entre o tipo de redes sociais e o funcionamento. Ou seja, a presença da família e dos amigos é geralmente associada a um melhor desempenho no autocuidado e do emprego.
44. O'HARA ET AL (2002), REINO UNIDO	169 Participantes com esclerose múltipla (EM): - 73 Participantes no grupo de intervenção - 96 Participantes no grupo de controlo	Avaliar a eficácia de um programa profissional, de baixa intensidade e de baixo custo, com a construção de um folheto informativo centrado nas prioridades percebidas pelos clientes com EM, na comunidade, tendo por foco a sua capacidade no autocuidado	Estudo experimental. Instrumentos de medida utilizados: - <i>Barthel Index</i> ; - <i>SF-36</i> ; - <i>Standard Day Dependency Record</i> (SDDR). Foram efectuados 2 avaliações: 1ª) antes da intervenção e 2ª) seis meses após o início da intervenção.	Os participantes do grupo de intervenção apresentam melhores resultados: melhor saúde mental e menos fadiga, após a intervenção. Nos participantes do grupo de intervenção verificou-se uma estabilização nos níveis de independência, enquanto os participantes do grupo de controlo apresentam níveis inferiores de independência significativos. Sendo assim, os participantes do grupo de intervenção manifestaram ser menos essencial o apoio dado com o programa relativamente à realização das AVD, comparando com os participantes do grupo de controlo. Embora não fossem encontradas diferenças significativas, a perda de estado funcional parecia ser reduzida no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo.
45. XIAULIAN ET AL (2002), CHINA.	98 Doentes com Doença Pulmonar	Identificar relações entre suporte familiar e comportamentos adequados no	Estudo descritivo correlacional. Instrumentos de medida utilizados:	Há uma baixa correlação positiva entre o suporte familiar e os comportamentos no autocuidado (gestão/adesão ao regime terapêutico), significando que os doentes com DPOC com maiores níveis de suporte familiar demonstram melhores níveis de comportamentos adequados de autocuidado.

	Obstrutiva Crónica (DPOC).	autocuidado em doentes com DPOC	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Demographic Data Recording Form</i> (DDRF); - <i>Modified Perceived Social Support from Family Scale</i> (MPSS- Fa); - <i>Self-care Behavior Scale for COPD Patients</i> (COPDSC) 	
46. WILLIAMS & BOND (2002), AUSTRÁLIA.	94 Adultos com diabetes.	<p>Hipóteses:</p> <p>H1 - Há uma correlação positiva entre autoeficácia e autocuidado</p> <p>H2 – As expectativas de resultados será positivamente correlacionada com o auto-cuidado</p> <p>H3 - A autoeficácia e as expectativas de resultados interagem para determinar o autocuidado</p> <p>H4 - Pobre adesão ao regime está associada a uma falta de apoio familiar</p> <p>H5 – A autoeficácia medeia os efeitos do apoio social sobre o autocuidado das pessoas com diabetes</p> <p>H6 -Há um efeito de mediação das expectativas de resultados sobre o relação entre apoio social e auto-cuidado</p>	<p>Estudo correlacional preditivo.</p> <p>Instrumentos de medida utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Summary of Diabetes Self-Care Activities</i> (SDSCA; Toobert & Glasgow, 1994), avalia os comportamentos em 4 áreas: 1) dieta, 2) exercício físico, 3) autovigilância da glicemia capilar e 4) o uso de medicamentos; - <i>Treatment Adherence Measure</i> (TAM; Kavanagh <i>et al.</i>, 1993), contém 3 itens: 1) autovigilância da glicemia capilar, 2) dieta e, 3) adesão ao exercício físico. <p>Uma questão relacionada com o regime medicamentoso foi acrescentada para este estudo.</p>	<p>Há uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre a percepção de autoeficácia dos adultos diabéticos e o autocuidado, em 3 dimensões do regime distintas: 1) a dieta, 2) o exercício físico e, 3) a autovigilância da glicemia capilar.</p> <p>Os resultados deste estudo também apoiam a hipótese teórica de que as variáveis de aprendizagem e as interações entre as variáveis sociais de aprendizagem, têm uma associação com a capacidade de gerir o autocuidado face à diabetes. Verifica-se maiores níveis de percepção de autoeficácia quando combinado com uma forte crença (expectativa) nos resultados desejados (valores da glicemia capilar) de forma a terem a percepção de melhor saúde e bem-estar.</p> <p>Há também uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre o apoio social e o autocuidado, mediado pela percepção de autoeficácia.</p>
47. TOLJAMO & HENTINEN (2001), FINLÂNDIA.	213 Pessoas com diabetes mellitus e insulino - dependentes	Identificar factores associados com a adesão ao auto-cuidado e controlo da glicemia, utilizando um questionário e um indicador bioquímico (hemoglobina glicosilada).	<p>Estudo exploratório descrito.</p> <p>Instrumentos de medida utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborado um questionário para avaliar os comportamentos de autocuidado, a adesão ao autocuidado, com a ajuda de enfermeiros especialistas na área. - realizadas entrevistas com os seguintes sub-temas: I) factores relacionados com o controle da glicemia, II) realização do autocuidado e bem-estar com o tratamento diário com insulina, III) planeamento e sucesso com dieta e horário das refeições, IV) vontade de fazer 	<p>Os resultados mais relevantes neste estudo são a existência de associação entre a adesão ao autocuidado e o valor da glicemia como valor de controlo metabólico. Os participantes com melhor adesão ao autocuidado eram caracterizados por: não – fumadores; não viviam sozinhos e tinham um melhor controlo metabólico, o que significa que a negligência no autocuidado leva a piores valores de controlo metabólico.</p> <p>Neste estudo foram encontrados 4 grupos de aderentes, um dos quais, composto por indivíduos que negligenciavam todos os aspectos do autocuidado, o que os levava a obterem valores muito críticos de controlo metabólico. Os outros 3 grupos foram rotulados de formas positivas de adesão ao autocuidado.</p> <p>Além do controlo metabólico associado à adesão ao autocuidado dos participantes, existem outros 2 factores com impacto negativo como o uso de tabaco e o facto de viverem sozinhos, que pode ser explicado pelo facto do tratamento da diabetes ser muito stressante como desafio no dia-a-dia e ao longo da vida.</p> <p>Outro predictor de abandono do auto-cuidado é o facto dos doentes viverem sozinhos, o que enfatiza a importância crucial do apoio social.</p>

			exercício físico, apoio social percebido e necessário e V) o próprio papel no planeamento da assistência.	
48. BACKMAN & HENTINEN (2001), FINLÂNDIA.	40 Idosos com idades» 75 anos, a viverem no domicílio.	Identificar relações entre os diferentes estilos de autocuidado e a capacidade funcional (AVD e AIVD), satisfação com a vida e auto-estima, dos idosos (» 75 anos) a viverem no seu domicílio.	<p>Estudo quantitativo.</p> <p>O Instrumento de medida utilizado contém:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da capacidade funcional. Contém 6 AVD (levantar da cama, tomar banho, vestir, usar o sanitário, deambular dentro de casa e deambular fora de casa) e 6 AIVD (preparar refeições, tarefas domésticas, trabalho doméstico ligeiro, gestão da medicação, banho na sauna, fazer compras); - <i>Satisfaction with Life Scale</i> (SWLS); - <i>Self-esteem Scale</i>. 	<p>Uma elevada auto-estima pode promover o <i>autocuidado responsável</i>. O grupo de idosos classificados como tendo um <i>autocuidado responsável</i> revela-se muito satisfeito com a vida e elevada auto-estima. Por sua vez, a elevada satisfação com a vida também está associada com a percepção de boa saúde. Os idosos classificados como tendo autocuidado independente realizam as suas AVD de forma independente. Apesar de se empenharem na sua autonomia, frequentemente, têm a percepção de algumas dificuldades, embora não procurem o apoio de outros. Os idosos com <i>autocuidado abandonado</i> não são capazes de gerir as suas actividades diárias sem ajuda de outros, uma vez que apresentam grandes dificuldades físicas ou mesmo sem disposição mental para a sua realização. O estudo realizado anteriormente pelos mesmos autores (Backman & Hentien, 1999) mostrou que o <i>autocuidado abandonado</i> está associado à solidão e por sua vez associado a uma diminuída capacidade funcional. Este grupo de idosos revela ainda uma baixa satisfação com a vida e também uma baixa auto-estima. Os idosos cujo estilo de <i>autocuidado é formalmente guiado</i> são os que revelam maior satisfação com a vida, podendo ser interpretado pelas baixas expectativas em relação à sua vida. Neste estudo, a maioria dos idosos tinha um nível bastante baixo de educação, podendo estar relacionado com a baixa auto-estima.</p>
49. HAGAN ET AL (2000), CANADÁ.	Amostra aleatória estratificada de 4.696 chamadas telefónicas.	Avaliar em que medida é que os objectivos preconizados pelo <i>Call Center - Info-Santé Local Community Service Center</i> (CLSC) - foram atingidos, relativamente à satisfação da população, às práticas de autocuidado e aos custos financeiros.	Estudo descritivo exploratório, utilizando um questionário pré-testado.	<p>A maioria dos participantes está muito satisfeita com o serviço prestado pelo <i>Call Center</i>, seguindo os conselhos propostos pela equipa de enfermagem e, assim, realizaram as actividades do autocuidado conforme as recomendações. As intervenções de enfermagem ajudaram os participantes a sentir-se mais confiantes e, sobretudo, quando ocorressem, no futuro, situações semelhantes aquelas que motivaram o pedido de ajuda, sentirem-se capazes de resolver os desafios de saúde. Assim, a maioria dos participantes revelaram que as chamadas que realizaram para o CLSC foi muito útil para serem capazes de solucionar os seus problemas, referindo que, caso necessitassem de voltar a pedir ajuda, não hesitariam em fazê-lo com nova chamada.</p> <p>A <i>telenursing</i> parece que pode levar a dois factores que predispõem a adopção de comportamentos de saúde: 1) a percepção de auto-eficácia e, deste modo, 2) à realização efectiva do comportamento desejado e necessário. Uma vez que se verificou uma utilização significativa deste recurso, evitando a procura de centros de emergência. Além disso, o acesso à <i>telenursing</i> não só permite aos utilizadores a participação plena na resolução dos seus problemas, mas também lhes permite reduzir custos financeiros directos e indirectos. Nessa perspectiva, este estudo demonstrou que <i>telenursing</i> ajuda a poupar custos financeiros, quer para a população utilizadora, quer para o sistema de saúde.</p> <p>Este <i>Call center</i> é um serviço profissional, cuja missão não é apenas dar informações aos utilizadores. Tem também como objectivo a promoção da saúde e metas de educação para a saúde, ajudando, deste modo, as pessoas a ter controlo da sua própria saúde, o que implica o uso criterioso dos recursos profissionais de saúde disponíveis para o público no sistema de saúde.</p>
50. JAARSMA ET AL (2000), HOLANDA.	128 Doentes com insuficiência cardíaca (IC).	Avaliar a eficácia de um programa de educação na melhoria dos comportamentos de autocuidado, em doentes com insuficiência cardíaca (IC).	<p>Estudo experimental.</p> <p>Instrumentos de medida aplicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Heart Failure Self-care Behaviour Scale</i>. <p>Momentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Mês após a alta hospitalar (contacto por entrevista telefónica); 	<p>Um programa de intervenção educativo de enfermagem pode melhorar os comportamentos de autocuidado dos doentes com IC. Os doentes de ambos os grupos melhoram o seu comportamento de autocuidado 1 mês após a alta hospitalar, provavelmente resultado da hospitalização. No entanto, esta melhoria foi mais significativa no grupo de intervenção depois de um mês do regresso a casa. Um dado relevante é o facto de, após 8 meses da implementação do programa educativo no grupo de intervenção, verificou-se uma diminuição da adesão a comportamentos de autocuidado adequados nos dois grupos (controlo e investigação), embora esta diminuição fosse mais acentuada no grupo de controlo.</p> <p>Apesar do programa de intervenção ser intensivo, houve participantes do grupo de intervenção que revelaram dificuldades para aderir a comportamentos adequados.</p>

			<p>- 3 Mês após a alta hospitalar (contacto presencial);</p> <p>- 9 Meses após a alta hospitalar (contacto presencial).</p>	<p>Neste estudo foram identificados 3 factores condicionantes (limitações) da adesão a comportamentos de autocuidado adequados por parte dos doentes com IC (também de acordo com a Teoria do Autocuidado de Orem):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Limitações associadas à falta de conhecimento (menos acentuado no grupo de intervenção); 2) Limitações no julgamento e na tomada de decisão; 3) Limitações nas habilidades e oportunidades (as menos relatadas pelos participantes)
51. MAË KINEN ET AL (2000), FINLÂNDIA.	130 Adultos com asma.	Identificar as estratégias utilizadas pelos adultos com asma para lidarem com a doença nos 3 domínios do autocuidado: físico, psicológico e social.	<p>Estudo quantitativo.</p> <p>Utilizado um instrumento de medida (questionário) baseado no <i>National Asthma Programme</i> (1994-2004) da Finlândia, dividido em 4 itens principais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dados demográficos; - Autocuidado no domínio físico; - Autocuidado no domínio psicológico; - Autocuidado no domínio social. 	<p>Os resultados deste estudo revelam que no domínio do <i>autocuidado físico</i>, os participantes mostraram estar muito bem informados sobre como auto-medicar-se em caso de um agravamento súbito (crise aguda) dos sinais e sintomas da doença. No entanto, não ficou demonstrado que, na prática, têm habilidades para utilizar esta informação em situações reais.</p> <p>Os resultados apontam claramente para a dificuldade dos doentes em evitar comportamentos que potenciem a agudização da doença, como por exemplo, evitar hábitos de tabagismo, ou ter animais de estimação. No entanto, comportamentos adequados como ter a casa limpa e evitar a utilização de detergentes perfumados foram relatados. Mais de 2/3 da amostra (69%) referiu que recorria a um centro de urgência, caso não fossem capazes de controlar as crises agudas.</p> <p>A maioria dos participantes do estudo referiram que utilizavam com estratégias para lidar mentalmente com o stress decorrente da doença, o humor, ter pensamento positivo, o exercício físico,</p> <p>O apoio social desempenha um papel muito importante na capacidade de autocuidado destes doentes. Neste estudo 75% dos doentes recorrem ao apoio social como estratégia significativa para lidar com os desafios que enfrentam. A partilha de experiências com outros doentes com asma, a frequência de acções de formação específicas sobre a asma para obter mais informação, foi também estratégias positivas para lidar com a doença, revelado pelos doentes. Um resultado curioso foi o facto de 29% da amostra não querer partilhar aspectos relativos à sua doença com outras pessoas que não eram portadoras da doença, provavelmente com receio de serem estigmatizados.</p> <p>As mulheres revelaram-se mais activas do que os homens no domínio do <i>autocuidado social</i> com benefícios objectivos no domínio do <i>autocuidado físico</i>, uma vez que colocavam em prática as recomendações que resultavam dessa maior interacção social.</p>
52. BACKMAN & HENTINEN (1999), FINLÂNDIA.	40 Idosos com idades» 75 anos, a viverem no domicílio.	Desenvolver um modelo de autocuidado dos idosos residentes no seu domicílio.	<p>Estudo qualitativo.</p> <p>(utilizando a <i>grounded theory</i>).</p>	<p>O modelo desenvolvido caracteriza-se por englobar 4 categorias (estilos) de autocuidado com diferentes condições para a acção e diferentes significados. Assim, os estilos de autocuidado são:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Autocuidado responsável (<i>responsible self-care</i>); 2) Autocuidado formalmente guiado (<i>formally guided self-care</i>); 3) Autocuidado independente (<i>independent self-care</i>); 4) Autocuidado abandonado (<i>abandoned self-care</i>).
53. SILVERMAN E TAL (1999), EUA.	221 Idosos Afro-americanos e brancos	Identificar as estratégias de autocuidado na gestão de doenças crónicas: DPOC, doença cardíaca, diabetes e artrite, em idosos afro-americanos e brancos.	<p>Triangulação de métodos (quantitativo e qualitativo)</p>	<p>Este estudo incidindo sobre o uso de estratégias de autocuidado face à doença crónica, também dá um contributo para uma melhor compreensão de como a rede formal do sistema de cuidados de saúde (médicos, enfermeiros, outros prestadores de serviços da área da saúde) contribuem para o processo de autocuidado. Ambos os grupos – Afro-americanos e brancos - relataram ser importante para as suas vidas o envolvimento em actividades do autocuidado como estratégia de gerir melhor a doença crónica. Para ambos os grupos, as actividades do autocuidado relacionadas com a gestão do regime medicamentoso são as mais utilizadas, quer por proposta terapêutica prescrita pelos profissionais de saúde, quer por auto medicação.</p> <p>Os achados desta pesquisa revelam não haver diferenças significativas entre os 2 grupos quanto à intensidade no envolvimento no autocuidado, dependendo apenas do tipo de autocuidado e da doença em causa. No entanto, os indivíduos de raça branca parecem utilizar mais estratégias de autocuidado relacionado com a incapacidade funcional e os afro-americanos são mais selectivos relativamente aos estilos de vida (ex. exercício, dieta).</p> <p>Tanto afro-americanos como brancos relatam utilizar uma variedade considerável de estratégias de autocuidado para lidarem com a doença crónica, modificando frequentemente as recomendações terapêuticas</p>

				dos profissionais de saúde em função das suas rotinas diárias e também das suas crenças e valores. Referiram ainda que realizavam as suas actividades de autocuidado com ajuda, dependendo da rede de suporte (familiares, amigos e sistema de cuidados)
54. CHAPPLE & ROGERS (1999), REINO UNIDO.	27 Estudos qualitativos publicados entre 1980 e 1998.	Identificar estratégias de autocuidado como factor importante na gestão eficaz da saúde-doença.	Revisão da literatura.	Os resultados desta revisão da literatura revelam as diferenças entre as doenças (na gravidade, no prognóstico, nos sinais e sintomas, etc.) e como estas diferenças podem determinar a capacidade dos indivíduos no autocuidado de forma a serem capazes de lidar eficazmente com as doenças. Este estudo demonstra que a decisão sobre a necessidade de compreender o autocuidado é influenciada pelos outros, indicando que as consultas dos profissionais de saúde podem ser um excelente momento de reforço e aprendizagem das actividades do autocuidado. Ao nível da prática clínica é fundamental que os profissionais de saúde ajudem os clientes a identificar estratégias pessoais de autocuidado, a fim de desenvolver e reforçar a acção do cliente através da aquisição de mais conhecimento e habilidades num caminho apropriado e aceitável. Este estudo também enfatiza a necessidade de uma melhor preparação dos profissionais para lidarem com uma sociedade multi-cultural, sendo importante integrar no exercício profissional para a obtenção de melhores ganhos em saúde os valores, as crenças e os desejos de natureza individual. A ênfase que deve ser colocada no autocuidado, no <i>empowerment</i> e na responsabilidade, pode diminuir as barreiras sentidas pelos clientes. O ambiente e os factores sociais afectam a saúde das pessoas para além do controlo individual sobre a sua própria saúde.
55. BLAIR (1999), EUA.	20 Pessoas dependentes no autocuidado: - 10 No grupo de intervenção; - 10 No grupo de controlo.	Avaliar o efeito de um programa de promoção do autocuidado (AVD) no nível de auto-estima de pessoas dependentes em lares.	Estudo quasi-experimental. Hipóteses do estudo: H1 - Residentes do grupo de intervenção realizam significativamente mais actividades de autocuidado do que os residentes do grupo de controlo H2 - Residentes do grupo de intervenção têm significativamente maior auto-estima do que os residentes do grupo de controlo Instrumentos de medida utilizados: - <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (Rosenberg, 1979).	No grupo de intervenção, a maioria dos residentes progrediu de completa dependência para a realização das AVD para uma dependência parcial. Residentes com resultados mais positivos relativamente à recuperação da sua independência revelaram também melhores resultados no nível de auto-estima. No grupo de controlo, não se verificaram melhorias no autocuidado nem melhorias na auto-estima, notando-se mesmo um agravamento nas 2 variáveis. A melhoria da condição de saúde dos residentes do grupo de intervenção, quer no domínio do autocuidado, quer no domínio da auto-estima, deve-se a três factores: 1) A importância do papel dos enfermeiros na promoção da independência no autocuidado (AVD) dos residentes; 2) os residentes são capazes de restabelecer o seu autocuidado se forem encorajados a fazê-lo, e 3) os residentes que participaram no autocuidado formulam pensamentos e sentimentos positivos sobre si próprios e da vida no geral, o que leva a uma diminuição da sua vulnerabilidade a problemas emocionais e à doença.
56. WHITTLE & GOLDENBERG (1996), CANADÁ.	47 Idosos com idade» 70 anos não-institucionalizados.	Determinar a relação entre a condição de saúde e o desempenho nas actividades instrumentais da vida diária (AIVD), em idosos não-institucionalizados	Estudo descritivo correlacional. Instrumentos de medida utilizados: - <i>Multidimensional Functional Assessment Questionnaire</i> (MFAQ) / <i>Instrumental Activities of Daily Living</i> (IADL) <i>Scale</i> ; - <i>Health Status Questionnaire</i> (HSQ); - <i>Demographic Questionnaire</i> (Lawton's, 1985).	Os resultados do estudo revelam que, no global, a uma diminuição da condição de saúde corresponde um aumento da dependência nas AIVD dos idosos. Capacidade funcional, interacção social e percepção do estado de saúde foram as variáveis funcionais da condição de saúde encontradas com relação significativa com AIVD. A percepção das mudanças no estado de saúde também foi identificada e associada à dependência nas AIVD. Os idosos foram convidados a comparar o seu estado de saúde actual com o de à um ano atrás e revelaram ser significativamente pior, acompanhando a sua percepção negativa sobre a sua condição de saúde. Melhor interacção social foi significativamente associada com níveis mais baixos de fadiga e dor, com maiores níveis de saúde mental e bem-estar emocional, com uma percepção de saúde mais positiva e com menos limitações do papel atribuído aos problemas físicos e emocionais. Melhor capacidade física foi significativamente relacionada a uma melhor interacção social, menos dor e menos fadiga. Menos limitação do papel atribuído foi associado a menos problemas físicos e emocionais. Problemas de percepção de saúde positiva foram significativamente associados a uma melhor interacção social, melhor saúde mental, melhor bem-estar emocional, níveis mais elevados de energia. Menos limitações do papel atribuído foram associados a melhor saúde emocional. As doenças crónicas mais comuns foram a artrite, a hipertensão crónica, a doença cardíaca e AVC, no entanto,

				<p>foram encontradas relações significativas entre o AVC e a dependência nas AIVD, nomeadamente, a dependência nos transportes e na limpeza da casa e limpeza, provavelmente, devido à diminuída capacidade funcional resultante das seqüelas do AVC. Não houve outras doenças crónicas específicas significativamente associada com a dependência nas AIVD.</p> <p>A maioria dos idosos do estudo não tinha problemas visuais (70,5%), enquanto apenas um (2,3%) revelou diminuição severa da visão. Da mesma forma, a maioria dos idosos tinham uma audição normal. Não houve relações significativas entre dependência nas AIVD compromisso da visão ou da audição.</p> <p>Encontrou-se relação significativa entre a idade e a dependência nas tarefas domésticas. Os mais velhos são mais dependentes.</p>
57. NICHOLAS (1993), USA.	55 Idosos residentes na comunidade.	<p>Identificar a relação entre os recursos pessoais - vigor, práticas de autocuidado e percepção do estado de saúde, nos idosos.</p> <p>Foram elaboradas 3 hipóteses: H1 - Os idosos com elevado score de vigor têm melhor percepção do estado de saúde do que aqueles que têm pior score de robustez. H2 – Os idosos com mais práticas de autocuidado têm melhor percepção do estado de saúde do que aqueles que têm menos práticas de autocuidado. H – 3 A combinação entre vigor e práticas de autocuidado é mais preditivo de percepção do estado de saúde do que as variáveis consideradas independentemente.</p>	<p>Estudo correlacional preditivo.</p> <p>Instrumentos de medida utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Health-Related Hardness Scale</i> (HRHS); - <i>Personal Lifestyle Questionnaire</i> (PLQ), Muhlenkamp & Brown (1983); - <i>Visual Analogue Scale</i> (VAS), para avaliar a percepção estado saúde; - <i>Illness index</i>. 	<p>Os resultados deste estudo indicam que as hipóteses formuladas confirmam-se.</p> <p>Verifica-se uma relação significativa entre vigor e a percepção do estado de saúde, ou seja, a um maior vigor por parte dos idosos corresponde uma melhor percepção do seu estado de saúde. Verifica-se também uma relação significativa entre práticas de autocuidado e percepção do estado de saúde por parte dos idosos da amostra, sendo demonstrado que os idosos com mais práticas de autocuidado correspondiam aqueles que tinham melhor percepção do seu estado de saúde.</p> <p>Maior vigor e melhores práticas de autocuidado são predictoras de melhor percepção do estado de saúde.</p> <p>Este estudo também revelou que não há diferenças estatisticamente significativas entre o género e o vigor, práticas de autocuidado e percepção do estado de saúde. Também não se encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o vigor, bem como, entre a idade e as práticas de autocuidado, o que significa que o vigor e as práticas de autocuidado fazem parte de um conjunto de características e orientações da vida das pessoas que pode aumentar ou diminuir com o avançar da idade. Ao analisar a relação significativa entre as práticas de autocuidado e a percepção do estado de saúde, parece poder deduzir-se que a crença dos idosos no seu nível elevado de estado de saúde influencia um melhor desempenho nas práticas de autocuidado e acreditar na habilidade para um determinado comportamento, actua como um factor motivador para melhorar o desempenho nesse mesmo comportamento.</p>
58. CONN ET AL (1992).	197 Pessoas após 1º enfarte agudo do miocárdio (pós-EAM)	<p>Identificar as relações entre suporte social, auto-estima e comportamentos de autocuidado, em pessoas com 1º Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), um a dois anos após o evento cardíaco.</p>	<p>Estudo descritivo correlacional e transversal.</p> <p>Instrumentos de medida utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Personal Resources Questionnaire</i> (PRQ), - <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (Rosenberg, 1979) - <i>Health Behavior scale</i>. 	<p>Há uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre a auto-estima e a capacidade/comportamentos no autocuidado. Os resultados revelam que o apoio social afecta os comportamentos de autocuidado e mediada pela auto-estima.</p> <p>A relação entre apoio social e comportamentos de autocuidado associados à gestão do regime medicamentoso não é inteiramente mediada pela auto-estima. Os comportamentos relativamente à gestão do regime medicamentoso têm associação com o apoio social, mas não com a auto-estima. O exercício físico foi o único comportamento de autocuidado pós-EAM que teve como predictor quer o apoio social quer a auto-estima.</p> <p>Os achados deste estudo são especialmente importantes porque a auto-estima, suporte social, e o desempenho dos comportamentos de autocuidado foram medidos um a dois anos pós-EAM. Muitos estudos anteriores têm os dados recolhidos no período imediatamente pós-EAM, enquanto estudos longitudinais têm encontrado um grande declínio no desempenho dos comportamentos de autocuidado recomendados pós-EAM durante o primeiro ano após o evento cardíaco. Durante o período imediato pós-EAM, o desempenho dos comportamentos de autocuidado podem ser um cumprimento com o regime temporário sem incorporação dos comportamentos em hábitos de vida permanentes.</p> <p>Auto-estima e apoio social parecem ser dois factores associados ao desempenho permanente de comportamentos de autocuidado recomendados.</p>

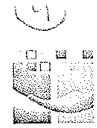
ANEXO C- Autorização dos Conselhos de Administração das instituições de saúde envolvidas para a realização do estudo



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Comissão de Ética para a Saúde

Comunicação Interna



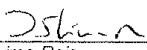
Comunicação nº:	14/CES	Data:	05.05.2009	Para:	Exmº Senhor, Presidente do Conselho de Administração
-----------------	--------	-------	------------	-------	---

Assunto: *Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação no âmbito do doutoramento em enfermagem da Universidade de Lisboa*

Em resposta ao pedido de apreciação do estudo de investigação em referência, vimos pelo presente dar conhecimento do parecer da Comissão de Ética deste Centro Hospitalar, conforme reunião do passado dia 24.04.2009:

Apreciado o pedido de realização do projecto de investigação apresentado pelo Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Minho, Fernando Alberto Soares Petronilho, que visa estudar a alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório do impacte sobre a transição da pessoa e do membro da família prestador de cuidados, a realizar no serviço de medicina através de entrevistas a efectuar a profissionais de saúde. A Comissão de Ética em face das informações constantes do processo que aqui se dá por transcrito e que se encontra apenso à acta desta reunião, entendeu nada a opôr, sob o ponto de vista ético, ao projecto de investigação proposto, desde que na sua execução o candidato siga os princípios aplicáveis na deliberação nº 227 da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Com os melhores cumprimentos.



João Lima Reis
Presidente do CES

Ex.mo Sr.

Dr. Fernando Alberto Soares Petronilho

Travessa da Quinta nº 22, Fraião

4715-336 Braga

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa Referência
95CA/14

Data
2009-06-023

***Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação, no âmbito do
Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa***

Conforme solicitado pelo V/ Ofício de 25 de Março de 2009, sobre o assunto em epígrafe, informamos que foi autorizada a realização do projecto de investigação que visa estudar “A alta hospitalar do doente Dependente no auto cuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório do impacte sobre a transição da pessoa e do membro da família prestador de cuidados”.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho de Administração


Dr. José Maria Dias

RECEBIDO 27 FEV. 2009

A Alta Hospitalar do Doente Dependente no Autocuidado: Decisões, Destinos, Padrões de Assistência e de Utilização dos Recursos

Em anexo envio o estudo de investigação que se encontra em anexo e que se dedica a estudar o tema de autocuidado no âmbito

Exmo. Senhor

Adriano Valente
Enfermeiro Director

do Hospital de Santa Maria Maior – EPE, Barcelos

como regista o documento em anexo e considero de solicitar para a Comissão

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação, no âmbito do

Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa

Adriano Valente
Enfermeiro Director

Fernando Alberto Soares Petronilho, professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, aluno do 4º Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa (Anexo 1), pretende desenvolver em parceria com a Instituição que vossa Ex.ª dirige, um projecto de investigação que visa estudar *A Alta Hospitalar do Doente Dependente no Autocuidado: Decisões, Destinos, Padrões de Assistência e de Utilização dos Recursos – Estudo exploratório do impacte sobre a transição da pessoa e do membro da família prestador de cuidados.*

Mais informamos que este projecto tem como orientador o Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva e como co-orientador o Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira, respectivamente, professor coordenador e professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este estudo tem por *finalidade* explorar o fenómeno associado à alta hospitalar, promovendo, por um lado, o conhecimento sobre o impacte dos factores que condicionam as transições das pessoas dependentes no autocuidado e dos membros da família prestadores de cuidados e, por outro lado, a visibilidade e o reconhecimento do espaço de intervenção profissional dos enfermeiros no contexto multiprofissional em que decorrem os cuidados de saúde. Este estudo pretende ainda contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e, em particular, dos cuidados de enfermagem.

Assim, definimos como *objectivos do estudo*:

1. Conhecer o destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar;
2. Identificar os intervenientes na decisão sobre o destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar, bem como os critérios utilizados nessa decisão;
3. Conhecer os diferentes modelos e custos assistenciais à pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar;

Em Reunião da Comissão
de Ética foi concluído
parecer favorável a
reapreciação deste Bruno

09/4/09

Pela Comissão
Carlos Cunha

4. Identificar outros recursos disponíveis à pessoa dependente para o autocuidado após a alta hospitalar;
5. Compreender a experiência vivida pelos membros da família na transição para o exercício do papel de cuidadores;
6. Identificar relações significativas entre factores que condicionam as transições da pessoa dependente no autocuidado e dos membros da família prestadores de cuidados e a experiência dessas transições;
7. Identificar relações significativas entre factores que condicionam as transições da pessoa dependente no autocuidado e dos membros da família prestadores de cuidados e o número de reinternamentos hospitalares.

O estudo decorrerá nas Unidades de Cuidados de Medicina dos seguintes hospitais: Hospital de Santa Maria Maior - EPE, Barcelos; Hospital de S. Marcos – Braga; Centro Hospitalar do Alto Ave – EPE, Guimarães/Fafe e Centro Hospitalar do Médio Ave – EPE, Famalicão/Stº Tirso. Concretamente, no hospital de Santa Maria Maior - EPE, Barcelos, pretendemos realizar o estudo nas unidades de cuidados: Medicina - piso 4 e Medicina - piso 5.

Pretende-se seguir as pessoas dependentes no autocuidado e os respectivos membros da família prestadores de cuidados, desde o momento da alta hospitalar até 12 meses após. Trata-se, portanto, de um estudo exploratório, descritivo, correlacional e de perfil longitudinal, utilizando uma *triangulação de métodos*:

- Abordagem qualitativa – com entrevistas exploratórias a todos os elementos da Equipa de Gestão das Altas (EGA) e a um número restrito de enfermeiros das unidades de cuidados onde se irá realizar o estudo, com o objectivo de compreender quais os critérios utilizados por estes profissionais na decisão sobre o destino da pessoa dependente no autocuidado, após a alta hospitalar. Estas entrevistas serão realizadas pelo investigador principal (Anexo 2).
- Abordagem quantitativa – com aplicação de questionário/formulário às pessoas dependentes no autocuidado e aos respectivos familiares cuidadores, pretendendo recolher informação acerca: do destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar, da condição de saúde, da percepção de auto-eficácia dos membros da família prestadores de cuidados no exercício do novo papel e dos recursos disponíveis. Estes instrumentos de recolha de dados irão ser aplicados após a alta hospitalar, no contexto da comunidade (domicílio ou instituições de acolhimento). Estes instrumentos de recolha de dados (questionário/formulário) ainda não estão

elaborados, entre outros aspectos, porque as suas variáveis irão emergir das categorias identificadas nas entrevistas realizadas aos elementos da Equipa de Gestão das Altas (EGA) e aos enfermeiros seleccionados das unidades de cuidados onde se irá realizar o estudo.

Para além da realização das entrevistas exploratórias referidas anteriormente, pretendemos ajuda por parte dos enfermeiros do hospital que integram as unidades de cuidados onde irá decorrer o estudo na sinalização das pessoas internadas que, no momento da alta clínica, tenham *dependência no autocuidado*.

Pretendemos ainda, identificar a *Taxa de incidência de reinternamento no período de um ano* dos doentes dependentes no autocuidado que venham a constituir a amostra do estudo.

A *técnica de amostragem* será não probabilística e acidental e será constituída de acordo com os seguintes critérios: 1) Doentes que tenham tido um evento gerador de dependência no autocuidado pela primeira vez e que se mantenham dependentes no momento da alta hospitalar e respectivos membros da família prestadores de cuidados; 2) Aceitem participar no estudo, após devidamente informados e esclarecidos do mesmo.

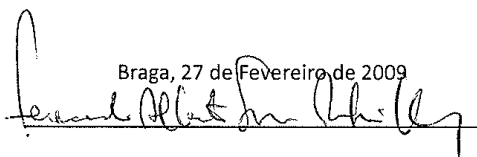
Comprometemo-nos desde já a salvaguardar todos os *princípios éticos* inerentes à realização desta investigação, nomeadamente o direito ao anonimato e confidencialidade dos dados das pessoas envolvidas no estudo. Fornecer-se-á informação aos participantes sobre o estudo, garantindo o carácter voluntário, informado e esclarecido da participação (Anexo 3).

Pretendemos dar início à recolha de dados logo após a autorização para a realização da mesma e prevemos a sua conclusão cerca de um ano e meio após a data de início.

Comprometemo-nos por último, a tornar acessível ao Hospital de Santa Maria Maior – EPE, Barcelos os resultados da investigação.

Convictos de que V. Exa. atenderá o nosso pedido, agradecemos toda a atenção dispensada, subscrevendo-nos atenciosamente.

Braga, 27 de Fevereiro de 2009



(Fernando Alberto Soares Petronilho)

Em caso de dúvidas, estou à disposição para esclarecimentos. Contactos: Escola Superior de Enfermagem / Universidade do Minho, telef.: 253609000, E-mail: fpetronilho@ese.uminho.pt; TM pessoal: 915303854; Morada pessoal: Travessa da Quinta nº 22, Fraião, 4715 – 336 Braga.

Nada a opor à realização do
estudo pretendido.

09-03-05

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Hospital de S. Marcos - Braga

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa

Fernando Alberto Soares Petronilho, professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, aluno do 4º Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa (Anexo 1), pretende desenvolver em parceria com a Instituição que vossa Ex.ª dirige, um projecto de investigação que visa estudar *A Alta Hospitalar do Doente Dependente no Autocuidado: Decisões, Destinos, Padrões de Assistência e de Utilização dos Recursos – Estudo exploratório do impacte sobre a transição da pessoa e do membro da família prestador de cuidados.*

Mais informamos que este projecto tem como orientador o Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva e como co-orientador o Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira, respectivamente, professor coordenador e professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este estudo tem por *finalidade* explorar o fenómeno associado à alta hospitalar, promovendo, por um lado, o conhecimento sobre o impacte dos factores que condicionam as transições das pessoas dependentes no autocuidado e dos membros da família prestadores de cuidados e, por outro lado, a visibilidade e o reconhecimento do espaço de intervenção profissional dos enfermeiros no contexto multiprofissional em que decorrem os cuidados de saúde. Este estudo pretende ainda contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e, em particular, dos cuidados de enfermagem.

Assim, definimos como *objectivos do estudo*:

1. Conhecer o destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar;
2. Identificar os intervenientes na decisão sobre o destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar, bem como os critérios utilizados nessa decisão;
3. Conhecer os diferentes modelos e custos assistenciais à pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar;
4. Identificar outros recursos disponíveis à pessoa dependente para o autocuidado após a alta hospitalar;

AF:
A Direcção do Serviço
de Med I Honras
Paralel.
09/03/05

*Paralel. Evolutive /
Abel Paiva 23.3.2009*

Director do Serviço
de
Medicina I

Página 1

5. Compreender a experiência vivida pelos membros da família na transição para o exercício do papel de cuidadores;
6. Identificar relações significativas entre factores que condicionam as transições da pessoa dependente no autocuidado e dos membros da família prestadores de cuidados e a experiência dessas transições;
7. Identificar relações significativas entre factores que condicionam as transições da pessoa dependente no autocuidado e dos membros da família prestadores de cuidados e o número de reinternamentos hospitalares.

O estudo decorrerá nas Unidades de Cuidados de Medicina dos seguintes hospitais: Hospital Santa Maria Maior - EPE, Barcelos; Hospital de S. Marcos - Braga, Centro Hospitalar do Alto Ave – EPE, Guimarães/Fafe e, por último, Centro Hospitalar do Médio Ave – EPE, Famalicão/Stº Tirso. Concretamente, no hospital de S. Marcos, pretendemos realizar o estudo nas unidades de cuidados: Medicina 1 Homens, Medicina 1 Mulheres, Medicina 2 Homens e Medicina 2 Mulheres.

Pretende seguir as pessoas dependentes no autocuidado e os respectivos membros da família prestadores de cuidados, desde o momento da alta hospitalar até 12 meses após. Trata-se, portanto, de um estudo exploratório, descritivo, correlacional e de perfil longitudinal, utilizando uma *triangulação de métodos*:

- Abordagem qualitativa – com entrevistas exploratórias a todos os elementos da Equipa de Gestão das Altas (EGA) e a um número restrito de enfermeiros das unidades de cuidados onde se irá realizar o estudo, com o objectivo de compreender quais os critérios utilizados por estes profissionais na decisão sobre o destino da pessoa dependente no autocuidado, após a alta hospitalar. Estas entrevistas serão realizadas pelo investigador principal (Anexo 2).
- Abordagem quantitativa – com aplicação de questionário/formulário às pessoas dependentes no autocuidado e aos respectivos familiares cuidadores, pretendendo recolher informação acerca: do destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar, da condição de saúde, da percepção de auto-eficácia dos membros da família prestadores de cuidados no exercício do novo papel e dos recursos disponíveis. Estes instrumentos de recolha de dados irão ser aplicados após a alta hospitalar, no contexto da comunidade (domicílio ou instituições de acolhimento). Estes instrumentos de recolha de dados (questionário/formulário) ainda não estão elaborados, entre outros aspectos, porque as suas variáveis irão emergir das

categorias identificadas nas entrevistas realizadas aos elementos da Equipa de Gestão das Altas (EGA) e aos enfermeiros seleccionados das unidades de cuidados onde se irá realizar o estudo.

Para além da realização das entrevistas exploratórias referidas anteriormente, pretendemos ajuda por parte dos enfermeiros do hospital que integram as unidades de cuidados onde irá decorrer o estudo na sinalização das pessoas internadas que, no momento da alta clínica, tenham *dependência no autocuidado*.

Pretendemos ainda, identificar a *Taxa de incidência de reinternamento no período de um ano* dos doentes dependentes no autocuidado que venham a constituir a amostra do estudo.

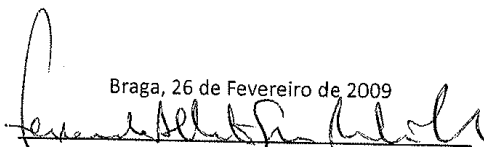
A *técnica de amostragem* será não probabilística e acidental e será constituída de acordo com os seguintes critérios: 1) Doentes que tenham tido um evento gerador de dependência no autocuidado pela primeira vez e que se mantenham dependentes no momento da alta hospitalar e respectivos membros da família prestadores de cuidados; 2) Aceitem participar no estudo, após devidamente informados e esclarecidos do mesmo.

Comprometemo-nos desde já a salvaguardar todos os *princípios éticos* inerentes à realização desta investigação, nomeadamente o direito ao anonimato e confidencialidade dos dados das pessoas envolvidas no estudo. Fornecer-se-á informação aos participantes sobre o estudo, garantindo o carácter voluntário, informado e esclarecido da participação (Anexo 3).

Pretendemos dar início à recolha de dados logo após a autorização para a realização da mesma e prevemos a sua conclusão cerca de um ano e meio após a data de início.

Comprometemo-nos por último, a tornar acessível ao Hospital de S. Marcos - Braga os resultados da investigação.

Convictos de que V. Exa. atenderá o nosso pedido, agradecemos toda a atenção dispensada, subscrevendo-nos atenciosamente.

Braga, 26 de Fevereiro de 2009


(Fernando Alberto Soares Petronilho)

Em caso de dúvidas, estou à disposição para esclarecimentos. Contactos: Escola Superior de Enfermagem / Universidade do Minho, telef.: 253609000, E-mail: fpetronilho@ese.uminho.pt; TM pessoal: 915303854; Morada pessoal: Travessa da Quinta nº 22, Fraião, 4715 – 336 Braga.

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Hospital de S. Marcos - Braga

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa

Fernando Alberto Soares Petronilho, professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, aluno do 4º Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa (Anexo 1), pretende desenvolver em parceria com a Instituição que vossa Ex.ª dirige, um projecto de investigação que visa estudar *A Alta Hospitalar do Doente Dependente no Autocuidado: Decisões, Destinos, Padrões de Assistência e de Utilização dos Recursos – Estudo exploratório do impacte sobre a transição da pessoa e do membro da família prestador de cuidados*.

Mais informamos que este projecto tem como orientador o Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva e como co-orientador o Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira, respectivamente, professor coordenador e professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este estudo tem por finalidade explorar o fenómeno associado à alta hospitalar, promovendo, por um lado, o conhecimento sobre o impacte dos factores que condicionam as transições das pessoas dependentes no autocuidado e dos membros da família prestadores de cuidados e, por outro lado, a visibilidade e o reconhecimento do espaço de intervenção profissional dos enfermeiros no contexto multiprofissional em que decorrem os cuidados de saúde. Este estudo pretende ainda contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e, em particular, dos cuidados de enfermagem.

Assim, definimos como *objectivos do estudo*:

1. Conhecer o destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar;
2. Identificar os intervenientes na decisão sobre o destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar, bem como os critérios utilizados nessa decisão;
3. Conhecer os diferentes modelos e custos assistenciais à pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar;
4. Identificar outros recursos disponíveis à pessoa dependente para o autocuidado após a alta hospitalar;

Direcção do Serviço
de Med II Multimar
para parecer.
09/03/09
frou b

Nada a opor
+ 2 minutos de
serviço de med II
10/3/09 / [assinatura]

Nada a opor a realização
do estudo de investigação
10/03/09
Ana Maria Silva
Página 1

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Hospital de S. Marcos - Braga

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa

Fernando Alberto Soares Petronilho, professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, aluno do 4º Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa (Anexo 1), pretende desenvolver em parceria com a Instituição que vossa Ex.ª dirige, um projecto de investigação que visa estudar *A Alta Hospitalar do Doente Dependente no Autocuidado: Decisões, Destinos, Padrões de Assistência e de Utilização dos Recursos – Estudo exploratório do impacte sobre a transição da pessoa e do membro da família prestador de cuidados.*

Mais informamos que este projecto tem como orientador o Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva e como co-orientador o Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira, respectivamente, professor coordenador e professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este estudo tem por finalidade explorar o fenómeno associado à alta hospitalar, promovendo, por um lado, o conhecimento sobre o impacte dos factores que condicionam as transições das pessoas dependentes no autocuidado e dos membros da família prestadores de cuidados e, por outro lado, a visibilidade e o reconhecimento do espaço de intervenção profissional dos enfermeiros no contexto multiprofissional em que decorrem os cuidados de saúde. Este estudo pretende ainda contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e, em particular, dos cuidados de enfermagem.

Assim, definimos como *objectivos do estudo*:

1. Conhecer o destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar;
2. Identificar os intervenientes na decisão sobre o destino da pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar, bem como os critérios utilizados nessa decisão;
3. Conhecer os diferentes modelos e custos assistenciais à pessoa dependente no autocuidado após a alta hospitalar;
4. Identificar outros recursos disponíveis à pessoa dependente para o autocuidado após a alta hospitalar;

UF.
Direcc. de Med. II
Marcos - Braga
19/03/03
fmm

NADA a opor
27/03/03

Nota c. 03/03
1/4/10

Página 1

**ANEXO D - Critérios de decisão sobre o destino dos dependentes no momento da alta hospitalar -
Análise de conteúdo”**

ESTUDO I
“Critérios de decisão sobre o destino dos dependentes no momento da alta hospitalar”
- Análise de conteúdo -

Categorias	Temas	Unidades de registo
Aspetos centrados no doente dependente	Potencial de reconstrução de autonomia	<p>“... Portanto, doentes com potencial de recuperação, com algum potencial de recuperação... Maior ou menor, não é? Portanto, isso é que nos leva a que eles vão para umas unidades ou para outras.” P1</p> <p>“... Quando é um doente com AVC e vejo que tem potencial de reabilitação, não estou à espera que venha o fisiatra avaliar!... falo com a colega da EGA e digo-lhe que acho que este doente tem potencial para uma unidade de convalescença...” P5</p> <p>“... os doentes que vão para a rede, nem são assim tantos, porque os nossos doentes, os que vão para a rede são mesmo, aqueles por exemplo, os AVC 's que é quem tem ido mais, que há partida, a gente sabe que têm um potencial de recuperação[...] nós normalmente referenciamos os doentes que estão dependentes e que a gente sabe que podem recuperar,” P7</p> <p>“[...] quais são os doentes que são mais referenciados para a equipa de gestão de altas? São os doentes com AVC, são doentes que até estavam no domicílio e já eram dependentes, mas, que têm ainda potencial de recuperação ou então que têm sequelas de imobilidade, como consequência têm imobilidade que poderão ser colmatadas e doentes ainda com algum potencial e que acabam por apresentar um síndrome de desuso...” P12</p> <p>“... a maior parte dos nossos doentes com AVC, por exemplo em que há aquela dependência, em que há necessidade de fazer logo fisioterapia, fazer reabilitação, esses são os que acabam por ir mais, mas, acabam por ir só para as unidades de convalescença...” P7</p> <p>“... os critérios são, por exemplo, seja um AVC que tenha possibilidades de recuperação e que venha a beneficiar com isso ...” P8</p> <p>“No entanto, há pessoas com bom apoio de cuidadores e família mas vão para a rede, porque nós achamos que o ganho que ela vai ter... e aí só estamos a falar de unidades de convalescença ou média...em que a pessoa vai ter uma oportunidade de ter uma evolução da sua condição de saúde em que os ganhos em autonomia serão superiores do que essa pessoa fosse para casa!...” P9</p> <p>“... sei lá... nem têm tido internamentos anteriores, mas que o seu estado vai-se debilitando e que aparecem aqui já com um grau de dependência que à partida não se justificava... portanto, pessoas que ficam realmente acamados e ainda com condições para se reabilitar...” P12</p> <p>“... Sempre que é um AVC que eu vejo que tem potencial de reabilitação a gente encaminha porque, é assim, depois eles indo para o domicílio ficam um bocado parados a esse nível...” P15</p> <p>“... Como aconteceu há dois dias atrás ... essa doente foi para os cuidados continuados, já tinha iniciado a marcha aqui e agora ela se fosse para casa ia estagnar a parte de reabilitação... por isso é que essa doente foi encaminhada, era uma doente com potencial... já tinha uma idade, mas tinha muito potencial....” P15</p> <p>“... Só pelo facto de na nota de alerta estar descrito a situação de dependência para as AVD's, o médico pediu logo para ser referenciado para a rede!...” P3</p>
	Dependência inaugural	<p>“O principal critério quando foi criada a rede de cuidados continuados para os doentes irem para a rede é a dependência de novo.... era um doente que era autónomo, ou seja, um doente que a partir de uma determinada situação passou a ser dependente... ou porque teve um AVC ou porque fez uma cirurgia que o deixou mais debilitado.”P1</p> <p>“Uma preocupação que eu tenho é referenciar para a EGA os doentes que são uma situação de dependência de novo... as equipas de apoio ao</p>

		<p>domicílio ainda não estão a funcionar... mas tenho essa preocupação... referencio todas as dependências de novo... e os médicos aqui do meu serviço também fazem isso!" P5</p> <p>"... Ainda aqui à dias perguntei ao médico x porque referenciou para a rede e ele disse que foi apenas porque o doente era independente e passou a ser dependente " P3</p>
	Intensidade da dependência no autocuidado	<p>"... Portanto, são as dependências e, portanto, dependendo do tipo de dependências que o doente tem [...] escolhemos uma ou outra unidade..." P1</p> <p>"... Atendendo às necessidades que eles (os doentes) têm em termos de dependências [...] são ou não referenciados para a EGA..." P12</p> <p>"... estes são os aspetos que me chamam mais à atenção, ou seja, a doente era ou não dependente em casa e como é que está neste momento, se está mais dependente e quem é o prestador de cuidados [...]" P6</p>
	Compromisso dos processos corporais	<p>"Tivemos um doente com muitas úlceras de pressão! E nós propomos para uma unidade de longa duração!" P4</p> <p>"... Uma doente que reúna pensos e que não tenha condições para que esses pensos sejam efetuados no domicílio, ou porque ainda estão numa situação de evolução favorável, mas ainda muito atrasada... e então vai para essas unidades de longa duração." P8</p> <p>"... doente que até já era acamado, mas é um doente de risco porque tem U. Pressão ou desidratado, eu referencio..." P5</p> <p>"... não quer dizer que haja doentes que nos surgem aqui, nomeadamente, doentes que já estão acamados, com escaras, vêm muito mal tratados e que nós não proponhamos (para a rede)..." P1</p>
	Regímen terapêutico complexo	<p>"ou porque é para continuação de medicação endovenosa ou só está tudo estável e é só continuação de determinado antibiótico que só tem mesmo aquela via endovenosa e então vai para uma curta duração" P17</p> <p>"Imagine uma pessoa que não era diabética e passou a ser...! Não é num dia nem em dois que a pessoa vai saber lidar com a sua diabetes... a alimentação... e outros aspetos inerentes... então nós requeremos, face às preocupações do doente com a sua nova doença, requeremos treino para o doente e para os cuidadores para dar resposta à nova situação... e referenciamos!" P18</p> <p>"... Ou quando nós propomos para a rede, mas já sabemos que o doente não pode regressar ao domicílio, ele vai e depois propomos para outra tipologia... este doente não pode realmente regressar ao domicílio.. não é?! estamos a falar de doentes traqueostomizados, para além do controlo da dor... acho que estes doentes deveriam estar nas unidades de paliativos com profissionais preparados!" P2</p> <p>"... Doentes que eu acho que têm potencial de reabilitação, nomeadamente os AVC's e alguns doentes a fazer cinesiterapia respiratória, também já têm sido encaminhados nesse contexto e é nesse sentido" P15</p> <p>"Quando o doente tem necessidade de terapia da fala é que já temos algumas limitações, porque nem todas as unidades estão vocacionadas para isso... temos algumas unidades com terapia da fala" P18</p>
	Prognóstico da doença atual	<p>" [...] Ou da evolução que prevemos que o doente vá ter é que escolhemos uma ou outra unidade..." P1</p>
Aspetos centrados na família	Envolvimento da família no processo de tomar conta	<p>Depois temos que ver a recetividade dos familiares após o internamento nas unidades da rede. Muitos doentes não têm este apoio de retaguarda (referia-se aos familiares) e são logo encaminhados para famílias de acolhimento... nós temos de ter isto em atenção... não é?!" P2</p> <p>"[...] doente mais dependente e reparamos... há qualquer coisa que nos diz que a família não quer ter capacidade para dar resposta às necessidades do doente ... então aí, em conjunto com o médico, preenchemos a nota de alerta, a nota de pré-alta, contactamos a assistente social e a equipa de gestão de altas" P6</p> <p>"... o doente entra, a gente faz a avaliação inicial e logo na admissão, a gente questiona a família, se estão mentalizados para o receber[...] perguntamos sempre se estão preparados para receber o doente, se estão mentalizados para uma nova dependência, não é?!..." P7</p> <p>"... o doente entra, a gente faz a avaliação inicial e logo na admissão, a gente questiona a família, se estão preparados para o receber[...]"</p>

	<p><i>perguntamos sempre se estão preparados para receber o doente, se estão mentalizados para nova dependência, não é?!..." P7</i></p> <p><i>"... e vamos esperar e vamos conversar entre todos o que é que vamos fazer em casa e a gente começa logo por aí a ver, porque quando é logo ao início, quando a gente vê que há famílias que se estão a reorganizar a gente contacta logo a assistente social, não no sentido de referência para sinalizar para a rede..." P7</i></p> <p><i>"Falamos também sempre com as famílias para ver se o doente tem suporte no regresso ao domicílio... mas há sempre casos em que a família diz que não pode..." P4</i></p> <p><i>"... Ou então aqueles que não têm muito apoio dos familiares e vão para longa duração" P7</i></p>
"Viver só"	<p><i>"... não têm família, não têm retaguarda familiar, não têm para onde ir e, portanto, a nossa articulação é efetuada com o serviço social..." P8</i></p> <p><i>" Não tem família, temos de arranjar outras saídas... por exemplo, famílias de acolhimento ... !" P18</i></p> <p><i>"... Quando não há suporte familiar propomos para a rede." P4</i></p> <p><i>"... se é um doente caso social, que não tem critérios contacto a assistente social do serviço e... pronto... tentamos resolver a situação." P5</i></p> <p><i>"... Só as situações em que não há família é que são rejeitadas, porque isso pressupõe que nunca mais vão sair de lá (RNCCI) e então não são aceites... não são critérios, porque depois eles sabem que ficam lá eternamente, não têm família, não têm retaguarda familiar, não têm para onde ir e, portanto, a nossa articulação é efectuada com o serviço social..." P8</i></p> <p><i>"... Um dos critérios de exclusão da rede é o doente viver só!" P9</i></p> <p><i>"... há outros doentes que também são encaminhados, mas, por contextos familiares diferentes, ou porque depois não têm apoio familiar..." P15</i></p>
Capacidades do FC para tomar conta do dependente	<p><i>"Quando identificamos que há dificuldades por parte dos cuidadores ... assumimos a responsabilidade e lutamos para que a pessoa vá para uma unidade da rede... Claro! depois do seu consentimento!" P18</i></p> <p><i>"Tivemos aí um senhor que a rede não o queria receber e nós à luz de 12 internamentos que o doente tinha feito num ano apenas, conseguimos que eles o aceitassem! porque de facto a família não tinha competência para cuidar dele em casa!" P18</i></p> <p><i>"... Doentes que nos aparecem aqui escareados e que estão dependentes há relativamente pouco tempo e que nos aparecem aqui com úlceras de pressão, ...os cuidadores não são capazes!" P12</i></p>
Continuidade no processo de desenvolvimento das capacidades FC	<p><i>"... mas se é um doente com família e vai ser referenciado para uma unidade longe de casa ... e o cuidador precisa de aprender... isso condiciona muito...[...] Normalmente a ECL tem a preocupação de colocar os doentes o mais próximo possível da área de residência para o FC poder aprender!" P5</i></p>
Stress do FC	<p><i>"... ou porque aquela família precisa de uns tempos de descanso... portanto são doentes que já eram dependentes mas que também propomos para as unidades de longa duração...também acontece isso!" P1</i></p> <p><i>"Um outro critério para unidade de longa duração é para descanso do cuidador... quando a família está cansada!" P4</i></p> <p><i>"Às vezes somos procurados pelos familiares a pedir a referenciação porque têm conhecimento da RNCCI... e vêm pedir! alguns por cansaço! Portanto, para descanso do cuidador!" P18</i></p>
Processos familiares	<p><i>"... O mais difícil é depois as pessoas organizarem-se numa situação de uma nova dependência, a gente questiona sempre, porque depois eles ficam sempre muito como é que hei-de dizer... sem saber o que fazer, e acontece muitas vezes que eles ficam sem saber o que fazer..." P7</i></p> <p><i>"... Muitas vezes, o facto de as pessoas não terem uma estrutura familiar organizada para a receber em casa também é importante para nós!.. P3</i></p> <p><i>"... que até tinham estado cá há uns meses internados e que à partida até se previa que a situação estava resolvida e que tinha bom apoio de retaguarda no domicílio e que são reinternados e que se verifica que não estava tudo tão bem organizado como se previa, esses doentes são avaliados, são referenciados..." P12</i></p>

	Recursos económicos da família	<p>"Há famílias que gostariam de continuar a cuidar dos seus familiares... é complicado!.. não o fazem porque não têm disponibilidade para o fazer... têm grandes dificuldades... também não podem abandonar os seus empregos! não é?!... é complicado! [...] Estamos a falar na maioria de famílias carenciadas... com grandes dificuldades económicas..." P14</p> <p>"... Porque muitas vezes dizem-nos que gostariam de vir todos os dias para aprender mas não têm possibilidades económicas para se deslocar todos os dias para a unidade da rede..." P3</p> <p>"... Muitas vezes os familiares demonstram logo que não são capazes. em termos de disponibilidade de tempo... de disponibilidade de recursos económicos... e isto é logo um sinal de alerta... não é?!..." P10</p> <p>"Muitas vezes, mesmo que a família não queira, nós incentivamos sempre a ir (refere-se à rede) ... temos muitas situações dessas que a família não quer que o doente vá... não é porque o doente não precise desses cuidados, mas sim porque estão a usufruir das suas finanças ao fim do mês!... e isto é uma situação muito frequente!... é assim... se o doente for para uma convalescença não paga nada... se for para a média ou longa duração, o doente colabora com uma percentagem da sua reforma!... e às vezes, sendo essa reforma a sobrevivência da família, eles não querem!..." P18</p>
	Atitude e participação do doente/família	<p>"... Ou o próprio doente recusa! (refere-se ao internamento numa unidade da RNCCI)... Bem... eu não entendo isto como recusa do doente! ao longo deste processo, nós conversamos muito com a família e essa dita recusa é transformada numa reformulação do destino... o que é que isto quer dizer?... é cancelado a referência para a rede e é arranjada uma alternativa com apoio domiciliário!...sabe como é... o dinheiro da reforma do dependente também é ajuda!..." P14</p> <p>"... Nem todos acontece isso ... se não quiserem (refere-se à aceitação do doente/família em ser internado numa unidade da RNCCI) ... procuramos encontrar na comunidade apoio social, quer apoio domiciliário, centros de dia, etc... que dêm apoio à família de forma a diminuir este impacto" P10</p> <p>"Quando as famílias põem a condição de não ir para longe, se surgir uma vaga longe e a família recusar, então a família tem de assumir!... e lá vamos tentar arranjar outras condições..." P8</p> <p>"... e também já temos casos em que são o próprio doente ou as famílias a pedir para serem referenciadas!... sobretudo ao nível das unidades de convalescença!... pelo conhecimento que já têm... já tivemos casos desses!" P9</p> <p>"... acontece muitas vezes é a própria família a recusar o internamento numa unidade da rede por ser longe e aí se nós virmos que eles vão precisar de apoio, nós encaminhamos para a assistente social, encaminhamos muitos doentes para a assistente social!" P15</p>
	Condições do ambiente residencial	<p>"Nós (refere-se ao médico e enfermeiro da EGA) não fazemos nenhuma avaliação das condições habitacionais... quem faz é a assistente social que muitas vezes vai a casa quando há situações duvidosas... senão serve-se só da informação que lhe dão... o próprio inquérito que é feito à família já lá tem esses itens.. saber se tem casa de banho, se tem água corrente... essas coisas todas... quando há dúvidas a assistente social vai ver." P1</p> <p>"... Assim como não terem condições habitacionais mínimas!... é motivo de referência!" P3</p>
Aspetos centrados na comunidade	Serviços de cuidados ao domicílio disponíveis	<p>"... o que temos neste momento ainda a funcionar são as unidades. Penso que deve saber que a rede quando começou a funcionar era para ter unidades e ambulatório (apoio ao domicílio) ... mas as equipas de ambulatório ainda não estão a funcionar! Portanto... temos as que temos! O que há neste momento são os centros de saúde. não é?! O que tínhamos antigamente e que têm muitas limitações para fazer domicílios! ..." P1</p> <p>"Aqui no concelho, surgiu no mês passado algo muito importante que é uma equipa da rede de apoio domiciliário e nós temos muitas pessoas que querem ir para casa mas com apoio domiciliário!... Com o surgir desta equipa de cuidados domiciliários da rede, conseguimos que muitos doentes tenham apoio muito próximo!" P9</p>
	Suporte da rede social disponível	<p>"Temos também uma rede de apoio social no concelho muito boa porque é assim... se não há possibilidades de ter institucionalizado num lar, há</p>

		<p>possibilidades de permanecer num centro de dia, se não for totalmente dependente, há possibilidades de ter internamento num lar com apoio de higiene e alimentação, de segunda a segunda... muitas freguesias, pelo menos 30% têm centros de dia, equipas de apoio domiciliário e muitos com internamento ...portanto, temos um bom apoio" P8</p> <p>"Nós temos uma excelente rede social de apoio no concelho, o que significa que isto também é determinante para não termos nos serviços casos sociais e assim os doentes têm alta hospitalar sem grandes problemas![...] Arranja-se vaga com facilidade e rapidamente na rede social ... lar, família de acolhimento, apoio domiciliário... enquanto aguarda vaga e assim não haverá muita pressão dos serviços para o doente ter alta por causa da demora média e da taxa de ocupação... percebes? Não me parece que seja muito problemático para os serviços, exatamente porque temos uma rede de apoio social muito boa!" P9</p>
<p>Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde</p>	<p>Acessibilidade aos recursos de saúde</p>	<p>Quando são doentes para as unidades de paliativos... há umas unidades de paliativos que são para já muito poucas [...] as unidades de paliativos, neste momento, estão praticamente só a aceitar doentes oncológicos. Quando foi a ideia inicial, não era essa!.portanto era para doentes terminais... até doentes com patologias crónicas.. DPOC, insuficientes hepáticos... só que neste momento há poucas unidades e eles estão a dar preferência aos doentes oncológicos!" P1</p> <p>"Geralmente, as unidades de convalescença têm vagas mais cedo que as outras unidades... porquê?.. Porque nas de convalescença os doentes estão internados até 30 dias... portanto, os doentes entram e saem com maior rotatividade!... é mais fácil haver mais vagas nas unidades de convalescença... a maioria do pessoal que referencia, principalmente médicos, preferem que eles vão para unidades de convalescença porque sabem que os doentes saem do serviço de internamento mais depressa!" P17</p> <p>"Mas há um aspeto importante que tem a ver com a falta de vagas que condiciona a referenciação dos doentes!... às vezes tenho cuidadores que me dizem... eu sinto... que estão com depressão, a fazer psicofármacos e eu nem me passa pela cabeça propor aquele doente para uma unidade da rede para descanso do familiar!... sei para já que me é logo negada essa possibilidade!... outro exemplo é a falta nítida de vagas nas unidades... e nós precisamos de muitas!... mas também ninguém tem culpa de elas não existirem!... Obriga-nos a ser mais seletivos!.." P5</p> <p>"O número de vagas para cada tipologia de unidades da rede também influencia a própria referenciação... já tivemos casos desses!... sabes que para a convalescença há menos vagas do que para uma média ou longa duração... e muitas vezes os médicos também são pressionados para isso... eu noto isso... tenho essa experiência..." P3</p> <p>"...no entanto, eu acho que por vezes os doentes são recusados para a rede por falta de vagas nas unidades!... Acontece.... É o que eu te digo!... não havendo vagas..." P5</p> <p>"... a de longa duração é a que eu acho que é a mais complicada, principalmente pelas vagas... neste momento aquelas doentes que foram propostas para unidades de longa duração ficam aqui no serviço muito tempo ..." P6</p> <p>[...] É-lhes explicado como é que funciona a rede... não é garantia, assim como a unidade para onde vai, porque eles depois têm sempre uma unidade de preferência, mas, pode não haver vaga e depende também das tipologias, são médias duração, são longas duração é muito mais difícil de arranjar vagas... tal facto também condiciona..." P12</p> <p>"... Depois há coisas importantes que são quando os doentes são referenciados para a rede para locais longe de casa... a questão da deslocação também é muito importante para os familiares!... sobretudo se forem convocados para os ensinos e treinos e as pessoas dizem que assim não podem!... aqui estavam muito mais perto de casa!... e isto é uma situação que ninguém pensa... Eu utilizo sempre este aspeto como um critério de referenciação e falo sempre com a família... [...]" P3</p> <p>"... É lógico que quando eu seleciono as unidades, tenho a preocupação de ser o mais próximo da área de residência... e esse é um critério de decisão... não a alteração da tipologia, mas a proximidade!... e essa preocupação tem que se manter..." P2</p> <p>"Acho que agora com a proximidade das unidades as pessoas já vão aceitando um bocadinho mais..." P1</p>

		<p>“... é lógico que quando eu seleciono as unidades, tenho a preocupação de ser o mais próximo da área de residência... e esse é um critério de decisão.. não a alteração da tipologia, mas a proximidade!... e essa preocupação tem que se manter...” P2</p> <p>“Nós muitas vezes sinalizamos doentes que acabam por não ser internados na rede!... ou porque não há vaga... ou porque a vaga é distante e a família arranja uma solução alternativa com apoio domiciliário... portanto... o doente já não é referenciado...” P9</p>
	<p>Políticas de gestão de altas</p>	<p>“... Depois a percepção que as pessoas têm e eu também reconheço, é que os internamentos se prolongam mais devido a isto! Antigamente, nós tínhamos a possibilidade de mandar estes doentes... ou terminais, ou que não tinham solução terapêutica, ou que eram da área de residência dos sítios onde havia as misericórdias e mandávamos os doentes no próprio dia... achávamos que o doente podia ir e ia.... Facilitava-nos muito os internamentos... e claro... nós já chegamos à conclusão que o tempo médio de internamento neste último ano aumentou nos serviços!... e um dos motivos, de facto, foi esse!...deixamos de poder mandar os doentes diretamente para esses sítios e os doentes têm que ficar nos serviços à espera dessas vagas, em lista de espera e às vezes, fizeram com que os internamentos se prolongassem e muitos médicos não querem pedir, não querem referenciar o doente porque acham que com isso é complicar a situação!!!... então preferem mandar o doente para o ambulatório (domicílio).” P1</p> <p>“... Portanto estes são critérios que não são formais... até porque nós (EGA) às vezes tentamos, mesmo a EGA referenciá-los para a convalescença... apesar de vermos que é capaz de não ser aceite!... quer dizer... as ECL dizem-nos: não! não! não pode ir para uma convalescença, tem que ir para uma média ou longa duração!... nós sabemos que depois estão aqui à espera!... já chegaram a estar aqui 2 ou 3 meses ou mais à espera de uma unidade!! Neste momento não esperam tanto, porque abriram mais unidades... mesmo assim, um doente que vá para média/longa, às vezes, está aqui 3 semanas, um mês, à espera!... e para as unidades de convalescença, 48 horas, no máximo 3 dias, sabemos que eles vão!... de maneira que isto condiciona os médicos!...” P1</p> <p>“Eu bem sei que dizem que a rede não foi criada para libertar camas dos hospitais, mas nós, médicos, na prática, sentimos essa pressão! temos doentes para internar nos serviços.....” P17</p> <p>“... agora também temos aqui um problema no hospital que é os internamentos cada vez serem mais curtos e não querem saber se a família está preparada ou não! e assim preferem logo referenciar!... esta politica de internamentos cada vez mais curtos é muito importante!... e isto influencia a referenciação para a rede! [...] ... já têm alterado os critérios para o doente ter alta do hospital mais cedo!... ou seja pelas vagas!...” P3</p> <p>“... É verdade que aqui neste serviço existe demora média elevada e o diretor de serviço anda sempre a pressionar... vejam os internamentos...!” P7</p> <p>“... Às vezes, o diretor de serviço nas visitas semanais que são à quinta-feira, que se passam na enfermaria a todos os doentes, pressiona um bocado! ... está aqui a ocupar uma cama! ..., a prolongar a taxa de ocupação!” P8</p> <p>“Sabemos que há doentes com critérios de referenciação... Mas sabemos que há clínicos que acham que ao referenciar os doentes, estes vão permanecer muito mais tempo nos serviços e como também lutam com indicadores assistenciais e querem mostrar bons resultados... acaba por ser um fator para não os referenciar!..” P18</p> <p>“... Mesmo para descanso do cuidador!... onde é que o hospital tem condições de deixar aqui um doente para descanso do cuidador?!... se o doente vai ficar aqui meses à espera!... não é?!... percebes?” P5</p>
	<p>Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino do doente</p>	<p>“O que às vezes é difícil é fazer entender às pessoas (profissionais) quais são os critérios para internar em determinadas unidades da rede.” P1</p> <p>“Nós percebemos que a rede e a EGA não era muito bem conhecida pelos nossos colegas, pelos médicos e outros!... Fizemos formação como te disse e tivemos uma excelente adesão... mas continuamos a ter em algumas áreas pessoas que não frequentaram a formação...Mas há partida já contávamos com isso, porque de uma forma geral, os médicos participam pouco nestes processos! Alguns enfermeiros e muitos médicos, o conhecimento que têm sobre a rede e a EGA é ainda muito deficitário! ... e isso condiciona o nosso trabalho e assim o destino dos doentes após a alta hospitalar...” P9</p>

	<p>Atitude dos profissionais de saúde no processo de referência do doente dependente para a RNCCI</p>	<p><i>"Portanto, a minha tarefa é essa... ver os doentes... falar com os médicos... às vezes tentar fazer compreender aos médicos (esboça um sorriso) que os doentes não vão quando eles querem, mas só vão para as unidades quando nos derem o aval!.. Às vezes temos que esperar por vaga!... às vezes têm o aval, mas não há vaga! Há doentes que não são referenciados porque... há profissionais que ainda não estão sensibilizados para a referência!...." P1</i></p> <p><i>"Pode haver algum médico que encaminhe o doente, mas aqui os médicos não estão muito alertados para isso!...agora até já estão mais!... no início, não!..." P4</i></p> <p><i>"Há alguns médicos que são um bocado renitentes a isso (refere-se à referência dos doentes para a RNCCI)... há médicos que são renitentes, porque não vêm os cuidados continuados como uma mais-valia, para a melhoria dos estados de saúde da pessoa..." P11</i></p> <p><i>"... os médicos não querem muito referenciar...há esta crítica!... como as equipas ainda não funcionam... mas há equipas médicas com que eu funciono muito bem e fazemos... muitas... muitas!... outras dizem... não vale a pena!... também não querem ter trabalho!... tu sabes como é... não é?!..." P5</i></p>
--	---	--

**ANEXO E - Instrumento de avaliação aplicado no momento da alta hospitalar do dependente
“Destino e perfil dos dependentes no momento da alta hospitalar”**

□ - □ □ - □ □ □ □

“DESTINO E PERFIL DOS DEPENDENTES NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR”

Data da alta hospitalar: ____/____/____ N° de dias de internamento: ____

Grau de parentesco do MFPC com o dependente: _____

PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE DEU INÍCIO AO PROCESSO DE REFERENCIAÇÃO DO CLIENTE DEPENDENTE (MARQUE COM X)	
Médico assistente do doente	
Médico fisiatra de apoio ao serviço	
Enfermeiro responsável / referência pelo doente	
Enfermeiro do serviço especialista em enfermagem de reabilitação	
Assistente social do serviço	
Enfermeiro da EGA	
Médico da EGA	
Assistente social da EGA	
Outro (especificar):	

INTERVENIENTES NA DECISÃO SOBRE O DESTINO DO CLIENTE DEPENDENTE APÓS A ALTA HOSPITALAR (MARQUE COM X)	
Médico assistente do doente	
Médico fisiatra de apoio ao serviço	
Enfermeiro responsável pelo doente/Enfermeiro de referência do doente	
Enfermeiro do serviço especialista em enfermagem de reabilitação	
Assistente social do serviço	
Enfermeiro da EGA	
Médico da EGA	
Assistente social da EGA	
Doente e/ou família	
Outro (especificar):	

DESTINO DO CLIENTE DEPENDENTE APÓS A ALTA HOSPITALAR (MARQUE COM X)	
Unidade de convalescença (RNCCI)	
Unidade de média duração (RNCCI)	
Unidade de longa duração (RNCCI)	
Unidade de cuidados paliativos (RNCCI)	
Domicílio	
Lar	
Família de acolhimento	
Outro (especificar):	

Na sua opinião, daquilo que conhece deste “caso”, quais foram os critérios/subcritérios utilizados pelos elementos que participaram na decisão sobre o destino do dependente no momento da alta hospitalar?

CRITÉRIOS	SUBCRITÉRIOS (marque com X)																																												
Relacionado com a condição de saúde do cliente	<p><input type="checkbox"/> <u>Potencial de reconstrução de autonomia:</u></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Força de vontade expressa pelo cliente na aprendizagem</i></p> <table border="1" data-bbox="475 566 911 647"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <i>Crença demonstrada pelo cliente que é capaz de recuperar</i></p> <table border="1" data-bbox="475 725 911 806"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <i>Desejo expresso pelo cliente em se tornar mais independente</i></p> <table border="1" data-bbox="475 884 911 965"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <i>Motivação, proactividade e envolvimento do cliente no processo de ensino/aprendizagem</i></p> <table border="1" data-bbox="475 1043 911 1124"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <i>Capacidade cognitiva do cliente</i></p> <table border="1" data-bbox="475 1202 911 1283"> <tr> <td>com compromisso</td> <td>sem compromisso</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <i>Capacidade física do cliente (ex. força muscular)</i></p> <table border="1" data-bbox="475 1361 911 1442"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <i>Reconhecimento por parte do cliente das mudanças no seu estado de saúde</i></p> <table border="1" data-bbox="475 1520 911 1601"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <i>Idade do cliente teve influência na decisão sobre o destino</i></p> <table border="1" data-bbox="475 1680 759 1760"> <tr> <td>sim</td> <td>não</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	reduzido	moderado	elevado				reduzido	moderado	elevado				reduzido	moderado	elevado				reduzido	moderado	elevado				com compromisso	sem compromisso			reduzido	moderado	elevado				reduzido	moderado	elevado				sim	não		
reduzido	moderado	elevado																																											
reduzido	moderado	elevado																																											
reduzido	moderado	elevado																																											
reduzido	moderado	elevado																																											
com compromisso	sem compromisso																																												
reduzido	moderado	elevado																																											
reduzido	moderado	elevado																																											
sim	não																																												

Nível global de dependência no autocuidado antes do episódio de internamento hospitalar

Autocuidado	Dependente grau elevado (não participa)	Dependente grau moderado (necessita de ajuda de pessoas)	Dependente grau reduzido (necessita de equipamento)	Independente
Autocuidado: Tomar banho				
Autocuidado: vestir-se e despir-se				
Autocuidado: arranjar-se				
Autocuidado: alimentar-se				
Autocuidado: uso do sanitário				
Autocuidado: elevar-se				
Autocuidado: virar-se				
Autocuidado: transferir-se				
Autocuidado: usar cadeira de rodas				
Autocuidado: andar				
Autocuidado: tomar medicação				

Nível global de dependência actual no autocuidado (momento da alta hospitalar)

Autocuidado	Dependente grau elevado (não participa)	Dependente grau moderado (necessita de ajuda de pessoas)	Dependente grau reduzido (necessita de equipamento)	Independente
Autocuidado: Tomar banho				
Autocuidado: vestir-se e despir-se				
Autocuidado: arranjar-se				
Autocuidado: alimentar-se				
Autocuidado: uso do sanitário				
Autocuidado: elevar-se				
Autocuidado: virar-se				
Autocuidado: transferir-se				
Autocuidado: usar cadeira de rodas				
Autocuidado: andar				
Autocuidado: tomar medicação				

Existência de complicações potenciais/reais:

Risco de úlcera de pressão

sim	não

Presença de úlcera(s) de pressão

sim	não

Presença de ferida(s)

sim	não

Risco de rigidez articular

sim	não

Presença de rigidez articular

sim	não

Risco de maceração

sim	não

Presença de maceração

sim	não

Risco de desidratação

sim	não

Presença de desidratação

sim	não

Expectorar ineficaz (necessidade de aspiração de secreções)

sim	não

Presença de dor

sim	não

Presença de ostomia de ventilação/eliminação

sim	não

Complexidade do regime terapêutico

Necessidade de aprendizagem de capacidades instrumentais (ex. monitorização glicémica capilar e administração de insulina; cuidados com ostomias, auto algáliação)

sim	não

Necessidade de terapêutica parentérica (via intravenosa, intramuscular)

sim	não

Necessidade de mais de cinco medicamentos por dia prescritos

sim	não

Cinesiterapia respiratória prescrita

sim	não

Alterações significativas do regime medicamentoso relativamente à condição anterior ao episódio de internamento

sim	não

Prognóstico da doença actual teve influência na decisão sobre o destino

sim	não

Relacionado com o Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC)

Potencial do MFPC para tomar conta:

Força de vontade expressa pelo MFPC para tomar conta

reduzido	moderado	elevado

Nível de participação, proactividade e envolvimento do MFPC nos processos de ensino/aprendizagem no internamento para tomar conta

reduzido	moderado	elevado

Nível de apoio dos familiares/amigos percebido pelo MFPC para tomar conta

reduzido	moderado	elevado

Nível de apoio da rede formal percebido pelo MFPC para tomar conta

reduzido	moderado	elevado

Nível de percepção do MFPC acerca da sua capacidade para tomar conta

reduzido	moderado	elevado

Nível de reconhecimento por parte do MFPC das necessidades do familiar dependente/cuidados necessários para tomar conta após a alta hospitalar

reduzido	moderado	elevado

Nível de conhecimento do MFPC sobre os cuidados necessários para tomar conta

reduzido	moderado	elevado

Nível de capacidades instrumentais do MFPC sobre os cuidados necessários para tomar conta

reduzido	moderado	elevado

Capacidade física do MFPC para tomar conta (ex. força muscular)

reduzido	moderado	elevado

Potencial de aprendizagem do MFPC para tomar conta

reduzido	moderado	elevado

Capacidade cognitiva/de aprendizagem do MFPC para tomar conta

reduzido	moderado	elevado

Qualidade/intensidade da relação entre o MFPC e o familiar dependente

reduzido	moderado	elevado

Experiência prévia do MFPC para tomar conta

sim	não

Antecedentes de sobrecarga (exaustão, stress) do MFPC para tomar conta

sim	não

Sobrecarga actual (exaustão, stress) do MFPC para tomar conta

sim	não

Risco de sobrecarga (exaustão, stress) do MFPC para tomar conta

sim	não

Idade do MFPC teve influência na decisão sobre o destino do familiar dependente

sim	não

Relacionado
com a Família

Processos familiares:

Disponibilidade expressa pela família para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente

reduzido	moderado	elevado

Disponibilidade expressa pela família quanto aos recursos económicos e financeiros necessários para tomar conta do familiar dependente

reduzido	moderado	elevado

Reconhecimento da família acerca das implicações na dinâmica familiar do processo de tomar conta do familiar dependente

reduzido	moderado	elevado

Nível de funcionalidade da família

reduzido	moderado	elevado

Tipo de família

Pessoa isolada	monoparental	nuclear	alargada

Pressão da família teve influência na decisão sobre o destino do familiar dependente

<u>sim</u>	<u>não</u>

Nível de rendimentos (económicos/financeiros) da família

reduzido	moderado	elevado

Condições estruturais da residência/casa

más	boas

Necessidade de obras na residência/casa

sim	não

<p>Relacionado com os recursos da comunidade disponíveis e com as políticas de gestão dos serviços</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Nível de apoio dos serviços de saúde no domicílio</u></p> <table border="1" data-bbox="435 255 874 338"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <u>Nível de apoio da rede social para <i>tomar conta</i> do cliente dependente (ex. lares, centro de dia, IPSS, famílias de acolhimento)</u></p> <table border="1" data-bbox="435 506 874 589"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <u>Destino final do cliente corresponde aquele que idealmente “o caso” exigia</u></p> <table border="1" data-bbox="435 689 722 772"> <tr> <td>sim</td> <td>não</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <u>Motivos pelos quais o destino final do cliente é diferente do ideal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Nº de vagas</i> <input type="checkbox"/> <i>Desejo do cliente dependente</i> <input type="checkbox"/> <i>Desejo da família</i> <input type="checkbox"/> <i>Distância geográfica entre o destino ideal do cliente dependente e a residência da família</i> <input type="checkbox"/> <i>Política de gestão da demora média dos internamentos hospitalares</i> <input type="checkbox"/> <i>Desacordo entre a EGA e a ECL</i> <input type="checkbox"/> <i>Outro (especificar): _____</i> 	reduzido	moderado	elevado				reduzido	moderado	elevado				sim	não				
reduzido	moderado	elevado																	
reduzido	moderado	elevado																	
sim	não																		
<p>Relacionado com os profissionais que participam na decisão sobre o destino</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Nível de conhecimento dos profissionais envolvidos na assistência ao cliente dependente acerca dos critérios de referência</u></p> <table border="1" data-bbox="435 1391 874 1473"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <u>Nível de burocracia percebido pelos profissionais envolvidos na assistência ao cliente dependente relativamente ao processo de referência</u></p> <table border="1" data-bbox="435 1641 874 1724"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <u>Nível de sensibilização dos profissionais envolvidos na assistência hospitalar ao cliente dependente para a utilização da RNCCI</u></p> <table border="1" data-bbox="435 1892 874 1975"> <tr> <td>reduzido</td> <td>moderado</td> <td>elevado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	reduzido	moderado	elevado				reduzido	moderado	elevado				reduzido	moderado	elevado			
reduzido	moderado	elevado																	
reduzido	moderado	elevado																	
reduzido	moderado	elevado																	

ANEXO F - Dimensões do instrumento de avaliação “Destino e perfil dos dependentes no momento da alta hospitalar”

1. Destino do doente dependente após a alta hospitalar e intervenientes na decisão

Inclui um conjunto de variáveis qualitativas nominais que nos informam acerca dos intervenientes no processo de referenciação do doente dependente, bem como, o seu destino após a alta hospitalar.

2. Condição de saúde do doente dependente

Representa um dos constructos deste instrumento de avaliação com maior relevância clínica, uma vez que permite avaliar a condição de saúde do doente dependente relativamente a:

- i) *Potencial de reconstrução de autonomia*; apresenta um conjunto de itens operacionalizados, basicamente, por um conjunto de variáveis qualitativas ordinais em que as alternativas de resposta podem ser “reduzido”, “moderado” ou “elevado”. Permite avaliar os recursos individuais (físicos, cognitivos e psicológicos) determinantes para a evolução da condição de dependência;
- ii) *Nível global de dependência do doente*, anterior ao episódio de internamento (M-1) e no momento da alta hospitalar (M0); constituído por um conjunto de onze (11) variáveis qualitativas ordinais que monitorizam o nível de dependência para cada domínio do autocuidado (tex. “tomar banho”, “tomar a medicação”, “alimentar-se”, “transferir-se”). Foi efetuada uma avaliação *global* do nível de dependência para cada domínio de autocuidado, com base em critérios de diagnóstico/indicadores específicos disponibilizados aos enfermeiros que colaboraram na recolha de dados. Esta avaliação global tinha a possibilidade de quatro respostas: “dependente não participa”, “necessita de ajuda de pessoa”, “necessita de equipamento” e “completamente independente”. Significa, pois, que ao serem disponibilizados estes critérios de diagnóstico/indicadores específicos para a avaliação de cada domínio e nível de dependência no autocuidado permitiu, posteriormente, a avaliação da evolução do nível global de dependência no autocuidado entre o Estudo II e o Estudo III;
- iii) *Processos corporais*; agrupa um conjunto de variáveis qualitativas nominais dicotómicas (com diferencial semântico entre “sim/não”) possibilitando a caracterização dos doentes dependentes em função da existência de alterações fisiológicas reais ou potenciais (ex. “rico de úlcera de pressão”, “risco de rigidez articular”; presença de “úlceras de pressão” e de “rigidez articular”);
- iv) *Complexidade do regime terapêutico*; inclui, também, um conjunto de variáveis qualitativas nominais dicotómicas com diferencial semântico entre “sim/não” (ex. “necessidade de terapêutica parentérica”, “necessidade de mais de cinco medicamentos per os prescritos por dia”). Monitoriza a necessidade de um regime terapêutico após a alta hospitalar, bem como, o nível de capacitação por parte dos doentes dependentes/FC face à necessidade de lidar com esse mesmo esquema terapêutico, frequentemente uma situação nova para as famílias ou de maior complexidade, comparativamente ao que estava instituído antes do evento crítico que gerou o episódio de internamento.

3. Potencial do FC para tomar conta

Representa, também, uma das categorias deste formulário com maior relevância clínica. Permite a avaliação do potencial do FC (físico, cognitivo e psicológico) para tomar conta do membro dependente e questões associadas à sua experiência anterior de cuidar com potenciais implicações na sua qualidade de vida. Engloba um conjunto de variáveis qualitativas ordinais com alternativa de resposta que pode ser “reduzido”, “moderado” ou “elevado” (“força de vontade expressa pelo FC para tomar conta”, “nível de apoio da rede formal percebido pelo FC para tomar conta”), bem como, um conjunto de variáveis qualitativas nominais dicotómicas, com diferencial semântico entre “sim/não” (ex. “experiência prévia do FC para tomar conta” “antecedentes de sobrecarga (exaustão, stress) do FC para tomar conta”).

4. Recursos familiares

Reporta-se a um conjunto de informação que caracteriza o processo familiar (grau de cooperação da família, disponibilidade expressa para tomar conta, reconhecimento das implicações na dinâmica familiar, nível de funcionalidade da família, recursos económicos, condições residenciais, outros). À semelhança da categoria anterior, inclui variáveis qualitativas ordinais com possibilidade de resposta que pode ser “reduzido”, “moderado” ou “elevado” (à exceção de uma variável que

engloba quatro possibilidades de resposta), bem como, um conjunto de variáveis qualitativas nominais dicotômicas, com diferencial semântico entre “sim/não” (ex. “disponibilidade expressa pela família para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente”, “reconhecimento da família acerca das implicações na dinâmica familiar do processo de tomar conta do familiar dependente”, “nível de rendimentos (econômicos/financeiros) da família”).

5. Recursos da comunidade e políticas de gestão dos serviços de internamento

Focaliza-se num conjunto de variáveis que permitem obter informação acerca do processo comunitário, avaliando os recursos formais de apoio disponíveis às famílias que integram membros dependentes, na sua área de residência, sejam estes serviços de saúde ou sociais. Engloba, igualmente, a avaliação sobre a (in)adequação do destino do doente dependente no momento da alta hospitalar e (eventuais) motivos da sua inadequação face à sua condição de saúde atual. Integra um conjunto de variáveis qualitativas ordinais e nominais (ex. “nível de apoio dos serviços de saúde no domicílio”, “nível de apoio da rede social para tomar conta do doente dependente”).

6. Fatores intrínsecos aos profissionais de saúde determinantes para o processo de referenciação do doente dependente no momento da alta hospitalar

Refere-se ao conhecimento, atitude e burocracia percecionada pelos profissionais de saúde envolvidos na decisão sobre o processo de referenciação dos doentes no momento da alta hospitalar. Engloba um conjunto de variáveis qualitativas ordinais com possibilidade de resposta que pode ser “reduzido”, “moderado” ou “elevado” (ex. “nível de conhecimento dos profissionais envolvidos na assistência ao cliente dependente acerca dos critérios de referenciação”, “nível de burocracia percepcionado pelos profissionais envolvidos na assistência ao cliente dependente relativamente ao processo de referenciação”).

ANEXO G - Operacionalização das variáveis do instrumento de avaliação “Destino e perfil dos dependentes no momento da alta hospitalar”

FORMULÁRIO “DESTINO E PERFIL DOS DOENTES DEPENDENTES, NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR”		
Dimensões	Componentes	Indicadores
Dias de internamento	Dias de internamento	Valor numérico
Intervenientes na decisão sobre o destino do doente dependente Após a alta hospitalar	Profissional de saúde que deu início ao processo de referenciação do cliente dependente	Médico assistente do doente Médico fisiatra de apoio ao serviço Enfermeiro responsável / referência pelo doente Enfermeiro do serviço especialista em enfermagem de reabilitação Assistente social do serviço Enfermeiro da EGA Médico da EGA Assistente social da EGA Outro
	Intervenientes na decisão sobre o destino do cliente dependente após a alta hospitalar: Médico assistente do doente Médico fisiatra de apoio ao serviço Enfermeiro responsável / referência pelo doente Enfermeiro do serviço especialista em enfermagem de reabilitação Assistente social do serviço Enfermeiro da EGA Médico da EGA Assistente social da EGA Doente e/ou família Outro	Sim Não
Potencial de reconstrução de autonomia do doente dependente	Força de vontade expressa pelo cliente na aprendizagem Crença demonstrada pelo cliente que é capaz de recuperar Desejo expresso pelo cliente em se tornar mais independente Motivação, proatividade e envolvimento do cliente no processo de ensino/aprendizagem Capacidade física do cliente (ex. força muscular) Reconhecimento por parte do cliente das mudanças no seu estado de saúde	Reduzido Moderado Elevado
	Capacidade cognitiva do cliente	Com compromisso Sem compromisso
	Idade do cliente teve influência na decisão sobre o destino	Sim Não
Nível global de dependência no autocuidado anterior ao episódio de internamento	Autocuidado: Tomar banho Autocuidado: vestir-se e despir-se Autocuidado: arranjar-se Autocuidado: alimentar-se Autocuidado: uso do sanitário Autocuidado: elevar-se Autocuidado: virar-se Autocuidado: transferir-se Autocuidado: usar cadeira de rodas Autocuidado: andar Autocuidado: tomar medicação	Dependente grau elevado (não participa) Dependente grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente grau reduzido (necessita de equipamento) Independente

<p>Nível global de dependência actual no autocuidado (momento alta hospitalar)</p>	<p>Autocuidado: Tomar banho Autocuidado: vestir-se e despir-se Autocuidado: arranjar-se Autocuidado: alimentar-se Autocuidado: uso do sanitário Autocuidado: elevar-se Autocuidado: virar-se Autocuidado: transferir-se Autocuidado: usar cadeira de rodas Autocuidado: andar Autocuidado: tomar medicação</p>	<p>Dependente grau elevado (não participa) Dependente grau moderado (necessita de ajuda de pessoas) Dependente grau reduzido (necessita de equipamento) Independente</p>
<p>Processos corporais: complicações/potenciais/reais</p>	<p>Risco de úlcera de pressão Presença de úlcera de pressão Presença de ferida Risco de rigidez articular Presença de rigidez articular Risco de maceração Presença de maceração Risco de desidratação Presença de desidratação Expectorar ineficaz (necessidade de aspiração de secreções) Presença de dor Presença de ostomia de ventilação/eliminação</p>	<p>Sim Não</p>
<p>Complexidade do regimen terapêutico</p>	<p>Necessidade de aprendizagem de capacidades instrumentais (ex. monitorização glicemia capilar e administração de insulina; cuidados com ostomias, auto algaliação) Necessidade de terapêutica parentérica (via intravenosa, intramuscular) Necessidade de mais de cinco medicamentos peros prescritos por dia Cinesiterapia respiratória prescrita Alterações significativas do regimen medicamentoso relativamente à condição anterior ao episódio de internamento</p>	<p>Sim Não</p>
<p>Prognóstico da doença</p>	<p>Prognóstico da doença actual teve influência na decisão sobre o destino</p>	<p>Sim Não</p>
<p>Potencial do FC para tomar conta</p>	<p>Força de vontade expressa pelo FC para tomar conta Nível de participação, proactividade e envolvimento do FC nos processos de ensino/aprendizagem para tomar conta, no internamento Nível de apoio dos familiares/amigos percebido pelo FC para tomar conta Nível de apoio da rede formal percebido pelo FC para tomar conta Nível de percepção do FC acerca da sua capacidade para tomar conta Nível de reconhecimento por parte do FC das necessidades do familiar dependente/cuidados necessários para tomar conta após a alta hospitalar Nível de conhecimento do FC sobre os cuidados necessários para tomar conta Nível de capacidades instrumentais do FC sobre os cuidados necessários para tomar conta Capacidade física do FC para tomar conta (ex. força muscular) Potencial de aprendizagem do FC para tomar conta Capacidade cognitiva/de aprendizagem do FC para tomar conta Qualidade/intensidade da relação entre o FC e o familiar dependente</p>	<p>Reduzido Moderado Elevado</p>

	<p>Experiência prévia do FC para tomar conta</p> <p>Antecedentes de sobrecarga (exaustão, stress) do FC para tomar conta</p> <p>Sobrecarga actual (exaustão, stress) do FC para tomar conta</p> <p>Risco de sobrecarga (exaustão, stress) do FC para tomar conta</p> <p>Idade do FC teve influência na decisão sobre o destino do familiar dependente</p>	<p>Sim</p> <p>Não</p>
Processos familiares	<p>Disponibilidade expressa pela família para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente</p> <p>Disponibilidade expressa pela família quanto aos recursos económicos e financeiros necessários para tomar conta do familiar dependente</p> <p>Reconhecimento da família acerca das implicações na dinâmica familiar do processo de tomar conta do familiar dependente</p> <p>Nível de funcionalidade da família</p> <p>Nível de rendimentos (económicos/financeiros) da família</p>	<p>Reduzido</p> <p>Moderado</p> <p>Elevado</p>
	Tipo de família	<p>Pessoa isolada</p> <p>Monoparental</p> <p>Nuclear</p> <p>Alargada</p>
	<p>Pressão da família teve influência na decisão sobre o destino do familiar dependente</p> <p>Necessidade de obras na residência/casa</p>	<p>Sim</p> <p>Não</p>
	Condições estruturais da residência/casa	<p>Más</p> <p>Boas</p>
Suporte formal	<p>Nível de apoio dos serviços de saúde no domicílio</p> <p>Nível de apoio da rede social para tomar conta do cliente dependente (ex. lares, centro de dia, IPSS, famílias de acolhimento)</p>	<p>Reduzido</p> <p>Moderado</p> <p>Elevado</p>
Destino final/ideal do doente dependente	Destino final do cliente corresponde aquele que idealmente "o caso" exigia	<p>Sim</p> <p>Não</p>
	Motivos pelos quais o destino final do cliente não corresponde ao "ideal"	<p>Nº de vagas</p> <p>Desejo do cliente dependente</p> <p>Desejo da família</p> <p>Distância geográfica entre o destino ideal do cliente dependente e a residência da família</p> <p>Política de gestão da demora média dos internamentos hospitalares</p> <p>Desacordo entre a EGA e a ECL</p> <p>Outro</p>
Intrínseco aos Profissionais que participam na decisão sobre o destino após alta hospitalar	<p>Nível de conhecimento dos profissionais envolvidos na assistência ao cliente dependente acerca dos critérios de referênciação</p> <p>Nível de burocracia percepcionado pelos profissionais envolvidos na assistência ao cliente dependente relativamente ao processo de referênciação</p> <p>Nível de sensibilização dos profissionais envolvidos na assistência hospitalar ao cliente dependente para a utilização da RNCCI</p>	<p>Reduzido</p> <p>Moderado</p> <p>Elevado</p>
Destino do doente dependente	<p>Destino do cliente dependente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Momento da alta hospitalar (M0) - 1º Mês após a alta hospitalar (M1) - 2º Mês após a alta hospitalar (M2) - 3º Mês após a alta hospitalar (M3) 	<p>Unidade de convalescença (rncci)</p> <p>Unidade de média duração (rncci)</p> <p>Unidade de longa duração (rncci)</p> <p>Domicílio</p> <p>Lar</p> <p>Família de acolhimento</p> <p>Unidade cuidados paliativos</p> <p>Faleceu</p> <p>Não contactável</p> <p>Reinternado</p> <p>Desistiu do estudo</p> <p>RNCCI não autorizou a recolha de dados</p>

ANEXO H – Pedido de autorização à Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) para utilização do instrumento de recolha de dados "Famílias que integram dependentes no autocuidado"

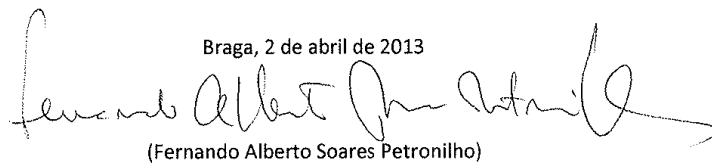
Ex^o Senhor Presidente da
Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)
Professor Paulo Parente

Eu, Fernando Alberto Soares Petronilho, estando na fase final da elaboração do relatório do Doutoramento em Enfermagem, pela Universidade de Lisboa, orientado pelo Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva (orientador) e Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira (co-orientador), verifico, ao momento, que não encontro o documento original onde constava a autorização de Vossa Excelência, para efeitos de utilização do instrumento de recolha de dados “Famílias que integram dependentes no autocuidado”.

Sendo imprescindível a apresentação do referido documento no relatório final, venho, mais uma vez, solicitar ao Coordenador do Projeto da ESEP responsável pela conceção do referido instrumento de recolha de dados – Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva – se digne enviar-me um novo documento comprovativo.

Desde já, agradeço, antecipadamente, toda a atenção dispensada ao assunto e as minhas desculpas pelo incómodo causado.

Cumprimentos cordiais.

Braga, 2 de abril de 2013


(Fernando Alberto Soares Petronilho)

Doutorando em Enfermagem



ESEP
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Declaração

Declara-se, para os devidos efeitos, que o Professor Doutor Abel Paiva e Silva, Coordenador do Projeto “Famílias que integram dependentes no autocuidado”, confirmou a anterior autorização dada ao Mestre Fernando Alberto Soares Petronilho para a utilização, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, do instrumento de recolha de dados em uso nesse projeto.

Porto e ESEP, 4 de abril de 2013

O Presidente,

(Paulo José Parente Gonçalves)

ANEXO I - Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”

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

FAMÍLIA

Tipo de família

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

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

Número de membros da família



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

Parentesco

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

Profissão

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

Perfil 2

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

Coabita com o dependente? Sim Não

Sexo

- M
- F

Idade

--	--

Estado civil

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

Nacionalidade

- Portuguesa
- Não portuguesa (especificar)

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

Nível de escolaridade

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

Parentesco

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

Profissão

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

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE II - FORMULÁRIO PCD

PESSOA DEPENDENTE

Sexo

- M
 F

Idade

Estado civil

- Casado/ União de facto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado

Nacionalidade

- Portuguesa
 Não portuguesa (especificar)

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, artífices e trabalhadores similares
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
 Trabalhadores não qualificados
 Doméstico
 Desempregado
 Pensionista / Reformado
 Estudante
 Outra

Situação que originou a dependência

Sim Não

- Envelhecimento
 Acidente
 Doença aguda
 Doença crónica
 Outra

Instalação da dependência

- Súbita
 Gradual

Tempo de dependência

Anos Meses

Consumo medicamentos

- Não
 Sim

Variedades de fármacos (n.º)

Internamentos no último ano

- Nenhum
 Um
 Dois
 Três
 Mais de três (especificar)

Episódios de recursos ao SU, no último ano

- Nenhuma
 Uma
 Duas
 Três

Mais de três (especificar)

Número de fármacos nas tomas/dia

AUTOCUIDADO: Tomar banho

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



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

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

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

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama
 No chuveiro/banheira
 Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

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

- Sempre Às vezes Nunca

Assento suspenso para banheira

Razão da não utilização

- Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência Outro

Barras de apoio para banho

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

Cadeira de banho (fixa/ giratória)

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

Cadeira higiénica

Razão da não utilização

- Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência Outro

Elevador de banheira

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

Lava cabeças para acamados

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

Antiderrapante

Razão da não utilização

- Económica Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

- S N

Utilizado

- S N

Desejado

- S N

- Desconhecimento da forma de funcionamento

- Limitações da residência Outro

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

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

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

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

Dependente Prestador de cuidados Outro



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

Abotoador

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

Calça meias/lira meias

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

Calçadeira 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

Cordões elásticos

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

Extensões para fechos de correr

Razão da não utilização

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

Necessário (juízo do enfermeiro) S N

Utilizado S N

Desejado S N

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber 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"/>

**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 / mês

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

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

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

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

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

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

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

Pente de cabo longo**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

Espelho inclinável**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S N S N S N

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

**AUTOCUIDADO: Alimentar-se**

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

Quantas refeições fornece ao seu familiar? vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

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

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

- Na cama
 Na sala de jantar/cozinha
 Outro

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

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

Abridor de frascos

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

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

Adaptador de talheres

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

Babete

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

Copo adaptado

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

Garfo flexível

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

S N

S N

S N

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

**Mesa 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

8 / 18

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

CITQ0046Pv1



Fralda	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			
Penso absorvente para incontinência	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			
Penso higiénico	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			
Resguardo	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			
Saco de colostomia/ileostomia/urina	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			
Urinol	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"/>

**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****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

Apoio de cabeça anatómico**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

Apoio de pés**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

Barras paralelas e apoios da posição de pé**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S N S N S N

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

AUTOCUIDADO: Virar-se**Mover o corpo, virando-o de um lado para o outro**

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

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

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

- O dependente
 O prestador de cuidados
 O enfermeiro
 Outro

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

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



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



Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Detectar sinais precoces 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 ÚP)		<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****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

Cabeceira e pés da cama amovíveis**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

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

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

Elevador de transferência**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

**Transfer leito-cadeira****Razão da não utilização**

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

Disco de rotação**Razão da não utilização**

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

Para:

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

AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas

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

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

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

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro

Incentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas? Sempre Às vezes Nunca

Rampa**Razão da não utilização**

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

Rodas anti-queda**Razão da não utilização**

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

Plataforma vertical para cadeiras de rodas**Razão da não utilização**

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

**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 / dia

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

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro

Andarilho

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"/>

**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



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

CUIDADOS COMPLEMENTARES

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

Quem decide a dieta do seu familiar?

O dependente O prestador de cuidados O enfermeiro Outro

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

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

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

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

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

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

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

Costuma fazer a pesquisa de fealomas? Sempre Às vezes Nunca

Com que frequência 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

18 / 18

OUTROS RECURSOS

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

Serviços de:

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente em casa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuidados de higiene e conforto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cabeleireiro, manicure e esteticista
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio no tratamento da roupa do dependente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Confeção de refeições e apoio durante as mesmas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de medicamentos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de artigos alimentares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tele-assistência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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"/> <input type="text"/>
		Que peso perdeu nos últimos três meses? <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da amplitude articular
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Dto (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Edo (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele comprometida
		Número de úlceras de pressão <input type="text"/> <input type="text"/>
		Localização úlceras
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Região sagrada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trocater
<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"/> <input type="text"/> vezes / semana

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

N.º de quedas no último mês **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)

<input type="radio"/>	Dependente, incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.
<input type="radio"/>	Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).
<input type="radio"/>	Consegue controlar os intestinos.

Urinar (controlo vesical)

<input type="radio"/>	Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.
<input type="radio"/>	Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.
<input type="radio"/>	Contínente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

CITQ0046Pv1

ANEXO J - Operacionalização das variáveis de atributo do Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”

- Doente dependente
- Família
- Alojamento
- Familiar cuidador (FC)

Operacionalização das variáveis de atributo

VARIÁVEIS DE ATRIBUTO		
DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Família	Tipo de família	Clássica: sem núcleos Clássica: com um núcleo Clássica: com dois núcleos Clássica: com três núcleos
	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
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 (pessoa com mobilidade condicionada)	Sim Não
	N.º divisões	Número
	N.º ocupantes	Número
	Alojamento com: Retrete Água canalizada Instalação de banho ou duche Aquecimento	Sim Não
PC (Prestador de cuidados / parente de dependente institucionalizado)	Perfil 1/Perfil 2	Prestador de cuidados Parente dependente institucionalizado Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado
	Coabita com o dependente	Sim Não
	Sexo	Masculino Feminino
	Idade	Número
	Estado civil	Casado/União de facto Solteiro Viúvo Divorciado
	Nacionalidade	Portuguesa Não portuguesa (especificar)
	Nível de escolaridade	Nenhum Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos) Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos) Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior
	Parentesco	Marido / Esposa Pai/Mãe Filho/Filha Irmão/Irmã Afinidade (nora; padrastrô; cunhado) Sem grau de parentesco Outra
	Profissão	Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais e científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas Operários, artifices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

		Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Pensionista / Reformado Estudante Outra
Doente dependente	Sexo	Masculino Feminino
	Idade	Numérico
	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
	Situação que originou a dependência: Envelhecimento Acidente Doença aguda Doença crónica Outra	Sim Não
	Instalação da dependência	Súbita Gradual
	Tempo de dependência: Anos Meses	Numérico
	Consumo medicamentos	Não Sim
	Variedades de fármacos	Número
	Número de fármacos nas tomas/dia	Número
	Internamentos no último ano	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar em número)
	Episódios de recursos ao SU, no último ano	Nenhuma Uma Duas Três Mais de três (especificar em número)

ANEXO K Operacionalização das variáveis em estudo do Formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”

- Dependência no autocuidado
- Condição de saúde do doente dependente: processos corporais
- Percepção de Autoeficácia do FC para tomar conta
- Perfil de cuidados prestados pelo FC para tomar conta do familiar dependente
- Recursos

Operacionalização da(s) variável(s): dependência no autocuidado

DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO (EX. TOMAR BANHO)		
DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADOR
Autocuidado: Tomar banho	Obtém objetos para o banho Consegue água Abre a torneira Regula a temperatura da água Regula o fluxo da água Lava-se no chuveiro Lava o corpo Seca o corpo	Dependente não participa Necessita de ajuda de pessoa Necessita de equipamento Completamente independente

Operacionalização da(s) variável(s) – Condição saúde doente dependente: processos corporais

CONDIÇÃO SAÚDE DOENTE DEPENDENTE: PROCESSOS CORPORAIS		
DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Processos corporais	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de sinais aparentes de desidratação • Presença de sinais aparentes de desnutrição • Presença de sinais aparentes de rigidez articular • Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório • Presença de sinais de alteração do estado mental • Deglutição comprometida 	Sim Não
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de úlceras de pressão • N.º de quedas no último mês 	Valor numérico
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Contigente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

Operacionalização das variáveis: Percepção Autoeficácia Familiar Cuidador (PAE FC) p/ tomar conta em função dos processos de cuidar de Schumacher e do Autocuidado: Tomar banho

DIMENSÃO	DIMENSÃO	COMPONENTES							INDICADORES	
	PAE processos cuidar Schumacher PAE Autocuidado: Tomar banho	Monitorizar	Decidir	Agir	Ajustar	Aceder a Recursos	Providenciar Cuidados	Trabalhar como Pessoa Cuidada		Negociar com o Sistema de Saúde
COMPONENTES	Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	X								- Incompetente - Pouco Competente - Medianamente Competente - Muito Competente
	Determinar o horário, a forma e o local de higiene do seu familiar		X							
	Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para os cuidados de higiene			X						
	Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar				X					
	Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar					X				
	Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho					X				
	Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho					X				
	Dar banho ao seu familiar						X			
	Pentear o cabelo ao seu familiar						X			
	Lavar os dentes do seu familiar						X			
	Cortar as unhas do seu familiar						X			
	Barbear o seu familiar						X			
	Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local de cuidados de higiene							X		
	Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene							X		
	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde								X	
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais								X		

Operacionalização da(s) variável(s) – Perfil de cuidados prestados pelo FC para tomar conta do familiar dependente

PERFIL DE CUIDADOS DO FC PARA TOMAR CONTA DO FAMILIAR DEPENDENTE		
DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Atividades de incentivo à autonomia do familiar dependente	(ex. associado ao Autocuidado: tomar banho): <ul style="list-style-type: none"> O FC incentiva o familiar dependente a lavar as zonas do corpo de que é capaz 	Sempre Às vezes Nunca
Intensidade (grau) com que FC presta cuidados face à dependência do familiar	(ex. associado ao Autocuidado: alimentar-se): <ul style="list-style-type: none"> O FC dá os alimentos à boca ao familiar dependente 	Sempre Às vezes Nunca
Frequência (nº) com que FC presta cuidados face à dependência do familiar	(ex. associado ao Autocuidado: alimentar-se): <ul style="list-style-type: none"> Número de refeições que o FC fornece ao familiar dependente (dia) 	Valor numérico
Pessoa que decide sobre as atividades/cuidados necessários face à dependência do doente	(ex. associado ao Autocuidado: alimentar-se): <ul style="list-style-type: none"> Frequência/composição/local das refeições do familiar dependente 	O prestador de cuidados O enfermeiro Serviço de refeições ao domicílio Outro
Local da prestação de cuidados/atividades face à dependência do familiar	(ex. associado ao Autocuidado: alimentar-se): <ul style="list-style-type: none"> Local em que o familiar dependente faz as suas refeições 	Cama Sala de jantar/cozinha Outro
	(ex. associado ao Autocuidado: tomar banho): <ul style="list-style-type: none"> Local em que, normalmente, o FC dá banho ao familiar dependente 	Cama Chuveiro/banheira Noutro local
	(ex. associado ao Autocuidado: usar o sanitário): <ul style="list-style-type: none"> Local em que, normalmente, o familiar dependente evacua 	Fralda Arrastadeira Sanita Outro

Operacionalização da(s) variável(s) – Recursos

RECURSOS		
DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Recursos	Equipamentos necessários: (Ex. Autocuidado: tomar banho): <ul style="list-style-type: none"> Assento suspenso para banheira Barras de apoio para banho Cadeira de banho (fixa/ giratória) Cadeira higiénica Elevador de banheira Lava cabeças para acamados Antiderrapante 	Sim Não
	Equipamentos utilizados: (Ex. Autocuidado: tomar banho) <ul style="list-style-type: none"> Assento suspenso para banheira Barras de apoio para banho Cadeira de banho (fixa/ giratória) Cadeira higiénica Elevador de banheira Lava cabeças para acamados Antiderrapante 	Sim Não
	Serviços de apoio: não profissionais	Familiar Vizinho Amigo Empregada Outro
	Serviços de apoio: profissionais: <ul style="list-style-type: none"> Assistente Social Enfermeiro Fisioterapeuta Médico 	Sim Não

	<ul style="list-style-type: none"> • Nutricionista • Psicólogo • Outro 	
	<p>Serviços de apoio: específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar • 112 INEM • Hospital • Cuidados de higiene e conforto • Cabeleireiro, manicura e esteticista • Confeção de refeições e apoio durante as mesmas • Teleassistência • Linha Saúde 24 • Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados • Acompanhamento do dependente em casa • Acompanhamento dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais) • Apoio no tratamento da roupa do dependente • Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente • Apoio na compra de medicamentos • Apoio na compra de artigos alimentares • Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas 	<p>Sim Não</p>
	<p>Financeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendimento do trabalho • Rendimentos da propriedade e da empresa • Subsídio de desemprego • Subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional • Outros subsídios temporários • Rendimento social de inserção • Pensão / Reforma • A cargo da família • Apoio social • Programa conforto habitacional para idosos (PCHI) • Rendimento solidário para idosos (RSI) • Complemento de dependência • Esmolas / donativos • Recursos financeiros (principais fontes de rendimento) • Outra situação 	<p>Sim Não</p>

ANEXO L Declaração de Consentimento Informado dos doentes dependentes e familiares cuidadores

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Ex. (a) Senhor(a)

O meu nome é Fernando Petronilho, sou enfermeiro e estou a desenvolver neste momento um estudo de investigação no âmbito do meu doutoramento em enfermagem. Este estudo visa estudar a alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos. Em paralelo, pretende-se explorar o impacte sobre a transição da pessoa dependente e do membro da família prestador de cuidados.

Após total esclarecimento acerca do seu contributo neste estudo, gostaríamos de contar com a sua participação. Deste modo, pretendíamos que colaborasse na informação necessária ao preenchimento de um instrumento de avaliação no momento da alta hospitalar. Após a alta, gostaríamos de ter acesso ao seu número de telefone/telemóvel para posterior contacto e aplicação de um questionário, um mês (por telefone), dois meses (por telefone) e três meses (por visita ao domicílio), após a alta hospitalar do seu familiar.

Desde já nos comprometemos a respeitar a absoluta confidencialidade dos dados, bem como, garantir o seu anonimato (não revelando a sua identidade). Comprometemo-nos a destruir os dados após a conclusão do trabalho. Relembrando que esta atividade não é obrigatória e caso não queira participar ou interromper em qualquer momento da sua participação, em nada será prejudicado.

Se pretende colaborar, por favor, assine em baixo como está indicado.

Grato pela atenção dispensada.

Após ter recebido sobre o estudo em questão toda a informação, de uma forma livre e esclarecida, consinto participar no estudo.

Assinatura _____

Local, _____ Data, ____/____/____

ANEXO M Resultados do Estudo II - Perfil e destinos dos doentes dependentes face aos critérios de decisão envolvidos no momento da alta hospitalar

Potencial de reconstrução de autonomia

Potencial de reconstrução de autonomia (Indicadores)	Grau Reduzido		Grau Moderado		Grau Elevado		N
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Força de vontade expressa pelo cliente na aprendizagem	164	60,1	70	25,6	39	14,3	273
Crença demonstrada pelo cliente que é capaz de recuperar	173	63,6	65	23,9	34	11,9	272
Desejo expresso pelo cliente em tornar-se mais independente	156	54,5	53	18,5	63	22,0	272
Motivação, proatividade e envolvimento do cliente no processo de ensino/aprendizagem	172	63,0	69	25,3	32	11,7	273
Capacidade física do doente (ex. força muscular)	172	60,1	92	33,7	9	3,3	273
Reconhecimento por parte do cliente das mudanças no seu estado de saúde	157	57,7	91	33,5	24	8,4	272
	Com compromisso		Sem compromisso				N
	Nº	%	Nº	%			
Capacidade cognitiva do cliente	194	71,3	78	28,7			272
	Sim		Não				N
	Nº	%	Nº	%			
Idade do cliente influenciou a decisão sobre o destino	70	26,3	196	73,7			266

Compromisso dos processos corporais

Compromisso dos processos corporais		Sim		Não		N
		Nº	%	Nº	%	
Úlcer de pressão	Risco	232	85,3	40	14,7	272
	Presença	65	23,8	208	76,2	273
Feridas	Presença	57	20,9	216	79,1	273
Rigidez articular	Risco	224	82,1	49	17,9	273
	Presença	94	34,6	178	65,4	272
Maceração	Risco	222	81,6	50	18,4	272
	Presença	42	15,4	231	84,6	273
Desidratação	Risco	211	77,3	62	22,7	273
	Presença	21	7,7	252	92,3	273
Expertor	Ineficaz	83	30,4	190	69,6	273
Dor	Presença	92	33,7	181	66,3	273
Ostomia ventilação/eliminação	Presença	24	8,8	248	91,2	272

Complexidade do regime terapêutico

Complexidade do regime terapêutico	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Necessidade de aprendizagem capacidades instrumentais*	41	17,5	193	82,5	234
Necessidade de terapêutica parentérica	12	5,1	222	94,9	234
Necessidade de mais de 5 medicamentos via oral/dia	174	76,0	55	24,0	229
Necessidade de cinesioterapia respiratória prescrita	49	20,9	186	79,1	235
Alterações significativas ao regime medicamentoso	93	39,7	141	60,3	234

* ex. monitorização glicemia capilar e administração de insulina; cuidados com ostomias, autoalgaliação

Prognóstico da doença atual

Prognóstico da doença atual	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Prognóstico da doença atual influenciou o destino	114	50,0	114	50,0	228

Recursos económicos da família

Recursos económicos da família	Grau elevado		Grau moderado		Grau reduzido		N
	Nº	%	Nº	%			
Disponibilidade expressa pela família quanto aos recursos económicos necessários para tomar conta	39	21,0	106	57,0	41	22,0	186
Rendimentos económicos da família	10	8,3	91	75,8	19	15,8	120

Consciencialização da família para tomar conta

Consciencialização da família para tomar conta	Grau elevado		Grau moderado		Grau reduzido		N
	Nº	%	Nº	%			
Reconhecimento da família acerca das implicações na dinâmica familiar decorrente do processo de tomar conta	53	27,3	102	52,6	39	20,1	194

Vontade e envolvimento da família para tomar conta

Vontade e envolvimento da família para tomar conta	Grau elevado		Grau moderado		Grau reduzido		N
	Nº	%	Nº	%			
Disponibilidade expressa pela família para cooperar no processo de tomar conta	78	39,6	72	36,5	47	23,9	197
Pressão da família teve influência na decisão sobre o destino	Sim		Não				N
	Nº	%	Nº	%			
	30	21,0	115	79,0			143

Condições do ambiente residencial

Condições do ambiente residencial	Boas		Más		N
	Nº	%	Nº	%	
Condições estruturais da residência	95	85,6	16	14,4	111
Necessidade de obras	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
	26	23,6	84	76,4	110

Recursos de saúde na comunidade

Suporte em cuidados de saúde no domicílio	Grau elevado		Grau moderado		Grau reduzido		N
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Apoio dos serviços de saúde no domicílio	13	8,6	97	64,2	41	27,2	151

Recursos sociais na comunidade

Suporte da rede social	Grau elevado		Grau moderado		Grau reduzido		N
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Apoio da rede social (lares, centros dia, IPSS, famílias acolhimento)	18	13,0	69	50,0	51	37,0	138

Adequação da condição de saúde do doente dependente relativamente ao destino final

Adequação da condição de saúde do doente dependente relativamente ao destino final	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Destino final do doente dependente corresponde aquele que idealmente "o caso" exigia (opinião do enfermeiro)	174	84,9	31	15,1	205

Razões da inadequação da condição de saúde do doente dependente relativamente ao destino final

Razões da inadequação da condição de saúde do doente dependente relativamente ao destino final	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Nº de vagas disponíveis (RNCCI, famílias acolhimento, lares, etc.)	2	6,5	29	93,5	31
Desejo do cliente dependente	9	29,0	22	71,0	
Desejo da família	28	90,3	3	9,7	
Distância geográfica entre o destino adequado do cliente dependente e a residência da família	4	12,9	27	87,1	
Outro	1	3,2	30	96,8	

Fatores intrínsecos aos profissionais de saúde determinantes para o processo de referenciação, no momento da alta hospitalar (M0)

Fatores intrínsecos aos profissionais de saúde determinantes para o processo de referenciação	Grau elevado		Grau moderado		Grau reduzido		N
	Nº	%	Nº	%			
Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar	176	75,9	54	23,3	2	0,9	232
Burocracia percecionada pelos profissionais relativamente ao processo de referenciação	98	42,4	123	53,2	10	4,3	231
Atitude dos profissionais de saúde no processo de encaminhamento do doente dependente para a RNCCI	180	77,9	47	20,3	4	1,7	

ANEXO N Perfil dos dependentes em função dos destinos no momento da alta hospitalar tendo em conta os critérios de decisão envolvidos

Destino: Unidades de convalescença (UC)
n=24 (8,8%)
Média de dias de internamento hospitalar =16,2

Potencial de recuperação de autonomia

- A maioria demonstra força de vontade para a aprendizagem [75% (n=18)];
- A maioria demonstra crença na capacidade de recuperação [62,5% (n=15)];
- A maioria demonstra desejo em se tornar mais independente [78,2% (n=18)];
- A maioria demonstra motivação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [66,6% (n=16)];
- Cerca de 2/5 não apresenta compromisso cognitivo [37,5% (n=9)];
- A maioria demonstra capacidade funcional (física) moderada/elevada [70,8% (n=17)];
- A maioria demonstra reconhecimento nas mudanças no seu estado de saúde [75% (n=18)];

Nível de dependência anterior ao episódio de internamento hospitalar (M-1)

- A maioria é autónoma ("completamente independente" ou "necessita de equipamento") para os autocuidados no domínio do *asseio pessoal* ("tomar banho" [75% (n=18)], "vestir-se/despir-se" [70,8% (n=17)], "arranjar-se" [75% (n=18)], "usar o sanitário" [75% (n=18)]); "alimentar-se" [79,1% (n=19)]; da *mobilidade* ("elear-se" [79,1% (n=19)], "virar-se" [79,1% (n=19)], "transferir-se" [75% (n=18)], "usar cadeira de rodas" [65% (n=13)] e "andar" [79,2% (n=19)]); tomar a medicação [75% (n=18)];

Nível de dependência no momento da alta hospitalar (M0)

- A maioria "necessita de ajuda de pessoa" ou "necessita de equipamento" para os autocuidados no domínio do *asseio pessoal* ("tomar banho" [66,6% (n=16)], "vestir-se/despir-se" [70,9% (n=17)], "arranjar-se" [70,9% (n=17)], "usar o sanitário" [70,8% (n=17)]); da *mobilidade* ("elear-se" [70,9% (n=17)], "virar-se" [70,8% (n=17)], "transferir-se" [65,2% (n=15)], "usar cadeira de rodas" [56,5% (n=13)] e "andar" [70,9% (n=17)]) e "tomar a medicação" [58,3% (n=14)];
- Cerca de metade é autónomo ("necessita de equipamento" ou é "completamente independente") para o autocuidado "alimentar-se" [45,9% (n=11)];

Compromisso dos processos corporais

- A maioria apresenta risco de: úlcera de pressão [54,2% (n=13)]; rigidez articular [75% (n=18)], maceração [62,5% (n=15)], desidratação [54,2% (n=13)];
- A maioria não apresenta: úlceras de pressão [91,7% (n=22)]; rigidez articular [79,2% (n=19)]; maceração [91,7% (n=22)]; desidratação [91,7% (n=22)]; expetorar ineficaz [75% (n=18)] e dor [70,8% (n=17)];
- Nenhum caso apresenta ostomia de ventilação/eliminação.

Complexidade do regime terapêutico

- A maioria não necessita de aprendizagem de capacidades instrumentais (ex. monitorização glicemia capilar e administração de insulina; cuidados com ostomias, auto algaliação) [90% (n=18)]; cinesiterapia respiratória [90,5% (n=19)]
- A maioria necessita de mais de 5 medicamentos por dia [60% (n=12)], dos quais, nenhum é por via parentérica;
- A maioria tem alterações significativas ao regime medicamentoso [61,9% (n=13)].

Potencial do familiar cuidador (FC) para tomar conta

- A maioria demonstra força de vontade para tomar conta [75% (n=15)];
- A maioria demonstra participação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [85% (n=18)];
- A maioria percebe apoio dos familiares/amigos para tomar conta [75% (n=15)];
- A maioria percebe apoio da rede formal para tomar conta [75% (n=15)];
- A maioria percebe capacidade para tomar conta [75% (n=15)];
- A maioria reconhece as necessidades do familiar dependente [70% (n=14)];
- A maioria demonstra conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [65% (n=13)];
- 50% Demonstra habilidades instrumentais sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [50% (n=10)];
- A maioria demonstra capacidade funcional (física) para tomar conta [85% (n=17)];
- A maioria demonstra potencial de aprendizagem para tomar conta [90% (n=17)];
- A maioria demonstra capacidade cognitiva para tomar conta [85% (n=17)];
- A qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente é positiva [100% (n=20)];
- A maioria não tem experiência anterior de tomar conta [80% (n=16)];
- Nenhum demonstra antecedentes de sobrecarga para tomar conta;
- A maioria não demonstra sobrecarga [90% (n=18)];
- A maioria não demonstra risco de sobrecarga [52,6% (n=10)].

Recursos familiares

- A maioria das famílias demonstra disponibilidade para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [66,6% (n=12)];
- A maioria das famílias demonstra disponibilidade quanto aos recursos económicos necessários para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [88,9% (n=16)];
- A maioria das famílias reconhece as implicações na dinâmica familiar para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [88,9% (n=16)];
- Na maioria das famílias o nível de funcionalidade/cooperação é positivo [94,1% (n=16)];
- A maioria das famílias é do tipo "nuclear" [61,9% (n=13)];
- A maioria das famílias tem um rendimento económico considerado moderado/elevado [93,4% (n=14)];
- A maioria das famílias tem boas condições habitacionais, no entanto, necessitam de obras de adaptação [58,3% (n=14)].
- Na dimensão "recursos familiares" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (cerca de 40%).

Recursos de saúde e sociais na comunidade

- A maioria das famílias tem apoio adequado dos serviços de saúde no domicílio [80% (n=12)];
- A maioria das famílias tem apoio adequado da rede social [73,4% (n=11)];
- A maioria dos casos o destino do doente dependente é considerado adequado [80% (n=16)];

Na dimensão "recursos de saúde e sociais na comunidade", verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (chegam a 37,5%).

Destino: Unidades de média duração e reabilitação (UMDR)

n = 23 (8,4%)

Média de dias de internamento hospitalar = 16,2

Potencial de recuperação de autonomia

- A maioria demonstra força de vontade para a aprendizagem [73,9% (n=17)];
- A maioria demonstra crença na capacidade de recuperação [65,2% (n=15)];
- A maioria demonstra desejo em se tornar mais independente [82,6% (n=19)];
- A maioria demonstra motivação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [69,6% (n=16)];
- Cerca de 2/5 não apresenta compromisso cognitivo [39,1% (n=9)];
- A maioria demonstra capacidade funcional (física) reduzida [60,9% (n=14)];
- A maioria demonstra reconhecimento nas mudanças no seu estado de saúde [73,9% (n=17)].

Nível de dependência anterior ao episódio de internamento hospitalar (M-1)

- A maioria é autónoma ("completamente independente" ou "necessita de equipamento") para os autocuidados no domínio do *asseio pessoal* ("tomar banho" [65,2% (n=15)], "vestir-se/despir-se" [69,6% (n=16)], "arranjar-se" [69,6% (n=16)], "usar o sanitário" [73,9% (n=17)]); "alimentar-se" [82,6% (n=19)]; da *mobilidade* ("elevantar-se" [78,2% (n=18)], "virar-se" [86,4% (n=19)], "transferir-se" [78,2% (n=18)], "usar cadeira de rodas" [70,2% (n=12)] e "andar" [87% (n=20)]); "tomar a medicação" [69,6% (n=16)];

Nível de dependência no momento da alta hospitalar (M0)

- A maioria é totalmente dependente ("dependente, não participa") para os autocuidados no domínio do *asseio pessoal* ("tomar banho" [73,9% (n=17)], "vestir-se/despir-se" [78,3% (n=18)], "arranjar-se" [78,3% (n=18)], "usar o sanitário" [73,9% (n=17)]); da *mobilidade* ("elevantar-se" [69,6% (n=16)], "transferir-se" [69,6% (n=16)], "usar cadeira de rodas" [76,2% (n=16)] e "andar" [71,4% (n=15)] e "tomar a medicação" [60,9% (n=14)];
- A grande maioria é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para os autocuidados "alimentar-se" [95,2% (n=22)] e virar-se [91,3% (n=21)];

Compromisso dos processos corporais

- A maioria apresenta risco de: úlcera de pressão [95,5% (n=21)]; rigidez articular [87% (n=20)], maceração [95,5% (n=21)], desidratação [73,9% (n=17)];
- A maioria não apresenta: úlceras de pressão [91,3% (n=21)]; rigidez articular [78,3% (n=18)]; maceração [87% (n=20)]; desidratação [95,7% (n=22)]; expetorar ineficaz [78,3% (n=18)] e dor [69,6% (n=16)];
- Apenas um caso apresenta ostomia de ventilação/eliminação [4,3% (n=1)].

Complexidade do regime terapêutico

- A maioria não necessita de: aprendizagem de capacidades instrumentais (ex. monitorização glicemia capilar e administração de insulina; cuidados com ostomias, auto algaliação) [57,9% (n=11)]; cinesiterapia respiratória [78,9% (n=15)];
- A maioria necessita de mais de 5 medicamentos por dia [73,7% (n=14)], dos quais, apenas um doente necessita de medicação por via parentérica;
- A maioria tem alterações significativas ao regime medicamentoso [68,4% (n=13)].

Potencial do familiar cuidador (FC) para tomar conta

- A maioria demonstra força de vontade para tomar conta [60,8% (n=14)];
- A maioria demonstra participação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [73,9% (n=17)];
- A maioria percebe apoio dos familiares/amigos para tomar conta [68,2% (n=15)];
- A maioria percebe apoio da rede formal para tomar conta [78,3% (n=18)];
- A maioria percebe capacidade para tomar conta [78,2% (n=18)];
- A maioria reconhece as necessidades do familiar dependente [65,2% (n=15)];
- A maioria não demonstra conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [56,5% (n=13)];
- A maioria não demonstra habilidades instrumentais sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [59,1% (n=13)];
- A maioria demonstra capacidade funcional (física) para tomar conta [77,3% (n=17)];
- A maioria demonstra potencial de aprendizagem para tomar conta [86,4% (n=19)];
- A maioria demonstra capacidade cognitiva para tomar conta [95,7% (n=22)];
- A qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente é positiva [95,7% (n=22)];
- A maioria não tem experiência anterior de tomar conta [69,6% (n=16)];
- A maioria não demonstra antecedentes de sobrecarga [86,4% (n=19)];
- A maioria não demonstra sobrecarga [81,8% (n=18)];
- A maioria demonstra risco de sobrecarga [59,1% (n=13)].

Recursos familiares

- A maioria das famílias demonstra disponibilidade para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [68,5% (n=13)];
- A maioria das famílias demonstra disponibilidade quanto aos recursos económicos necessários para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [82,4% (n=14)];
- A maioria das famílias reconhece as implicações na dinâmica familiar para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [68,4% (n=13)];
- Na maioria das famílias o nível de funcionalidade/cooperação é positivo [73,7% (n=14)];
- A maioria das famílias é do tipo "nuclear" [52,4% (n=11)];
- A maioria das famílias tem um rendimento económico considerado moderado [76,9% (n=10)];
- A maioria das famílias tem boas condições habitacionais [81,9% (n=9)].

Na dimensão "recursos familiares" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (cerca de 50%).

Recursos de saúde e sociais na comunidade

- A maioria das famílias tem apoio adequado dos serviços de saúde no domicílio [73,3% (n=11)];
- A maioria das famílias tem apoio adequado da rede social [71,4% (n=10)];
- A maioria dos casos o destino do doente dependente é considerado adequado [85,7% (n=18)];

Na dimensão "recursos de saúde e sociais na comunidade" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (chegam a 40%).

Destino: Unidades de longa duração e manutenção (ULDM)

n = 26 (9,5%)

Média de dias de internamento hospitalar = 20.

Potencial de recuperação de autonomia

- A maioria não demonstra força de vontade para a aprendizagem [76,9% (n=20)];
- A maioria não demonstra crença na capacidade de recuperação [80,8% (n=21)];
- A maioria não demonstra desejo em se tornar mais independente [84,6% (n=22)];
- A maioria não demonstra motivação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [88,5% (n=23)];
- A maioria apresenta compromisso cognitivo [92,3% (n=24)];
- A maioria demonstra capacidade funcional (física) reduzida [84,6% (n=22)];
- A maioria não demonstra reconhecimento nas mudanças no seu estado de saúde [84,6% (n=22)];

Nível de dependência anterior ao episódio de internamento hospitalar (M-1)

- A maioria é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para todos os autocuidados. No *asseio pessoal* ("tomar banho", "vestir-se/despir-se", "arranjar-se", "usar o sanitário" [76,9% (n=20)]; "alimentar-se" [76,9% (n=20)]; na *mobilidade* ("elevar-se" [80% (n=20)], "virar-se" [76,9% (n=20)]), "transferir-se" [76,9% (n=20)], "usar cadeira de rodas" [76,9% (n=20)]; "andar" [73% (n=19)] e no "tomar a medicação" [76,9% (n=20)];

Nível de dependência no momento da alta hospitalar (M0)

- A totalidade é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para todos os autocuidados, sendo mesmo a grande maioria totalmente dependente ("dependente, não participa").

Compromisso dos processos corporais

- A maioria apresenta risco de: úlcera de pressão [96,2% (n=25)]; rigidez articular [96,2% (n=25)], maceração [96,2% (n=25)], desidratação [92,3% (n=24)];
- A maioria apresenta úlceras de pressão e rigidez articular [57,7% (n=15)];
- A maioria não apresenta maceração [76,9% (n=20)]; desidratação [88,5% (n=23)]; expetorar ineficaz [61,5% (n=16)] e dor [69,2% (n=18)];
- 24% (n=6) apresenta ostomia de ventilação/eliminação.

Complexidade do regime terapêutico

- 47,4% (n=9) necessita de cinesiterapia respiratória;
- A maioria necessita de mais de 5 medicamentos por dia [84,2% (n=16)], dos quais, 31,6% (n=6) necessita de medicação por via parentérica;
- A maioria não tem alterações significativas ao regime medicamentoso [57,9% (n=11)].

Potencial do familiar cuidador (FC) para tomar conta

- A maioria não demonstra força de vontade para tomar conta [71,4% (n=15)];
- A maioria não demonstra participação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [75% (n=15)];
- A maioria não percebe apoio dos familiares/amigos para tomar conta [75% (n=15)];
- A maioria não percebe apoio da rede formal para tomar conta [57,9% (n=11)];
- A maioria não percebe capacidade para tomar conta [55% (n=11)];
- Metade não reconhece as necessidades do familiar dependente [50% (n=10)];
- A maioria não demonstra conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [65% (n=13)];
- A maioria não demonstra habilidades instrumentais sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [80% (n=16)];
- A maioria demonstra capacidade funcional (física) para tomar conta [64,2% (n=12)];
- A maioria demonstra potencial de aprendizagem para tomar conta [57,9% (n=11)];
- A maioria demonstra capacidade cognitiva para tomar conta [80% (n=16)];
- A qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente é positiva [90% (n=18)];
- A maioria tem experiência anterior de tomar conta [55% (n=11)];
- A maioria não demonstra antecedentes de sobrecarga [78,9% (n=15)];
- A maioria não demonstra sobrecarga [63,2% (n=12)];
- A maioria demonstra risco de sobrecarga [52,6% (n=10)].

Na dimensão "potencial do FC para tomar conta" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (cerca de 25%).

Recursos familiares

- A maioria das famílias não demonstra disponibilidade para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [58,8% (n=10)];
- A maioria das famílias não demonstra disponibilidade quanto aos recursos económicos necessários para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [56,3% (n=9)];
- A maioria das famílias reconhece as implicações na dinâmica familiar para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [64,7% (n=11)];
- Na maioria das famílias o nível de funcionalidade/cooperação é positivo [58,9% (n=10)];
- A maioria das famílias é do tipo "nuclear" [60% (n=12)];
- A maioria das famílias tem um rendimento económico considerado moderado [58,3% (n=7)];
- A maioria das famílias tem boas condições habitacionais [63,7% (n=6)].

Na dimensão "recursos familiares" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (superiores a 50%).

Recursos de saúde e sociais na comunidade

- A maioria das famílias tem apoio reduzido dos serviços de saúde no domicílio [85,7% (n=12)];
- A maioria das famílias tem apoio reduzido da rede social [85,7% (n=12)];
- Na totalidade dos casos o destino do doente dependente é considerado adequado;

Na dimensão "recursos de saúde e sociais na comunidade" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (cerca de 50%).

Destino: Unidades de cuidados paliativos (UCP)

n = 4 (1,5%)

Média de dias de internamento hospitalar = 29

A nº de doentes referenciados para as UCP no momento da alta hospitalar foi muito reduzido. Ainda assim, podemos caracterizar este grupo por doentes já com quadro de dependência antes do episódio de internamento, em que o evento crítico que gerou o internamento levou a um ligeiro agravamento do nível de dependência. São doentes com baixo potencial de reconstrução de autonomia, baixo potencial do FC para tomar conta e reduzidos recursos familiares necessários para a cooperação no processo de tomar conta.

Destino: Domicílio

n = 160 (58,6%)

Média de dias de internamento hospitalar = 12,6

Potencial de recuperação de autonomia

- A maioria não demonstra força de vontade para a aprendizagem [65,4% (n=104)];
- A maioria não demonstra crença na capacidade de recuperação [62,5% (n=15)];
- A maioria não demonstra desejo em se tornar mais independente [58,1% (n=93)];
- A maioria não demonstra motivação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [63,1% (n=101)];
- A maioria apresenta compromisso cognitivo [67,3% (n=107)];
- A maioria demonstra capacidade funcional (física) reduzida [60% (n=96)];
- A maioria não demonstra reconhecimento nas mudanças no seu estado de saúde [58,5% (n=93)].

Nível de dependência anterior ao episódio de internamento hospitalar (M-1)

- A maioria é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para todos os autocuidados. No *aspeio pessoal* ("tomar banho" [76,6% (n=121)], "vestir-se/despirm-se" [73,6% (n=117)], "arranjar-se" [73,8% (n=114)], "usar o sanitário" [71,3% (n=114)]); "alimentar-se" [63,8% (n=102)]; na *mobilidade* ("elevar-se" [71,1% (n=113)], "virar-se" [65,4% (n=104)]), "transferir-se" [70,5% (n=112)], "usar cadeira de rodas" [75% (n=93)]; "andar" [65,8% (n=104)] e no "tomar a medicação" [72,5% (n=116)];

Nível de dependência no momento da alta hospitalar (M0)

- A maioria é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para todos os autocuidados. No *aspeio pessoal* ("tomar banho" [95,1% (n=152)], "vestir-se/despirm-se" [93,7% (n=149)], "arranjar-se" [94,3% (n=149)], "usar o sanitário" [93,1% (n=148)]); "alimentar-se" [82,7% (n=129)]; na *mobilidade* ("elevar-se" [93,1% (n=148)], "virar-se" [87,9% (n=138)]), "transferir-se" [93,1% (n=148)], "usar cadeira de rodas" [94,2% (n=132)]; "andar" [91,3% (n=146)] e no "tomar a medicação" [92,5% (n=148)];

Compromisso dos processos corporais

- A maioria apresenta risco de: úlcera de pressão [85% (n=136)]; rigidez articular [79,4% (n=127)], maceração [77,5% (n=124)], desidratação [77,4% (n=119)];
- Cerca de 1/5 apresenta úlceras de pressão [21,9% (n=35)] e cerca de 1/3 apresenta rigidez articular [34% (n=54)];
- A maioria não apresenta maceração [86,3% (n=138)]; desidratação [93,8% (n=150)]; expetorar ineficaz [71,9% (n=115)], dor [64,4% (n=103)] e ostomia de ventilação/eliminação [91,3% (n=146)];

Complexidade do regime terapêutico

- 19,4% (n=28) necessita de cinesiterapia respiratória;
- A maioria necessita de mais de 5 medicamentos por dia [76,8% (n=109)], dos quais, uma pequena percentagem com necessidade de medicação por via parentérica [2,1% (n=3)];
- A maioria não tem alterações significativas ao regime medicamentoso [63,6% (n=91)].

Potencial do familiar cuidador (FC) para tomar conta

- A maioria demonstra força de vontade para tomar conta [92,2% (n=131)];
- A maioria demonstra participação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [92,2% (n=129)];
- A maioria percebe apoio dos familiares/amigos para tomar conta [84,3% (n=118)];
- A maioria percebe apoio da rede formal para tomar conta [82,5% (n=113)];
- A maioria percebe capacidade para tomar conta [91,6% (n=131)];
- A maioria reconhece as necessidades do familiar dependente [91,5% (n=130)];
- A maioria demonstra conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [88,6% (n=125)];
- A maioria demonstra habilidades instrumentais sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [85,8% (n=121)];
- A maioria demonstra capacidade funcional (física) para tomar conta [95,6% (n=136)];
- A maioria demonstra potencial de aprendizagem para tomar conta [93,7% (n=133)];
- A maioria demonstra capacidade cognitiva para tomar conta [96,4% (n=134)];
- A qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente é positiva [98,6% (n=140)];
- A maioria tem experiência anterior de tomar conta [70,1% (n=101)];
- A maioria não demonstra antecedentes de sobrecarga [90,4% (n=123)];
- A maioria não demonstra sobrecarga [86,9% (n=119)];
- A maioria demonstra risco de sobrecarga [65,2% (n=92)].

Recursos familiares

- A maioria das famílias demonstra disponibilidade para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [90,3% (n=117)];
 - A maioria das famílias não demonstra disponibilidade quanto aos recursos económicos necessários para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [86,5% (n=102)];
 - A maioria das famílias reconhece as implicações na dinâmica familiar para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [88,5% (n=117)];
-

-
- Na maioria das famílias o nível de funcionalidade/cooperação é positivo [92,5% (n=110)];
 - A maioria das famílias é do tipo "nuclear" [53,8% (n=64)];
 - A maioria das famílias tem um rendimento económico considerado moderado [81,4% (n=57)];
 - A maioria das famílias tem boas condições habitacionais [87,9% (n=58)].

Na dimensão "recursos familiares" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (superior a 50%).

Recursos de saúde e sociais na comunidade

- A maioria das famílias tem apoio dos serviços de saúde no domicílio [79,8% (n=75)];
- Cerca de 1/3 tem apoio reduzido da rede social [34,6% (n=27)];
- A maioria dos casos o destino do doente dependente é considerado adequado [80,9% (n=93)];

Na dimensão "recursos de saúde e sociais na comunidade" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (chegam a ultrapassar os 50%).

Destino: Lares

n = 26 (9,5%)

Média de dias de internamento hospitalar = 14,8

Potencial de recuperação de autonomia

- A maioria não demonstra força de vontade para a aprendizagem [84,6% (n=22)];
- A maioria não demonstra crença na capacidade de recuperação [80,1% (n=21)];
- A maioria não demonstra desejo em se tornar mais independente [84,6% (n=22)];
- A maioria não demonstra motivação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [84,6% (n=22)];
- A maioria apresenta compromisso cognitivo [84,6% (n=22)];
- A maioria demonstra capacidade funcional (física) reduzida [76,9% (n=20)];
- A maioria não demonstra reconhecimento nas mudanças no seu estado de saúde [80,8% (n=21)].

Nível de dependência anterior ao episódio de internamento hospitalar (M-1)

- A maioria é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para todos os autocuidados. No *asseio pessoal* ("tomar banho" [96,2% (n=25)], "vestir-se/despir-se" [96,2% (n=25)], "arranjar-se" [96,2% (n=25)], "usar o sanitário" [92,3% (n=24)]); "alimentar-se" [84,6% (n=22)]; na *mobilidade* ("elevar-se" [92,3% (n=24)], "virar-se" [88,5% (n=23)]), "transferir-se" [92,3% (n=24)], "usar cadeira de rodas" [96% (n=24)]; "andar" [92,3% (n=24)] e no "tomar a medicação" [96,2% (n=25)];

Nível de dependência no momento da alta hospitalar (M0)

- A totalidade é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para os autocuidados "tomar banho", "vestir-se/despir-se", "arranjar-se", "usar cadeira de rodas e "tomar a medicação";
- A maioria é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para os autocuidados "usar o sanitário" [96% (n=24)]; "alimentar-se" [92% (n=23)]; "elevar-se" [96,2% (n=25)], "virar-se" [92,3% (n=24)], "transferir-se" [96,2% (n=25)], "andar" [96,2% (n=25)],

Compromisso dos processos corporais

- A maioria apresenta risco de: úlcera de pressão [96,2% (n=25)], rigidez articular [92,3% (n=24)], maceração [92,3% (n=24)] e desidratação [96,2% (n=25)];
- Mais de 1/3 apresenta úlceras de pressão e rigidez articular [34,6% (n=9)]; 38,5% (n=10) apresenta expetorar ineficaz
- A maioria não apresenta maceração [76,9% (n=20)]; desidratação [96,2% (n=25)]; dor [73,1% (n=19)] e ostomia de ventilação/eliminação [96,2% (n=25)];

Complexidade do regime terapêutico

- 22,2% (n=4) necessita de cinesiterapia respiratória;
- A maioria necessita de mais de 5 medicamentos por dia [75% (n=12)];
- A maioria não tem alterações significativas ao regime medicamentoso [83,3% (n=15)].

Na dimensão "complexidade do regime terapêutico" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (ultrapassam os 30%).

Potencial do familiar cuidador (FC) para tomar conta

Verifica-se uma percentagem significativa de respostas nulas (cerca de 70% dos casos) nesta dimensão justificada, sobretudo, pela ausência de família

Recursos familiares

À semelhança do verificado para o potencial do FC para tomar conta, verifica-se uma percentagem significativa de respostas nulas (chegam a 80% dos casos) justificada, também, pela ausência de família.

Recursos de saúde e sociais na comunidade

De igual modo e à semelhança do potencial do FC para tomar conta e dos recursos familiares, verifica-se uma percentagem significativa de respostas nulas (chegam a 80% dos casos).

Destino: Famílias de acolhimento

n = 10 (3,7%)

Média de dias de internamento hospitalar = 12,9

Potencial de recuperação de autonomia

- A maioria não demonstra força de vontade para a aprendizagem [80% (n=8)];
 - A maioria não demonstra crença na capacidade de recuperação [80% (n=8)];
 - A maioria não demonstra desejo em se tornar mais independente [80% (n=8)];
 - A maioria não demonstra motivação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [80% (n=8)];
 - A totalidade apresenta compromisso cognitivo [100% (n=10)];
 - A maioria demonstra capacidade funcional (física) reduzida [90% (n=9)];
 - A maioria não demonstra reconhecimento nas mudanças no seu estado de saúde [70% (n=7)].
-

Nível de dependência anterior ao episódio de internamento hospitalar (M-1)

- A maioria é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para todos os autocuidados. No *aspeio pessoal* ("tomar banho" [88,9% (n=8)], "vestir-se/despir-se" [90% (n=9)]), "arranjar-se" [90% (n=9)], "usar o sanitário" [90% (n=9)]; "alimentar-se" [90% (n=9)]; na *mobilidade* ("elevar-se" [90% (n=9)], "virar-se" [90% (n=9)], "transferir-se" [90% (n=9)], "usar cadeira de rodas" [100% (n=8)]; "andar" [88,9% (n=8)] e no "tomar a medicação" [90% (n=9)];

Nível de dependência no momento da alta hospitalar (M0)

- A totalidade é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para os autocuidados "tomar banho", "vestir-se/despir-se", "arranjar-se", "usar o sanitário", "alimentar-se", "elevar-se" "usar cadeira de rodas", "transferir-se" e "tomar a medicação" [100% (n=10)];
- A maioria é muito dependente ("dependente, não participa" ou "necessita de ajuda de pessoa") para "virar-se" [90% (n=9)] e "andar" [88,9% (n=8)];

Compromisso dos processos corporais

- A maioria apresenta risco de úlcera de pressão [90% (n=9)], rigidez articular [90% (n=9)], maceração [100% (n=10)] e desidratação [90% (n=9)];
- 1/4 apresenta úlceras de pressão [20% (n=2)]; 90% (n=9) apresenta rigidez articular; 30,8% (n=8); 50% (n=5) apresenta expetorar ineficaz e 30% (n=3) apresenta dor;
- A maioria não apresenta maceração, desidratação e ostomia de ventilação/eliminação [90% (n=9)].

Complexidade do regime terapêutico

- A maioria não necessita de cinesiterapia respiratória [90% (n=9)];
- A maioria necessita de mais de 5 medicamentos por dia [88,9% (n=9)];
- A maioria não tem alterações significativas ao regime medicamentoso [80% (n=8)].

Potencial do familiar cuidador (FC) para tomar conta

- A totalidade demonstra força de vontade para tomar conta [100% (n=9)];
- A maioria demonstra participação, proatividade e envolvimento no processo de aprendizagem [88,9% (n=8)];
- A totalidade percebe apoio dos familiares/amigos para tomar conta [100% (n=9)];
- A totalidade percebe apoio da rede formal para tomar conta [100% (n=9)];
- A totalidade percebe capacidade para tomar conta [100% (n=9)];
- A totalidade reconhece as necessidades do familiar dependente [100% (n=9)];
- A totalidade demonstra conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [100% (n=9)];
- A maioria demonstra habilidades instrumentais sobre os cuidados necessários para tomar conta do familiar dependente [88,9% (n=8)];
- A totalidade demonstra capacidade funcional (física) para tomar conta [100% (n=9)];
- A totalidade demonstra potencial de aprendizagem para tomar conta [100% (n=9)];
- A totalidade demonstra capacidade cognitiva para tomar conta [100% (n=9)];
- A qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente é positiva [100% (n=8)];
- A maioria tem experiência anterior de tomar conta [88,9% (n=8)];
- A maioria não demonstra antecedentes de sobrecarga para tomar conta [88,9% (n=8)];
- A maioria não demonstra sobrecarga [88,9% (n=8)];
- A maioria demonstra risco de sobrecarga [77,8% (n=7)].

Recursos familiares

- A maioria das famílias não demonstra disponibilidade para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [57,1% (n=4)];
- A maioria das famílias não demonstra disponibilidade quanto aos recursos económicos necessários para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [57,1% (n=4)];
- A maioria das famílias não reconhece as implicações na dinâmica familiar para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente [57,1% (n=4)];
- Na maioria das famílias o nível de funcionalidade/cooperação é positivo [57,1% (n=4)];
- A maioria das famílias é do tipo "nuclear" [66,7% (n=4)];
- A maioria das famílias tem um rendimento económico considerado moderado [75% (n=3)];
- A totalidade das famílias tem boas condições habitacionais [100% (n=3)].

Verifica-se uma percentagem significativa de respostas nulas nesta dimensão (até 70% dos casos) justificada pela ausência de família. Os resultados disponíveis mostram um apoio reduzido dos recursos familiares.

Recursos de saúde e sociais na comunidade

- A maioria tem apoio dos serviços de saúde no domicílio [100% (n=7)];
 - A maioria tem apoio reduzido da rede social [83,4% (n=5)];
 - A maioria dos casos o destino do doente dependente é considerado adequado [87,5% (n=7)];
- Na dimensão "recursos de saúde e sociais na comunidade" verifica-se um número significativo de itens com respostas nulas (chegam a 40%).
-

ANEXO O Nível de dependência por domínio de autocuidado

1. Tomar banho
2. Vestir-se e despir-se
3. Arranjar-se
4. Alimentar-se
5. Uso do sanitário
6. Elevar-se
7. Virar-se
8. Transferir-se
9. Usar cadeira de rodas
10. Andar
11. Tomar a medicação

Um mês após a alta hospitalar (M1)

Autocuidado: tomar banho (M1)

AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO (M1)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obtém objetos para o banho	116	86	74,1	17	14,7	0	0,0	13	11,2
Consegue água	116	83	71,6	19	16,4	0	0,0	14	12,1
Abre a torneira	116	85	73,3	17	14,7	0	0,0	14	12,1
Regula a temperatura da água	116	87	75,0	15	12,9	0	0,0	14	12,1
Regula o fluxo da água	116	85	73,3	18	15,5	0	0,0	13	11,2
Lava-se no chuveiro	116	80	69,0	26	22,4	1	0,9	9	7,8
Lava o corpo	116	77	66,4	29	25,0	1	0,9	9	7,8
Seca o corpo	116	78	67,2	28	24,1	1	0,9	9	7,8
Global	116	76	65,5	31	26,7	1	0,9	8	6,9

Autocuidado: vestir-se e despir-se (M1)

AUTOCUIDADO: VESTIR-SE E DESPIR-SE (M1)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escolhe as roupas	117	89	76,1	6	5,1	0	0,0	22	18,8
Retira as roupas da gaveta e do armário	117	91	77,8	8	6,8	0	0,0	18	15,4
Segura as roupas	116	68	58,6	28	24,1	0	0,0	20	17,2
Veste as roupas na parte superior do corpo	117	52	44,4	45	38,5	0	0,0	20	17,1
Veste as roupas na parte inferior do corpo	116	65	56,0	34	29,3	0	0,0	17	14,7
Despe as roupas na parte superior do corpo	117	52	44,4	47	40,2	0	0,0	18	15,4
Despe as roupas na parte inferior do corpo	117	63	53,8	38	32,5	0	0,0	16	13,7
Abotoa as roupas	114	70	61,4	19	16,7	0	0,0	25	21,9
Desabotoa as roupas	114	71	62,3	18	15,8	0	0,0	25	21,9
Usa cordões para amarrar	57	38	66,7	6	10,5	0	0,0	13	22,8
Usa fechos	89	52	58,4	15	16,9	0	0,0	22	24,7
Calça as meias	117	78	66,7	26	22,2	0	0,0	13	11,1
Descalça as meias	117	80	68,4	23	19,7	0	0,0	14	12,0
Calça os sapatos	92	56	60,9	23	25,0	0	0,0	13	14,1
Descalça os sapatos	90	54	60,0	22	24,4	0	0,0	14	15,6
Global	117	52	44,4	56	47,9	0	0,0	9	7,7

Autocuidado: Arranjar-se (M1)

AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE (M1)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Penteia ou escova os cabelos	114	71	62,3	11	9,6	0	0,0	32	28,1
Barbeia-se	68	54	79,4	5	7,4	0	0,0	9	13,2
Aplica maquiagem	26	16	61,5	3	11,5	0	0,0	7	26,9
Cuida das unhas	115	99	86,1	8	7,0	0	0,0	8	7,0
Usa um espelho	92	50	54,3	17	18,5	0	0,0	25	27,2
Aplica o desodorizante	79	45	57,0	15	19,0	0	0,0	19	24,1
Limpa a área do perineo	115	80	69,6	16	13,9	0	0,0	19	16,5
Limpa as orelhas	115	70	60,9	14	12,2	0	0,0	31	27,0
Mantém o nariz desobstruído e limpo	116	62	53,4	7	6,0	0	0,0	47	40,5
Mantém a higiene oral	115	67	58,3	10	8,7	0	0,0	38	33,0
Global	116	59	50,9	49	42,2	0	0,0	8	6,9

Autocuidado: Alimentar-se (M1)

AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE (M1)										
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		Prepara os alimentos para ingestão	116	91	78,4	12	10,3	0	0,0	13
Abre recipientes	115	85	73,9	8	7,0	0	0,0	22	19,1	
Utiliza utensílios	115	57	49,6	2	1,7	0	0,0	56	48,7	
Coloca o alimento nos utensílios	115	56	48,7	2	1,7	0	0,0	57	49,6	
Pega no copo ou chávena	116	58	50,0	2	1,7	0	0,0	56	48,3	
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	116	56	48,3	3	2,6	0	0,0	57	49,1	
Leva os alimentos à boca com recipiente	116	57	49,1	2	1,7	0	0,0	57	49,1	
Leva os alimentos à boca com os utensílios	116	57	49,1	2	1,7	0	0,0	57	49,1	
Bebe por copo ou chávena	116	58	50,0	2	1,7	0	0,0	56	48,3	
Coloca os alimentos na boca	116	57	49,1	2	1,7	0	0,0	57	49,1	
Conclui uma refeição	116	26	22,4	24	20,7	0	0,0	66	56,9	
Global	116	25	21,6	80	69,0	0	0,0	11	9,5	

Autocuidado: Uso do sanitário (M1)

AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO (M1)										
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		Ocupa e desocupa o sanitário	117	60	51,3	24	20,5	12	10,3	21
Tira as roupas	116	64	55,2	22	19,0	7	6,0	23	19,8	
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	116	61	52,6	20	17,2	9	7,8	26	22,4	
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	116	68	58,6	23	19,8	1	0,9	24	20,7	
Ergue-se da sanita	116	59	50,9	21	18,1	14	12,1	22	19,0	
Ajusta as roupas após a higiene íntima	117	66	56,4	30	25,6	0	0,0	21	17,9	
Global	117	60	51,3	37	31,6	2	1,7	18	15,4	

Autocuidado: Elevar-se (M1)

AUTOCUIDADO: ELEVAR-SE (M1)										
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		Levantar parte do corpo	117	54	46,2	27	23,1	9	7,7	27
Global	117	54	46,2	27	23,1	9	7,7	27	23,1	

Autocuidado: Virar-se (M1)

AUTOCUIDADO: VIRAR-SE (M1)										
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro	116	43	37,1	25	21,6	6	5,2	42
Global	116	43	37,1	25	21,6	6	5,2	42	36,2	

Autocuidado: Transferir-se (M1)

AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE (M1)										
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	116	50	43,1	37	31,9	7	6,0	22
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	116	50	43,1	35	30,2	8	6,9	23	19,8	
Global	116	50	43,1	37	31,9	7	6,0	22	19,0	

Autocuidado: usar cadeira de rodas (M1)

AUTOCUIDADO: USAR CADEIRA DE RODAS (M1)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	39	35	89,7	2	5,1	0	0,0	2	5,1
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	39	33	84,6	3	7,7	0	0,0	3	7,7
Manobra em curvas, rampas acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	39	35	89,7	3	7,7	0	0,0	1	2,6
Global	39	35	89,7	3	7,7	0	0,0	1	2,6

Autocuidado: andar (M1)

AUTOCUIDADO: ANDAR (M1)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Suporta o próprio corpo na posição de pé	116	55	47,4	10	8,6	23	19,8	28	24,1
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	116	57	49,1	18	15,5	25	21,6	16	13,8
Sobe e desce degraus	107	57	53,3	20	18,7	16	15,0	14	13,1
Deambula em aclives e declives	110	58	52,7	12	10,9	25	22,7	15	13,6
Percorre distâncias curtas (< 100m)	116	59	50,9	17	14,7	25	21,6	15	12,9
Percorre distâncias moderadas (> 100m <500m)	86	55	64,0	6	7,0	13	15,1	12	14,0
Percorre longas distâncias (> 500m)	65	50	76,9	2	3,1	3	4,6	10	15,4
Global	116	55	47,4	38	32,8	11	9,5	12	10,3

Autocuidado: tomar a medicação (M1)

AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO (M1)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Providencia medicamentos	117	104	88,9	3	2,6	0	0,0	10	8,5
Prepara a medicação	117	103	88,0	4	3,4	0	0,0	10	8,5
Toma a medicação	114	23	20,2	40	35,1	0	0,0	51	44,7
Global	117	26	22,2	81	69,2	0	0,0	10	8,5

Dois meses após a alta hospitalar (M2)

Autocuidado: tomar banho (M2)

AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obtém objetos para o banho	115	76	66,1	19	16,5	0	0,0	20	17,4
Consegue água	115	73	63,5	20	17,4	0	0,0	22	19,1
Abre a torneira	115	74	64,3	19	16,5	0	0,0	22	19,1
Regula a temperatura da água	115	76	66,1	18	15,7	0	0,0	21	18,3
Regula o fluxo da água	114	73	64,0	20	17,5	0	0,0	21	18,4
Lava-se no chuveiro	114	68	59,6	30	26,3	0	0,0	16	14,0
Lava o corpo	114	66	57,9	32	28,1	0	0,0	16	14,0
Seca o corpo	114	66	57,9	32	28,1	0	0,0	16	14,0
Global	115	65	56,5	37	32,2	0	0,0	13	11,3

Autocuidado: vestir-se e despir-se (M2)

AUTOCUIDADO: VESTIR-SE E DESPIR-SE (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escolhe as roupas	115	78	67,8	7	6,1	0	0,0	30	26,1
Retira as roupas da gaveta e do armário	115	81	70,4	10	8,7	0	0,0	24	20,9
Segura as roupas	114	54	47,4	29	25,4	0	0,0	31	27,2
Veste as roupas na parte superior do corpo	115	40	34,8	43	37,4	0	0,0	32	27,8
Veste as roupas na parte inferior do corpo	114	50	43,9	45	39,5	0	0,0	19	16,7
Despe as roupas na parte superior do corpo	115	41	35,7	45	39,1	0	0,0	29	25,2
Despe as roupas na parte inferior do corpo	114	52	45,6	42	36,8	0	0,0	20	17,5
Abotoa as roupas	114	61	53,5	18	15,8	0	0,0	35	30,7
Desabotoa as roupas	113	60	53,1	18	15,9	0	0,0	35	31,0
Usa cordões para amarrar	50	28	56,0	8	16,0	0	0,0	14	28,0
Usa fechos	89	45	50,6	14	15,7	0	0,0	30	33,7
Calça as meias	115	70	60,9	28	24,3	0	0,0	17	14,8
Descalça as meias	115	70	60,9	28	24,3	0	0,0	17	14,8
Calça os sapatos	97	55	56,7	26	26,8	0	0,0	16	16,5
Descalça os sapatos	97	55	56,7	25	25,8	0	0,0	17	17,5
Global	115	39	33,9	63	54,8	0	0,0	13	11,3

Autocuidado: Arranjar-se (M2)

AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Penteia ou escova os cabelos	113	60	53,1	12	10,6	0	0,0	41	36,3
Barbeia-se	70	48	68,6	6	8,6	0	0,0	16	22,9
Aplica maquiagem	24	12	50,0	3	12,5	0	0,0	9	37,5
Cuida das unhas	113	90	79,6	11	9,7	0	0,0	12	10,6
Usa um espelho	90	38	42,2	18	20,0	0	0,0	34	37,8
Aplica o desodorizante	79	36	45,6	16	20,3	0	0,0	27	34,2
Limpa a área do perineo	113	67	59,3	19	16,8	0	0,0	27	23,9
Limpa as orelhas	113	58	51,3	13	11,5	0	0,0	42	37,2
Mantém o nariz desobstruído e limpo	114	49	43,0	7	6,1	0	0,0	58	50,9
Mantém a higiene oral	110	52	47,3	6	5,5	0	0,0	52	47,3
Global	114	47	41,2	56	49,1	0	0,0	11	9,6

Autocuidado: Alimentar-se (M2)

AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prepara os alimentos para ingestão	115	81	70,4	10	8,7	0	0,0	24	20,9
Abre recipientes	115	75	65,2	7	6,1	0	0,0	33	28,7
Utiliza utensílios	115	46	40,0	4	3,5	0	0,0	65	56,5
Coloca o alimento nos utensílios	115	44	38,3	4	3,5	0	0,0	67	58,3
Pega no copo ou chávena	115	43	37,4	5	4,3	1	0,9	66	57,4
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	115	41	35,7	6	5,2	0	0,0	68	59,1
Leva os alimentos à boca com recipiente	115	43	37,4	4	3,5	0	0,0	68	59,1
Leva os alimentos à boca com os utensílios	115	42	36,5	5	4,3	0	0,0	68	59,1
Bebe por copo ou chávena	115	42	36,5	5	4,3	0	0,0	68	59,1
Coloca os alimentos na boca	115	42	36,5	5	4,3	0	0,0	68	59,1
Conclui uma refeição	115	20	17,4	19	16,5	0	0,0	76	66,1
Global	115	20	17,4	71	61,7	0	0,0	24	20,9

Autocuidado: Uso do sanitário (M2)

AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ocupa e desocupa o sanitário	115	50	43,5	22	19,1	12	10,4	31	27,0
Tira as roupas	114	53	46,5	22	19,3	6	5,3	33	28,9
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	114	51	44,7	20	17,5	10	8,8	33	28,9
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	114	58	50,9	21	18,4	0	0,0	35	30,7
Ergue-se da sanita	114	49	43,0	22	19,3	14	12,3	29	25,4
Ajusta as roupas após a higiene íntima	115	56	48,7	28	24,3	0	0,0	31	27,0
Global	115	50	43,5	35	30,4	4	3,5	26	22,6

Autocuidado: Elevar-se (M2)

AUTOCUIDADO: ELEVAR-SE (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Levantar parte do corpo	113	43	38,1	27	23,9	4	3,5	39	34,5
Global	113	43	38,1	27	23,9	4	3,5	39	34,5

Autocuidado: Virar-se (M2)

AUTOCUIDADO: VIRAR-SE (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro	114	35	30,7	19	16,7	7	6,1	53	46,5
Global	114	35	30,7	19	16,7	7	6,1	53	46,5

Autocuidado: Transferir-se (M2)

AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	115	39	33,9	37	32,2	5	4,3	34	29,6
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	115	39	33,9	35	30,4	5	4,3	36	31,3
Global	115	39	33,9	37	32,2	5	4,3	34	29,6

Autocuidado: usar cadeira de rodas (M2)

AUTOCUIDADO: USAR CADEIRA DE RODAS (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	38	35	92,1	1	2,6	0	0,0	2	5,3
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	38	33	86,8	2	5,3	1	2,6	2	5,3
Manobra em curvas, rampas acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	38	35	92,1	2	5,3	0	0,0	1	2,6
Global	38	35	92,1	2	5,3	0	0,0	1	2,6

Autocuidado: andar (M2)

AUTOCUIDADO: ANDAR (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Suporta o próprio corpo na posição de pé	114	46	40,4	8	7,0	21	18,4	39	34,2
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	114	48	42,1	15	13,2	31	27,2	20	17,5
Sobe e desce degraus	105	46	43,8	19	18,1	21	20,0	19	18,1
Deambula em aclives e declives	109	46	42,2	15	13,8	30	27,5	18	16,5
Percorre distâncias curtas (< 100m)	114	49	43,0	15	13,2	30	26,3	20	17,5
Percorre distâncias moderadas (> 100m <500m)	87	46	52,9	4	4,6	21	24,1	16	18,4
Percorre longas distâncias (> 500m)	59	38	64,4	7	11,9	0	0,0	14	23,7
Global	114	46	40,4	31	27,2	19	16,7	18	15,8

Autocuidado: tomar a medicação (M2)

AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO (M2)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Providencia medicamentos	114	99	86,8	3	2,6	0	0,0	12	10,5
Prepara a medicação	114	95	83,3	6	5,3	0	0,0	13	11,4
Toma a medicação	114	17	14,9	34	29,8	0	0,0	63	55,3
Global	114	17	14,9	85	74,6	0	0,0	12	10,5

Três meses após a alta hospitalar (M3)

Autocuidado: tomar banho (M3)

AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obtém objetos para o banho	162	98	60,5	35	21,6	0	0,0	29	17,9
Consegue água	162	98	60,5	31	19,1	0	0,0	33	20,4
Abre a torneira	162	96	59,3	31	19,1	0	0,0	35	21,6
Regula a temperatura da água	162	100	61,7	30	18,5	0	0,0	32	19,8
Regula o fluxo da água	162	100	61,7	29	17,9	0	0,0	33	20,4
Lava-se no chuveiro	162	92	56,8	47	29,0	0	0,0	23	14,2
Lava o corpo	162	92	56,8	49	30,2	0	0,0	21	13,0
Seca o corpo	162	92	56,8	49	30,2	0	0,0	21	13,0
Global	162	90	55,6	54	33,3	0	0,0	18	11,1

Autocuidado: vestir-se e despir-se (M3)

AUTOCUIDADO: VESTIR-SE E DESPIR-SE (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escolhe as roupas	162	102	63,0	19	11,7	0	0,0	41	25,3
Retira as roupas da gaveta e do armário	162	109	67,3	23	14,2	0	0,0	30	18,5
Segura as roupas	162	79	48,8	38	23,5	0	0,0	45	27,8
Veste as roupas na parte superior do corpo	161	65	40,4	58	36,0	0	0,0	38	23,6
Veste as roupas na parte inferior do corpo	162	78	48,1	56	34,6	0	0,0	28	17,3
Despe as roupas na parte superior do corpo	162	65	40,1	63	38,9	0	0,0	34	21,0
Despe as roupas na parte inferior do corpo	160	79	49,4	54	33,8	0	0,0	27	16,9
Abotoa as roupas	162	92	56,8	30	18,5	1	0,6	39	24,1
Desabotoa as roupas	161	92	57,1	28	17,4	0	0,0	41	25,5
Usa cordões para amarrar	83	42	50,6	20	24,1	0	0,0	21	25,3
Usa fechos	122	58	47,5	31	25,4	0	0,0	33	27,0
Calça as meias	161	99	61,5	43	26,7	0	0,0	19	11,8
Descalça as meias	162	100	61,7	42	25,9	0	0,0	20	12,3
Calça os sapatos	128	69	53,9	39	30,5	0	0,0	20	15,6
Descalça os sapatos	128	68	53,1	36	28,1	0	0,0	24	18,8
Global	162	65	40,1	84	51,9	0	0,0	13	8,0

Autocuidado: Arranjar-se (M3)

AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Penteia ou escova os cabelos	162	85	52,5	21	13,0	0	0,0	56	34,6
Barbeia-se	91	59	64,8	11	12,1	0	0,0	21	23,1
Aplica maquiagem	35	24	68,6	1	2,9	0	0,0	10	28,6
Cuida das unhas	161	119	73,9	30	18,6	0	0,0	12	7,5
Usa um espelho	135	66	48,9	22	16,3	0	0,0	47	34,8
Aplica o desodorizante	116	60	51,7	19	16,4	0	0,0	37	31,9
Limpa a área do períneo	161	95	59,0	28	17,4	0	0,0	38	23,6
Limpa as orelhas	161	87	54,0	19	11,8	0	0,0	55	34,2
Mantém o nariz desobstruído e limpo	162	71	43,8	16	9,9	0	0,0	75	46,3
Mantém a higiene oral	158	81	51,3	13	8,2	0	0,0	64	40,5
Global	162	69	42,6	82	50,6	0	0,0	11	6,8

Autocuidado: Alimentar-se (M3)

AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prepara os alimentos para ingestão	161	123	76,4	15	9,3	0	0,0	23	14,3
Abre recipientes	160	107	66,9	17	10,6	0	0,0	36	22,5
Utiliza utensílios	161	69	42,9	10	6,2	0	0,0	82	50,9
Coloca o alimento nos utensílios	161	67	41,6	8	5,0	0	0,0	86	53,4
Pega no copo ou chávena	161	64	39,8	7	4,3	0	0,0	90	55,9
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	161	64	39,8	6	3,7	0	0,0	91	56,5
Leva os alimentos à boca com recipiente	161	67	41,6	3	1,9	0	0,0	91	56,5
Leva os alimentos à boca com os utensílios	161	67	41,6	4	2,5	0	0,0	90	55,9
Bebe por copo ou chávena	161	64	39,8	7	4,3	0	0,0	90	55,9
Coloca os alimentos na boca	161	65	40,4	6	3,7	0	0,0	90	55,9
Conclui uma refeição	161	42	26,1	26	16,1	0	0,0	93	57,8
Global	161	41	25,5	97	60,2	0	0,0	23	14,3

Autocuidado: Uso do sanitário (M3)

AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ocupa e desocupa o sanitário	162	76	46,9	35	21,6	11	6,8	40	24,7
Tira as roupas	161	82	50,9	34	21,1	5	3,1	40	24,8
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	160	77	48,1	35	21,9	9	5,6	39	24,4
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	161	85	52,8	34	21,1	2	1,2	40	24,8
Ergue-se da sanita	160	77	48,1	38	23,8	9	5,6	36	22,5
Ajusta as roupas após a higiene íntima	161	83	51,6	43	26,7			35	21,7
Global	162	76	46,9	53	32,7	1	0,6	32	19,8

Autocuidado: Elevar-se (M3)

AUTOCUIDADO: ELEVAR-SE (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Levantar parte do corpo	158	67	42,4	42	26,6	12	7,6	37	23,4
Global	158	67	42,4	42	26,6	12	7,6	37	23,4

Autocuidado: Virar-se (M3)

AUTOCUIDADO: VIRAR-SE (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mova o corpo, virando-o de um lado para o outro	160	52	32,5	39	24,4	6	3,8	63	39,4
Global	160	52	32,5	39	24,4	6	3,8	63	39,4

Autocuidado: Transferir-se (M3)

AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	160	61	38,1	53	33,1	9	5,6	37	23,1
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	159	61	38,4	52	32,7	9	5,7	37	23,3
Global	160	61	38,1	53	33,1	9	5,6	37	23,1

Autocuidado: usar cadeira de rodas (M3)

AUTOCUIDADO: USAR CADEIRA DE RODAS (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	56	48	85,7	2	3,6	0	0,0	6	10,7
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	55	43	78,2	7	12,7	0	0,0	5	9,1
Manobra em curvas, rampas acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	55	48	87,3	3	5,5	0	0,0	4	7,3
Global	56	47	83,9	4	7,1	0	0,0	5	8,9

Autocuidado: andar (M3)

AUTOCUIDADO: ANDAR (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Suporta o próprio corpo na posição de pé	161	71	44,1	20	12,4	22	13,7	48	29,8
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	161	81	50,3	15	9,3	41	25,5	24	14,9
Sobe e desce degraus	143	76	53,1	20	14,0	30	21,0	17	11,9
Deambula em aclives e declives	146	80	54,8	13	8,9	37	25,3	16	11,0
Percorre distâncias curtas (< 100m)	159	83	52,2	16	10,1	40	25,2	20	12,6
Percorre distâncias moderadas (> 100m <500m)	116	66	56,9	9	7,8	25	21,6	16	13,8
Percorre longas distâncias (> 500m)	88	64	72,7	4	4,5	9	10,2	11	12,5
Global	161	71	44,1	51	31,7	24	14,9	15	9,3

Autocuidado: tomar a medicação (M3)

AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO (M3)									
INDICADOR	N	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA		NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA		NECESSITA DE EQUIPAMENTO		COMPLETAMENTE INDEPENDENTE	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Providencia medicamentos	162	134	82,7	11	6,8	0	0,0	17	10,5
Prepara a medicação	162	129	79,6	15	9,3	0	0,0	18	11,1
Toma a medicação	162	45	27,8	45	27,8	0	0,0	72	44,4
Global	162	45	27,8	100	61,7	0	0,0	17	10,5

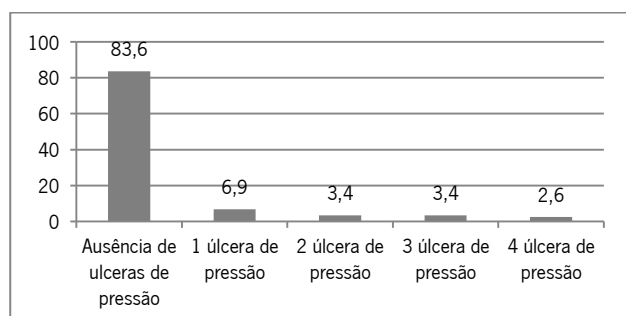
ANEXO P Condição de saúde do dependente: compromisso nos processos corporais

Um mês após a alta hospitalar (M1)

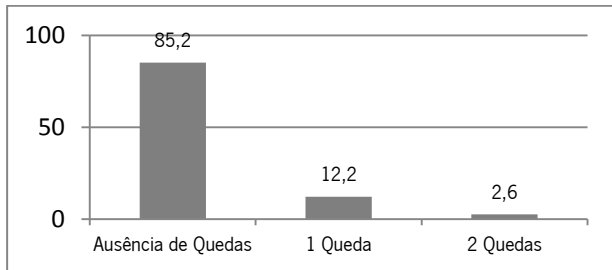
CONDIÇÃO DE SAÚDE: PROCESSOS CORPORAIS (M1)	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele	38	32,5	79	67,5	117
Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente	2	3,7	52	96,3	54
Presença de sinais condição de vestuário deficiente	2	3,8	51	96,2	53

CONDIÇÃO DE SAÚDE: PROCESSOS CORPORAIS (M1)	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Comprometimento da limpeza das vias aéreas	51	43,6	66	56,4	117
Acumulação de secreções traqueobrônquicas	38	32,5	79	67,5	117
Ruídos respiratórios anormais	31	26,5	86	73,5	117
Aumento frequência respiratória	32	27,4	85	72,6	117
Comprometimento da amplitude articular	58	50,0	58	50,0	116
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Dto (pé equino)	42	68,9	19	31,1	61
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Edo (pé equino)	40	67,8	19	32,2	59
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Dto	40	65,6	21	34,4	61
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Edo	34	56,7	26	43,3	60
Comprometimento da amplitude da articulação punho Dto	41	67,2	20	32,8	61
Comprometimento da amplitude da articulação punho Edo	35	58,3	25	41,7	60
Comprometimento da amplitude articulação anca Dta	48	78,7	13	21,3	61
Comprometimento da amplitude articulação anca Edo	42	70,0	18	30,0	60
Comprometimento amplitude articulação joelho Dto	48	78,7	13	21,3	61
Comprometimento amplitude articulação joelho Edo	44	74,6	15	25,4	59
Pele comprometida	25	25,3	74	74,7	99
Úlcera de pressão na região sagrada	12	92,3	1	7,7	13
Úlcera de pressão no trocânter	6	75,0	2	25,0	8
Úlcera de pressão no maléolo	2	50,0	2	50,0	4
Úlcera de pressão no calcâneo	13	86,7	2	13,3	15
Úlcera de pressão noutra local	3	75,0	1	25,0	4
Feridas não tratadas / não cuidadas	9	8,0	104	92,0	113
Eritema da fralda	5	5,4	87	94,6	92
Sinais aparentes de desidratação	5	4,3	110	95,7	115
Hidratação - olhos encovados	21	18,3	94	81,7	115
Hidratação - pele seca	24	20,7	92	79,3	116
Hidratação - mucosas secas	16	13,8	100	86,2	116
Nutrição - sinais aparentes de desnutrição	3	2,6	112	97,4	115
Nutrição - magreza excessiva	5	4,4	109	95,6	114
Estado mental: sabe em que mês está	67	57,3	50	42,7	117
Estado mental: sabe em que terra vive	71	60,7	46	39,3	117
Estado mental: repete três palavras	78	66,7	39	33,3	117
Estado mental: faz cálculos simples	66	56,4	51	43,6	117
Estado mental: identifica objetos comuns	78	66,7	39	33,3	117

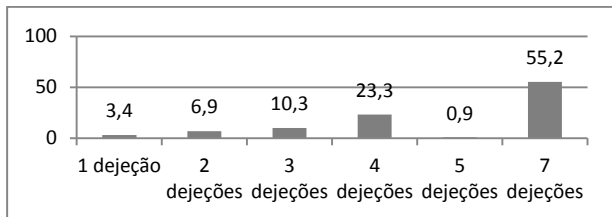
Distribuição (%) dos doentes dependentes: nº de úlceras de pressão (M1); (N=116)



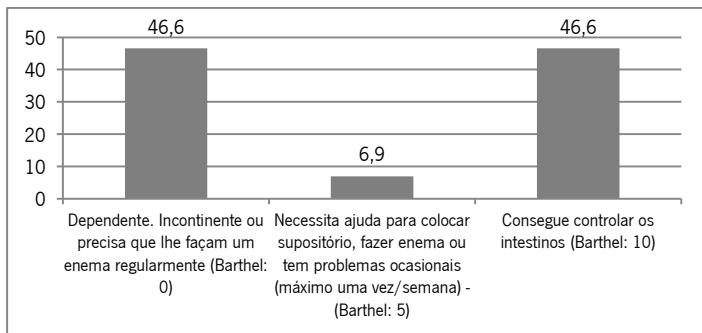
Distribuição (%) dos doentes dependentes: nº de quedas no último mês (M1); (N= 115)



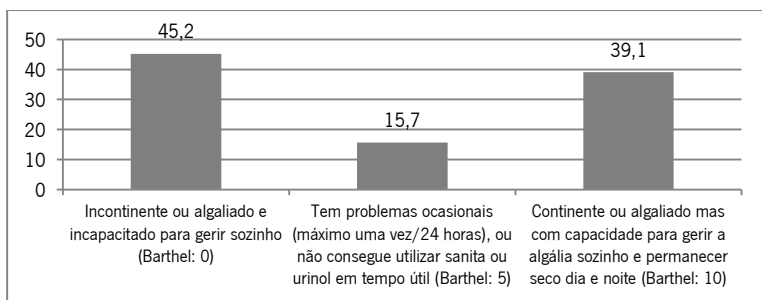
Distribuição (%) dos clientes dependentes: nº dejeções/semana (N=116)



Distribuição (%) dos clientes dependentes: controlo intestinal (Índice Barthel); (N= 116)



Distribuição (%) dos clientes dependentes: controlo vesical(Índice Barthel); (N= 115)

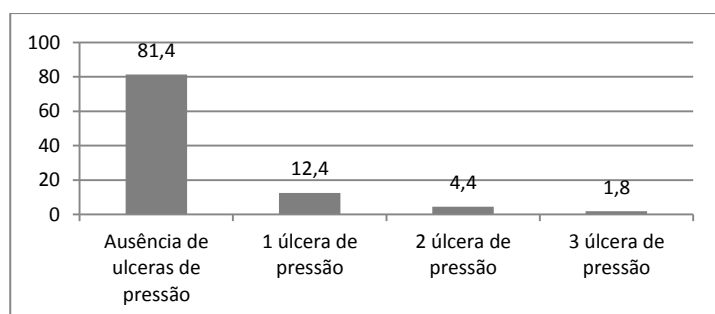


Dois meses após a alta hospitalar (M2)

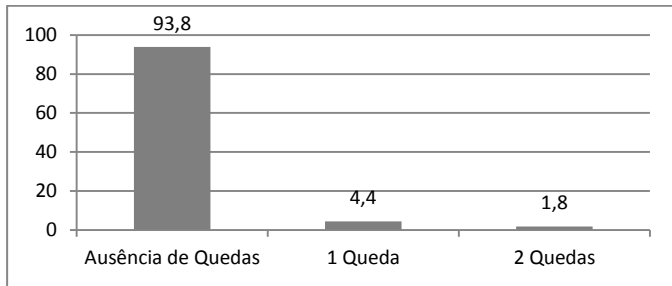
CONDIÇÃO DE SAÚDE: PROCESSOS CORPORAIS (M2)	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele	35	30,4	80	69,6	115
Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente	2	4,3	45	95,7	47
Presença de sinais condição de vestuário deficiente	1	2,2	44	97,8	45

CONDIÇÃO DE SAÚDE: PROCESSOS CORPORAIS (M2)	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Comprometimento da limpeza das vias aéreas	51	44,3	64	55,7	115
Acumulação de secreções traqueobrônquicas	31	27,0	84	73,0	115
Ruídos respiratórios anormais	28	24,3	87	75,7	115
Aumento frequência respiratória	25	21,7	90	78,3	115
Comprometimento da amplitude articular	58	50,4	57	49,6	115
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Dto (pé equino)	46	74,2	16	25,8	62
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Edo (pé equino)	37	62,7	22	37,3	59
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Dto	44	71,0	18	29,0	62
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Edo	36	60,0	24	40,0	60
Comprometimento da amplitude da articulação punho Dto	44	71,0	18	29,0	62
Comprometimento da amplitude da articulação punho Edo	36	60,0	24	40,0	60
Comprometimento da amplitude articulação anca Dta	49	80,3	12	19,7	61
Comprometimento da amplitude articulação anca Edo	43	71,7	17	28,3	60
Comprometimento amplitude articulação joelho Dto	51	82,3	11	17,7	62
Comprometimento amplitude articulação joelho Edo	44	74,6	15	25,4	59
Pele comprometida	27	25,2	80	74,8	107
Úlcera de pressão na região sagrada	11	91,7	1	8,3	12
Úlcera de pressão no trocânter	2	50,0	2	50,0	4
Úlcera de pressão no maléolo	1	33,3	2	66,7	3
Úlcera de pressão no calcâneo	8	80,0	2	20,0	10
Úlcera de pressão noutra local	2	66,7	1	33,3	3
Feridas não tratadas / não cuidadas	5	4,5	107	95,5	112
Eritema da fralda	9	10,5	77	89,5	86
Sinais aparentes de desidratação	3	2,7	110	97,3	113
Hidratação - olhos encovados	19	16,8	94	83,2	113
Hidratação - pele seca	20	17,7	93	82,3	113
Hidratação - mucosas secas	11	9,7	102	90,3	113
Nutrição - sinais aparentes de desnutrição	2	1,8	111	98,2	113
Nutrição - magreza excessiva	4	3,5	109	96,5	113
Estado mental: sabe em que mês está	74	64,3	41	35,7	115
Estado mental: sabe em que terra vive	81	70,4	34	29,6	115
Estado mental: repete três palavras	83	72,2	32	27,8	115
Estado mental: faz cálculos simples	70	60,9	45	39,1	115
Estado mental: identifica objetos comuns	84	73,0	31	27,0	115

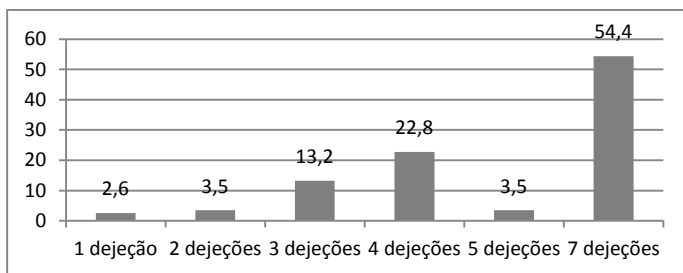
Distribuição (%) dos doentes dependentes: nº de úlceras de pressão (M2); (N=113)



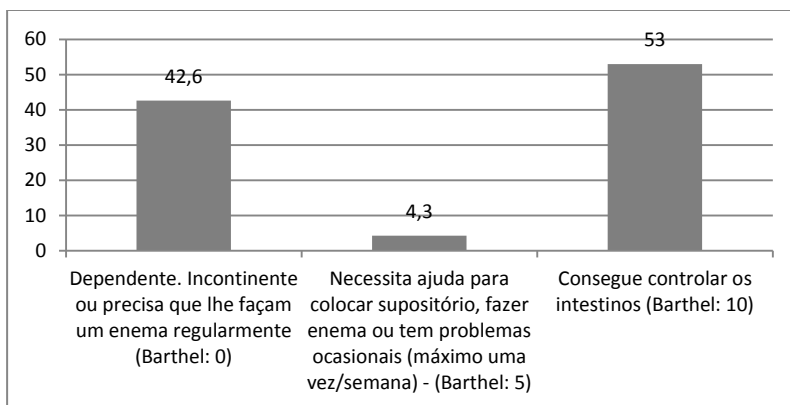
Distribuição (%) dos doentes dependentes: nº de quedas no último mês (M2); (N=113)



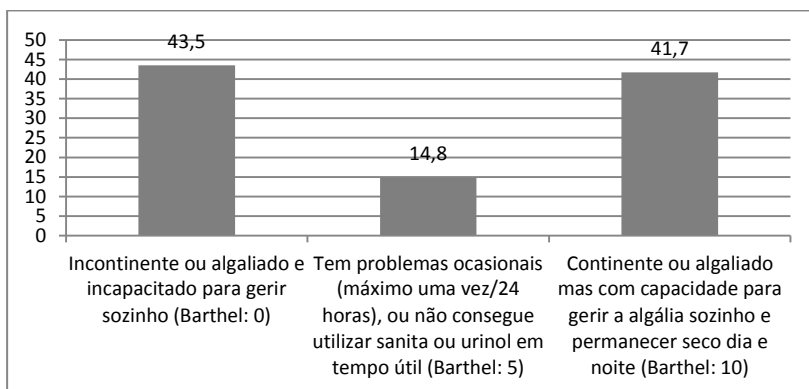
Distribuição (%) dos clientes dependentes: nº dejeções/semana (N=114)



Distribuição (%) dos clientes dependentes: controlo intestinal (Índice Barthel); (N=115)



Distribuição (%) dos clientes dependentes: controlo vesical (Índice Barthel); (N=115)

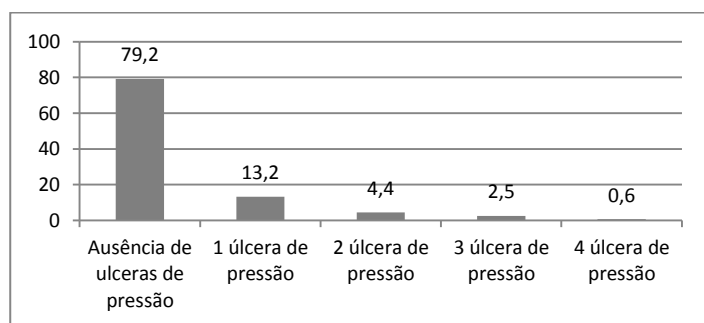


Três meses após a alta hospitalar (M3)

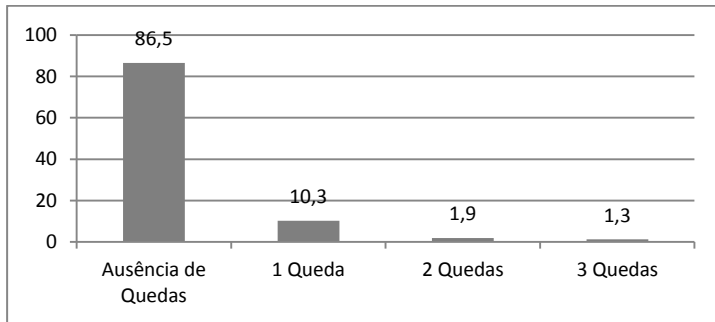
CONDIÇÃO DE SAÚDE: PROCESSOS CORPORAIS (M3)	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele	59	36,4	103	63,6	162
Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente	33	22,3	115	77,7	148
Presença de sinais condição de vestuário deficiente	33	22,4	114	77,6	147

CONDIÇÃO DE SAÚDE: PROCESSOS CORPORAIS (M3)	Sim		Não		N
	Nº	%	Nº	%	
Comprometimento da limpeza das vias aéreas	72	44,7	89	55,3	161
Acumulação de secreções traqueobrônquicas	48	29,8	113	70,2	161
Ruídos respiratórios anormais	36	22,2	126	77,8	162
Aumento frequência respiratória	32	19,9	129	80,1	161
Comprometimento da amplitude articular	101	63,1	59	36,9	160
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Dto (pé equino)	68	62,4	41	37,6	109
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Edo (pé equino)	67	62,6	40	37,4	107
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Dto	70	64,2	39	35,8	109
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Edo	68	63,0	40	37,0	108
Comprometimento da amplitude da articulação punho Dto	74	67,9	35	32,1	109
Comprometimento da amplitude da articulação punho Edo	72	66,7	36	33,3	108
Comprometimento da amplitude articulação anca Dta	72	66,7	36	33,3	108
Comprometimento da amplitude articulação anca Edo	73	67,6	35	32,4	108
Comprometimento amplitude articulação joelho Dto	75	68,8	34	31,2	109
Comprometimento amplitude articulação joelho Edo	75	70,1	32	29,9	107
Pele comprometida	41	26,6	113	73,4	154
Úlcera de pressão na região sagrada	20	87,0	3	13,0	23
Úlcera de pressão no trocânter	5	55,6	4	44,4	9
Úlcera de pressão no maléolo	1	20,0	4	80,0	5
Úlcera de pressão no calcâneo	15	88,2	2	11,8	17
Úlcera de pressão noutra local	3	37,5	5	62,5	8
Feridas não tratadas / não cuidadas	1	0,7	152	99,3	153
Eritema da fralda	25	19,5	103	80,5	128
Sinais aparentes de desidratação	4	2,5	156	97,5	160
Hidratação - olhos encovados	43	26,9	117	73,1	160
Hidratação - pele seca	44	27,5	116	72,5	160
Hidratação - mucosas secas	31	19,5	128	80,5	159
Nutrição - sinais aparentes de desnutrição	3	1,9	156	98,1	159
Nutrição - magreza excessiva	9	5,7	148	94,3	157
Estado mental: sabe em que mês está	84	52,2	77	47,8	161
Estado mental: sabe em que terra vive	97	60,2	64	39,8	161
Estado mental: repete três palavras	104	65,4	55	34,6	159
Estado mental: faz cálculos simples	86	54,1	73	45,9	159
Estado mental: identifica objetos comuns	103	64,8	56	35,2	159

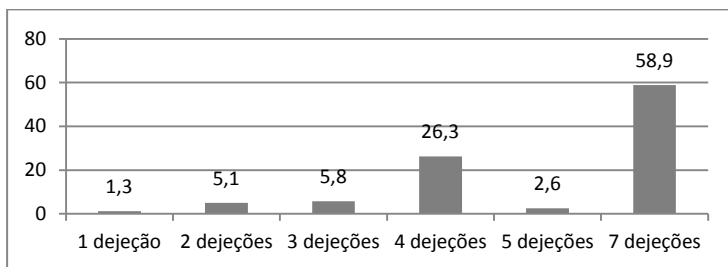
Distribuição (%) dos doentes dependentes: nº de úlceras de pressão (M3); (N=159)



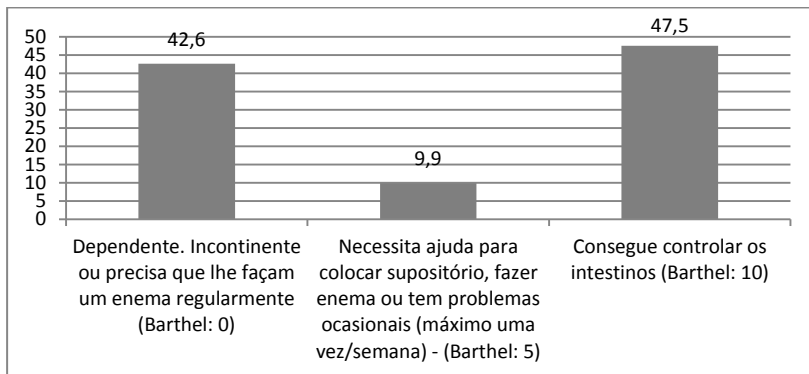
Distribuição (%) dos doentes dependentes: nº de quedas no último mês (M3); (N=155)



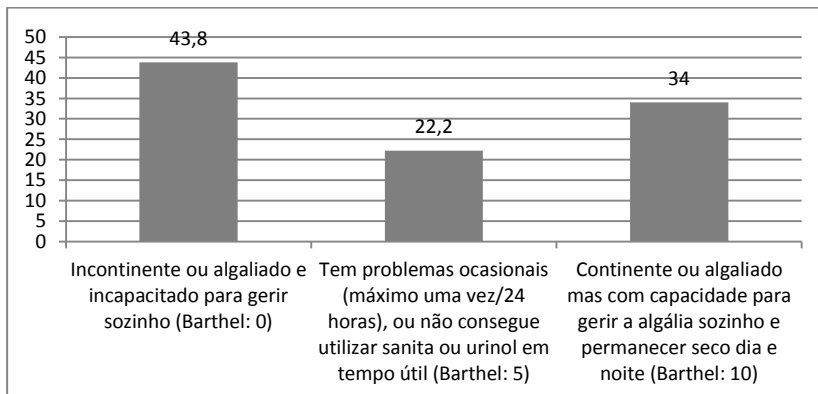
Distribuição (%) dos clientes dependentes: nº dejeções/semana (N=156)



Distribuição (%) dos clientes dependentes: controlo intestinal (Índice Barthel); (N=162)



Distribuição (%) dos clientes dependentes: controlo vesical (Índice Barthel); (N=162)



ANEXO Q Percepção de autoeficácia do FC para tomar conta por domínios do autocuidado e por “processos de cuidar” de Schumacher

1 - PAE do FC por domínios do autocuidado:

1. PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: tomar banho
2. PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: Vestir-se e despir-se
3. PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: alimentar-se
4. PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: usar o sanitário
5. PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: virar-se
6. PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: transferir-se
7. PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: andar
8. PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: tomar a medicação
9. PAE do FC média global para tomar conta por domínio de autocuidado

Um mês após a alta hospitalar (M1)

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: tomar banho (M1)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	103	0	0,0	1	1,0	34	33,0	68	66,0
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	98	2	2,0	7	7,1	50	51,1	39	39,8
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para os cuidados de higiene	94	2	2,1	5	5,3	45	47,9	42	44,7
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	99	21	21,2	22	22,2	30	30,3	26	26,3
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	100	33	33,0	27	27,0	34	34,0	6	6,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	101	9	8,9	18	17,8	40	39,6	34	33,7
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	97	4	4,1	6	6,2	16	16,5	71	73,2
Dar banho ao seu familiar	100	7	7,0	23	23,0	32	32,0	38	38,0
Pentear o cabelo ao seu familiar	88	0	0,0	1	1,1	19	21,6	68	77,3
Lavar os dentes ao seu familiar	50	0	0,0	5	10,0	23	46,0	22	44,0
Cortar as unhas ao seu familiar	87	2	2,3	5	5,7	16	18,4	64	73,6
Barbear o seu familiar	54	36	66,7	8	14,8	2	3,7	8	14,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	86	20	23,3	30	34,9	21	24,4	15	17,4
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	86	13	15,1	14	16,3	32	37,2	27	31,4
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	33	0	0,0	3	9,1	13	39,4	17	51,4
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	33	5	15,2	14	42,4	7	21,2	7	21,2
PAE do FC Global – Autocuidado: Tomar Banho	104	0	0,0	11	10,6	57	54,8	36	34,6

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: Vestir-se/despir-se (M1)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: VESTIR-SE E DESPIR-SE (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp ambiente	103	0	0,0	1	1,0	34	33,0	68	66,0
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	103	0	0,0	1	1,0	43	41,7	59	57,3
Escolher o vestuário do seu familiar	95	0	0,0	2	2,1	35	36,8	58	61,1
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex em função da temperatura ambiente)	99	1	1,0	1	1,0	33	33,3	64	64,6
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	69	49	71,0	11	15,9	4	5,8	5	7,2
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	103	13	12,6	18	17,5	44	42,7	28	27,2
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	101	8	7,9	1	1,0	21	20,8	71	70,3
Vestir e calçar o seu familiar	103	1	1,0	13	12,6	45	43,7	44	42,7
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e o calçado	85	17	20,0	24	28,2	30	35,3	14	16,5
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	85	16	18,8	14	16,5	33	38,8	22	25,9
PAE do FC Global – Autocuidado: vestir-se e despir-se	103	0	0,0	8	7,8	56	54,4	39	37,9

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: alimentar-se (M1)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	91	0	0,0	0	0,0	20	22,0
Detectar sinais de desnutrição	86	4	4,7	23	26,7	51	59,3	8	9,3
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para as refeições do seu familiar	83	0	0,0	0	0,0	38	45,8	45	54,2
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	82	0	0,0	3	3,7	23	28,0	56	68,3
Detectar sinais de desidratação	85	7	8,2	26	30,6	48	56,5	4	4,7
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	84	0	0,0	6	7,1	60	71,4	18	21,4
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	85	0	0,0	0	0,0	45	52,9	40	47,1
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	85	7	8,2	19	22,4	36	42,4	23	27,1
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	61	36	59,0	13	21,3	10	16,4	2	3,3
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	87	5	5,7	25	28,7	38	43,7	19	21,8
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	86	3	3,5	3	3,5	19	22,1	61	70,9
Dar de comer / beber ao seu familiar	82	0	0,0	0	0,0	33	40,2	49	59,8
Posicionar o seu familiar para as refeições	78	0	0,0	1	1,3	41	52,6	36	46,2
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	71	13	18,3	32	45,1	16	22,5	10	14,1
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho	72	14	19,4	16	22,2	24	33,3	18	25,0
PAE do FC Global – Autocuidado: alimentar-se	95	1	1,1	4	4,2	49	51,6	41	43,2

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: usar o sanitário (M1)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: USSAR O SANITÁRIO (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar	95	5	5,3	10	10,5	28	29,5
Detectar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca	94	1	1,1	2	2,1	58	61,7	33	35,1
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar	91	7	7,7	15	16,5	39	42,9	30	33,0
Cumprir o horário e o local estabelecido para o seu familiar urinar/evacuar	86	4	4,7	13	15,1	40	46,5	29	33,7
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual	84	34	40,5	24	28,6	18	21,4	8	9,5
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	88	21	23,9	42	47,7	23	26,1	2	2,3
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	94	10	10,6	23	24,5	46	48,9	15	16,0
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	93	6	6,5	2	2,2	21	22,6	64	68,8
Trocar a fralda ao seu familiar	70	0	0,0	14	20,0	28	40,0	28	40,0
Trocar o colector urinário ao seu familiar	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	20	1	5,0	1	5,0	5	25,0	13	65,0
Lavar a região perineal ao seu familiar	89			3	3,4	54	60,7	32	36,0
Colocar o seu familiar na sanita	86	45	52,3	2	2,3	26	30,2	13	15,1
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar	86	20	23,3	30	34,9	21	24,4	15	17,4
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar	77	21	27,3	14	18,2	25	32,5	17	22,1
PAE do FC Global – Autocuidado: usar o sanitário	96	0	0,0	28	29,2	51	53,3	17	17,7

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: virar-se (M1)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: VIRAR-SE (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Detectar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)	85	4	4,7	17	20,0	56	65,9	8	9,4
Detectar sinais precoces de rigidez articular	85	25	29,4	43	50,6	12	14,1	5	5,9
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	80	1	1,3	4	5,0	38	47,5	37	46,3
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	69	4	5,8	5	7,2	37	53,6	23	33,3
Definir os posicionamentos adequados /inadequados	68	2	2,9	9	13,2	36	52,9	21	30,9
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar	66	1	1,5	12	18,2	33	50,0	20	30,3
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos	70	4	5,7	18	25,7	31	44,3	17	24,3
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	69	16	23,2	30	43,5	20	29,0	3	4,3
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	74	4	5,4	21	28,4	33	44,6	16	21,6
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	71	2	2,8	0	0,0	21	29,6	48	67,6
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)	67	2	3,0	11	16,4	37	55,2	17	25,4
Executar exercícios articulares ao seu familiar	83	60	72,3	11	13,3	8	9,6	4	4,8
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar	79	4	5,1	12	15,2	51	64,6	12	15,2
Sentar o seu familiar	77	0	0,0	3	3,9	38	49,4	36	46,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos	62	13	21,0	28	45,2	13	21,0	8	12,9
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	66	12	18,2	13	19,7	28	42,4	13	19,7
PAE do FC Global – Autocuidado: virar-se	85	1	1,2	28	32,9	42	49,4	14	16,5

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: transferir-se (M1)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	92	0	0,0	1	1,1	18	19,6	73	79,3
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	83	10	12,0	6	7,2	37	44,6	30	36,1
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	78	13	16,7	4	5,1	29	37,2	32	41,0
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	79	19	24,1	12	15,2	30	38,0	18	22,8
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	85	45	52,9	22	25,9	16	18,8	2	2,4
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	86	8	9,3	22	25,6	43	50,0	13	15,1
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	88	4	4,5	3	3,4	22	25,0	59	67,0
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	84	16	19,0	10	11,9	30	35,7	28	33,3
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	72	13	18,1	26	36,1	22	30,6	11	15,3
Incentivar o seu familiar a transferir-se	75	13	17,3	15	20,0	30	40,0	17	22,7
PAE do FC Global – Autocuidado: transferir-se	92	4	4,3	22	23,9	38	41,3	28	30,4

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: andar (M1)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: ANDAR (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	89	0	0,0	0	0,0	16	18,0
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	40	4	10,0	7	17,5	20	50,0	9	22,5
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	39	3	7,7	6	15,4	20	51,3	10	25,6
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	38	4	10,5	7	18,4	21	55,3	6	15,8
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	44	6	13,6	10	22,7	26	59,1	2	4,5
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	44	3	6,8	19	43,2	16	36,4	6	13,6
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	46	3	6,5	3	6,5	15	32,6	25	54,3
Assistir o seu familiar a andar	43	2	4,7	0	0,0	14	32,6	27	62,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	42	3	7,1	12	28,6	19	45,2	8	19,0
Incentivar o seu familiar a andar	41	0	0,0	4	9,8	22	53,7	15	36,6
PAE do FC Global – Autocuidado: andar	89	0	0,0	8	9,0	27	30,3	54	60,7

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: tomar a medicação (M1)

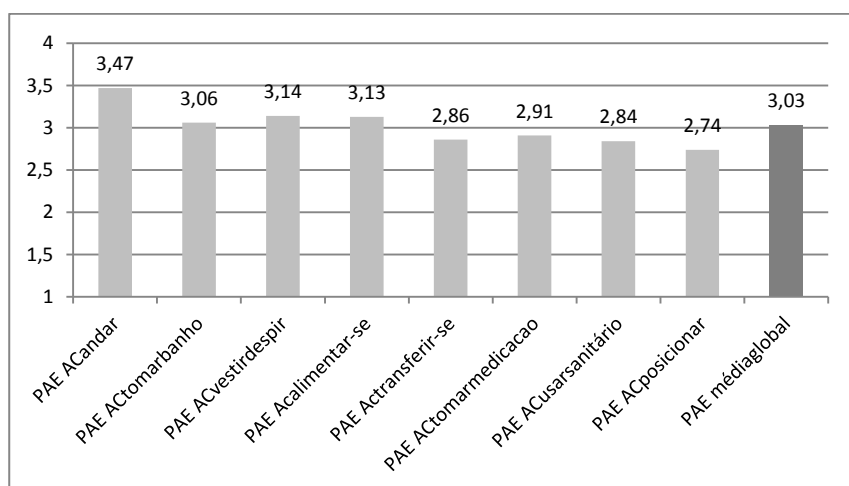
PAE DO FC - AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Supervisar as tomas de medicação do seu familiar	97	0	0,0	0	0,0	19	19,6
Detectar efeitos secundários da medicação	99	8	8,1	49	49,5	39	39,4	3	3,0
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	98	3	3,1	40	40,8	50	51,0	5	5,1
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	81	3	3,7	8	9,9	42	51,9	28	34,6
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação	97	18	18,6	38	39,2	33	34,0	8	8,2
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	99	0	0,0	0	0,0	11	11,1	88	88,9
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	98	21	21,4	57	58,2	15	15,3	5	5,1
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	98	8	8,2	16	16,3	46	46,9	28	28,6
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	69	6	8,7	28	40,6	28	40,6	7	10,1
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	99	2	2,0	9	9,1	34	34,3	54	54,5
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	97	5	5,2	2	2,1	23	23,7	67	69,1
Administrar a medicação ao seu familiar	99	1	1,0	0	0,0	19	19,2	79	79,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS	84	23	27,4	28	33,3	24	28,6	9	10,7
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação	85	47	55,3	16	18,8	15	17,6	7	8,2
PAE do FC Global – Autocuidado: tomar a medicação	99	0	0,0	19	19,2	58	58,6	22	22,2

PAE FC média global por domínio de autocuidado (M1)

PAE MÉDIA DOS FC PARA TOMAR CONTA, POR DOMÍNIO DE AUTOCUIDADO (M1)

AUTOCUIDADO	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Tomar banho	104	1,80	4,00	3,1	0,46
Vestir-se e despir-se	103	2,13	4,00	3,1	0,43
Alimentar-se	95	1,00	4,00	3,1	0,47
Usar o sanitário	96	1,77	4,00	2,8	0,47
Virar-se	85	1,00	4,00	2,7	0,53
Transferir-se	92	1,25	4,00	2,9	0,62
Andar	89	2,00	4,00	3,5	0,58
Tomar medicação	99	1,91	4,00	2,9	0,41
PAE do FC média global	109	1,9	4,0	3,0	0,42

Caraterização da PAE do FC média por domínio de autocuidado (M1)



Dois meses após a alta hospitalar (M2)

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: tomar banho (M2)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	103	0	0,0	3	2,9	34	33,0	66	64,1
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	96	2	2,1	8	8,3	44	45,8	42	43,8
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para os cuidados de higiene	93	3	3,2	6	6,5	36	38,7	48	51,6
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	97	21	21,6	21	21,6	27	27,8	28	28,9
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	98	26	26,5	25	25,5	40	40,8	7	7,1
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	100	16	16,0	11	11,0	39	39,0	34	34,0
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	97	7	7,2	7	7,2	18	18,6	65	67,0
Dar banho ao seu familiar	99	9	9,1	18	18,2	31	31,3	41	41,4
Pentear o cabelo ao seu familiar	82	0	0,0	3	3,7	18	22,0	61	74,4
Lavar os dentes ao seu familiar	43	1	2,3	4	9,3	21	48,8	17	39,5
Cortar as unhas ao seu familiar	86	4	4,7	3	3,5	17	19,8	62	72,1
Barbear o seu familiar	47	28	59,6	7	14,9	8	17,0	4	8,5
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	85	15	17,6	27	31,8	21	24,7	22	25,9
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	84	9	10,7	12	14,3	30	35,7	33	39,3
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	31	1	3,2	2	6,5	15	48,4	13	41,9
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	31	5	16,1	10	32,3	12	38,7	4	12,9
PAE do FC Global – Autocuidado: Tomar Banho	103	0	0,0	11	10,7	50	48,5	42	40,8

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: Vestir-se e despir-se (M2)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: VESTIR-SE E DESPIR-SE (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp ambiente	99	0	0,0	2	2,0	26	26,3	71	71,7
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	98	0	0,0	2	2,0	38	38,8	58	59,2
Escolher o vestuário do seu familiar	91	0	0,0	5	5,5	29	31,9	57	62,6
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex em função da temperatura ambiente)	97	1	1,0	2	2,1	33	34,0	61	62,9
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	64	44	68,8	15	23,4	2	3,1	3	4,7
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	98	17	17,3	15	15,3	38	38,8	28	28,6
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	95	9	9,5	3	3,2	22	23,2	61	64,2
Vestir e calçar o seu familiar	98	1	1,0	11	11,2	42	42,9	44	44,9
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e o calçado	84	18	21,4	17	20,2	29	34,5	20	23,8
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	84	13	15,5	13	15,5	28	33,3	30	35,7
PAE do FC Global – Autocuidado: vestir-se e despir-se	99	0	0,0	9	9,1	48	48,5	42	42,4

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: alimentar-se (M2)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	81	0	0,0	0	0,0	16	19,8	65	80,2
Detetar sinais de desnutrição	74	2	2,7	21	28,4	43	58,1	8	10,8
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para as refeições do seu familiar	72	0	0,0	0	0,0	30	41,7	42	58,3
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	72	0	0,0	1	1,4	20	27,8	51	70,8
Detetar sinais de desidratação	74	4	5,4	21	28,4	43	58,1	6	8,1
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	74	1	1,4	4	5,4	50	67,6	19	25,7
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	73	0	0,0	3	4,1	32	43,8	38	52,1
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	74	6	8,1	13	17,6	40	54,1	15	20,3
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	51	32	62,7	11	21,6	7	13,7	1	2,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	76	12	15,8	19	25,0	35	46,1	10	13,2
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	75	5	6,7	5	6,7	18	24,0	47	62,7
Dar de comer / beber ao seu familiar	72	0	0,0	3	4,2	24	33,3	45	62,5
Posicionar o seu familiar para as refeições	66	0	0,0	3	4,5	28	42,4	35	53,0
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	62	12	19,4	19	30,6	20	32,3	11	17,7
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho	63	12	19,0	9	14,3	22	34,9	20	31,7
PAE do FC Global – Autocuidado: alimentar-se	85	0	0,0	6	7,1	43	50,6	36	42,4

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: usar o sanitário (M2)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: USSAR O SANITÁRIO (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar	87	4	4,6	8	9,2	24	27,6	51	58,6
Detetar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca	85	1	1,2	3	3,5	49	57,6	32	37,6
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar	80	8	10,0	11	13,8	35	43,8	26	32,5
Cumprir o horário e o local estabelecido para o seu familiar urinar/ evacuar	81	7	8,6	11	13,6	38	46,9	25	30,9
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar, relativamente àquilo que é habitual	79	36	45,6	20	25,3	17	21,5	6	7,6
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar	81	22	27,2	34	42,0	24	29,6	1	1,2
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar	85	13	15,3	19	22,4	41	48,2	12	14,1
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar	83	6	7,2	4	4,8	19	22,9	54	65,1
Trocar a fralda ao seu familiar	59	0	0,0	12	20,3	23	39,0	24	40,7
Trocar o coletor urinário ao seu familiar	01	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	20	1	5,0	2	10,0	4	20,0	13	65,0
Lavar a região perineal ao seu familiar	81	0	0,0	5	6,2	46	56,8	30	37,0
Colocar o seu familiar na sanita	79	42	53,2	3	3,8	25	31,6	9	11,4
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar	73	15	20,5	22	30,1	21	28,8	15	20,5
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar	73	19	26,0	8	11,0	26	35,6	20	27,4
PAE do FC Global – Autocuidado: usar o sanitário	89	0	0,0	26	29,2	46	51,7	17	19,1

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: virar-se (M2)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: VIRAR-SE (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Detetar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)	73	4	5,5	12	16,4	51	69,9
Detetar sinais precoces de rigidez articular	72	26	36,1	30	41,7	14	19,4	2	2,8
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	69	1	1,4	3	4,3	29	42,0	36	52,2
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	60	4	6,7	5	8,3	29	48,3	22	36,7
Definir os posicionamentos adequados / inadequados	60	2	3,3	6	10,0	35	58,3	17	28,3
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar	57	1	1,8	9	15,8	29	50,9	18	31,6
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos	63	4	6,3	15	23,8	27	42,9	17	27,0
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	58	12	20,7	27	46,6	18	31,0	1	1,7
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	64	8	12,5	17	26,6	25	39,1	14	21,9
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	63	2	3,2	3	4,8	19	30,2	39	61,9
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)	60	2	3,3	9	15,0	32	53,3	17	28,3
Executar exercícios articulares ao seu familiar	70	52	74,3	8	11,4	10	14,3	0	0,0
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar	68	4	5,9	12	17,6	44	64,7	8	11,8
Sentar o seu familiar	68	2	2,9	4	5,9	28	41,2	34	50,0
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos	56	13	23,2	22	39,3	15	26,8	6	10,7
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	59	12	20,3	8	13,6	21	35,6	18	30,5
PAE do FC Global – Autocuidado: virar-se	75	1	1,3	25	33,3	37	49,3	12	16,0

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: transferir-se (M2)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	81	0	0,0	1	1,2	12	14,8
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	76	8	10,5	4	5,3	37	48,7	27	35,5
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	73	9	12,3	4	5,5	33	45,2	27	37,0
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	73	18	24,7	10	13,7	29	39,7	16	21,9
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	73	40	54,8	17	23,3	15	20,5	1	1,4
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	77	12	15,6	16	20,8	36	46,8	13	16,9
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	79	6	7,6	3	3,8	21	26,6	49	62,0
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	76	12	15,8	11	14,5	25	32,9	28	36,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	66	13	19,7	20	30,3	24	36,4	9	13,6
Incentivar o seu familiar a transferir-se	68	11	16,2	7	10,3	30	44,1	20	29,4
PAE do FC Global – Autocuidado: transferir-se	82	6	7,3	13	15,9	40	48,8	23	28,0

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: andar (M2)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: ANDAR (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	87	0	0,0	0	0,0	10	11,5	77	88,5
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	38	3	7,9	6	15,8	21	55,3	8	21,1
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	36	2	5,6	7	19,4	20	55,6	7	19,4
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	36	5	13,9	9	25,0	19	52,8	3	8,3
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	44	5	11,4	6	13,6	32	72,7	1	2,3
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	46	10	21,7	14	30,4	21	45,7	1	2,2
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	47	5	10,6	3	6,4	15	31,9	24	51,1
Assistir o seu familiar a andar	43	3	7,0	0	0,0	12	27,9	28	65,1
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	43	2	4,7	16	37,2	17	39,5	8	18,6
Incentivar o seu familiar a andar	44	0	0,0	5	11,4	19	43,2	20	45,5
PAE do FC Global – Autocuidado: andar	87	0	0,0	7	8,0	27	31,0	53	60,9

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: tomar a medicação (M2)

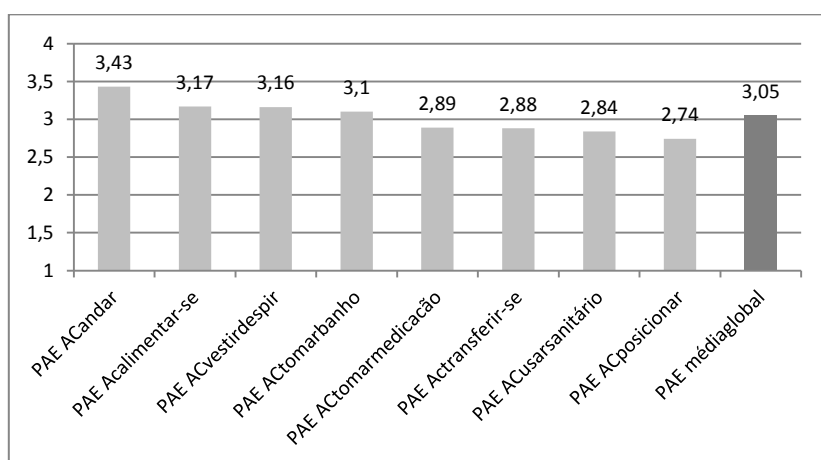
PAE DO FC - AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Supervisar as tomadas de medicação do seu familiar	97	0	0,0	1	1,0	18	18,6	78	80,4
Detetar efeitos secundários da medicação	99	8	8,1	46	46,5	42	42,4	3	3,0
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	98	5	5,1	33	33,7	59	60,2	1	1,0
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	88	1	1,1	11	12,5	53	60,2	23	26,1
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação	98	15	15,3	44	44,9	34	34,7	5	5,1
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	98	0	0,0	0	0,0	13	13,3	85	86,7
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	97	20	20,6	55	56,7	18	18,6	4	4,1
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	97	5	5,2	12	12,4	53	54,6	27	27,8
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	63	6	9,5	23	36,5	29	46,0	5	7,9
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	98	5	5,1	7	7,1	33	33,7	53	54,1
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	96	7	7,3	3	3,1	23	24,0	63	65,6
Administrar a medicação ao seu familiar	96	1	1,0	0	0,0	20	20,8	75	78,1
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS	83	27	32,5	23	27,7	27	32,5	6	7,2
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação	85	51	60,0	14	16,5	13	15,3	7	8,2
PAE do FC Global – Autocuidado: tomar a medicação	99	1	1,0	19	19,2	62	62,6	17	17,2

PAE FC média global por domínio de autocuidado (M2)

PAE MÉDIA DOS FC PARA TOMAR CONTA, POR DOMÍNIO DE AUTOCUIDADO (M2)

AUTOCUIDADO	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Tomar banho	103	1,93	4,00	3,10	0,484
Vestir-se e despir-se	99	2,13	4,00	3,2	0,436
Alimentar-se	85	2,08	4,00	3,2	0,460
Usar o sanitário	89	1,77	4,00	2,9	0,507
Virar-se	75	1,00	3,75	2,7	0,515
Transferir-se	82	1,50	3,80	2,9	0,598
Andar	87	1,90	4,00	3,4	0,593
Tomar medicação	99	1,75	3,71	2,9	0,383
PAE do FC média global	111	1,87	3,86	3,05	0,41

Caraterização da PAE do FC média por domínio de autocuidado (M2)



Três meses após a alta hospitalar (M3)

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: tomar banho (M3)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	109	2	1,8	2	1,8	27	24,8	78	71,6
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	98	5	5,1	8	8,2	31	31,6	54	55,1
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para os cuidados de higiene	92	2	2,2	7	7,6	23	25,0	60	65,2
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	95	19	20,0	17	17,9	15	15,8	44	46,3
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	105	25	23,8	19	18,1	34	32,4	27	25,7
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	106	11	10,4	13	12,3	28	26,4	54	50,9
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	102	7	6,9	8	7,8	15	14,7	72	70,6
Dar banho ao seu familiar	99	6	6,1	16	16,2	24	24,2	53	53,5
Pentear o cabelo ao seu familiar	85	1	1,2	2	2,4	14	16,5	68	80,0
Lavar os dentes ao seu familiar	55	1	1,8	1	1,8	14	25,5	39	70,9
Cortar as unhas ao seu familiar	90	6	6,7	4	4,4	11	12,2	69	76,7
Barbear o seu familiar	47	21	44,7	5	10,6	7	14,9	14	29,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	90	22	24,4	22	24,4	14	15,6	32	35,6
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	95	14	14,7	12	12,6	22	23,2	47	49,5
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	42	1	2,4	2	4,8	10	23,8	29	69,0
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	37	6	16,2	9	24,3	6	16,2	16	43,2
PAE do FC Global – Autocuidado: Tomar Banho	113	0	0,0	12	10,6	47	41,6	54	47,8

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: Vestir-se e despir-se (M3)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: VESTIR-SE E DESPIR-SE (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp ambiente	111	0	0,0	1	,9	20	18,0	90	81,1
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	111	0	0,0	3	2,7	25	22,5	83	74,8
Escolher o vestuário do seu familiar	101	1	1,0	2	2,0	18	17,8	80	79,2
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex em função da temperatura ambiente)	106	0	0,0	4	3,8	29	27,4	73	68,9
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	84	49	58,3	12	14,3	3	3,6	20	23,8
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	109	12	11,0	14	12,8	32	29,4	51	46,8
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	108	8	7,4	4	3,7	18	16,7	78	16,7
Vestir e calçar o seu familiar	112	1	0,9	11	9,8	35	31,3	65	58,0
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado	94	19	20,2	11	11,7	20	21,3	44	46,8
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	95	17	17,9	9	9,5	19	20,0	50	52,6
PAE do FC Global – Autocuidado: vestir-se e despir-se	113	1	,9	3	2,7	44	38,9	65	57,5

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: alimentar-se (M3)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	97	2	2,1	1	1,0	20	20,6
Detetar sinais de desnutrição	101	15	14,9	29	28,7	38	37,6	19	18,8
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para as refeições do seu familiar	100	1	1,0	0	0,0	34	34,0	65	65,0
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	102	0	0,0	0	0,0	14	13,7	88	86,3
Detetar sinais de desidratação	101	15	14,9	25	24,8	46	45,5	15	14,9
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	93	2	2,2	9	9,7	44	47,3	38	40,9
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	96	1	1,0	1	1,0	32	33,3	62	64,6
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	94	6	6,4	15	16,0	30	31,9	43	45,7
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	75	30	40,0	19	25,3	6	8,0	20	26,7
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	93	9	9,7	20	21,5	27	29,0	37	39,8
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	91	4	4,4	4	4,4	13	14,3	70	76,9
Dar de comer / beber ao seu familiar	82	0	0,0	0	0,0	27	32,9	55	67,1
Posicionar o seu familiar para as refeições	81	0	0,0	1	1,2	32	39,5	48	59,3
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	83	17	20,5	14	16,9	14	16,9	38	45,8
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho	90	14	15,6	7	7,8	14	15,6	55	61,1
PAE do FC Global – Autocuidado: alimentar-se	103	0	0,0	4	3,9	50	48,5	49	47,6

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: usar o sanitário (M3)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: USAR O SANITÁRIO (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar	105	4	3,8	6	5,7	12	11,4
Detetar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca	102	0	0,0	3	2,9	45	44,1	54	52,9
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar	91	6	6,6	11	12,1	28	30,8	46	50,5
Cumprir o horário e o local estabelecido para o seu familiar urinar/ evacuar	89	3	3,4	11	12,4	30	33,7	45	50,6
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar, relativamente àquilo que é habitual	89	35	39,3	16	18,0	13	14,6	25	28,1
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar	97	27	27,8	28	28,9	24	24,7	18	18,6
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar	97	10	10,3	18	18,6	38	39,2	31	32,0
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar	96	5	5,2	3	3,1	15	15,6	73	76,0
Trocar a fralda ao seu familiar	71	0	0,0	14	19,7	18	25,4	39	54,9
Trocar o coletor urinário ao seu familiar	4	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	24	0	0,0	0	0,0	6	25,0	18	75,0
Lavar a região perineal ao seu familiar	93	0	0,0	5	5,4	38	40,9	50	53,8
Colocar o seu familiar na sanita	88	33	37,5	2	2,3	23	26,1	30	34,1
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar	85	18	21,2	13	15,3	13	15,3	41	48,2
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar	90	21	23,3	4	4,4	17	18,9	48	53,3
PAE do FC Global – Autocuidado: usar o sanitário	106	0	0,0	21	19,8	41	38,7	44	41,5

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: virar-se (M3)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: VIRAR-SE (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Detetar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)	95	8	8,4	18	18,9	41	43,2	28	29,5
Detetar sinais precoces de rigidez articular	94	32	34,0	21	22,3	21	22,3	20	21,3
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	83	5	6,0	7	8,4	28	33,7	43	51,8
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	69	4	5,8	6	8,7	32	46,4	27	39,1
Definir os posicionamentos adequados /inadequados	68	2	2,9	12	17,6	34	50,0	20	29,4
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar	66	2	3,0	10	15,2	34	51,5	20	30,3
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos	68	5	7,4	16	23,5	28	41,2	19	27,9
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	70	18	25,7	27	38,6	20	28,6	5	7,1
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	74	7	9,5	15	20,3	23	31,1	29	39,2
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	74	0	0,0	3	4,1	17	23,0	54	73,0
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)	69	3	4,3	8	11,6	32	46,4	26	37,7
Executar exercícios articulares ao seu familiar	82	49	59,8	8	9,8	12	14,6	13	15,9
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar	79	8	10,1	12	15,2	35	44,3	24	30,4
Sentar o seu familiar	77	3	3,9	3	3,9	33	42,9	38	49,4
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos	71	17	23,9	10	14,1	18	25,4	26	36,6
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	76	15	19,7	4	5,3	18	23,7	39	51,3
PAE do FC Global – Autocuidado: virar-se	95	3	3,2	24	25,3	37	38,9	31	32,6

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: transferir-se (M3)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	95	1	1,1	0	0,0	10	10,5	84	88,4
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	76	7	9,2	5	6,6	32	42,1	32	42,1
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	75	7	9,3	5	6,7	31	41,3	32	42,7
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	75	17	22,7	10	13,3	29	38,7	19	25,3
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	76	41	53,9	19	25,0	10	13,2	6	7,9
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	79	10	12,7	18	22,8	29	36,7	22	27,8
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	80	6	7,5	4	5,0	14	17,5	56	70,0
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	78	10	12,8	10	12,8	19	24,4	39	50,0
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	68	18	26,5	8	11,8	17	25,0	25	36,8
Incentivar o seu familiar a transferir-se	80	17	21,3	3	3,8	15	18,8	45	56,3
PAE do FC Global – Autocuidado: transferir-se	95	6	6,3	15	15,8	31	32,6	43	45,3

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: andar (M3)

PAE DO FC - AUTOCUIDADO: ANDAR (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	91	0	0,0	0	0,0	8	8,8
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	43	7	16,3	4	9,3	14	32,6	18	41,9
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	38	4	10,5	5	13,2	13	34,2	16	42,1
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	38	7	18,4	4	10,5	14	36,8	13	34,2
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	54	7	13,0	4	7,4	26	48,1	17	31,5
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	53	5	9,4	16	30,2	14	26,4	18	34,0
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	52	3	5,8	3	5,8	8	15,4	38	73,1
Assistir o seu familiar a andar	50	5	10,0	0	0,0	7	14,0	38	76,0
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	48	5	10,4	5	10,4	11	22,9	27	56,3
Incentivar o seu familiar a andar	53	4	7,5	3	5,7	11	20,8	35	66,0
PAE do FC Global – Autocuidado: andar	91	2	2,2	6	6,6	19	20,9	64	70,3

PAE do FC para tomar conta face ao autocuidado: tomar a medicação (M3)

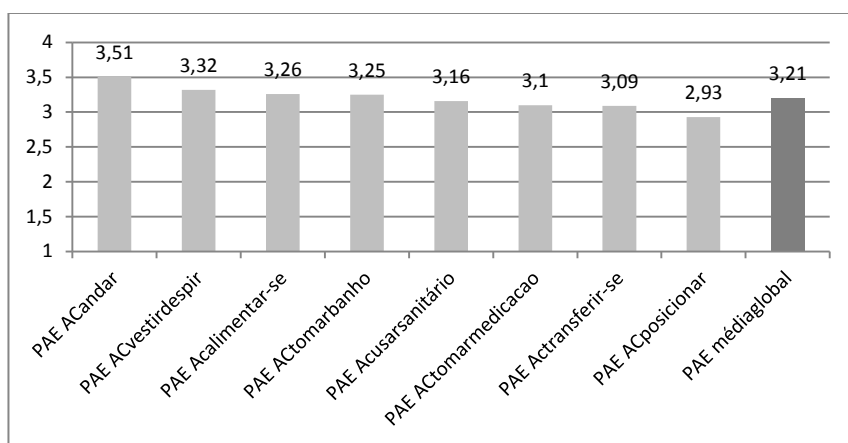
PAE DO FC - AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Supervisar as tomas de medicação do seu familiar	110	0	0,0	0	0,0	16	14,5
Detetar efeitos secundários da medicação	109	15	13,8	46	42,2	35	32,1	13	11,9
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	109	14	12,8	33	30,3	51	46,8	11	10,1
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	104	1	1,0	10	9,6	48	46,2	45	43,3
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação	108	17	15,7	49	45,4	18	16,7	24	22,2
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	106	0	0,0	0	0,0	13	12,3	93	87,7
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	104	21	20,2	38	36,5	13	12,5	32	30,8
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	105	5	4,8	6	5,7	48	45,7	46	43,8
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	88	11	12,5	20	22,7	25	28,4	32	36,4
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	107	2	1,9	4	3,7	30	28,0	71	66,4
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	104	4	3,8	3	2,9	14	13,5	83	79,8
Administrar a medicação ao seu familiar	106	0	0,0	0	0,0	19	17,9	87	82,1
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS	89	26	29,2	14	15,7	20	22,5	29	32,6
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação	93	42	45,2	10	10,8	9	9,7	32	34,4
PAE do FC Global – Autocuidado: tomar a medicação	110	0	0,0	14	12,7	58	52,7	38	34,5

PAE FC média global por domínio de autocuidado (M3)

PAE MÉDIA DOS FC PARA TOMAR CONTA, POR DOMÍNIO DE AUTOCUIDADO (M3)

AUTOCUIDADO	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Tomar banho	113	1,93	4,0	3,3	0,55
Vestir-se e despir-se	113	1,67	4,0	3,3	0,48
Alimentar-se	103	2,31	4,0	3,3	0,44
Usar o sanitário	106	1,91	4,0	3,2	0,64
Virar-se	95	1,00	4,0	2,9	0,67
Transferir-se	95	1,00	4,0	3,1	0,73
Andar	91	1,30	4,0	3,5	0,65
Tomar medicação	110	2,00	4,0	3,1	0,51
PAE do FC média global	122	2,13	4,0	3,2	0,49

Caraterização da PAE do FC média por domínio de autocuidado (M3)



2 - PAE do FC para tomar conta por “processos de cuidar” de Schumacher:

1. PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Monitorizar
2. PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Decidir
3. PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Agir
4. PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Providenciar cuidados
5. PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Ajustar
6. PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Aceder a recursos
7. PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Trabalhar com a pessoa cuidada
8. PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Negociar com o sistema de cuidados de saúde
9. PAE do FC média global para tomar conta por processos de cuidar de Schumacher

Um mês após a alta hospitalar (M1)

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Monitorizar (M1)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: MONITORIZAR (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente	103	0	0,0	1	1,0	34	33,0	68	66,0
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	103	0	0,0	1	1,0	43	41,7	59	57,3
Supervisionar as tomadas de medicação do seu familiar	97	0	0,0	0	0,0	19	19,6	78	80,4
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	103	0	0,0	1	1,0	34	33,0	68	66,0
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	91	0	0,0	0	0,0	20	22,0	71	78,0
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	82	0	0,0	3	3,7	23	28,0	56	68,3
Detectar se a pele perineal se encontra limpa e seca	94	1	1,1	2	2,1	58	61,7	33	35,1
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	92	0	0,0	1	1,1	18	19,6	73	79,3
Perceber a necessidade da pessoa urinar /evacuar	95	5	5,3	10	10,5	28	29,5	52	54,7
Detectar sinais de desnutrição	86	4	4,7	23	26,7	51	59,3	8	9,3
Perceber se a pessoa ingere de forma segura os alimentos ou líquidos	84	0	0,0	6	7,1	60	71,4	18	21,4
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	92	0	0,0	1	1,1	18	19,6	73	79,3
Detectar sinais de desidratação	85	7	8,2	26	30,6	48	56,5	4	4,7
Detectar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências)	85	4	4,7	17	20,0	56	65,9	8	9,4
Detectar sinais precoces de rigidez articular	85	25	29,4	43	50,6	12	14,1	5	5,9
Detectar efeitos secundários da medicação	99	8	8,1	49	49,5	39	39,4	3	3,0
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	80	1	1,3	4	5,0	38	47,5	37	46,3
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	98	3	3,1	40	40,8	50	51,0	5	5,1
PAE do FC global - Monitorizar	108	0	0,0	3	2,8	40	37,0	65	60,2

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Decidir (M1)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: DECIDIR (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Determinar o horário, a forma e o local de higiene do seu familiar	98	2	2,0	7	7,1	50	51,1	39	39,8
Escolher o vestuário do familiar	95	0	0,0	2	2,1	35	36,8	58	61,1
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	85	0	0,0	0	0,0	45	52,9	40	47,1
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar	91	7	7,7	15	16,5	39	42,9	30	33,0
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/ efeito secundário da medicação	97	18	18,6	38	39,2	33	34,0	8	8,2
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	81	3	3,7	8	9,9	42	51,9	28	34,6
Definir os posicionamentos adequados /inadequados	68	2	2,9	9	13,2	36	52,9	21	30,9
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	83	10	12,0	6	7,2	37	44,6	30	36,1
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	69	4	5,8	5	7,2	37	53,6	23	33,3
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	40	4	10,0	7	17,5	20	50,0	9	22,5
PAE do FC global - Decidir	107	1	0,9	10	9,3	58	54,2	38	35,5

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Agir (M1)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: AGIR (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para os cuidados de higiene	94	2	2,1	5	5,3	45	47,9
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para as refeições do seu familiar	83	0	0,0	0	0,0	38	45,8	45	54,2
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	99	0	0,0	0	0,0	11	11,1	88	88,9
Cumprir o horário, e o local dos estabelecidos para o seu familiar urinar /evacuar	86	4	4,7	13	15,1	40	46,5	29	33,7
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	78	13	16,7	4	5,1	29	37,2	32	41,0
Cumprir o horário e duração e o local estabelecido para o seu familiar deambular	39	3	7,7	6	15,4	20	51,3	10	25,6
Cumprir o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar	66	1	1,5	12	18,2	33	50,0	20	30,3
PAE do FC global - Agir	106	0	0,0	6	5,7	45	42,5	55	51,9

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Providenciar cuidados (M1)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: PROVIDENCIAR CUIDADOS (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Pentear o cabelo ao seu familiar	88	0	0,0	1	1,1	19	21,6
Vestir e calçar o seu familiar	103	1	1,0	13	12,6	45	43,7	44	42,7
Lavar os dentes do seu familiar	50	0	0,0	5	10,0	23	46,0	22	44,0
Dar banho ao seu familiar	100	7	7,0	23	23,0	32	32,0	38	38,0
Dar de comer / beber ao seu familiar	82	0	0,0	0	0,0	33	40,2	49	59,8
Trocar a fralda ao seu familiar	70	0	0,0	14	20,0	28	40,0	28	40,0
Administrar a medicação ao seu familiar	99	1	1,0	0	0,0	19	19,2	79	79,8
Cortar as unhas do seu familiar	87	2	2,3	5	5,7	16	18,4	64	73,6
Assistir o seu familiar a andar	43	2	4,7	0	0,0	14	32,6	27	62,8
Posicionar o seu familiar para as refeições	78	0	0,0	1	1,3	41	52,6	36	46,2
Lavar a região perineal ao seu familiar	89			3	3,4	54	60,7	32	36,0
Barbear o seu familiar	54	36	66,7	8	14,8	2	3,7	8	14,8
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	84	16	19,0	10	11,9	30	35,7	28	33,3
Sentar o seu familiar	77	0	0,0	3	3,9	38	49,4	36	46,8
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	20	1	5,0	1	5,0	5	5,0	13	65,0
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)	67	2	3,0	11	16,4	37	55,2	17	25,4
Massajar os pontos de pressão do seu familiar	79	4	5,1	12	15,2	51	64,6	12	15,2
Colocar o seu familiar na sanita	86	45	52,3	2	2,3	26	30,2	13	15,1
Trocar o colector urinário ao seu familiar	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0
Executar exercícios articulares ao seu familiar	83	60	72,3	11	13,3	8	9,6	4	4,8
PAE do FC global - Providenciar cuidados	108	0	0,0	11	10,2	53	49,1	44	40,7

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Ajustar (M1)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: AJUSTAR (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	99	21	21,2	22	22,2	30	30,3
Alterar o vestuário do seu familiar relativamente aquilo que é habitual (ex. em função da temperatura Ambiente)	99	1	1,0	1	1,0	33	33,3	64	64,6
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do familiar	85	7	8,2	19	22,4	36	42,4	23	27,1
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente aquilo que é habitual	84	34	40,5	24	28,6	18	21,4	8	9,5
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	98	21	21,4	57	58,2	15	15,3	5	5,1
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	98	8	8,2	16	16,3	46	46,9	28	28,6
Alterar o horário, a duração e o local estabelecido	38	4	10,5	7	18,4	21	55,3	6	15,8

para o seu familiar deambular									
Modificar o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento	70	4	5,7	18	25,7	31	44,3	17	24,3
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	79	19	24,1	12	15,2	30	38,0	18	22,8
PAE do FC global - Ajustar	108	4	3,7	38	35,2	45	41,7	21	19,4

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Aceder a recursos (M1)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: ACEDER A RECURSOS (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	97	4	4,1	6	6,2	16	16,5	71	73,2
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	101	8	7,9	1	1,0	21	20,8	71	70,3
Garantir ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	86	3	3,5	3	3,5	19	22,1	61	70,9
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para urinar/ evacuar	93	6	6,5	2	2,2	21	22,6	64	68,8
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	101	9	8,9	18	17,8	40	39,6	34	33,7
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para se posicionar	71	2	2,8	0	0,0	21	29,6	48	67,6
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	97	5	5,2	2	2,1	23	23,7	67	69,1
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	46	3	6,5	3	6,5	15	32,6	25	54,3
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	103	13	12,6	18	17,5	44	42,7	28	27,2
Garantir ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	87	5	5,7	25	28,7	38	43,7	19	21,8
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	88	4	4,5	3	3,4	22	25,0	59	67,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	99	2	2,0	9	9,1	34	34,3	54	54,5
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	44	6	13,6	10	22,7	26	59,1	2	4,5
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	100	33	33,0	27	27,0	34	34,0	6	6,0
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	100	33	33,0	27	27,0	34	34,0	6	6,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	44	3	6,8	19	43,2	16	36,4	6	13,6
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar	94	10	10,6	23	24,5	46	48,9	15	16,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	74	4	5,4	21	28,4	33	44,6	16	21,6
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	61	36	59,0	13	21,3	10	16,4	2	3,3
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	69	6	8,7	28	40,6	28	40,6	7	10,1
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	86	8	9,3	22	25,6	43	50,0	13	15,1
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	69	49	71,0	11	15,9	4	5,8	5	7,2
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	88	21	23,9	42	47,7	23	26,1	2	2,3
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	69	16	23,2	30	43,5	20	29,0	3	4,3
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	85	45	52,9	22	25,9	16	18,8	2	2,4
PAE do FC global – Aceder a recursos	109	4	3,7	21	19,3	58	53,2	26	23,9

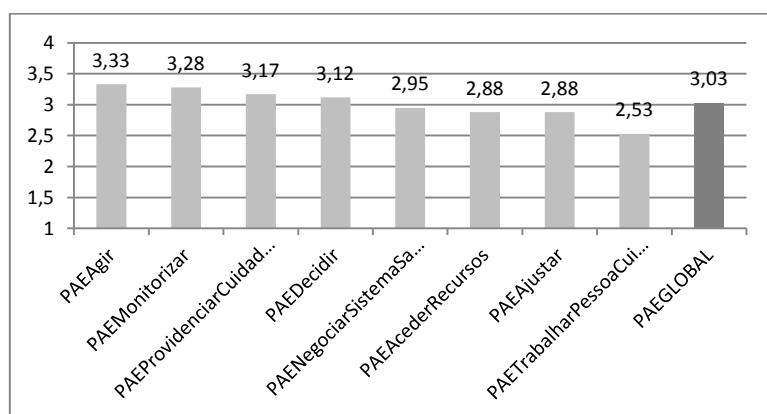
PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Trabalhar com a pessoa cuidada (M1)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: TRABALHAR COM A PESSOA CUIDADA (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/ evacuar	77	21	27,3	14	18,2	25	32,5	17	22,1
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	85	16	18,8	14	16,5	33	38,8	22	25,9
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho	72	14	19,4	16	22,2	24	33,3	18	25,0
Incentivar o seu familiar a andar	41	0	0,0	4	9,8	22	53,7	15	36,6
Incentivar o seu familiar a preparar a medicação	85	47	55,3	16	18,8	15	17,6	7	8,2
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	86	13	15,1	14	16,3	32	37,2	27	31,4
Incentivar o seu familiar a transferir-se	75	13	17,3	15	20,0	30	40,0	17	22,7
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	66	12	18,2	13	19,7	28	42,4	13	19,7
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado	85	17	20,0	24	28,2	30	35,3	14	16,5
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local de cuidados de higiene	86	20	23,3	30	34,9	21	24,4	15	17,4
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições	71	13	18,3	32	45,1	16	22,5	10	14,1
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	72	13	18,1	26	36,1	22	30,6	11	15,3
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipo(s) do(s) posicionamento(s)	62	13	21,0	28	45,2	13	21,0	8	12,9
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar	86	20	23,3	30	34,9	21	24,4	15	17,4
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	42	3	7,1	12	28,6	19	45,2	8	19,0
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS	84	23	27,4	28	33,3	24	28,6	9	10,7
PAE do FC global - Trabalhar com a pessoa cuidada	98	20	20,4	26	26,5	29	29,6	23	23,5

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Negociar com o sistema de cuidados de saúde (M1)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: NEGOCIAR COM O SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE (M1)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde	33	0	0,0	3	9,1	13	39,4	17	51,4
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	33	5	15,2	14	42,4	7	21,2	7	21,2
PAE do FC global - Negociar com o sistema de cuidados de saúde	33	0	0,0	15	45,5	8	24,2	10	30,3

Caraterização da PAE do FC média por processos de cuidar de Schumacher (M1)



Dois meses após a alta hospitalar (M2)

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Monitorizar (M2)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: MONITORIZAR (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente	99	0	0,0	2	2,0	26	26,3	71	71,7
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	98	0	0,0	2	2,0	38	38,8	58	59,2
Supervisionar as tomadas de medicação do seu familiar	97	0	0,0	1	1,0	18	18,6	78	80,4
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	103	0	0,0	3	2,9	34	33,0	66	64,1
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	81	0	0,0	0	0,0	16	19,8	65	80,2
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	72	0	0,0	1	1,4	20	27,8	51	70,8
Detetar se a pele perineal se encontra limpa e seca	85	1	1,2	3	3,5	49	57,6	32	37,6
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	81	0	0,0	1	1,2	12	14,8	68	84,0
Perceber a necessidade da pessoa urinar /evacuar	87	4	4,6	8	9,2	24	27,6	51	58,6
Detetar sinais de desnutrição	74	2	2,7	21	28,4	43	58,1	8	10,8
Perceber se a pessoa ingere de forma segura os alimentos ou líquidos	74	1	1,4	4	5,4	50	67,6	19	25,7
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	87	0	0,0	0	0,0	10	11,5	77	88,5
Detetar sinais de desidratação	74	4	5,4	21	28,4	43	58,1	6	8,1
Detetar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências)	73	4	5,5	12	16,4	51	69,9	6	8,2
Detetar sinais precoces de rigidez articular	72	26	36,1	30	41,7	14	19,4	2	2,8
Detetar efeitos secundários da medicação	99	8	8,1	46	46,5	42	42,4	3	3,0
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	69	1	1,4	3	4,3	29	42,0	36	52,2
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	98	5	5,1	33	33,7	59	60,2	1	1,0
PAE do FC global - Monitorizar	111	0	0,0	5	4,5	32	28,8	74	66,7

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Decidir (M2)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: DECIDIR (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Determinar o horário, a forma e o local de higiene do seu familiar	96	2	2,1	8	8,3	44	45,8	42	43,8
Escolher o vestuário do familiar	91	0	0,0	5	5,5	29	31,9	57	62,6
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	73	0	0,0	3	4,1	32	43,8	38	52,1
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar	80	8	10,0	11	13,8	35	43,8	26	32,5
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/ efeito secundário da medicação	98	15	15,3	44	44,9	34	34,7	5	5,1
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	88	1	1,1	11	12,5	53	60,2	23	26,1
Definir os posicionamentos adequados /inadequados	60	2	3,3	6	10,0	35	58,3	17	28,3
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	76	8	10,5	4	5,3	37	48,7	27	35,5
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	60	4	6,7	5	8,3	29	48,3	22	36,7
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	38	3	7,9	6	15,8	21	55,3	8	21,1
PAE do FC global - Decidir	108	1	0,9	12	11,1	57	52,8	38	35,2

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Agir (M2)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: AGIR (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para os cuidados de higiene	93	3	3,2	6	6,5	36	38,7
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para as refeições do seu familiar	72	0	0,0	0	0,0	30	41,7	42	58,3
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	98	0	0,0	0	0,0	13	13,3	85	86,7
Cumprir o horário, e o local dos estabelecidos para o seu familiar urinar /evacuar	81	7	8,6	11	13,6	38	46,9	25	30,9
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	73	9	12,3	4	5,5	33	45,2	27	37,0
Cumprir o horário e duração e o local estabelecido para o seu familiar deambular	36	2	5,6	7	19,4	20	55,6	7	19,4
Cumprir o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar	57	1	1,8	9	15,8	29	50,9	18	31,6
PAE do FC global - Agir	106	0	0,0	7	6,6	38	35,8	61	57,5

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Providenciar cuidados (M2)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: PROVIDENCIAR CUIDADOS (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Pentear o cabelo ao seu familiar	82	0	0,0	3	3,7	18	22,0
Vestir e calçar o seu familiar	98	1	1,0	11	11,2	42	42,9	44	44,9
Lavar os dentes do seu familiar	43	1	2,3	4	9,3	21	48,8	17	39,5
Dar banho ao seu familiar	99	9	9,1	18	18,2	31	31,3	41	41,4
Dar de comer / beber ao seu familiar	72	0	0,0	3	4,2	24	33,3	45	62,5
Trocar a fralda ao seu familiar	59	0	0,0	12	20,3	23	39,0	24	40,7
Administrar a medicação ao seu familiar	96	1	1,0	0	0,0	20	20,8	75	78,1
Cortar as unhas do seu familiar	86	4	4,7	3	3,5	17	19,8	62	72,1
Assistir o seu familiar a andar	43	3	7,0	0	0,0	12	27,9	28	65,1
Posicionar o seu familiar para as refeições	66	0	0,0	3	4,5	28	42,4	35	53,0
Lavar a região perineal ao seu familiar	81	0	0,0	5	6,2	46	56,8	30	37,0
Barbear o seu familiar	47	28	59,6	7	14,9	8	17,0	4	8,5
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	76	12	15,8	11	14,5	25	32,9	28	36,8
Sentar o seu familiar	68	2	2,9	4	5,9	28	41,2	34	50,0
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	20	1	5,0	2	10,0	4	20,0	13	65,0
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)	60	2	3,3	9	15,0	32	53,3	17	28,3
Massajar os pontos de pressão do seu familiar	68	4	5,9	12	17,6	44	64,7	8	11,8
Colocar o seu familiar na sanita	79	42	53,2	3	3,8	25	31,6	9	11,4
Trocar o coletor urinário ao seu familiar	01	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Executar exercícios articulares ao seu familiar	70	52	74,3	8	11,4	10	14,3	0	0,0
PAE do FC global - Providenciar cuidados	110	1	0,9	10	9,1	44	40,0	55	50,0

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Ajustar (M2)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: AJUSTAR (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	97	21	21,6	21	21,6	27	27,8
Alterar o vestuário do seu familiar relativamente àquilo que é habitual (ex. em função da temperatura Ambiente)	97	1	1,0	2	2,1	33	34,0	61	62,9
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do familiar	74	6	8,1	13	17,6	40	54,1	15	20,3
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual	79	36	45,6	20	25,3	17	21,5	6	7,6
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	97	20	20,6	55	56,7	18	18,6	4	4,1
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	97	5	5,2	12	12,4	53	54,6	27	27,8
Alterar o horário, a duração e o local estabelecido para o seu familiar deambular	36	5	13,9	9	25,0	19	52,8	3	8,3
Modificar o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento	63	4	6,3	15	23,8	27	42,9	17	27,0

Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	73	18	24,7	10	13,7	29	39,7	16	21,9
PAE do FC global - Ajustar	109	6	5,5	32	29,4	51	46,8	20	18,3

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Aceder a recursos (M2)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: ACEDER A RECURSOS (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	97	7	7,2	7	7,2	18	18,6	65	67,0
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	95	9	9,5	3	3,2	22	23,2	61	64,2
Garantir ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	75	5	6,7	5	6,7	18	24,0	47	62,7
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para urinar/ evacuar	83	6	7,2	4	4,8	19	22,9	54	65,1
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	100	16	16,0	11	11,0	39	39,0	34	34,0
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para se posicionar	63	2	3,2	3	4,8	19	30,2	39	61,9
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	96	7	7,3	3	3,1	23	24,0	63	65,6
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	47	5	10,6	3	6,4	15	31,9	24	51,1
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	98	17	17,3	15	15,3	38	38,8	28	28,6
Garantir ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	76	12	15,8	19	25,0	35	46,1	10	13,2
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	79	6	7,6	3	3,8	21	26,6	49	62,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	98	5	5,1	7	7,1	33	33,7	53	54,1
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	44	5	11,4	6	13,6	32	72,7	1	2,3
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar									
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	98	26	26,5	25	25,5	40	40,8	7	7,1
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	46	10	21,7	14	30,4	21	45,7	1	2,2
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar	85	13	15,3	19	22,4	41	48,2	12	14,1
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	64	8	12,5	17	26,6	25	39,1	14	21,9
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	51	32	62,7	11	21,6	7	13,7	1	2,0
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	63	6	9,5	23	36,5	29	46,0	5	7,9
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	77	12	15,6	16	20,8	36	46,8	13	16,9
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	64	44	68,8	15	23,4	2	3,1	3	4,7
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar	81	22	27,2	34	42,0	24	29,6	1	1,2
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	58	12	20,7	27	46,6	18	31,0	1	1,7
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	73	40	54,8	17	23,3	15	20,5	1	1,4
PAE do FC global – Aceder a recursos	110	5	4,5	26	23,6	54	49,1	25	22,7

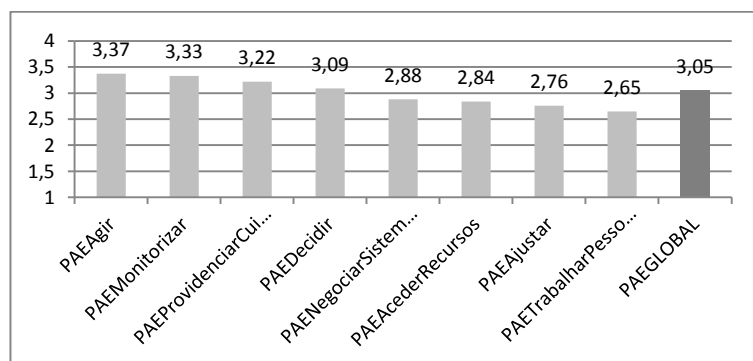
PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Trabalhar com a pessoa cuidada (M2)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: TRABALHAR COM A PESSOA CUIDADA (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/ evacuar	73	19	26,0	8	11,0	26	35,6
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	84	13	15,5	13	15,5	28	33,3	30	35,7
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho	63	12	19,0	9	14,3	22	34,9	20	31,7
Incentivar o seu familiar a andar	44	0	0,0	5	11,4	19	43,2	20	45,5
Incentivar o seu familiar a preparar a medicação	85	51	60,0	14	16,5	13	15,3	7	8,2
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	84	9	10,7	12	14,3	30	35,7	33	39,3
Incentivar o seu familiar a transferir-se	68	11	16,2	7	10,3	30	44,1	20	29,4
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	59	12	20,3	8	13,6	21	35,6	18	30,5
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e calçado	84	18	21,4	17	20,2	29	34,5	20	23,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local de cuidados de higiene	85	15	17,6	27	31,8	21	24,7	22	25,9
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições	62	12	19,4	19	30,6	20	32,3	11	17,7
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	66	13	19,7	20	30,3	24	36,4	9	13,6
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipo(s) do(s) posicionamento(s)	56	13	23,2	22	39,3	15	26,8	6	10,7
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar	73	15	20,5	22	30,1	21	28,8	15	20,5
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	43	2	4,7	16	37,2	17	39,5	8	18,6
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS	83	27	32,5	23	27,7	27	32,5	6	7,2
PAE do FC global - Trabalhar com a pessoa cuidada	101	19	18,8	23	22,8	32	31,7	27	26,7

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Negociar com o sistema de cuidados de saúde (M2)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: NEGOCIAR COM O SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde	31	1	3,2	2	6,5	15	48,4
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	31	5	16,1	10	32,3	12	38,7	4	12,9
PAE do FC global - Negociar com o sistema de cuidados de saúde	31	1	3,2	11	35,5	12	38,7	7	22,6

Caraterização da PAE do FC média por processos de cuidar de Schumacher (M2)



Três meses após a alta hospitalar (M3)

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Monitorizar (M3)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: MONITORIZAR (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente	111	0	0,0	1	,9	20	18,0	90	81,1
Perceber se a roupa/ calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	111	0	0,0	3	2,7	25	22,5	83	74,8
Supervisionar as tomadas de medicação do seu familiar	110	0	0,0	0	0,0	16	14,5	94	85,5
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	109	2	1,8	2	1,8	27	24,8	78	71,6
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	97	2	2,1	1	1,0	20	20,6	74	76,3
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	102	0	0,0	0	0,0	14	13,7	88	86,3
Detetar se a pele perineal se encontra limpa e seca	102	0	0,0	3	2,9	45	44,1	54	52,9
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	95	1	1,1	0	0,0	10	10,5	84	88,4
Perceber a necessidade da pessoa urinar /evacuar	105	4	3,8	6	5,7	12	11,4	83	79,0
Detetar sinais de desnutrição	101	15	14,9	29	28,7	38	37,6	19	18,8
Perceber se a pessoa ingere de forma segura os alimentos ou líquidos	93	2	2,2	9	9,7	44	47,3	38	40,9
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	91	0	0,0	0	0,0	8	8,8	83	91,2
Detetar sinais de desidratação	101	15	14,9	25	24,8	46	45,5	15	14,9
Detetar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências)	95	8	8,4	18	18,9	41	43,2	28	29,5
Detetar sinais precoces de rigidez articular	94	32	34,0	21	22,3	21	22,3	20	21,3
Detetar efeitos secundários da medicação	109	15	13,8	46	42,2	35	32,1	13	11,9
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição	83	5	6,0	7	8,4	28	33,7	43	51,8
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	109	14	12,8	33	30,3	51	46,8	11	10,1
PAE do FC global - Monitorizar	122	0	0,0	3	2,5	37	30,3	82	67,2

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Decidir (M3)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: DECIDIR (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Determinar o horário, a forma e o local de higiene do seu familiar	98	5	5,1	8	8,2	31	31,6	54	55,1
Escolher o vestuário do familiar	101	1	1,0	2	2,0	18	17,8	80	79,2
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	96	1	1,0	1	1,0	32	33,3	62	64,6
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar	91	6	6,6	11	12,1	28	30,8	46	50,5
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/ efeito secundário da medicação	108	17	15,7	49	45,4	18	16,7	24	22,2
Definir os posicionamentos adequados /inadequados	68	2	2,9	12	17,6	34	50,0	20	29,4
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	76	7	9,2	5	6,6	32	42,1	32	42,1
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	69	4	5,8	6	8,7	32	46,4	27	39,1
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	43	7	16,3	4	9,3	14	32,6	18	41,9
PAE do FC global - Decidir	120	1	0,8	15	12,5	45	37,5	59	49,2

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Agir (M3)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: AGIR (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para os cuidados de higiene	92	2	2,2	7	7,6	23	25,0
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para as refeições do seu familiar	100	1	1,0	0	0,0	34	34,0	65	65,0
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	106	0	0,0	0	0,0	13	12,3	93	87,7
Cumprir o horário, e o local dos estabelecidos para o seu familiar urinar /evacuar	89	3	3,4	11	12,4	30	33,7	45	50,6
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	75	7	9,3	5	6,7	31	41,3	32	42,7
Cumprir o horário e duração e o local estabelecido para o seu familiar deambular	38	4	10,5	5	13,2	13	34,2	16	42,1
Cumprir o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar	66	2	3,0	10	15,2	34	51,5	20	30,3
PAE do FC global - Agir	119	1	0,8	6	5,0	36	30,3	76	63,9

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Providenciar cuidados (M3)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: PROVIDENCIAR CUIDADOS (M2)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Pentear o cabelo ao seu familiar	85	1	1,2	2	2,4	14	16,5
Vestir e calçar o seu familiar	112	1	0,9	11	9,8	35	31,3	65	58,0
Lavar os dentes do seu familiar	55	1	1,8	1	1,8	14	25,5	39	70,9
Dar banho ao seu familiar	99	6	6,1	16	16,2	24	24,2	53	53,5
Dar de comer / beber ao seu familiar	82	0	0,0	0	0,0	27	32,9	55	67,1
Trocar a fralda ao seu familiar	71	0	0,0	14	19,7	18	25,4	39	54,9
Administrar a medicação ao seu familiar	106	0	0,0	0	0,0	19	17,9	87	82,1
Cortar as unhas do seu familiar	90	6	6,7	4	4,4	11	12,2	69	76,7
Assistir o seu familiar a andar	50	5	10,0	0	0,0	7	14,0	38	76,0
Posicionar o seu familiar para as refeições	81	0	0,0	1	1,2	32	39,5	48	59,3
Lavar a região perineal ao seu familiar	93	0	0,0	5	5,4	38	40,9	50	53,8
Barbear o seu familiar	47	21	44,7	5	10,6	7	14,9	14	29,8
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	78	10	12,8	10	12,8	19	24,4	39	50,0
Sentar o seu familiar	77	3	3,9	3	3,9	33	42,9	38	49,4
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	24	0	0,0	0	0,0	6	25,0	18	75,0
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)	69	3	4,3	8	11,6	32	46,4	26	37,7
Massajar os pontos de pressão do seu familiar	79	8	10,1	12	15,2	35	44,3	24	30,4
Colocar o seu familiar na sanita	88	33	37,5	2	2,3	23	26,1	30	34,1
Trocar o coletor urinário ao seu familiar	4	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0
Executar exercícios articulares ao seu familiar	82	49	59,8	8	9,8	12	14,6	13	15,9
PAE do FC global - Providenciar cuidados	121	2	1,7	8	6,6	34	28,1	77	63,6

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio:Ajustar (M3)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: AJUSTAR (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	95	19	20,0	17	17,9	15	15,8
Alterar o vestuário do seu familiar relativamente aquilo que é habitual (ex. em função da temperatura Ambiente)	106	0	0,0	4	3,8	29	27,4	73	68,9
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do familiar	94	6	6,4	15	16,0	30	31,9	43	45,7
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente aquilo que é habitual	89	35	39,3	16	18,0	13	14,6	25	28,1
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	104	21	20,2	38	36,5	13	12,5	32	30,8
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	105	5	4,8	6	5,7	48	45,7	46	43,8
Alterar o horário, a duração e o local estabelecido para o seu familiar deambular	38	7	18,4	4	10,5	14	36,8	13	34,2
Modificar o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento	68	5	7,4	16	23,5	28	41,2	19	27,9

Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	75	17	22,7	10	13,3	29	38,7	19	25,3
PAE do FC global - Ajustar	121	7	5,8	28	23,1	38	31,4	48	39,7

PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Aceder a recursos (M3)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: ACEDER A RECURSOS (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	102	7	6,9	8	7,8	15	14,7	72	70,6
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	108	8	7,4	4	3,7	18	16,7	78	16,7
Garantir ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	91	4	4,4	4	4,4	13	14,3	70	76,9
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para urinar/ evacuar	96	5	5,2	3	3,1	15	15,6	73	76,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	106	11	10,4	13	12,3	28	26,4	54	50,9
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para se posicionar	74	0	0,0	3	4,1	17	23,0	54	73,0
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	104	4	3,8	3	2,9	14	13,5	83	79,8
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	52	3	5,8	3	5,8	8	15,4	38	73,1
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	109	12	11,0	14	12,8	32	29,4	51	46,8
Garantir ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	93	9	9,7	20	21,5	27	29,0	37	39,8
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	80	6	7,5	4	5,0	14	17,5	56	70,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	107	2	1,9	4	3,7	30	28,0	71	66,4
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	54	7	13,0	4	7,4	26	48,1	17	31,5
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	105	25	23,8	19	18,1	34	32,4	27	25,7
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	53	5	9,4	16	30,2	14	26,4	18	34,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar	97	10	10,3	18	18,6	38	39,2	31	32,0
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	74	7	9,5	15	20,3	23	31,1	29	39,2
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	75	30	40,0	19	25,3	6	8,0	20	26,7
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação	88	11	12,5	20	22,7	25	28,4	32	36,4
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	79	10	12,7	18	22,8	29	36,7	22	27,8
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	84	49	58,3	12	14,3	3	3,6	20	23,8
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	97	27	27,8	28	28,9	24	24,7	18	18,6
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar	70	18	25,7	27	38,6	20	28,6	5	7,1
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	76	41	53,9	19	25,0	10	13,2	6	7,9
PAE do FC global – Aceder a recursos	121	4	3,3	20	16,5	52	43,0	45	37,2

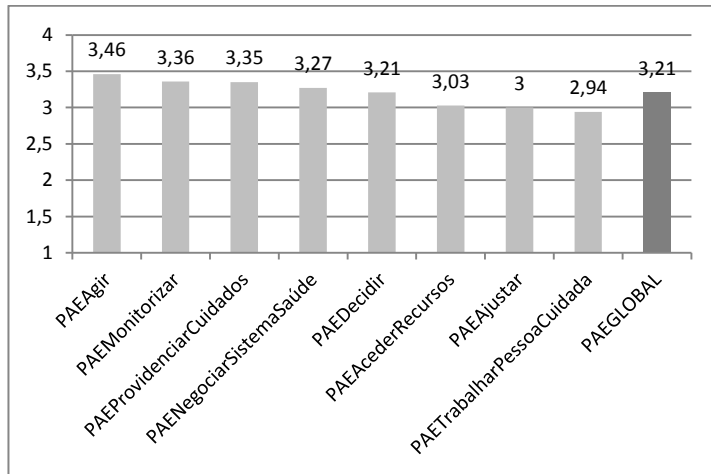
PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Trabalhar com a pessoa cuidada (M3)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: TRABALHAR COM A PESSOA CUIDADA (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/ evacuar	90	21	23,3	4	4,4	17	18,9
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	95	17	17,9	9	9,5	19	20,0	50	52,6
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho	90	14	15,6	7	7,8	14	15,6	55	61,1
Incentivar o seu familiar a andar	53	4	7,5	3	5,7	11	20,8	35	66,0
Incentivar o seu familiar a preparar a medicação	93	42	45,2	10	10,8	9	9,7	32	34,4
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	95	14	14,7	12	12,6	22	23,2	47	49,5
Incentivar o seu familiar a transferir-se	80	17	21,3	3	3,8	15	18,8	45	56,3
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	76	15	19,7	4	5,3	18	23,7	39	51,3
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e calçado	94	19	20,2	11	11,7	20	21,3	44	46,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local de cuidados de higiene	90	22	24,4	22	24,4	14	15,6	32	35,6
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições	83	17	20,5	14	16,9	14	16,9	38	45,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	68	18	26,5	8	11,8	17	25,0	25	36,8
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipo(s) do(s) posicionamento(s)	71	17	23,9	10	14,1	18	25,4	26	36,6
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar	85	18	21,2	13	15,3	13	15,3	41	48,2
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	48	5	10,4	5	10,4	11	22,9	27	56,3
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS	89	26	29,2	14	15,7	20	22,5	29	32,6
PAE do FC global - Trabalhar com a pessoa cuidada	113	20	17,7	16	14,2	19	16,8	58	51,3

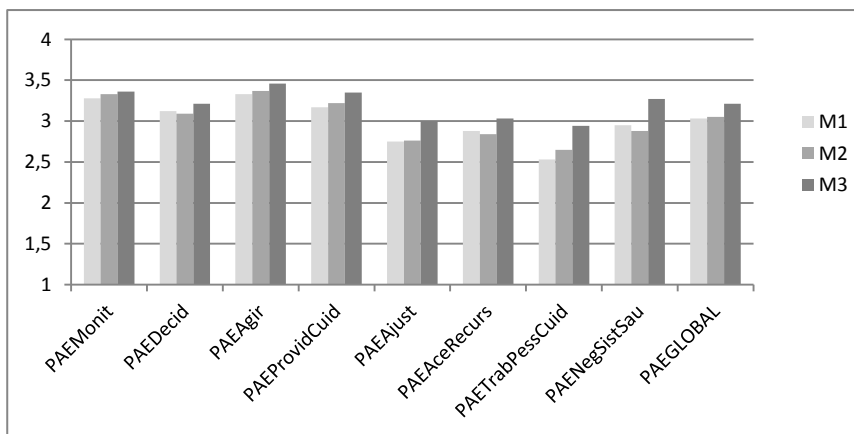
PAE do FC para tomar conta relativamente ao domínio: Negociar com o sistema de cuidados de saúde (M3)

PAE DO FC PARA TOMAR CONTA NO DOMÍNIO: NEGOCIAR COM O SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE (M3)									
INDICADOR	N	INCOMPETENTE		POUCO COMPETENTE		MEDIANAMENTE COMPETENTE		MUITO COMPETENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde	42	1	2,4	2	4,8	10	23,8
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	37	6	16,2	9	24,3	6	16,2	16	43,2
PAE do FC global - Negociar com o sistema de cuidados de saúde	42	1	2,4	13	31,0	7	16,7	21	50,0

Caraterização da PAE do FC média por processos de cuidar de Schumacher (M3)



Evolução da PAE Global (média) do FC para tomar conta, em função dos domínios de cuidar de Schumacher, ao longo M1, M2 e M3



ANEXO R Perfil de cuidados do FC para tomar conta do familiar dependente

1. Incentivo à autonomia do familiar dependente por parte do FC
2. Intensidade (grau) com que FC presta cuidados face à dependência do familiar
3. Pessoa que decide sobre as atividades/cuidados necessários face à dependência do doente
4. Local da prestação de cuidados/atividades face à dependência do familiar

Um mês após a alta hospitalar

Intensidade (grau) com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M1)

Distribuição dos FC pela intensidade (grau) com que prestam cuidados face à dependência do familiar (M1)

CUIDADOS PRESTADOS PELO FC (M1)	N	GRAU DE INTENSIDADE					
		NUNCA		ÀS VEZES		SEMPRE	
O FC dá os alimentos à boca ao familiar dependente	100	49	49,0	14	14,0	37	37,0
O FC, nas mudanças de posição do familiar dependente, adota os decúbitos laterais	86	3	3,5	77	89,5	6	7,0
O FC lava os genitais ao familiar dependente depois das micções/dejeções	96	11	11,5	28	29,2	57	59,4
O FC posiciona o familiar dependente no sanitário	96	59	61,5	19	19,8	18	18,8
O FC procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento do familiar dependente	102	9	8,8	4	3,9	89	87,3
O FC costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento do familiar dependente	102	99	97,1	2	2,0	1	1,0
O FC costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação do familiar dependente	102	89	87,3	11	10,8	2	2,0
O FC veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao familiar dependente	101	21	20,8	80	79,2	0	0,0
O FC veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao familiar dependente	102	21	20,6	81	79,4	0	0,0
O FC abotoa/desabotoa a roupa ao familiar dependente	90	14	15,6	76	84,4	0	0,0
O FC calça/descalca o familiar dependente	86	18	20,9	68	79,1	0	0,0
O FC procede a ajustes no vestuário do familiar dependente em função de alterações da temperatura	102	9	8,8	93	91,2	0	0,0
O FC veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do familiar dependente	101	8	7,9	93	92,1	0	0,0

Distribuição dos FC pela Intensidade (grau) com que prestam cuidados complementares face à dependência do familiar (M1)

CUIDADOS PRESTADOS PELO FC (COMPLEMENTARES) (M1)	N	GRAU DE INTENSIDADE					
		NUNCA		ÀS VEZES		SEMPRE	
O FC respeita a dieta aconselhada ao familiar dependente	80	1	1,3	8	10,0	71	88,8
O FC costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas do familiar dependente	102	26	25,5	13	12,7	63	61,8
O FC costuma aspirar as secreções quando o familiar dependente não as consegue eliminar	103	97	94,2	2	1,9	4	3,9
O FC costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o familiar dependente tem dificuldade em deglutir	93	84	90,3	6	6,5	3	3,2
O FC costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do familiar dependente se altera	105	0	0,0	9	8,6	96	91,4
O FC costuma fazer a pesquisa de fealomas ao familiar dependente	97	93	95,9	4	4,1	0	0,0
O FC procede a ajustes na dieta em função das preferências do familiar dependente	94	20	21,3	49	52,1	25	26,6
O FC costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do familiar dependente	73	18	24,7	42	57,5	13	17,8
O FC leva o familiar dependente ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar	93	88	94,6	4	4,3	1	1,1
O FC costuma incluir na dieta do familiar dependente frutas/legumes	106	0	0,0	8	7,5	98	92,5

Frequência (nº) com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M1)

Média com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M1)

CUIDADOS PRESTADOS PELO FC (M1)	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	PERCENTIL 50	DESVIO PADRÃO
Número de refeições que o FC fornece ao familiar dependente (dia)	104	3	8	5,2	5,0	0,90
Frequência com que o FC assiste o familiar dependente na deambulação (dia)	90	0	6	1,1	0,0	1,65
Frequência com que o FC arranja as unhas ao familiar dependente (mês)	102	0	4	1,8	2,0	1,02
Frequência com que o FC penteia o cabelo do familiar dependente (dia)	87	0	2	0,9	1,0	0,40
Frequência com que o FC corta/apara a barba ao familiar dependente (semana)	58	0	7	1,7	2,0	1,69
Frequência com que o FC aplica maquilhagem ao familiar dependente (mês)	45	0	0	0,0	0,0	0,00
Frequência com que o FC dá banho ao familiar dependente (semana)	106	0	7	3,6	3,0	2,62
Frequência com que o FC lava as mãos e a cara ao familiar dependente (dia)	99	0	7	1,8	2,0	1,45
Frequência com que o FC lava o cabelo ao familiar dependente (semana)	102	0	7	2,4	2,0	2,11
Frequência com que o FC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do familiar dependente (dia)	95	0	6	1,4	1,0	1,41
Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do familiar dependente (dia)	102	0	2	0,2	0,0	0,44
Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do familiar dependente (dia)	101	0	2	0,2	0,0	0,43
Frequência com que o FC massaja a pele das proeminências ósseas do familiar dependente (dia)	95	0	4	0,8	1,0	0,89
Frequência com que o FC desenvolve atividades estimulantes da memória com o familiar dependente (semana)	58	0	7	3,4	2,5	3,44
Frequência com que o FC dá água (líquidos) fora das refeições, ao familiar dependente (dia)	88	0	10	3,9	4,0	2,22
Frequência com que o FC inspeciona a pele do períneo do familiar dependente (dia)	95	0	4	1,6	1,0	1,21
Frequência com que o FC movimenta o familiar dependente na cadeira de rodas (dia)	36	0	7	1,5	1,0	1,59
Frequência com que o FC leva o familiar dependente a passear/sair de casa, na cadeira de rodas (mês)	35	0	30	6,2	0,0	11,20
Frequência com que o FC senta o familiar dependente (dia)	82	0	8	3,3	3,0	1,96
Frequência com que o FC levanta (por de pé) o familiar dependente (dia)	78	0	6	0,7	0,0	1,20
Frequência com que o FC aplica cremes hidratantes ao familiar dependente (semana)	94	0	7	3,9	3,5	3,12
Frequência com que o FC aplica desodorizantes /perfumes ao familiar dependente (semana)	80	0	7	2,5	0,0	3,19
Frequência com que o FC limpa os ouvidos ao familiar dependente (semana)	92	0	7	4,2	4,0	2,86
Frequência com que o FC lava os dentes ao familiar dependente (dia)	77	0	3	0,7	1,0	0,73
Frequência com que o FC posiciona o familiar dependente na cama/cadeira (dia)	75	0	10	3,4	4,0	2,53
Frequência com que o FC transfere o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão (dia)	85	0	4	1,3	1,0	1,00

Pessoa que decide sobre as atividades/cuidados necessários face à dependência do cliente (M1)

Distribuição dos casos pela pessoa que decide sobre as atividades/cuidados necessários face à dependência do doente (M1)

CUIDADOS PRESTADOS (M1)	N	PESSOA QUE DECIDE							
		DEPENDENTE		FC		ENFERMEIRO		OUTRO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frequência/composição/local das refeições do familiar dependente	106	7	6,6	96	90,6	0	0,0	3*	1,5*
Pessoa que decide os períodos /locais de deambulação do familiar dependente	70	27	38,6	43	61,4	0	0,0	0	0,0
Pessoa que decide a frequência /local do banho ao familiar dependente	106	10	9,4	89	84,0	0	0,0	7	6,6
Pessoa que decide a dieta do familiar dependente	109	6	5,5	73	67,0	1	0,9	29	26,6
Pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo familiar dependente	35	2	5,7	33	94,3	0	0,0	0	0,0
Pessoa que decide o horário da mudança de posição e a posição a adoptar pelo familiar dependente	94	34	36,2	60	63,8	0	0,0	0	0,0

Pessoa que decide onde o familiar dependente vai urinar / evacuar	107	39	36,4	68	63,6	-	-	0	0,0
Pessoa que decide transferir o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão	93	30	32,3	58	62,4	0	0,0	5	5,4
Pessoa que escolhe a roupa que o familiar dependente vai vestir	104	20	19,2	84	80,8	-	-	0	0,0

*Serviço de refeições ao domicílio

Distribuição dos casos pelo local da prestação de cuidados/atividades face à dependência do familiar: tomar as refeições e tomar banho (M1)

CUIDADOS PRESTADOS (M1)	N	CAMA		SALA JANTAR /COZINHA		CHUVEIRO/ BANHEIRA		OUTRO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Local em que o familiar dependente faz as suas refeições	106	48	45,3	58	54,7	-	-	0	0,0
Local em que, normalmente, o PC dá banho ao familiar dependente	108	44	40,7	-	-	61	56,5	3	2,8

Distribuição dos casos pelo local da prestação de cuidados/atividades face à dependência do familiar: evacuar e urinar (M1)

CUIDADOS PRESTADOS (M1)	N	FRALDA		ARRASTADEIRA		SANITA		OUTRO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Local em que, normalmente, o familiar dependente evacua	112	57	50,9	0	0,0	50	44,6	5	4,5
Local em que, normalmente, o familiar dependente urina	112	56	50,0	1	0,9	45	40,2	10	8,9

Dois meses após a alta hospitalar (M2)

Intensidade (grau) com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M2)

Distribuição dos FC pela intensidade (grau) com que prestam cuidados face à dependência do familiar (M2)

CUIDADOS PRESTADOS PELO FC (M2)	N	GRAU DE INTENSIDADE					
		NUNCA		ÀS VEZES		SEMPRE	
O FC dá os alimentos à boca ao familiar dependente	90	43	47,8	17	18,9	30	33,3
O FC, nas mudanças de posição do familiar dependente, adopta os decúbitos laterais	73	1	1,4	70	95,9	2	2,7
O FC lava os genitais ao familiar dependente depois das micções/dejeções	90	11	12,2	22	24,4	57	63,3
O FC posiciona o familiar dependente no sanitário	89	52	58,4	18	20,2	19	21,3
O FC procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento do familiar dependente	100	6	6,0	2	2,0	92	92,0
O FC costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento do familiar dependente	100	98	98,0	2	2,0	0	0,0
O FC costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação do familiar dependente	99	87	87,9	10	10,1	2	2,0
O FC veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao familiar dependente	93	23	24,7	70	75,3	0	0,0
O FC veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao familiar dependente	100	25	25,0	75	75,0	0	0,0
O FC abotoa/desabotoa a roupa ao familiar dependente	83	15	18,1	68	81,9	0	0,0
O FC calça/descalça o familiar dependente	90	22	24,4	68	75,6	0	0,0
O FC procede a ajustes no vestuário do familiar dependente em função de alterações da temperatura	99	11	11,1	88	88,9	0	0,0
O FC veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do familiar dependente	97	8	8,2	89	91,8	0	0,0

Distribuição dos FC pela Intensidade (grau) com que prestam cuidados complementares face à dependência do familiar (M2)

CUIDADOS PRESTADOS PELO FC (COMPLEMENTARES) (M2)	N	GRAU DE INTENSIDADE					
		NUNCA		ÀS VEZES		SEMPRE	
O FC respeita a dieta aconselhada ao familiar dependente	81	0	0,0	8	9,9	73	90,1
O FC costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas do familiar dependente	104	24	23,1	13	12,5	67	64,4
O FC costuma aspirar as secreções quando o familiar dependente não as consegue eliminar	103	100	97,1	1	1,0	2	1,9
O FC costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o familiar dependente tem dificuldade em deglutir	89	84	94,4	4	4,5	1	1,1
O FC costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do familiar dependente se altera	105	0	0,0	5	4,8	100	95,2
O FC costuma fazer a pesquisa de fealomas ao familiar dependente	94	90	95,7	4	4,3	0	0,0
O FC procede a ajustes na dieta em função das preferências do familiar dependente	95	11	11,6	55	57,9	29	30,5
O FC costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do familiar dependente	67	14	20,9	44	65,7	9	13,4
O FC leva o familiar dependente ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar	94	87	92,6	4	4,3	3	3,2
O FC costuma incluir na dieta do familiar dependente frutas/legumes	106	0	0,0	5	4,7	101	95,3

Frequência (nº) com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M2)

Média com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M2)

CUIDADOS PRESTADOS PELO FC (M2)	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	PERCENTIL 50	DESVIO PADRÃO
Número de refeições que o FC fornece ao familiar dependente (dia)	92	0	8	5,1	5,0	0,96
Frequência com que o FC assiste o familiar dependente na deambulação (dia)	89	0	6	0,9	0,0	1,60
Frequência com que o FC arranja as unhas ao familiar dependente (mês)	101	0	4	1,7	2,0	0,10
Frequência com que o FC penteia o cabelo do familiar dependente (dia)	86	0	2	0,9	1,0	0,50
Frequência com que o FC corta/apara a barba ao familiar dependente (semana)	57	0	7	1,8	2,0	1,73
Frequência com que o FC aplica maquilhagem ao familiar dependente (mês)	47	0	10	0,2	0,0	1,46
Frequência com que o FC dá banho ao familiar dependente (semana)	101	0	7	3,4	3,0	2,60
Frequência com que o FC lava as mãos e a cara ao familiar dependente (dia)	97	0	7	1,8	2,0	1,55
Frequência com que o FC lava o cabelo ao familiar dependente (semana)	98	0	7	2,5	2,0	2,24
Frequência com que o FC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do familiar dependente (dia)	94	0	6	1,4	1,0	1,52
Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do familiar dependente (dia)	101	0	2	0,1	0,0	0,38
Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do familiar dependente (dia)	101	0	2	0,1	0,0	0,38
Frequência com que o FC massaja a pele das proeminências ósseas do familiar dependente (dia)	95	0	6	0,8	1,0	1,01
Frequência com que o FC desenvolve atividades estimulantes da memória com o familiar dependente (semana)	54	0	7	4,0	7,0	3,40
Frequência o FC dá água (líquidos) fora das refeições, ao familiar dependente (dia)	79	0	10	3,5	4,0	2,18
Frequência com que o FC inspeciona a pele do períneo do familiar dependente (dia)	93	0	6	1,6	1,0	1,50
Frequência com que o FC movimenta o familiar dependente na cadeira de rodas (dia)	37	0	7	1,5	1,0	1,77
Frequência com que o FC leva o familiar dependente a passear/sair de casa, na cadeira de rodas (mês)	35	0	30	6,1	0,0	11,27
Frequência com que o FC senta o familiar dependente (dia)	73	0	8	3,5	4,0	1,90
Frequência com que o FC levanta (por de pé) o familiar dependente (dia)	70	0	5	0,8	0,0	1,16
Frequência com que o FC aplica cremes hidratantes ao familiar dependente (semana)	90	0	7	3,6	3,0	3,07
Frequência com que o FC aplica desodorizantes /perfumes ao familiar dependente (semana)	76	0	7	2,4	0,0	3,19
Frequência com que o FC limpa os ouvidos ao familiar dependente (semana)	86	0	7	4,0	4,0	3,90
Frequência com que o FC lava os dentes ao familiar dependente (dia)	68	0	3	0,5	0,0	0,64
Frequência com que o FC posiciona o familiar dependente na cama/cadeira (dia)	65	0	10	3,3	4,0	2,46
Frequência com que o FC transfere o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão (dia)	79	0	6	1,4	1,0	1,09

Pessoa que decide sobre as atividades/cuidados necessários face à dependência do cliente (M2)

Distribuição dos casos pela pessoa que decide sobre as atividades/cuidados necessários face à dependência do doente (M2)

CUIDADOS PRESTADOS (M2)	N	PESSOA QUE DECIDE							
		DEPENDENTE		FC		ENFERMEIRO		OUTRO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frequência/composição/local das refeições do familiar dependente	99	11	11,1	85	85,9	0	0,0	3*	3,0*
Pessoa que decide os períodos /locais de deambulação do familiar dependente	65	30	46,2	35	53,8	0	0,0	0	0,0
Pessoa que decide a frequência /local do banho ao familiar dependente	103	14	13,6	81	78,6	0	0,0	8	7,8
Pessoa que decide a dieta do familiar dependente	109	7	6,4	68	62,4	0	0,0	34	31,2
Pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo familiar dependente	34	3	8,8	30	88,2	0	0,0	1	2,9
Pessoa que decide o horário da mudança de posição e a posição a adotar pelo familiar dependente	82	29	35,4	53	64,6	0	0,0	0	0,0
Pessoa que decide onde o familiar dependente vai urinar / evacuar	104	41	39,4	61	58,7	0	0,0	2	1,9
Pessoa que decide transferir o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão	84	31	36,9	47	56,0	0	0,0	6	7,1
Pessoa que escolhe a roupa que o familiar dependente vai vestir	106	23	21,7	82	77,4	0	0,0	1	0,9

*Serviço de refeições ao domicílio

Distribuição dos casos pelo local da prestação de cuidados/atividades face à dependência do familiar: tomar as refeições e tomar banho (M2)

CUIDADOS PRESTADOS (M2)	N	CAMA		SALA JANTAR /COZINHA		CHUVEIRO/ BANHEIRA		OUTRO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Local em que o familiar dependente faz as suas refeições	97	35	36,1	62	63,9	-	-	0	0,0
Local em que, normalmente, o PC dá banho ao familiar dependente	104	39	37,5	-	-	64	61,5	1	1,0

Distribuição dos casos pelo local da prestação de cuidados/atividades face à dependência do familiar: evacuar e urinar (M2)

CUIDADOS PRESTADOS (M2)	N	FRALDA		ARRASTADEIRA		SANITA		OUTRO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Local em que, normalmente, o familiar dependente evacua	105	48	45,7	0	0,0	52	49,5	5	4,8
Local em que, normalmente, o familiar dependente urina	105	49	46,7	0	0,0	47	44,8	9	8,6

Três meses após a alta hospitalar (M3)

Intensidade (grau) com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M3)

Distribuição dos FC pela Intensidade (grau) com que prestam cuidados complementares face à dependência do familiar (M3)

CUIDADOS PRESTADOS PELO FC (M3)	N	GRAU DE INTENSIDADE					
		NUNCA		ÀS VEZES		SEMPRE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
O FC dá os alimentos à boca ao familiar dependente	103	49	47,6	25	24,3	29	28,2
O FC, nas mudanças de posição do familiar dependente, adota os decúbitos laterais	84	3	3,6	61	72,6	20	23,8
O FC lava os genitais ao familiar dependente depois das micções/dejeções	106	15	14,2	32	30,2	59	55,7
O FC posiciona o familiar dependente no sanitário	107	57	53,3	23	21,5	27	25,2
O FC procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento do familiar dependente	114	5	4,4	3	2,6	106	93,0
O FC costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento do familiar dependente	114	109	95,6	5	4,4	0	0,0
O FC costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação do familiar dependente	113	103	91,2	10	8,8	0	0,0
O FC veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao familiar dependente	100	28	28,0	72	72,0	0	0,0
O FC veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao familiar dependente	104	32	30,8	72	69,2	0	0,0

O FC abotoa/desabotoa a roupa ao familiar dependente	95	25	26,3	70	73,7	0	0,0
O FC calça/descalça o familiar dependente	103	30	29,1	73	70,9	0	0,0
O FC procede a ajustes no vestuário do familiar dependente em função de alterações da temperatura	102	17	16,7	85	83,3	0	0,0
O FC veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do familiar dependente	103	16	15,5	87	84,5	0	0,0

Distribuição dos FC pela Intensidade (grau) com que prestam cuidados complementares face à dependência do familiar (M3)

CUIDADOS PRESTADOS PELO FC (COMPLEMENTARES) (M3)	N	GRAU DE INTENSIDADE					
		NUNCA		ÀS VEZES		SEMPRE	
O FC respeita a dieta aconselhada ao familiar dependente	97	7	7,2	5	5,2	85	87,6
O FC costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas do familiar dependente	115	27	23,5	25	21,7	63	54,8
O FC costuma aspirar as secreções quando o familiar dependente não as consegue eliminar	113	109	96,5	1	0,9	3	2,7
O FC costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o familiar dependente tem dificuldade em deglutir	108	100	92,6	6	5,6	2	1,9
O FC costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do familiar dependente se altera	117	2	1,7	7	6,0	108	92,3
O FC costuma fazer a pesquisa de fealomas ao familiar dependente	109	103	94,5	5	4,6	1	0,9
O FC procede a ajustes na dieta em função das preferências do familiar dependente	109	23	21,1	51	46,8	35	32,1
O FC costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do familiar dependente	79	27	34,2	38	48,1	14	17,7
O FC leva o familiar dependente ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar	106	90	84,9	12	11,3	4	3,8
O FC costuma incluir na dieta do familiar dependente frutas/legumes	117	0	0,0	8	6,8	109	93,2

Frequência (nº) com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M3)

Média com que FC presta cuidados face à dependência do familiar (M3)

CUIDADOS PRESTADOS PELO FC (M3)	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	PERCENTIL 50	DESVIO PADRÃO
Número de refeições que o FC fornece ao familiar dependente (dia)	106	3	9	5,1	5,0	0,99
Frequência com que o FC assiste o familiar dependente na deambulação (dia)	105	0	7	0,9	0,0	1,55
Frequência com que o FC arranja as unhas ao familiar dependente (mês)	114	0	6	1,6	2,0	1,14
Frequência com que o FC penteia o cabelo do familiar dependente (dia)	98	0	3	0,8	1,0	0,57
Frequência com que o FC corta/apara a barba ao familiar dependente (semana)	58	0	7	1,7	1,0	1,86
Frequência com que o FC aplica maquilhagem ao familiar dependente (mês)	49	0	10	0,4	0,0	1,99
Frequência com que o FC dá banho ao familiar dependente (semana)	110	0	7	3,0	2,0	2,56
Frequência com que o FC lava as mãos e a cara ao familiar dependente (dia)	108	0	7	1,9	2,0	1,60
Frequência com que o FC lava o cabelo ao familiar dependente (semana)	108	0	7	2,3	2,0	2,19
Frequência com que o FC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do familiar dependente (dia)	108	0	10	1,4	1,0	1,69
Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do familiar dependente (dia)	112	0	3	0,2	0,0	0,46
Frequência com que o FC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do familiar dependente (dia)	111	0	3	0,2	0,0	0,49
Frequência com que o FC massaja a pele das proeminências ósseas do familiar dependente (dia)	110	0	6	0,7	0,0	0,98
Frequência com que o FC desenvolve atividades estimulantes da memória com o familiar dependente (semana)	80	0	7	2,6	0,0	3,32
Frequência o FC dá água (líquidos) fora das refeições, ao familiar dependente (dia)	95	0	10	3,3	4,0	2,07
Frequência com que o FC inspeciona a pele do períneo do familiar dependente (dia)	108	0	10	1,8	1,0	1,66
Frequência com que o FC movimenta o familiar dependente na cadeira de rodas (dia)	38	0	10	1,5	1,0	1,87
Frequência com que o FC leva o familiar dependente a passear/sair de casa, na cadeira de rodas (mês)	37	0	30	6,8	0,0	11,63
Frequência com que o FC senta o familiar dependente (dia)	91	0	10	3,0	2,0	2,23
Frequência com que o FC levanta (por de pé) o familiar dependente (dia)	89	0	8	1,0	0,0	1,66
Frequência com que o FC aplica cremes hidratantes ao familiar dependente (semana)	102	0	7	3,4	2,0	3,12

Frequência com que o FC aplica desodorizantes /perfumes ao familiar dependente (semana)	92	0	7	2,5	0,0	3,22
Frequência com que o FC limpa os ouvidos ao familiar dependente (semana)	97	0	7	3,2	2,0	2,89
Frequência com que o FC lava os dentes ao familiar dependente (dia)	87	0	4	0,6	0,0	0,85
Frequência com que o FC posiciona o familiar dependente na cama/cadeira (dia)	82	0	10	3,1	3,0	2,58
Frequência com que o FC transfere o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão (dia)	88	0	6	1,3	1,0	1,23

Pessoa que decide sobre as atividades/cuidados necessários face à dependência do cliente (M3)

Distribuição dos casos pela pessoa que decide sobre as atividades/cuidados necessários face à dependência do doente (M3)

CUIDADOS PRESTADOS (M3)	N	PESSOA QUE DECIDE							
		DEPENDENTE		FC		ENFERMEIRO		OUTRO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pessoa que decide sobre a frequência/composição/local das refeições do familiar dependente	115	14	12,2	90	78,3	0	0,0	11*	9,5*
Pessoa que decide os períodos /locais de deambulação do familiar dependente	81	39	48,1	42	51,9	0	0,0	0	0,0
Pessoa que decide a frequência /local do banho ao familiar dependente	114	19	16,7	80	70,2	0	0,0	15	13,2
Pessoa que decide a dieta do familiar dependente	120	7	5,8	72	60,0	1	0,8	40	33,3
Pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo familiar dependente	38	4	10,5	33	86,8	0	0,0	1	2,6
Pessoa que decide o horário da mudança de posição e a posição a adotar pelo familiar dependente	96	40	41,7	55	57,3	0	0,0	1	1,0
Pessoa que decide onde o familiar dependente vai urinar / evacuar	118	54	45,8	61	51,7	-	-	3	2,5
Pessoa que decide transferir o familiar dependente da cama para a cadeira/cadeirão	105	46	43,8	55	52,4	0	0,0	4	3,8
Pessoa que escolhe a roupa que o familiar dependente vai vestir	133	31	23,3	97	72,9	-	-	5	3,8

*Serviço de refeições ao domicílio

Distribuição dos casos pelo local da prestação de cuidados/atividades face à dependência do familiar: tomar as refeições e tomar banho (M3)

CUIDADOS PRESTADOS (M3)	N	CAMA		SALA JANTAR /COZINHA		CHUVEIRO/ BANHEIRA		OUTRO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Local em que o familiar dependente faz as suas refeições	112	36	32,1	73	65,2	-	-	3	2,7
Local em que, normalmente, o PC dá banho ao familiar dependente	114	39	34,2	-	-	73	64,0	2	1,8

Distribuição dos casos pelo local da prestação de cuidados/atividades face à dependência do familiar: evacuar e urinar (M3)

CUIDADOS PRESTADOS (M3)	N	FRALDA		ARRASTADEIRA		SANITA		OUTRO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Local em que, normalmente, o familiar dependente evacua	146	75	51,4	0	0,0	67	45,9	4	2,7
Local em que, normalmente, o familiar dependente urina	143	72	50,3	3	2,1	57	39,9	11	7,7

ANEXO S Recursos necessários e utilizados face à dependência do familiar

1. Recursos: equipamentos por tipo de autocuidado

Um mês após a alta hospitalar (M1)

Recursos: equipamentos – Autocuidado: tomar banho

Nº de equipamentos necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: tomar banho

EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	26	25,7	44,71 %
2	32	31,7	
3	33	32,7	
4	9	8,9	
6	1	1,0	
Total	101	100,0	

Equipamentos considerados necessários e utilizados, face à dependência do familiar no Autocuidado: tomar banho

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Assento suspenso para banheira	13	8	61,5
Barras de apoio para banho	47	20	42,5
Cadeira de banho (fixa/ giratória)	35	22	62,8
Cadeira higiénica	44	15	34,0
Elevador de banheira	1	0	0,0
Lava cabeças para acamados	40	3	7,5
Antiderrapante	51	46	90,1

Recursos: equipamentos – Autocuidado: vestir-se/despír-se

Nº de equipamentos necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: vestir-se/despír-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VESTIR-SE/DESPÍR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	10	18,2	23,36 %
2	13	23,6	
3	11	20,0	
4	11	20,0	
5	10	18,2	
Total	55	100,0	

Equipamentos considerados necessários e utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: vestir-se/despír-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VESTIR-SE/DESPÍR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Abotoador	23	0	0,0
Calça meias/tira meias	41	0	0,0
Calçadeira de cabo longo	41	1	2,4
Cordões elásticos	42	18	42,8
Extensões para fechos de correr	16	1	6,2

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: arrancar-se

Nº de equipamentos necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: arrancar-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	10	43,5	0,00 %
2	13	56,5	
Total	23	100,0	

Equipamentos considerados necessários e utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: arrancar-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Pente de cabo longo	17	0	0,0
Espelho inclinável	19	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: alimentar-se

Nº de equipamentos necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: alimentar-se

EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	41	53,2	56,84 %
2	15	19,5	
3	6	7,8	
4	3	3,9	
5	6	7,8	
6	2	2,6	
7	3	3,9	
9	1	1,3	
Total	77	100,0	

Equipamentos considerados necessários e utilizados, face à dependência do familiar no Autocuidado: alimentar-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Abridor de frascos	23	0	0,0
Adaptador de talheres	18	0	0,0
Babete	63	62	98,4
Copo adaptado	16	0	0,0
Garfo flexível	5	0	0,0
Mesa de comer na cama	14	6	42,8
Rebordo para prato	22	0	0,0
Suporte de copos	6	0	0,0
Suporte de palhinha para copo	6	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: uso do sanitário

Nº de equipamentos necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: uso do sanitário

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	6	6,2	62,08 %
2	16	16,5	
3	30	30,9	
4	20	20,6	
5	19	19,6	
6	5	5,2	
7	1	1,0	
Total	97	100,0	

Equipamentos considerados necessários e utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: uso do sanitário

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Alteador de sanita	37	6	16,2
Arrastadeira	11	2	18,1
Barra de apoio de sanitário	36	6	16,6
Cadeira sanitária	56	16	28
Cueca impermeável	32	9	28,1
Colector urinário	3	1	33,3
Fralda	52	67	128,8
Penso absorvente p/ incontinência	2	1	50,0
Penso higiénico	1	1	100,0
Resguardo	65	59	90,7
Saco colostomia/ileostomia/urina	18	18	100,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: elevar-se

Equipamentos considerados necessários e utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: elevar-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ELEVAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Almofada elevatória	9	1	11,1
Apoio de cabeça anatómico	10	1	10,0
Apoio de pés	29	4	13,7
Barras paralelas e apoios da posição de pé	3	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: virar-se

Nº de equipamentos necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: virar-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VIRAR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	11	16,2	40,61 %
2	19	27,9	
3	18	26,5	
4	9	13,2	
5	9	13,2	
6	2	2,9	
Total	68	100,0	

Equipamentos considerados necessários e utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: virar-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VIRAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Colchão anti-úlceras de pressão	65	48	73,8
Cotoveleira	0	0	0,0
Coxim	4	1	25,0
Transfer cama (dispositivo p/ posicionar)	3	0	0,0
Imobilizador abdominal	28	8	28,5
Luva de imobilização	10	3	30,0
Posicionador de perna e pés	25	9	36,0
Suporte para as costas	7	3	42,8
Dispositivo de prevenção de pé equino	54	8	14,8

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: transferir-se

Nº de equipamentos necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: transferir-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	38	45,2	47,42 %
2	38	45,2	
3	8	9,5	
Total	84	100,0	

Equipamentos considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: transferir-se

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Barra de apoio	25	1	4,0
Cabeceira e pés da cama amovíveis	11	5	45,4
Cama articulada	72	57	79,1
Elevador de transferência	29	1	3,4
Transfer leito-cadeira	1	0	0,0
Disco de rotação	48	1	2,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: usar cadeiras de rodas

Equipamentos considerados necessários e utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: usar cadeiras de rodas

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: USAR CADEIRA DE RODAS			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Rampa	12	8	66,6
Rodas anti-queda	0	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: andar

Nº de equipamentos necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: andar

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ANDAR			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	44	93,6	70,21 %
2	3	6,4	
Total	47	100,0	

Equipamentos considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: andar

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ANDAR			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Andarilho	9	2	22,2
Bengala	38	29	76,3
Canadiana(s)	3	3	100,0
Prótese	0	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: tomar medicação

Nº de equipamentos necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: tomar medicação

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1,00	1	,9	64,28 %
2,00	8	7,3	
3,00	28	25,5	
4,00	22	20,0	
5,00	32	29,1	
6,00	8	7,3	
7,00	9	8,2	
8,00	1	,9	
9,00	1	,9	
Total	110	100,0	

Equipamentos considerados necessários e utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: tomar medicação

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Aparelho para tensão arterial	98	56	57,1
Aspirador de secreções	13	6	46,1
Caixa de comprimidos	94	35	37,2
Caneta de insulina	12	12	100,0
Corta comprimidos	9	0	0,0
Máquina pesquisa glicemia capilar	30	23	76,6
Nebulizador	50	35	70,0
Oxigenoterapia	20	20	100,0
Termómetro (registo temperatura)	110	107	97,2
Triturador de comprimidos	41	11	26,8

Recursos: materiais e equipamentos – complementares (comunicar)

Nº de equipamentos complementares (comunicar) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (COMUNICAR)			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	60	53,1	87,16 %
2	34	30,1	
3	16	14,2	
4	3	2,7	
Total	113	100,0	

Equipamentos complementares (comunicar) considerados necessários e utilizados face à dependência do familiar

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (COMUNICAR)			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Dispositivo de chamada	21	14	66,6
Material instrução/ aprendizagem	37	7	18,9
Prótese auditiva	17	7	41,1
Telefone / telemóvel	113	112	99,1

Recursos: materiais e equipamentos – complementares (outros)

Nº de equipamentos complementares (outros) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (OUTROS)			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	26	89,7	3,44 %
2	3	10,3	
Total	29	100,0	

Equipamentos complementares (outros) considerados necessários e utilizados face à dependência do familiar

EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS E UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (OUTROS)			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Pinça para alcançar objetos	29	1	3,4
Suporte para cartas	3	0	0,0
Enfia agulhas	0	0	0,0

Dois meses após a alta hospitalar (M2)

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: tomar banho

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: tomar banho

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	23	22,8	53,8 %
2	33	32,7	
3	35	34,7	
4	10	9,9	
Total	101	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: tomar banho

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Assento suspenso para banheira	17	13	76,4
Barras de apoio para banho	46	25	54,3
Cadeira de banho (fixa/ giratória)	39	24	61,5
Cadeira higiénica	41	16	39,02
Elevador de banheira	1	0	0,0
Lava cabeças para acamados	32	4	12,5
Antiderrapante	58	54	93,1

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: vestir-se/despir-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: vestir-se/despir-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VESTIR-SE/DESPIR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	8	13,1	20,7 %
2	18	29,5	
3	13	21,3	
4	7	11,5	
5	15	24,6	
Total	61	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: vestir-se/despir-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VESTIR-SE/DESPIR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Abotoador	25	0	0,0
Calça meias/tira meias	47	0	0,0
Calçadeira de cabo longo	48	0	0,0
Cordões elásticos	44	16	36,3
Extensões para fechos de correr	22	1	4,5

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: arranjar-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: arranjar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	10	45,5	0,0 %
2	12	54,5	
Total	22	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: arranjar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Pente de cabo longo	16	0	0,0
Espelho inclinável	18	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: alimentar-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: alimentar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	34	47,2	50,6 %
2	12	16,7	
3	4	5,6	
4	4	5,6	
5	7	9,7	
6	6	8,3	
7	2	2,8	
8	2	2,8	
9	1	1,4	
Total	72	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados, face à dependência do familiar no Autocuidado: alimentar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Abridor de frascos	25	0	0,0
Adaptador de talheres	24	0	0,0
Babete	58	57	98,2
Copo adaptado	24	1	4,1
Garfo flexível	9	0	0,0
Mesa de comer na cama	12	5	41,6
Rebordo para prato	28	0	0,0
Suporte de copos	8	0	0,0
Suporte de palhinha para copo	8	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: uso do sanitário

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: uso do sanitário

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	5	5,3	57,9 %
2	18	19,1	
3	30	31,9	
4	20	21,3	
5	15	16,0	
6	5	5,3	
7	1	1,1	
Total	94	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: uso do sanitário

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Alteador de sanita	40	4	10,0
Arrastadeira	9	2	22,2
Barra de apoio de sanitário	35	7	20,0
Cadeira sanitária	51	15	29,4
Cueca impermeável	34	12	35,2
Coletor urinário	4	0	0,0
Fralda	41	61	148,7
Penso absorvente p/ incontinência	2	1	50,0
Penso higiénico	2	1	50,0
Resguardo	61	58	95,0
Saco colostomia/ ileostomia/ urina	12	11	91,6
Urinol	25	14	56,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: elevar-se

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados, face à dependência do familiar no Autocuidado: elevar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ELEVAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Almofada elevatória	7	1	14,2
Apoio de cabeça anatômico	9	0	0,0
Apoio de pés	24	3	12,5
Barras paralelas e apoios da posição de pé	4	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: virar-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: virar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VIRAR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	9	15,3	41,8 %
2	15	25,4	
3	16	27,1	
4	11	18,6	
5	8	13,6	
Total	59	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: virar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VIRAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Colchão anti-úlceras de pressão	58	47	81,0
Cotoveleira	0	0,0	0,0
Coxim	5	2	40,0
Transfer cama (dispositivo p/ posicionar)	2	0	0,0
Imobilizador abdominal	26	7	26,9
Luva de imobilização	8	2	25,0
Posicionador de perna e pés	20	8	40,0
Suporte para as costas	3	2	66,6
Dispositivo de prevenção de pé equino	49	4	8,1

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: transferir-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: transferir-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	38	48,7	49,4 %
2	36	46,2	
3	4	5,1	
Total	78	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: transferir-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Barra de apoio	22	1	4,5
Cabeceira e pés da cama amovíveis	4	2	50,0
Cama articulada	68	54	79,4
Elevador de transferência	26	1	3,8
Transfer leito-cadeira	2	0	0,0
Disco de rotação	45	1	2,2

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: usar cadeiras de rodas

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: usar cadeiras de rodas

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: USAR CADEIRA DE RODAS			
RECURSO	NECESSÁRIO (N°)	UTILIZADO N°	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Rampa	8	4	50,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: andar

N° de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: andar

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ANDAR			
N° RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	N°	%	
1	51	96,2	76,4 %
2	2	3,8	
Total	53	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: andar

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ANDAR			
RECURSO	NECESSÁRIO (N°)	UTILIZADO N°	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Andarilho	11	4	36,3
Bengala	42	35	83,3
Canadiana (s)	2	2	100,0
Prótese	0	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: tomar medicação

N° de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: tomar medicação

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO			
N° RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	N°	%	
1	3	2,7	66,5 %
2	9	8,1	
3	27	24,3	
4	25	22,5	
5	28	25,2	
6	12	10,8	
7	6	5,4	
8	1	,9	
Total	111	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: tomar medicação

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO			
RECURSO	NECESSÁRIO (N°)	UTILIZADO N°	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Aparelho para tensão arterial	98	62	63,2
Aspirador de secreções	9	4	44,4
Caixa de comprimidos	95	36	37,9
Caneta de insulina	12	12	100,0
Corta comprimidos	6	0	0,0
Máquina de pesquisas de glicemia capilar	31	24	77,4
Nebulizador	49	34	69,3
Oxigenoterapia	19	18	94,7
Termómetro (para registo de temperatura)	111	108	97,3
Triturador de comprimidos	34	7	20,5

Recursos: materiais e equipamentos – complementares (comunicar)

Nº de recursos (materiais e equipamentos) complementares (comunicar) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (COMUNICAR)			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	56	54,4	89,2 %
2	32	31,1	
3	13	12,6	
4	2	1,9	
Total	103	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) complementares (comunicar) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (COMUNICAR)			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Dispositivo de chamada	20	12	60,0
Material de instrução e aprendizagem	33	9	27,2
Prótese auditiva	11	4	36,3
Telefone / telemóvel	103	100	97,0

Recursos: materiais e equipamentos – complementares (outros)

Nº de recursos (materiais e equipamentos) complementares (outros) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (OUTROS)			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	19	82,6	15,2 %
2	4	17,4	
Total	23	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) complementares (outros) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Pinça para alcançar objetos	23	3	13,0
Suporte para cartas	4	1	25,0
Enfia agulhas	0	0,0	0,0

Três meses após a alta hospitalar (M3)

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: tomar banho

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: tomar banho

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	20	17,9	52,7 %
2	31	27,7	
3	45	40,2	
4	14	12,5	
5	2	1,8	
Total	112	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: tomar banho

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Assento suspenso para banheira	29	17	58,6
Barras de apoio para banho	68	32	47,0
Cadeira de banho (fixa/ giratória)	46	28	60,8
Cadeira higiênica	41	16	39,0
Elevador de banheira	2	0	0,0
Lava cabeças para acamados	30	4	13,3
Antiderrapante	67	55	82,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: vestir-se/despir-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: vestir-se/despir-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VESTIR-SE/DESPIR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	8	13,1	13,7 %
2	18	29,5	
3	13	21,3	
4	7	11,5	
5	15	24,6	
Total	61	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados, face à dependência do familiar no Autocuidado: vestir-se/despir-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VESTIR-SE/DESPIR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Abotoador	36	1	2,8
Calça meias/tira meias	46	1	2,2
Calçadeira de cabo longo	45	4	8,9
Cordões elásticos	41	11	26,8
Extensões para fechos de correr	23	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: arranjar-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: arranjar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	12	52,2	4,3 %
2	11	47,8	
Total	23	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: arranjar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Pente de cabo longo	16	1	6,2
Espelho inclinável	18	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: alimentar-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: alimentar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	32	41,0	46,7 %
2	19	24,4	
3	8	10,3	
4	7	9,0	
5	4	5,1	
6	4	5,1	
7	3	3,8	
8	1	1,3	
Total	78	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: alimentar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Abridor de frascos	22	0	0,0
Adaptador de talheres	19	0	0,0
Babete	60	57	95,0
Copo adaptado	24	2	8,3
Garfo flexível	8	0	0,0
Mesa de comer na cama	17	6	35,3
Rebordo para prato	35	0	0,0
Suporte de copos	5	0	0,0
Suporte de palhinha para copo	5	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: uso do sanitário

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: uso do sanitário

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	5	4,7	64,6 %
2	25	23,6	
3	29	27,4	
4	20	18,9	
5	14	13,2	
6	9	8,5	
7	4	3,8	
Total	106	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: uso do sanitário

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Alteador de sanita	41	4	9,8
Arrastadeira	14	7	50,0
Barra de apoio de sanitário	50	13	26,0
Cadeira sanitária	49	15	30,6
Cueca impermeável	31	8	25,8
Coletor urinário	2	0	0,0

Fralda	56	56	100,0
Penso absorvente p/ incontinência	14	8	57,1
Penso higiênico	5	4	80,0
Resguardo	76	72	94,7
Saco colostomia/ ileostomia/ urina	8	8	100,0
Urinol	28	20	71,4

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: elevar-se

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados, face à dependência do familiar no Autocuidado: elevar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ELEVAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Almofada elevatória	11	6	54,5
Apoio de cabeça anatômico	9	1	11,1
Apoio de pés	21	6	28,6
Barras paralelas e apoios da posição de pé	3	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: virar-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: virar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VIRAR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	18	26,1	35,5 %
2	19	27,5	
3	13	18,8	
4	6	8,7	
5	12	17,4	
6	1	1,4	
Total	69	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: virar-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: VIRAR-SE			
RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Colchão anti-úlceras de pressão	63	46	73,0
Cotoveleira	0	0	0,0
Coxim	8	1	12,5
Transfer cama (dispositivo p/ posicionar)	3	0	0,0
Imobilizador abdominal	28	7	25,0
Luva de imobilização	7	1	14,3
Posicionador de perna e pés	19	4	21,0
Suporte para as costas	7	0	0,0
Dispositivo de prevenção de pé equino	50	6	12,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: transferir-se

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: transferir-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	47	56,0	46,8 %
2	32	38,1	
3	5	6,0	
Total	84	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: transferir-se

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE

RECURSO	NECESSÁRIO (N°)	UTILIZADO N°	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Barra de apoio	25	0	0,0
Cabeceira e pés da cama amovíveis	5	3	60,0
Cama articulada	69	54	78,2
Elevador de transferência	19	0	0,0
Transfer leito-cadeira	7	0	0,0
Disco de rotação	37	2	5,4

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: usar cadeiras de rodas

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: usar cadeiras de rodas

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: USAR CADEIRA DE RODAS

RECURSO	NECESSÁRIO (N°)	UTILIZADO N°	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Rampa	25	14	56,0
Rodas anti-queda	2	0	0,0
Plataforma vertical para cadeira rodas	1	1	100,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: andar

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: andar

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ANDAR			
N° RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	N°	%	
1	50	87,7	77,2 %
2	7	12,3	
Total	57	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: andar

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: ANDAR

RECURSO	NECESSÁRIO (N°)	UTILIZADO N°	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Andarilho	15	5	33,3
Bengala	44	42	95,5
Canadiana (s)	4	3	75,0
Prótese	1	0	0,0

Recursos: materiais e equipamentos – Autocuidado: tomar medicação

Nº de recursos (materiais e equipamentos) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização, face ao Autocuidado: tomar medicação

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO			
N° RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	N°	%	
1	3	2,5	73,6 %
2	17	14,0	
3	32	26,4	
4	23	19,0	
5	26	21,5	
6	13	10,7	
7	6	5,0	
9	1	,8	
Total	121	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar no Autocuidado: tomar medicação

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: TOMAR A MEDICAÇÃO

RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Aparelho para tensão arterial	99	75	75,8
Aspirador de secreções	9	5	55,6
Caixa de comprimidos	87	41	47,1
Caneta de insulina	17	17	100,0
Corta comprimidos	9	3	33,3
Máquina de pesquisas de glicemia capilar	37	33	89,2
Nebulizador	53	31	58,5
Oxigenoterapia	17	17	100,0
Termómetro (para registo de temperatura)	120	118	98,3
Triturador de comprimidos	36	11	30,6

Recursos: materiais e equipamentos – complementares (comunicar)

Nº de recursos (materiais e equipamentos) complementares (comunicar) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (COMUNICAR)			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	57	55,9	85,9 %
2	25	24,5	
3	17	16,7	
4	3	2,9	
Total	102	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) complementares (comunicar) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (COMUNICAR)

RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Dispositivo de chamada	21	11	52,4
Material de instrução e aprendizagem	33	6	18,1
Prótese auditiva	16	9	56,3
Telefone / telemóvel	100	99	99,0

Recursos: materiais e equipamentos – complementares (outros)

Nº de recursos (materiais e equipamentos) complementares (outros) necessários por familiar dependente e taxa média de utilização

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES (OUTROS)			
Nº RECURSOS NECESSÁRIOS	FAMILIARES DEPENDENTES		TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	
1	21	87,5	14,6 %
2	3	12,5	
Total	24	100,0	

Recursos (materiais e equipamentos) complementares (outros) considerados necessários, utilizados face à dependência do familiar

RECURSOS (MATERIAIS E EQUIPAMENTOS) CONSIDERADOS NECESSÁRIOS, UTILIZADOS FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR NO AUTOCUIDADO: COMPLEMENTARES

RECURSO	NECESSÁRIO (Nº)	UTILIZADO Nº	TX UTILIZAÇÃO POR RECURSO
Pinça para alcançar objetos	21	1	4,8
Suporte para cartas	2	1	50,0
Enfia agulhas	4	2	50,0

ANEXO T Caracterização dos *clusters* em função da evolução do nível de dependência

CARATERIZAÇÃO DOS CLUSTERS EM FUNÇÃO DA EVOLUÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA ENTRE M0 E M3; N=162

<i>Clusters</i> de evolução do nível de dependência	N	%	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste estatístico (valor de p)	Resultados com maior média/maior % de casos <i>Inter-clusters (+)</i>	Resultados com menor média/menor % de casos <i>Inter-clusters (-)</i>
Cluster 1 <u>Mantém sempre nível dependência:</u> - Mantém nível dependência entre M-1M0 - Mantém nível dependência entre M0M3	19	-	0,32	0,478	0,0	1,0	Anova (<i>p=0,026</i>)	- Nº internamentos entre M2M3	-
	11	-	65,13	7,842	49,52	79,76	Anova (<i>p=0,007</i>)	- Tx utilização recursos M2	-
	12	-	68,11	12,550	49,44	92,36	Anova (<i>p=0,038</i>)	- Tx utilização recursos M3	-
	12	44,4	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Úlcera pressão M0	-
	11	33,3	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Alteração estado mental M1	-
	11	39,3	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Alteração estado mental M2	-
	20	38,5	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Alteração estado mental M3	-
	6	46,2	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p=0,001</i>)	- Ostomia ventilação/Eliminação	-
	4	50,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Destino do dependente no momento da alta hospitalar: unidade longa duração (RNCCI)	-
	6	66,7	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Destino do dependente em M2: unidade longa duração (RNCCI)	-
	2	40,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Destino do dependente em M2: reinternado	-
	6	66,7	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Destino do dependente em M3: unid. Longa duração	-
	2	40,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Destino do dependente em M3: reinternado (a par cluster 5)	-
	5	55,6	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p=0,007</i>)	- Manteve úlcera pressão entre M0 e M1	-
	2	33,3	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p<0,001</i>)	- Resolveu rigidez articular entre M0 e M1 (a par cluster 3)	-
	2	40,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests (<i>p=0,009</i>)	- Adquiriu rigidez articular entre M1e M2 (a par cluster 4)	-
	13	-	2,17	0,126	2,0	2,5	Anova (<i>p<0,001</i>)	-	- Incentivo do FC à autonomia dependente em M1
	11	-	2,11	0,093	2,0	2,33	Anova (<i>p<0,001</i>)	-	- Incentivo do FC à autonomia dependente em M2
	12	-	2,17	0,123	2,0	2,44	Anova (<i>p<0,001</i>)	-	- Incentivo do FC à autonomia dependente em M3
	11	-	2,77	0,518	1,87	3,67	Anova (<i>p=0,006</i>)	-	- PAE FC M2

<p>Cluster 2</p> <p><u>Mantém nível dependência no internamento e melhora após a alta hospitalar:</u></p> <p>- Mantém nível dependência entre M-1M0</p> <p>- Evolução positiva do nível dependência entre MOM3</p>	32	36,8	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	-	- Nível reduzido Força de vontade expressa do dependente na aprendizagem
	34	35,4	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	-	- Nível reduzido Crença demonstrada pelo dependente que é capaz de recuperar
	32	39,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	-	- Nível reduzido Desejo expresso dependente em se tornar mais independente -
	32	34,4	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	-	- Nível reduzido Motivação, proatividade e envolvimento do dependente no processo de aprendizagem
	29	35,8	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	-	- Nível reduzido Reconhecimento do dependente das mudanças no seu estado de saúde
	27	-	1,37	0,223	1,0	2,0	Anova ($p=0,044$)	- Intensidade cuidados FC M3	-
	7	35,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,012$)	- Úlcera pressão M2 (simultâneo cluster 4)	-
	12	36,4	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,001$)	- Úlcera pressão M3	-
	18	36,7	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Rigidez articular momento alta hospitalar	-
	28	28,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Processo respiratório comprometido M3	-
	30	38,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Experiência prévia do FC para tomar conta	-
	40	38,1	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Dependente anterior ao episódio de internamento	-
	11	73,3	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependenteM0: lar	-
	11	64,7	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependenteM1: lar	-
	3	60,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente M0: família acolhimento	-
	3	60,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente M1: família acolhimento	-
	11	61,1	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependenteM2: lar	-
	3	60,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente M2: família acolhimento	-
	11	61,1	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependenteM3: lar	-
	3	60,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente M3: família acolhimento	-
	3	60,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,007$)	- Resolveu úlcera pressão entre M0 e M1	-
	7	58,3	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Manteve úlcera pressão entre M2 e M3	-
	10	40,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Manteve rigidez articular entre M0 e M1	-
14	28,6	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,002$)	- Manteve rigidez articular entre M2 e M3	-	

<p>Cluster 3</p> <p><u>Melhora sempre nível dependência:</u></p> <p>- Evolução positiva do nível dependência entre M-1M0</p> <p>- Evolução positiva do nível dependência entre MOM3</p>	12	-	0,33	0,651	0,0	2,0	Anova ($p=0,026$)	- Nº internamentos entre M2M3	-
	9		3,12	0,427	2,75	4,0	Anova ($p<0,001$)	- Incentivo do FC à autonomia dependente em M1	-
	10		3,21	0,410	2,7	4,0	Anova ($p<0,001$)	- Incentivo do FC à autonomia dependente em M2	-
	10		3,09	3,09	2,0	3,67	Anova ($p<0,001$)	- Incentivo do FC à autonomia dependente em M3	-
	3	42,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	Adquiriu úlcera de pressão entre M2 e M3 (a par cluster 3)	-
	2	33,3	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Resolveu rigidez articular entre M0 e M1 (a par cluster 1)	-
	10		1,18	0,147	1,0	1,5	Anova ($p=0,044$)	-	- Intensidade cuidados FC M3
<p>Cluster 4</p> <p><u>Piora nível dependência no internamento e melhora após alta hospitalar:</u></p> <p>- Evolução negativa do nível dependência entre M-1M0</p> <p>- Evolução positiva do nível dependência entre MOM3</p>	18	60,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Nível elevado força de vontade expressa do dependente na aprendizagem	-
	14	60,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	Nível elevado Crença demonstrada pelo dependente que é capaz de recuperar	-
	26	60,5	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Nível elevado Desejo expresso dependente em se tornar mais independente	-
	17	68,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Nível elevado Motivação, proatividade e envolvimento do dependente no processo de aprendizagem	-
	35	33,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Capacidade cognitiva do dependente sem compromisso	-
	28	50,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	-	- Capacidade cognitiva do dependente com compromisso
	15	78,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Nível elevado Reconhecimento do dependente das mudanças no seu estado de saúde	-
	42		3,20	0,341	2,17	3,86	Anova ($p=0,006$)	- PAE FC M2	-
	43		61,97	18,91	24,33	100,0	Anova ($p=0,007$)	- Tx utilização recursos M2	-
	45	44,6	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,028$)	- Interviente decisão destino dependente após alta hospitalar: médico assistente serviço	-
	29	53,7	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,022$)	- Interviente decisão destino dependente após alta hospitalar: enfermeiro especialista reabilitação	-
	29	60,4	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Interviente decisão destino dependente após alta hospitalar: enfermeiro da EGA	-
	14	60,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,028$)	- Interviente decisão destino dependente após alta hospitalar: médico da EGA	-
	14	56,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,040$)	- Interviente decisão destino dependente após alta hospitalar: assistente social da EGA	-
	49	37,4	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,001$)	- Risco de úlcera pressão M0	-
	7	35,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,012$)	- Úlcera pressão M2 (simultâneo cluster 2)	-

48	36,6	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,026$)	- Risco rigidez articular momento alta hospitalar	-
16	30,2	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,002$)	- Rigidez articular M1	-
17	30,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Rigidez articular M2	-
31	30,7	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Rigidez articular M3	-
44	36,1	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Risco eritema/maceração momento alta hospitalar	-
39	33,6	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,014$)	- Risco desidratação momento alta hospitalar	-
19	31,1	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,003$)	- Desidratação M3	-
19	29,7	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,017$)	- Processo respiratório comprometido M2	-
37	35,2	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,009$)	- Necessidade mais 5 medicamentos peros/dia	-
36	67,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Alterações significativas ao regime medicamentoso	-
23	39,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,033$)	- Prognóstico da doença atual influenciou destino do dependente após alta hospitalar	-
12	63,2	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente M0: unidade convalescença (RNCCI)	-
5	55,6	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente M1: unidade convalescença (RNCCI)	-
14	87,5	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente M0: unidade média duração (RNCCI)	-
14	87,5	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente M1: unidade média duração (RNCCI)	-
37	37,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente M1: domicílio	-
14	87,5	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente em M2: unid. Média duração (RNCCI)	-
3	42,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente em M1: reinternado	-
45	42,1	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente em M2: domicílio	-
57	46,3	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente em M3: domicílio	-
2	100	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente em M3: unid. Média duração (RNCCI)	-
31	39,7	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,007$)	- Sem úlcera pressão entre M0 e M1	-
36	48,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Sem úlcera pressão entre M2 e M3	-
5	62,5	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Resolveu úlcera pressão entre M2 e M3	-

	12	42,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Adquiriu rigidez articular entre M0 e M1	-
	20	50,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Sem rigidez articular entre M0 e M1	-
	2	40,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,009$)	- Adquiriu rigidez articular entre M1e M2 (a par cluster 1)	-
	14	29,8	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,009$)	- Manteve rigidez articular entre M1 e M2	-
	1	100	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,009$)	- Resolveu rigidez articular entre M1 e M2	-
	19	46,3	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,009$)	- Sem rigidez articular entre M1 e M2	-
	5	38,5	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,002$)	- Adquiriu rigidez articular entre M2e M3	-
	21	56,8	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,002$)	- Sem rigidez articular entre M2 e M3	-
	4	66,7	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,002$)	- Resolveu rigidez articular entre M2 e M3	-
	61		0,05	0,218	0	1	Anova ($p=0,042$)	-	- N° internamentos entre M2M3
<p>Cluster 5 <u>Piora sempre nível dependência:</u></p> <p>- Evolução negativa do nível dependência entre M-1M0</p> <p>- Evolução negativa do nível dependência entre M0M3</p>	7	30,4	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,025$)	- Desidratação M2	-
	2	100	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente em M2: Unid. convalescença	-
	2	40,0	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Destino do dependente em M3: reinternado (a par cluster 1)	-
	3	42,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p=0,007$)	- Adquiriu úlcera pressão entre M0 e M1	-
	3	42,9	-	-	-	-	Chi-Square Tests ($p<0,001$)	- Adquiriu úlcera pressão entre M2 e M3 (a par cluster 3)	-
	16	-	46,40	13,408	19,92	69,39	Anova ($p=0,007$)	-	- Tx utilização recursos M2
	17	-	46,17	13,550	23,79	70,24	Anova ($p=0,038$)	-	- Tx utilização recursos M3