



**Paula Maria
Ribeiro Cardoso**

**PERCEÇÃO DOS CUIDADORES
FAMILIARES SOBRE A AUTONOMIA DAS
PESSOAS IDOSAS.**

PERCEPTION OF FAMILY CAREGIVERS ON THE
AUTONOMY OF OLDER ADULTS.



**Paula Maria
Ribeiro Cardoso**

**PERCEÇÃO DOS CUIDADORES
FAMILIARES SOBRE A AUTONOMIA DAS
PESSOAS IDOSAS**

PERCEPTION OF FAMILY CAREGIVERS ON THE
AUTONOMY OF OLDER ADULTS.

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica do Doutor Alexandre Rodrigues, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica do Doutor João Tavares, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a todos os cuidadores familiares e
pessoas idosas ao seu cuidado.

O júri

Presidente

Professora Doutora Célia Freitas
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso
Professora Adjunta Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Professor Doutor Alexandre Rodrigues
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos:

A todos os participantes neste estudo pela sua disponibilidade e colaboração.

Ao Professor Doutor Alexandre Rodrigues pela sua orientação, disponibilidade, sugestões, críticas, apoio, incentivo e confiança ao longo de todo este percurso.

Ao Professor Doutor João Tavares que coorientou este relatório agradeço a colaboração, disponibilidade, opiniões e críticas pertinentes.

À enfermeira tutora Cristina Neves pela sua disponibilidade, acompanhamento, colaboração, aprendizagens proporcionadas, carinho e a toda a equipa da Unidade de Saúde familiar Coimbra Centro.

Às amigas e colegas Carla, Dora, Celina e Sónia pelo companheirismo, reforço positivo, contributo pessoal e profissional na resolução de dificuldades ao longo deste Mestrado.

À minha família, que sempre esteve presente, pela paciência, amor, motivação e apoio incondicional ao longo de todo este tempo.

A todos o meu
Muito obrigada.

Palavras-chave Pessoa Idosa; Autonomia; Cuidador Familiar; Enfermagem Familiar.

Resumo No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, foi concretizado um Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Saúde Familiar (USF) Coimbra Centro, entre 12 de outubro de 2020 a 25 março de 2021. Este teve como objetivos descrever e analisar de forma crítico-reflexiva as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências em enfermeiro de família (EF), bem como, realizar um estudo de investigação intitulado “Perceção dos cuidadores familiares sobre a autonomia das pessoas idosas”.

Este estudo teve como objetivos conhecer a perceção dos cuidadores familiares (CF) sobre a autonomia da pessoa idosa e analisar como é que estes estimulam essa autonomia. Optou-se por uma abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Participaram 9 cuidadores familiares. A recolha dos dados realizou-se através de entrevistas semiestruturadas. Na análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Estudo aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Da análise dos dados emergiram três dimensões: sentimentos inerentes à experiência de cuidar; perceção dos CF sobre autonomia da pessoa idosa e estratégias de estimulação para promover a autonomia da pessoa idosa.

Os resultados evidenciaram que os cuidadores associam a autonomia à capacidade de realizar atividades de vida diária, estando menos conscientes da mesma enquanto poder de decisão da pessoa idosa. Assim, conclui-se que o Enfermeiro de família (EF) tem um papel essencial na capacitação e empoderamento dos CF relativamente à autonomia da pessoa idosa.

Keywords

Elderly; Autonomy; Family Caregiver, Family Nursing.

Abstract

Within the scope of the Master's Degree in Family Health Nursing, an Internship of Professional Nature was carried out at the Family Health Unit (FHU) Coimbra Centro, between October 12, 2020 and March 25, 2021. This internship aimed to describe and analyze, in a critical-reflective way, the activities carried out for the development of family nurse (FS) skills, as well as to conduct a research study entitled "Family caregivers' perception of older people's autonomy".

This study aimed to identify family caregivers' (FC) perception of the elderly's autonomy and analyze how they encourage this autonomy. We used a qualitative exploratory-descriptive approach. Nine family caregivers participated. Data collection was carried out through semi-structured interviews. In data analysis, the content analysis technique was used. The study was approved by the Ethics Committee of the Administração Regional de Saúde do Centro.

Three dimensions emerged from data analysis: feelings inherent to the experience of caring; the FC perception of the older person's autonomy and stimulation strategies to promote the older person's autonomy.

The results showed that caregivers associate autonomy with the ability to perform activities of daily living, being less aware of it as the older person's decision-making power.

Thus, we conclude that the Family Nurse Practitioner (NP) plays an essential role in the training and empowerment of caregivers regarding the autonomy of the older person.

Abreviaturas e/ou siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

BI – CSP – Bilhete de Identidade de Cuidados de
Saúde Primários

C F – Cuidador Familiar

COVID-19 – Doença do coronavírus-19

DES – Direção Geral de Saúde

EF – Enfermeiro de Família

ESF – Enfermagem De Saúde Familiar

EEESF- Enfermeiro especialista em enfermagem de
saúde familiar

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de
Aveiro

IPB - Instituto Politécnico de Bragança

INE – Instituto Nacional de Estatística

MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção
Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

UC – Unidade Curricular

EU – União Europeia

USF- Unidade de Saúde Familiar

URAP - Unidade de Recursos
Assistenciais Partilhados

UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	13
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	17
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO	23
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	24
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	26
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
3.1. Tipo de estudo.....	33
3.2. Contexto e Participantes	34
3.3. Problemática e objetivos	34
3.4. Instrumento de recolha de dados	35
3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	36
3.6. Procedimentos de análise dos dados	37
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	39
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
6. CONCLUSÕES	49
6.1. Conclusões do estudo empírico	49
6.1.1. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais.....	50
6.1.2. Limitações do estudo.	51
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS.....	63
ANEXO I - Aprovação do Aces para realização do estudo de investigação	64
ANEXO II - Aprovação da Coordenadora da unidade para a realização do estudo de investigação	67
ANEXO III - Aprovação da Comissão de Ética para realização do estudo de investigação	70
ANEXO IV - Aprovação da ESSUA para realização do estudo de investigação.....	73
APÊNDICES.....	75
APÊNDICE I – Guião da Entrevista	76
APÊNDICE II - Índice de Barthel	80
APÊNDICE III - Consentimento informado	83

APÊNDICE IV - Tabela 1 – Análise dos sentimentos inerentes à experiência de cuidar	85
APÊNDICE V - Tabela 2 – Análise das percepções dos CF sobre a autonomia da pessoa idosa	87
APÊNDICE VI - Tabela 3 – Análise das estratégias de estimulação para promover a autonomia da pessoa idosa.....	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide Etária dos utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro.....	15
Figura 2 – Árvore categórica resultante da análise dos discursos dos participantes	43

INTRODUÇÃO

Este relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional, integrada no 1º semestre, do 2º ano do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (MESF), desenvolvido em consórcio pela Universidade de Aveiro – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), Escola Superior de Saúde – e o Instituto Politécnico de Bragança (IPB) – Escola Superior de Saúde de Bragança. O estágio decorreu entre o dia 12 de outubro de 2020 e o dia 25 de março de 2021 na Unidade de saúde Familiar (USF) Coimbra Centro com a duração de 540 horas e sob orientação dos Professores Doutores Alexandre Rodrigues e João Tavares e pela tutoria da Senhora Enfermeira Cristina Neves.

Pretende-se com esta unidade curricular que a estudante desenvolva as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) tais como cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros estabelecendo uma relação com a família de modo a promover a saúde e a prevenção de doenças desta. Para que a aluna atingisse essas competências esta delineou alguns objetivos no início do estágio como: Desenvolver em parceria com a família processos de manutenção de recuperação da saúde familiar e promoção da sua autonomia; Sustentar na melhor evidência científica para a tomada de decisão no processo de cuidar; Prestar cuidados de enfermagem específicos à família nas diferentes fases do seu ciclo de vida aos três níveis de prevenção; Facilitar o acesso dos cuidados de enfermagem aos idosos e cuidadores familiares e realizar um estudo na sua área de interesse, que são as pessoas idosas e os cuidadores familiares.

De acordo com Veríssimo (2014), as cited in Saldanha, Portugal só se deu conta que o número de cidadãos com mais de 65 anos de idade era superior aos números de indivíduos com menos de 15 anos com os censos de 2000 publicados em 2001. Segundo os dados estatísticos do ano 2020, a esperança média de vida encontra-se em ascensão, refletindo, assim, o envelhecimento da população. Segundo as estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020) a população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,2 para 3,0 milhões de pessoas, entre 2018 e 2080. O acréscimo mais acentuado resulta, sobretudo, do aumento da esperança de vida.

Este aumento da esperança de vida deve ser visto como uma conquista da sociedade. A velhice não é uma doença, uma vez que, grande parte dos idosos conseguem ter uma vida autónoma e independente. Desta forma, é importante valorizar e preservar a autonomia das pessoas idosas, uma vez que, ao promover a autonomia destes estamos a promover o seu direito de tomar decisões (Direção-Geral da Saúde, (DGS), 2010).

Perante as novas políticas de saúde que direcionam para a permanência da pessoa idosa no domicílio (exemplo, hospitalização domiciliar, Unidade de Cuidados continuados na comunidade), bem como a promoção de internamentos hospitalares cada vez mais curtos, há uma maior necessidade de intervenções de Enfermagem junto dos cuidadores familiares de pessoas idosas. Paralelamente, evidencia-se uma maior necessidade de promover a sua capacitação, pelo que os enfermeiros de saúde familiar, em virtude das suas especificidades e competências têm um papel decisivo na promoção da saúde e capacitação dos cuidadores familiares pelos quais são responsáveis.

Com esta realidade e com o aumento do número de idosos que, tendencialmente, virão a necessitar de apoio de um cuidador profissional e/ou cuidador familiar, aliada à motivação pessoal e profissional da investigadora, enquanto Enfermeira de Família (EF) a desenvolver cuidados de Enfermagem ao idoso e sua família no seu domicílio, considerou-se pertinente a realização de um estudo, com a finalidade de compreender e analisar a perceção dos cuidadores familiares sobre a autonomia das pessoas idosas.

Estudos recentes de Gomes et al. (2019), Lima et al. (2020) e Samartini (2020) defendem que a autonomia da pessoa idosa implica o dever de respeitar a sua capacidade de decisão, assim esta é compreendida como o direito que a pessoa idosa tem para a liberdade de escolha. Estes estudos concluíram que a análise desta temática, autonomia da pessoa idosa, é recente havendo ainda muito para explorar.

Tendo em consideração estes aspetos, e procurando contribuir para uma intervenção mais eficiente, estruturada e fundamentada do EF junto do cuidador familiar do idoso, pretende-se, com este estudo responder à seguinte questão de investigação:

Qual é a perceção dos cuidadores familiares sobre a autonomia da pessoa idosa?

Sendo assim os objetivos deste estudo são:

- Conhecer a perceção dos cuidadores familiares sobre a autonomia da pessoa idosa;
- Analisar como os cuidadores familiares estimulam a autonomia da pessoa idosa.

Este relatório está dividido em dois capítulos: O primeiro capítulo integra a análise, reflexão crítica e desenvolvimento das competências. Neste encontra-se descrita a contextualização do estágio e a reflexão sobre o desenvolvimento de competências do mesmo. O segundo capítulo faz referência ao estudo empírico, este é constituído pela contextualização do estudo, enquadramento teórico, enquadramento metodológico, apresentação dos resultados, discussão dos resultados e a conclusão. Termina-se com a síntese conclusiva do relatório.

**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Com vista a dar cumprimento à unidade curricular Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar do consórcio entre a Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança, foi realizado um estágio profissional com duração de 540 horas, este decorreu na USF Coimbra Centro entre 12 de outubro de 2020 a 25 de março de 2021. Este período de aprendizagem foi realizado sob a orientação do Professor Doutor Alexandre Rodrigues e do Professor Doutor João Tavares e a tutoria da Enfermeira Cristina das Neves - Especialista em Saúde Comunitária.

A USF Coimbra Centro enquadra-se com o regime jurídico da criação da unidade (Decreto-Lei n.º 7298/2007 de 22 de Agosto e DL n.º 28/2008), tendo iniciado a sua atividade a 04 de dezembro de 2017. Esta Unidade faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego I da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, localiza-se na Avenida Fernão de Magalhães, Nº620, na freguesia de Santa Cruz, e tem como áreas de abrangência a União das freguesias de Antuzede e Vil de Matos, Partes da União das freguesias de Coimbra (que inclui freguesias importantes como Sé Nova), Trouxemil, Torre de Vilela, Eiras e São Paulo de Frades. Conta com uma extensão em Antuzede, a aproximadamente 7km da sede.

Em relação aos recursos humanos existentes na USF esta é constituída por uma equipa multidisciplinar: 6 médicos, 5 enfermeiros, 5 assistentes técnicos e 3 internos.

Esta unidade encontra-se num edifício no centro da cidade, apresentando uma rede de transportes (urbano, rodoviário e ferroviário) facilitadora da deslocação à USF. Mais propriamente no 3º andar de um imóvel antigo de quatro andares, cujas condições precárias de acesso dificultam a qualidade do serviço prestado aos utentes, isto é, a existência de apenas um elevador de acesso ao 3º andar, cujo funcionamento nem sempre é garantido, além do facto de se localizar bem no centro de Coimbra e numa zona de serviços e tráfego intenso, com alguma dificuldade de estacionamento.

Tendo sido recentemente inaugurada, em dezembro de 2017, após obras de requalificação, a USF conta com condições de climatização, saneamento e higiene sanitária, ou de isolamento térmico. Inclui a secretaria de atendimento ao público, uma outra sala de secretaria de retaguarda, 5 gabinetes médicos, 5 gabinetes de enfermagem e uma sala de espera. Conta ainda com uma sala de informática e um cantinho para amamentação, assim como duas casas de banho para uso dos utentes e outras duas para uso dos profissionais de saúde.

A USF tem como missão desenvolver cuidados de saúde personalizados a uma determinada população, em tempo útil, com competência, por forma a promover da sua saúde, através de intervenções de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento em situações de doença.

Defende como valores a deontologia e a ética, o respeito e uma relação de confiança. A filosofia de trabalho é de médico e enfermeira de família, ou seja, uma filosofia de Equipa de Saúde Familiar. Presta cuidados de saúde personalizados e de proximidade à população inscrita, garantindo consultas médicas e de enfermagem de Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico, Saúde Infantil, consultas a pessoa com hipertensão e Diabetes, Consulta do Idoso, atendimento médico e de enfermagem em situações de doença aguda e cuidados no domicílio de Enfermagem e Médico. O horário de funcionamento é segundas-feiras a sextas-feiras das 08h00 às 20h00.

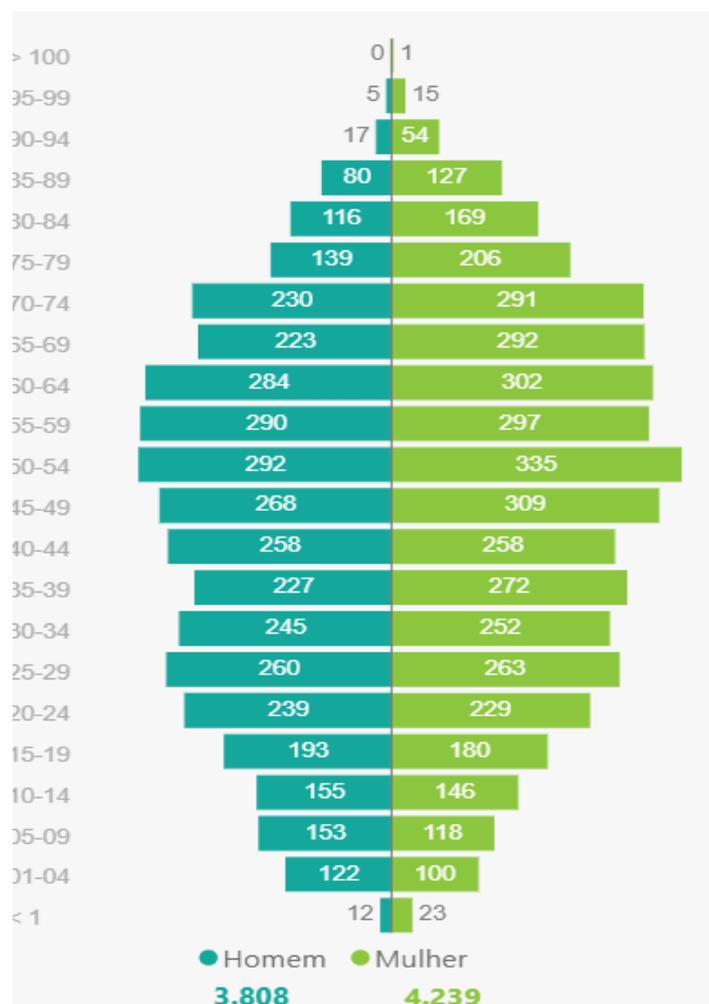
Durante este período que atravessamos, de pandemia, assim como as outras unidades, também a USF Coimbra Centro teve de fazer alguns ajustes em termos do número de consultas presenciais, recorrendo mais às consultas por telefone e às visitas domiciliárias por forma a manter a vigilância da sua população. Foi criada a consulta de trace para vigilância dos utentes com Doença provocada pelo vírus SARS- COV-2, consulta telefónica efetuada por médicos e enfermeiros para monitorizar e vigiar os utentes com suspeita ou confirmação dessa doença.

A USF conta com a colaboração da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que inclui 1 Nutricionista, 1 Psicóloga, 1 Assistente Social, 1 fisioterapeuta e 1 motorista. Durante o período letivo, e naturalmente, acrescem à anterior equipa alunos de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social que passam por lá durante a sua formação, quer seja em estágios quer em atividades de investigação.

Em relação às características da população inscrita na USF, esta é constituída por 8047 utentes, com 10662,50 unidades ponderadas.

Pela análise da Pirâmide etária da unidade (figura 1) verifica-se que 4239 são do sexo feminino (52,7%) e 3808 do sexo masculino (47,3%). A faixa etária com maior número de utentes é a dos 50-54 anos, com 627 utentes.

Figura 1
 – Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF Coimbra Centro



Nota: (Serviço Nacional de Saúde- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, (BI-CSP), 2021)

De acordo com o BI-CSP, (2021) o número de crianças e jovens é de 1202, portanto 14,94% e o número de idosos é 1965, apresentando uma percentagem de 24,41%. Deste número podemos apurar que 929 idosos têm idade igual ou superior a 75 anos, 11,54%. Verificamos ainda que o índice de dependência desta unidade é de 53,19%, sendo 17,78% referente aos jovens e 37,41% aos idosos.

Tendo por base o Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018) sobre as competências do EF e o guia orientador de estágio foram definidos para este estágio os seguintes objetivos:

- Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Cuidar da família como unidade de cuidados;

- Prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo da vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- Facilitar o acesso dos cuidados de enfermagem aos idosos e cuidadores informais.
- Consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos no Mestrado em enfermagem de saúde familiar através da prática, por forma a adquirir as competências de EF.

Os objetivos definidos vão ao encontro das competências específicas do enfermeiro especialista em ESF, as quais referem que este:

- ➔ Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; considerando a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições;
- ➔ Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar; gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

No próximo ponto será realizada uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em ESF e suas Unidades de Competência.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se efetuar uma análise sobre o trabalho desenvolvido ao longo do estágio profissional de forma a tomar consciência se os objetivos propostos inicialmente foram atingidos e de que forma se desenvolveram as competências inerentes à área da enfermagem de saúde familiar.

Segundo Rua (2011) a reflexão funciona como estratégia promotora do desenvolvimento profissional lançando um “Olhar sobre si,” e um “Olhar sobre a profissão” (o papel e a postura do enfermeiro e a enfermagem enquanto profissão), durante ou depois da ação realizada ou observada. Também a O E (2006) preconiza para o exercício profissional a base na evidência científica, conduzindo à procura constante de atualização de conhecimentos cognitivos e práticos, de maneira a intervir junto das pessoas, famílias e comunidade, dentro dos padrões de qualidade para alcançar ganhos em saúde. É a reflexão sobre os conhecimentos adquiridos que vai levar à aquisição de competências. Este estágio contribui também para o aperfeiçoamento de um pensamento reflexivo, que segundo Neves (2015), o pensamento reflexivo permite ao enfermeiro obter uma ideia mais elucidada, e uma planificação da ação mais consistente para o suporte da sua identidade profissional.

Assim, o desenvolvimento do enfermeiro deverá passar por uma constante reflexão acerca da prática profissional. Só com uma reflexão ativa, constante e conscienciosa é possível identificar o que ainda se pode melhorar no seu exercício profissional. Deste modo, a vivência deste estágio profissional reforçou o desenvolvimento de competências, o que só foi possível com a orientação da enfermeira supervisora, a Enfermeira Cristina Neves que foi essencial para este percurso. No decorrer deste estágio foi possível estabelecer relações interpessoais, realizar trabalho em equipa, estabelecer uma interação com a família e com a equipa multidisciplinar, o que levou ao desenvolvimento de competências de forma a adquirir capacidade para a resolução de problemas.

Antes de passar à análise das competências específicas do EEESF, achamos pertinente abordar as competências comuns do enfermeiro especialista, estas envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. Assim as competências são as seguintes: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE Regulamento n.º 140/2019 Diário da República, 2.ª série -N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019). Ao longo deste estágio profissional nas diferentes consultas que efetuamos, estas foram desenvolvidas de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro tendo sempre presente o respeito pelo mesmo no desenvolvimento do cuidado. Estes cuidados de enfermagem realizados ao utente/família foram registados no respetivo

processo clínico do doente (SCLINICO), por forma a manter a continuidade de cuidados de enfermagem e consequentemente uma melhoria da qualidade dos mesmos.

Segundo a OE (2019), o enfermeiro tem um papel preponderante e ativo na gestão dos cuidados e na otimização da resposta da equipa de enfermagem assim como na adequação dos recursos às necessidades, tendo sempre presente a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, tendo em consideração este pressuposto, nas várias consultas efetuadas houve sempre a preocupação de adequar os cuidados que foram prestados há necessidade de cada utente/família, por forma a prestar cuidados de qualidade com ganhos em saúde.

No que confere às competências do EEESF, iniciando a reflexão sobre como **“Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”** verificou-se que durante esta experiência formativa foram desenvolvidas as seis unidades de competência que a integram.

Assim, no que se refere à unidade - **“Estabelece uma relação com a família de forma a promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas”**, foram aproveitadas todas as oportunidades nas consultas para fazer ensinamentos específicos à consulta inerente para enfatizar a promoção da saúde e perceber se a família atravessava alguma situação complexa, mostrando-se com disponibilidade para juntamente com a família traçar objetivos de saúde, de forma a responder às necessidades dessa família, estimulando, assim, através do diálogo a concretização dos seus objetivos de saúde, reforçando os pontos fortes da família, criando coesão e participação na resolução dos seus problemas. Assim, nas consultas da pessoa com diabetes Mellitus tipo II em que quase sempre vem o casal, aproveitamos para realizar ensinamentos sobre a alimentação mais adequada para esta situação, uma vez que, por vezes o doente é do sexo masculino, mas quem confeciona as refeições é a esposa. Assim, foi pedida a colaboração à esposa com a finalidade de melhorar os hábitos alimentares do utente.

Segundo Figueiredo (2012) o enfermeiro tem por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde. Durante esta fase pandémica que estamos a vivenciar, todos tivemos de nos reinventar até mesmo no que diz respeito a cuidados de saúde, recorrendo mais à visita domiciliária, uma vez que, devido ao isolamento social os idosos ainda ficaram mais solitários. Esta visita domiciliária teve o propósito de minimizar a solidão dos idosos assim como planejar estratégias para que eles se mantivessem próximos da família através de telefonemas. Com as visitas domiciliárias podemos conhecer melhor o contexto das famílias. Estas são a melhor forma de conhecer a realidade de cada família, uma vez que vamos ao encontro do seu habitat familiar. Assim, a visita domiciliária possibilita uma aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde-doença no âmbito familiar e ambiental, sendo uma forma para a identificar os membros que constituem a família e como de relacionam entre si. Segundo Teixeira (2011) a visita domiciliária é uma metodologia de trabalho de

caráter educacional, assistencial e exploratório. Sendo ainda considerada como a prestação de cuidados de saúde ou de âmbito social, no local de residência do utente/família, no seu meio ambiente.

Através da visita domiciliária pretendemos um reconhecimento precoce e um acompanhamento dos utentes com algum grau de dependência, no sentido de antecipar e retroceder os processos patológicos físicos e psicológicos da imobilidade, com a finalidade de otimizar a capacitação para o autocuidado e empoderamento dos cuidadores familiares, promovendo assim, a autonomia e qualidade de vida dos utentes em situação de dependência, de incapacidade ou com necessidades especiais de apoio, fortalecendo as competências das famílias e cuidadores familiares.

Relativamente à unidade de competência: **“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”**, foi colocada em prática de forma a conhecer a dinâmica familiar, para prestar os cuidados mais adequados a cada família. Para isso, utilizaram-se ao longo deste estágio profissional diversos instrumentos de avaliação familiar como: O Modelo Dinâmico Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), adotado pela OE (2011), que segundo Figueiredo (2012) é um referencial teórico e operativo para o desenvolvimento de práticas direcionadas à família. Permitindo através da sua estrutura operativa a interligação entre as etapas do processo de enfermagem e a orientação e sistematização das práticas de ESF, abordando três dimensões de avaliação da família: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional.

Foram utilizadas ainda a Escala de Graffar, para avaliarmos o rendimento familiar, recorremos ao Genograma, e ao Ecomapa para percebermos a composição e anatomia familiar e utilizamos o Apgar familiar para entendermos a funcionalidade da família, todos estes dados ficaram registados no programa informático que utilizamos na USF- SCLINICO, embora o MDAIF, o genograma e o Ecomapa fique registado em notas, uma vez que, no SCLINICO a avaliação das etapas do ciclo de vida utiliza a classificação de Duvall e não a de Relvas como o MDAIF. De acordo Figueiredo (2012), a utilização de instrumentos de avaliação familiar favorece uma comunicação terapêutica e possibilitam uma maior compreensão da dinâmica e funcionalidade familiar.

Estas avaliações dinâmicas da unidade familiar foram realizadas aquando dos contactos do utente à unidade para consulta, assim como na visita domiciliária.

Durante este estágio profissional as circunstâncias foram muito particulares devido há situação que o país atravessa, não sendo exceção os cuidados de saúde primários, devido à pandemia provocada pelo vírus SARS-COV-2. Assim, a USF onde foi realizado este estágio profissional reduziu o número de consultas presenciais, o que limitou o número de utentes ao serviço, e consequentemente a oportunidade de abordagem ao utente/família. Então, e por forma, a não se perderem os contactos com as famílias foram traçadas estratégias, como, o aumento do número de visitas domiciliárias de enfermagem o que levou a uma maior proximidade com as famílias e aumentou a consistência na relação terapêutica entre família e enfermeiro-família. Outra estratégia

que se conseguiu foi um telemóvel de serviço para cada elemento da equipa, o que veio aumentar a possibilidade de contacto com as famílias e estas com os enfermeiros, sentindo-se estas mais amparadas nesta situação complicada que todos atravessamos.

Estas estratégias também serviram para conhecer melhor as famílias e compreender melhor a sua dinâmica familiar. Assim, após a colheita dos dados e de tomarmos consciência das necessidades do utente/família foi possível **intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas** para que isto acontece-se foi criado um processo interativo com as famílias através do diálogo estimulando-as a participarem ativamente na resolução dos problemas de saúde familiar. Com esta fase pandémica que estamos a vivenciar não foi tão fácil recorrer presencialmente á unidade, mas, tentando ultrapassar essa barreira, foi atribuído um telemóvel a cada elemento da equipa, assim, o utente tinha forma de contactar mais facilmente o seu enfermeiro ou médico de família. Esta estratégia de proximidade com o utente/família foi uma mais-valia para os cuidadores familiares, pois sempre que necessitassem de apoio do enfermeiro de família, este era contactado através desse telefone, por forma a resolver as situações complexas e a tranquilizar o cuidador e a família.

Também nas consultas de pessoas com diabetes e hipertensão se conseguiu que a família estivesse mais desperta para se envolver no estabelecimento de objetivos e formulação de estratégias para a melhoria e estabilidade do elemento da família com diabetes. Conseguiu-se que a família compreendesse a importância de estar envolvida nos objetivos de saúde desse elemento da família, funcionando como uma equipa que trabalham todos equitativamente com o mesmo objetivo de forma a atingir determinada finalidade. De acordo com Figueiredo (2012), as forças da família devem ser consideradas aquando do planeamento das intervenções para a mudança. Assim foram traçados objetivos com a família, para que o elemento da família com diabetes apresenta-se valores estáveis na próxima consulta. As estratégias traçadas para atingir esses objetivos foram fazer caminhadas em família e adquirir hábitos de uma alimentação mais saudável.

Ao reconhecermos as potencialidades e forças da família foi **facilitada a resposta da família em situação de transição complexa**, como EF temos o privilégio de cuidar de famílias em várias fases do seu ciclo de vida, desde o nascimento de um filho, família com crianças em idade escolar, família com filhos adolescentes, família que casam os filhos, filhos que cuidam de pais (cuidadores familiares) e famílias que perdem um elemento. Assim todas estas famílias vivenciaram transições, tendo o EF um papel importante de forma a facilitar esta mudança e reorganização familiar. Segundo Meleis (2010), o EF é o principal agente facilitador das famílias que experienciam transições, pois intervém sobre as mudanças por elas vividas. Assim, ao longo das consultas e das visitas domiciliárias, foram aproveitadas as oportunidades para analisar e compreender a dinâmica entre a família, comunidade e o sistema de saúde para poder contribuir para a mudança. Nestes contextos, conseguiu-se desenvolver esta unidade de competência através da disponibilidade demonstrada para escutar a família, encorajando-a a partilhar a sua história de maneira a promover o processo

de consciencialização e valorização dos pontos forte dessa família de forma a aproveitar as suas oportunidades de crescimento e mudança em prol da melhoria de saúde familiar. Com esta partilha da família podemos refletir em conjunto sobre estratégias a realizar para promover o bem-estar familiar.

Durante o nosso estágio profissional e devido à pandemia efetuamos muitas visitas domiciliárias, onde constatamos famílias em situação de transição, idosos dependentes a necessitar de apoio de um cuidador, este ainda com dificuldades na adaptação a esta nova situação. Foi então delineado um plano de cuidados com o cuidador familiar para promover o equilíbrio e o bem-estar desta família. De acordo com Rodrigues (2013), o enfermeiro tem o dever, enquanto profissional, capacitar a família na prestação e envolvimento dos cuidados. Foi agendada nova visita para avaliar a situação e promover o empoderamento do cuidador familiar. Na segunda visita domiciliária realizamos uma avaliação da efetividade do plano de cuidados implementados tanto a nível do progresso familiar como nos resultados obtidos. Segundo Potter e Perry (2006) a avaliação não deve ser baseada apenas nas observações do enfermeiro, mas deve ter em conta a perspetiva da família. Sendo o plano passível de ser revisto. Assim, através destas intervenções conseguimos desenvolver a unidade de **monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem**.

As intervenções desenvolvidas ao longo deste estágio profissional e a sua reflexão só foi possível por termos **desenvolvido a nossa prática como enfermeiro de família baseada na evidência científica**. Assim, procuramos sempre que toda a informação e as atividades desenvolvidas fossem assentes em pilares de evidência científica, por forma, a demonstrar aptidão profissional de capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde. Segundo Kaakinen et al. (2010), os cuidados à família visam atender às necessidades das famílias em contextos significativos o que exige aos enfermeiros conhecimentos em múltiplas dimensões. Assim, para prestar cuidados de enfermagem adequados, os enfermeiros devem estar bem informados sobre as alterações individuais e estágio de desenvolvimento familiares, serem sensíveis às suas necessidades expressas, capacitando as famílias para a reorganização de tarefas e gestão de recursos ao longo do tempo. De acordo com Araújo (2010), é competência do profissional de saúde renovar regularmente os conhecimentos e, por consequência, as suas práticas, apostando nas intervenções autónomas.

Este estágio profissional foi uma experiência gratificante tendo aumentando a aprendizagem assim como a capacidade de improvisar estratégias para manter a proximidades com as famílias, uma vez que, nesta fase pandémica que estamos a vivenciar não tem sido fácil. Assim com o desenvolvimento destas competências achamos que conseguimos atingir os objetivos traçados para este estágio.

Pretende-se que as competências desenvolvidas ainda sejam progressivamente melhoradas e que outras se venham a desenvolver para melhorar o desempenho profissional e conseqüentemente os cuidados às famílias, assim como os ganhos em saúde.

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A Unidade Curricular Estágio de natureza profissional culmina com a elaboração de um estudo empírico, tendo este sido realizado na USF Coimbra Centro. Esta Unidade apresenta um número considerável de visitas domiciliárias de enfermagem, a maioria a pessoas idosas com cuidadores familiares, assim, achamos interessante estudar a percepção que os cuidadores familiares têm em relação à autonomia das pessoas idosas.

Atualmente, o Índice de Envelhecimento encontra-se em progressiva ascensão. Entre o ano 2001 e 2017, em Portugal e mais especificamente na cidade de Coimbra, aumentou de 101,6% para 153,2% e de 118,3% para 197%, respetivamente. Estes dados evidenciam o aumento de 51,6%, ou seja, que por cada 100 jovens (população inferior ou igual a 14 anos), passaram a existir 197 idosos (população igual ou superior a 65 anos) em Portugal (Pordata, 2020). Esta ascensão não se deve unicamente há diminuição da taxa de natalidade, mas também ao aumento da esperança média de vida. Não temos dúvida que uma das grandes conquistas da humanidade foi o aumento da esperança média de vida. Porém, este aumento de longevidade leva a uma tendência para o aumentar os níveis de dependência e consequentemente, a novos e arrojados desafios, como um incremento dos cuidados médicos, sejam eles físicos e/ou psíquicos dos indivíduos, para um aumento significativo da qualidade de vida (Revista técnica de geriatria e gerontologia, 2020). Na USF Coimbra Centro temos um Índice de Dependência total 53,19%, sendo 37,41% respeitante aos idosos, temos assim cerca de 78 idosos assistidos por cuidadores familiares, (dados fornecidos pela coordenadora da Unidade).

Segundo Næss et al. (2017), devido ao processo biofisiológico do envelhecimento, associado a multimorbilidade, ocorrem alterações físicas, cognitivas, psicológicas e funcionais na pessoa idosa que, consequentemente condicionam o seu grau de independência nas diversas áreas da vida pessoal e social. Desta forma, o aumento da dependência nas atividades de vida diária e a diminuição da sua autonomia torna essencial a existência de um cuidador, que pode ser assumido por um familiar ou outra pessoa que se encontre disponível para assumir as funções, sendo designado de cuidador familiar. Porém este, não deve substituir a pessoa idosa nas suas decisões nem nas suas atividades de vida diária, apenas o deve ajudar, sendo importante que a pessoa idosa mantenha a sua autonomia e que esta seja promovida pelo cuidador familiar.

Lopes e colegas (2018) referem que, muitas vezes a autonomia do idoso não é incentivada, principalmente no que diz respeito aos cuidados básicos de vida diária. De acordo com Lima (2020) na pessoa idosa, a autonomia assume um papel com muita relevância, uma vez que os processos decorrentes do envelhecimento levam a pessoa idosa a ser colocada numa situação de vulnerabilidade, não só física, mas também intelectual e cognitiva. Assim, Silva (2014) defende que a autonomia da pessoa idosa deve ser promovida para evitar sentimentos de inferioridade e

desespero, uma vez que, as decisões tomadas por outros, em relação às suas atividades diárias, levam os indivíduos a retirar-se precocemente da vida e a deixar de agir.

Como enfermeira a realizar visitas domiciliárias a idosos com cuidadores familiares e tendo o enfermeiro de saúde familiar, em virtude das suas especificidades e competências um papel decisivo na promoção da saúde das famílias e cuidadores familiares pelos quais são responsáveis, achamos pertinente saber se os cuidadores familiares valorizam a autonomia da pessoa idosa e o que fazem para estimularem essa autonomia, para que o EF possa criar estratégias de forma a capacitar estes cuidadores a valorizarem e estimularem a autonomia dos seus idosos.

Tendo por base estes pressupostos, formulamos a seguinte questão que esteve na base da orientação do nosso estudo: Qual é a perceção dos cuidadores familiares sobre a autonomia da pessoa idosa?

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Florence Nightingale sendo a pioneira da enfermagem moderna salientou, cuidar como sendo *“um ato rodeado de humanidade e profundidade, sentindo, por isso, uma grande necessidade de criar uma profissão voltada para cuidar das pessoas”*, considerando que é essencial para o desenvolvimento e realização da pessoa (Cerqueira, 2005, p. 2). Deste modo, cuidar é um processo complexo, que implica responsabilidade, disponibilidade e preocupação pela pessoa cuidada.

Desde a criação da civilização que o processo de envelhecimento constitui uma preocupação para o ser humano. O envelhecimento implica múltiplas alterações de índole fisiológica, cognitiva e social e considera-se um processo individualizado, mas também universal e irreversível (Abrunheiro et al., 2015).

“O processo normal de envelhecimento determina em todo o individuo, embora com intensidade e expressão variáveis, uma diminuição física, mental e funcional que condiciona, mais ou menos significativamente, a sua autonomia e independência, afetando o seu desempenho e, conseqüentemente, a qualidade da sua vida individual e social”. (Veríssimo, 2014, as cited in Ermida)

Ainda, segundo Veríssimo (2014), a dependência manifesta-se com maior probabilidade em pessoas idosas e muito idosas, sendo Portugal o segundo país da União Europeia (EU) com os índices mais elevados de idosos com limitações nas atividades de vida diária.

Assim, com este capítulo pretendemos a clarificação de conceitos, essenciais à compreensão da temática em estudo e orientação para posterior análise e interpretação dos dados a ser recolhidos.

2.1. Dependência versus autonomia da pessoa idosa

A maioria das pessoas idosas apresenta uma saúde que lhes permite viver de forma independente, com capacidades para a concretização das várias tarefas e atividades sem a necessidade de auxílio de outros. Mas o processo de envelhecimento é diferente de pessoa para pessoa e, se a maioria dos idosos consegue viver muitos anos saudável e sem limitações, porém, a realidade mostra-nos uma estreita relação entre a idade e a dependência.

Segundo Oliveira (2005), as cited in Robert (1994), o envelhecimento consiste numa “perda progressiva e irreversível de capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”. Também Andrade (2009) defende que o processo de envelhecimento não deve ser apenas considerado como um fenómeno cronológico, mas deve ser analisado sob uma perspetiva holística em torno de um conjunto de condições físicas, funcionais e mentais.

De acordo com a OMS (2015), o envelhecimento a nível biológico, está associado à acumulação de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Esta perda de capacidade da pessoa idosa gera diminuição da sua autonomia e da sua independência.

O conceito de independência e autonomia, em muitas situações são reportados como sinónimos. Contudo, embora estejam interrelacionados existem autores que evidência as diferenças entre os mesmos. Thomas (2011) descreve que a independência é a capacidade que a pessoa tem de ser ativa sem precisar de ajuda nas suas atividades de vida diária, tem relação direta com a habilidade física. A autonomia é a capacidade de tomar decisões sobre sua vida, tem relação direta com a capacidade mental. Assim, é possível que o idoso tenha autonomia sem ser independente e vice-versa, por exemplo, pode estar numa cadeira de rodas (dependente), mas ter sua autonomia preservada (decide sobre sua vida).

Seguidamente explora-se o conceito de dependência e autonomia. Em relação a dependência, “entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros” (Sequeira, 2010, p.5).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a dependência traduz-se pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas, que o indivíduo já não realiza. A definição de dependência apresentada pelo Ministério da Saúde é abrangente e considera “dependência, a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária” (Dec. Lei nº 101/2006 art.3º, alínea h).

Por outro lado, é importante diferenciar dependência de autonomia Perrig-Chiello e colegas (2006) defendem que, com o aumento da esperança média de vida, a manutenção da autonomia torna-se vital para a saúde e bem-estar dos idosos. Deste modo, a autonomia é considerada uma das necessidades psicológicas básicas do ser Humano, a qual contribui de forma importante para o bem-estar dos indivíduos. Nesta perspetiva a teoria da autodeterminação de Ryan and Deci (2000) para além da autonomia, refere a competência e o relacionamento como necessidades psicológicas básicas, as quais têm sido relacionadas com a felicidade e o bem-estar dos indivíduos.

No que se refere a autonomia, Ryan and Deci (2000) reportam-na como a auto governação do comportamento. Relaciona-se, sobretudo, com a possibilidade de fazer escolhas congruentes consigo próprio, com os seus valores e com a sua vontade. Para além disso, representa a possibilidade de exercer comportamentos de forma independente (Ryff, 1995). Esta definição mais

abrangente vai ao encontro do que os idosos consideram como autonomia (Warner et al., 2011). Assim sendo, envelhecer de forma ativa ou bem-sucedida, implica manter níveis importantes de autonomia. Uma das maiores limitações à autonomia sentida pelos idosos reside nas mudanças nos papéis sociais, como por exemplo, a saída do mercado de trabalho e entrada na reforma. Além disso, as próprias alterações físicas (como por exemplo, incapacidades físicas) ao longo do processo de envelhecimento vão sendo encaradas como ameaças à autonomia. Outros fatores podem influenciar a autonomia das pessoas idosas, tais como, aspeto do meio social, através das expectativas expressadas pelos cuidadores ou familiares próximos dos idosos (Rowe & Kahn, 1998; Coudin & Alexopoulos, 2010).

Estudos mais recentes mostram-nos perspetivas sobre perceção da autonomia da pessoa idosa. Assim, Gomes et al. (2021) defende que são vários os fatores que estão associados à autonomia da pessoa idosa, descrevendo-os como sendo: a funcionalidade, as relações familiares, as relações interpessoais, a perceção sobre a vida, a satisfação com os serviços de saúde, os fatores individuais, a escolaridade, o estado geral de saúde e a qualidade de vida. Estes fatores podem influenciar a capacidade de tomada de decisão de forma positiva ou negativa. Também outro autor, Lange (2018), considera que fazem parte da autonomia duas condições: a liberdade e a ação. A liberdade está relacionada à independência do controlo de influências, e a ação trata da capacidade de agir com intenção. Assim, ainda os mesmos autores defendem que um idoso autónomo age de acordo com a sua própria vontade, por outro lado, um idoso com autonomia reduzida passa a ser controlado por outra pessoa que substitui as suas decisões, muitas vezes essa pessoa é o seu cuidador familiar.

2.2. Cuidador familiar da pessoa idosa dependente

O aumento da esperança de vida leva a um acréscimo do número de idosos e conseqüentemente a uma maior quantidade de idosos dependentes. Segundo Næss, et al. (2017) devido ao processo biofisiológico do envelhecimento, associado a inúmeras comorbilidades, ocorrem alterações físicas, cognitivas, psicológicas e funcionais na pessoa idosa que, conseqüentemente condicionam o seu grau de independência nas diversas áreas da vida pessoal e social. Desta forma, o aumento da dependência nas atividades de vida diária torna essencial a existência de um cuidador, que pode ser assumido por um familiar ou outra pessoa que se encontre disponível para assumir as funções. Uma vez que, muitas vezes, é a família o principal apoio do idoso, isto tende a que dentro do sistema familiar, sejam definidos os papéis individuais e cumprimento de tarefas, porque cuidar de um idoso implica uma reestruturação familiar.

Segundo Ravagni (2008), antigamente, o drama do casal era cuidar de tantos filhos, hoje as famílias enfrentam a angústia de assistir os seus idosos, já que as maiores transformações na estrutura familiar vêm da inserção da mulher, rotulada como a cuidadora, no mercado de trabalho. Mesmo assim, ela é a primeira escolhida para exercer o papel de cuidadora sendo designado de cuidador familiar. Segundo dados fornecidos por Aguiar (Revista técnica de geriatria e gerontologia, 2020), existem cerca de 1,5 milhões de cuidadores familiares em Portugal. De acordo com Petronilho et al. (2017), das 4 milhões de famílias residentes em Portugal, 2,9% integra, pelo menos, um familiar dependente, o que demonstra que o Índice de dependência sofreu um aumento exponencial.

Em Portugal, só em 2019 é que o cuidador informal viu o reconhecimento do seu papel através da aprovação do Estatuto do Cuidador Informal (Lei nº100/2019) que foi aprovado em parlamento a 5 de julho de 2019, tendo sido promulgado pelo Presidente da República a 6 de agosto e publicado a 6 de setembro de 2019. Neste estatuto ficaram regulamentados os deveres e os direitos do cuidador informal, assim como as medidas de apoio.

Segundo o Guia Prático do Estatuto do Cuidador Informal (2020), considera-se cuidador informal principal, o cuidador familiar que acompanha e cuida da pessoa dependente de forma permanente e que não auferir qualquer remuneração pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. Em relação as tarefas desempenhadas pelo cuidador familiar Leuschner (2015) defende que tem de assistir a pessoa idosa nas suas atividades de vida diária bem como apoia-la emocionalmente; dinamizar atividades; gerir recursos e serviços.

De acordo com Souza e Rua (2013), as cited in Pinquart e Sorensen, (2000), o papel de cuidador familiar é assumido maioritariamente pelas esposas seguidamente pelas filhas e só depois por outros parentes como sobrinhos, vizinhos e amigos voluntários. Esse padrão é em parte determinado por tendências sociodemográficas e epidemiológicas, isto porque, em geral as mulheres são mais novas que os maridos. Ainda segundo os mesmos autores a maioria das cuidadoras são mulheres com 65 anos ou mais. Raramente os cuidadores são homens, mas quando o são esta função é mais assumida pelos cônjuges.

Para Gil et al. (2018) de entre os fatores determinantes para se tornar cuidador familiar destacam-se a situação matrimonial, relações de parentesco, a falta de pessoas para exercer o papel de cuidador e as dificuldades financeiras. Hedler et al. (2016) afirmam que a opção de assumir o papel de cuidador familiar teve em consideração o sentimento de agradecimento e gratidão, a proteção ao outro, a afeição e a obrigação, dever moral de cuidar.

Quando um familiar assume a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa, esse papel gera manifestações psicológicas que segundo Zubaidi et al. (2020) são descritas como ansiedade, depressão e stress, estas manifestações são desencadeadas pela sobrecarga dos cuidados prestados à pessoa idosa. O mesmo autor defende ainda que são desenvolvidos sentimentos de gratidão e solidariedade ao ente familiar.

Segundo Leuschner (2015), relativamente ao papel dos cuidadores familiares, estes têm o dever de promover o bem-estar e a satisfação da vida em comunidade da pessoa idosa, minimizando as perdas da independência e de autonomia na última etapa da sua vida, ou seja, têm o papel de facilitar a participação do idoso na vida ativa na comunidade. Neste contexto o cuidador deve ter presente que:

O respeito à autonomia pressupõe criar um ambiente acolhedor com escuta e percepção das necessidades físicas e psicológicas do idoso, no qual possa manifestar sua vontade sem ter sido submetido à coação, influência, indução, ou intimidação dos cuidadores, familiares ou mesmo dos profissionais da área da saúde. É também, criar condições para o idoso decidir sobre seus próprios objetivos individuais e ter atitude em relação a eles, como exige a sociedade contemporânea na qual o aumento da expectativa de vida é a realidade e os estereótipos em relação ao idoso devem ser superados. (Petri, (2018), p.65)

Uma vez que a maior dificuldade do idoso frágil é lidar com a sua dependência. Neri (2009) defende que se deve tentar preservar as capacidades funcionais do idoso para que ele continue independente.

2.3. Intervenção de enfermagem a cuidadores familiares de idoso dependente

Está explícito no Diário da República (2018) que os cuidados de saúde primários têm registado uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, assim como, na sua prevenção. Sinal desta crescente relevância materializa-se no papel atribuído ao EF, o qual deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

A figura do EF foi também enfatizada na Declaração de Munique, na qual foi reforçada a ideia que o papel dos enfermeiros consiste na promoção da saúde e desenvolvimento comunitário, sendo que a enfermagem comunitária deve ter o seu enfoque na família e na Saúde Familiar (OMS, 2000). Neste seguimento foram definidas competências para a ESF como sendo cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, considerando a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (Decreto-Lei nº 428/2018). Uma das transições familiares que cada vez mais famílias estão sujeitas é a transição situacional em que uma pessoa da família assume o papel de cuidador familiar de uma pessoa idosa. Ora, cuidar desta é uma tarefa que exige muitas aprendizagens por parte do cuidador. Segundo Souza and Rua (2013) o ato de cuidar de um idoso dependente é uma tarefa complexa uma vez que confronta o cuidador com a realização de

um conjunto de novas funções ou ações para as quais não está naturalmente preparado e que por isso necessita de múltiplos conhecimentos e habilidades para cuidar melhor.

Assim, quando a família fica sujeita a uma transição, faz parte das competências do EF estabelecer uma relação com a família de modo a promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas (Decreto-Lei nº 428/2018). O Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) refere que o EF surge como um pilar para o cuidador familiar, uma vez que este, nesta transição requer por parte dos profissionais de enfermagem um acompanhamento e cuidados antecipatórios, porque esta transição constitui-se como uma situação complexa que exige a aprendizagem de conhecimentos e a aquisição de novas competências. Neste contexto é importante que o EF realize uma VD, uma vez que, segundo Gomes et al. (2015) é através desta que o enfermeiro fica a conhecer o contexto de cada família estando mais perto da sua realidade. De acordo com os mesmos autores o cuidado domiciliário é uma intervenção fundamental utilizado pelos EF como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida de cada família estabelecendo vínculos com a mesma, levando á compreensão de aspetos importantes da dinâmica das relações familiares. Durante a visita domiciliária são desenvolvidas ações de orientação, educação e levantamento de possíveis soluções de saúde com a finalidade do empoderamento dos cuidadores familiares.

O Estatuto do Cuidador Informal define medidas de apoio ao cuidador, das quais destacamos o aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em relação aos cuidados a prestar à pessoa cuidada (Lei nº100/2019 de 6 de setembro). Também Fernandes et al. (2015) defende que é fundamental que os enfermeiros capacitem os cuidadores familiares transmitindo conhecimentos, contribuindo desta forma para a formação, treino de competências e habilidades com o auxílio dos recursos existentes na comunidade.

Para que o EF possa atuar a nível da capacitação do CF é importante em primeiro compreender qual o seu conhecimento, nomeadamente a respeito da autonomia da pessoa idosa. Segundo o estudo de Gomes et al. (2019) a autonomia pessoal da pessoa idosa é uma temática recente que atualmente tem despertado interesse e novos olhares para análise, pois abrange vários aspetos, na medida em que se insere transversalmente na saúde física, mental e social da pessoa idosa. Porém encontram-se poucos estudos que analisem os mais variados fatores associados e/ou preditores na capacidade de tomada de decisão ativa. Assim, após o EF ter conhecimento de qual é a perceção dos cuidadores familiares este deve sensibilizar o CF, através de ações educacionais, para a importância de preservar e promover a autonomia da pessoa idosa, uma vez que, trás vantagens para ambos. Segundo Anjos e colegas (2018) quanto mais independente e autónoma é a pessoa idosa, menor é a sobrecarga do CF, quando comparados aos CF de idosos com dependência. Logo, torna-se relevante que o CF estimule a autonomia e independência da pessoa idosa.

Ao proceder deste modo o enfermeiro permite que a pessoa idosa dependente/família/cuidador tome consciência das suas dificuldades e encontre em si próprio os meios para resolver essas mesmas dificuldades.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação é essencial para o avanço das diferentes disciplinas, contribuindo para a construção de um corpo de conhecimentos próprio, sendo indiscutível a sua importância no reconhecimento das profissões, nomeadamente na Enfermagem. No entanto, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2006) define que a investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.

Assim, neste capítulo fazemos uma abordagem à metodologia do estudo, a qual é definida por Polit et al. (2004) como o conjunto de conhecimentos e habilidades que permitem ao investigador uma orientação no processo de pesquisa.

3.1. Tipo de estudo

Desenvolveu-se um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo.

De acordo com Boyd *apud* Queiroz et al. (2007), os estudos de natureza qualitativa respeitam determinados elementos, nomeadamente, a abordagem holística às questões – um reconhecimento que as realidades humanas são complexas; o *focus* é na experiência humana; as estratégias de investigação usadas, geralmente mantêm um contacto com as pessoas nos contextos onde elas se encontram; existe tipicamente um alto nível de envolvimento do investigador com os sujeitos; e os dados produzidos fornecem uma descrição, usualmente narrativa, das pessoas que vivem de acontecimentos em situação. Assim como salvaguardam Denzin e Lincoln (2011) a pesquisa qualitativa envolve uma postura interpretativa e naturalista diante do mundo. Isso significa que os pesquisadores desse campo estudam as coisas nos seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenómenos em termos dos sentidos que as pessoas lhe atribuem.

Este estudo apresenta-se de natureza exploratória, uma vez que, pretende estudar um tema ainda pouco abordado. De acordo com Gil (2017), as pesquisas exploratórias pretendem observar e compreender os mais variados aspetos relativos ao fenómeno estudado pelo investigador. É ainda um estudo do tipo descritivo, pois procura descrever características de determinado problema, sendo que neste caso prende-se com a percepção que os cuidadores familiares têm relativamente à autonomia das pessoas idosas. Segundo Gil (2017) estudos tipo descritivos procuraram saber a opinião, atitudes e crenças de uma população.

3.2. Contexto e Participantes

Os participantes deste estudo são cuidadores familiares de pessoas idosas pertencentes à USF Coimbra Centro.

Assim, pretendemos adquirir dados que expressem a riqueza da experiência humana, o método de seleção dos participantes escolhidos foi o não probabilístico intencional que permite que a seleção seja feita de forma racional, ou seja, “tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico” (Fortin et al., 1999, p. 208).

Para definirmos os sujeitos participantes foram delineamos os seguintes critérios de inclusão/elegibilidade:

- Cuidadores familiares adultos (mais de 18 anos);
- Cuidador familiar principal;
- Pessoas idosas cuidadas que apresentarem um índice de Barthel inferior a 55 pontos e superior a 40 pontos (dependência moderada).

E como critérios de exclusão:

- Cuidadores familiares que cuidam de idosos com história de perturbação neuro cognitiva major.

Sendo um estudo qualitativo o número de participantes não foi definido previamente, foi determinado pela saturação de dados. Na opinião de Guerra (2006) a saturação é definida como um fenómeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas o investigador ter a noção de não recolher nada de novo quanto ao objeto de pesquisa. Tendo por base estes critérios foram incluídos nove cuidadores familiares neste estudo.

3.3. Problemática e objetivos

É um facto que o envelhecimento em Portugal tem vindo a aumentar exponencialmente e, com o processo de envelhecimento, a pessoa fica mais fragilizada e por vezes com algumas limitações físicas. Porém, essas não a impedem de ser uma pessoa autónoma e tomar decisões em relação à sua própria vida. Segundo Lange et al. (2018) a maioria dos CF confunde a definição de autonomia, atribuindo-a à capacidade que o idoso apresenta para realizar as suas atividades, isto leva a que o CF tenda a substituir a pessoa idosa nas suas tarefas e na sua decisão sobre estas, anulando assim a sua autonomia em vez de a estimular. Ora este é um problema que pode ser evitado através da capacitação e empoderamento dos CF pelos EF.

Por outro lado, socialmente, pela experiência da investigadora no contacto diário com a prestação de cuidados à população idosa, ainda se assume uma conotação de que a pessoa idosa está desprovida de autonomia, o que na verdade só subestima o seu potencial e as suas capacidades.

Estes factos são muitas vezes presenciados em contexto clínico, quando os CF tomam por princípio o “fazer por” em vez de “fazer com”, o que - (in) conscientemente - na maior parte das vezes tende a ter como justificação a rentabilização de tempo e ou a minimização do esforço/preocupação da pessoa idosa na tomada de decisões sobre si próprio.

Assim tendo presente que o cuidador familiar desempenha um papel fundamental para potenciar a autonomia da pessoa idosa, elaborou-se a questão de investigação:” Qual é a perceção dos cuidadores familiares sobre a autonomia da pessoa idosa?”.

Para responder a esta questão foram delineados os seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção dos cuidadores familiares sobre a autonomia da pessoa idosa.
- Analisar como os cuidadores familiares estimulam a autonomia da pessoa idosa.

3.4. Instrumento de recolha de dados

De acordo com Fortin (2009), a recolha de dados é um processo que tem como objetivo recolher as informações necessárias ao estudo, informações sobre as diferentes variáveis do estudo. Ainda segundo a mesma autora, a seleção do método para recolher a informação constitui um aspeto importante do processo de investigação. Cabe ao investigador definir o tipo de instrumento de medida, que melhor se adequa ao objetivo do estudo e às suas questões de investigação (Fortin, 2009).

Assim, achamos ser a mais adequada para este estudo a entrevista semiestruturada, com base num Guião (Apêndice I), sendo também uma das técnicas mais utilizadas na investigação qualitativa. Este guião de entrevista é composto por três partes, a primeira – a apresentação do tema e objetivos; a segunda- a caracterização sociodemográfica do cuidador familiar e da pessoa cuidada e a terceira - por três perguntas para dar resposta aos objetivos. Neste tipo de estratégia de recolha de dados a investigadora vai orientando a pessoa entrevistada, por forma, a obter respostas que vão ao encontro dos objetivos do estudo. Gaskell and Bauer (2011) referem que a entrevista semiestruturada é uma ferramenta relevante por propiciar o acesso direto a pessoas que relatam como compreendem e como vivem um determinado problema social.

As questões do guião da entrevista foram elaboradas pelo investigador por forma a dar resposta aos objetivos propostos e com base no enquadramento teórico. Foi feito um pré-teste através de uma entrevista realizada a um cuidador familiar de idoso que obedeceu aos critérios de inclusão, pertencente à mesma USF, mas que não foi participante deste estudo, tendo-se concluído que não havia necessidade de reformulação das questões.

3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Para proceder à identificação dos cuidadores familiares foi solicitado à Coordenadora da Unidade a identificação dos mesmos. Dos 78 cuidadores familiares de pessoas idosas identificados inicialmente, foram excluídos 24 que apresentavam história de perturbação neuro cognitivo. Seguidamente, ao avaliar a dependência dos idosos através do Índice de Barthel (Apêndice II) verificou-se que 25 cuidadores se enquadravam no critério de dependência moderada.

Após a seleção dos participantes a investigadora efetuou o contacto telefónico, no qual foi agendado o local e a hora da entrevista de acordo com a disponibilidade e escolha dos participantes. As entrevistas decorreram entre 09 de fevereiro a 23 de junho de 2021, com uma duração média de 31 minutos, que variou entre 17 a 45 minutos.

As entrevistas decorreram de forma calma, informal, com linguagem adequada a cada participante atendendo aos objetivos da pesquisa, de forma que o cuidador pudesse falar livremente.

No que respeita às considerações éticas é importante respeitar as medidas adequadas para proteger a privacidade e os direitos das pessoas que participam no estudo. Segundo Fortin (2009) devemos ter em conta os seguintes princípios éticos no respeito pela dignidade humana: “1) respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes e 7) a otimização das vantagens” (p.186).

Tendo em conta estes princípios, esta investigação teve em consideração os fundamentos da Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo, do Código de Nuremberga e o regulamento de proteção de dados. Assim, foram pedidas autorizações para a realização deste estudo à Comissão de Ética da ARS-Centro (Anexo III) e à coordenadora da USF Coimbra Centro (Anexo II), tendo apresentado parecer favorável número 93/2020.

Todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre os objetivos do estudo e da sua participação no mesmo, ao qual assinaram cada um deles o consentimento livre e esclarecido (Apêndice III).

Para proceder à transcrição das entrevistas, a fim de manter o anonimato das participantes, foi atribuída uma codificação a cada um deles (nome fictício e idade).

3.6. Procedimentos de análise dos dados

Segundo Fortin (1999), os métodos de análise dos dados variam segundo o tipo de estudo, a técnica da amostra e o grau de complexidade dos métodos de colheita de dados utilizados. Os dados são qualitativos, sejam semiestruturados ou não estruturados, desta foram, recorreu-se à análise de conteúdo.

De acordo com Vergara (2005), a análise de conteúdo constitui uma técnica que trabalha os dados recolhidos, com o objetivo de identificar o que é mencionado a respeito de determinado tema e posteriormente descodificar essa informação. Para a descodificação dos documentos, o pesquisador pode utilizar vários procedimentos, procurando identificar o mais apropriado para o material a ser analisado, como análise léxica, análise de categorias, análise da enunciação, análise de conotações (Chizzotti, 2006).

Assim, para a análise de entrevistas recorreremos a uma orientação metodológica, que assentou na organização da análise de conteúdo e síntese de dados descrita por Bardin (2009). A autora organiza a análise de conteúdo em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos dados, inferência e interpretação (Bardin, 2009). A primeira consiste na organização do material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Assim, nesta fase procedeu-se à análise e ordenação da informação, pois, após a realização de cada entrevista foi efetuada a sua transcrição para suporte informático, verificando o que emergia desse conteúdo. A segunda na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registo e das unidades de contexto nos documentos. Durante a leitura e análise das entrevistas foram surgindo temas, estes originaram categorias que se fragmentaram em subcategorias. Foram associadas a estas, unidades de registo que são os excertos das entrevistas. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos dados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos dados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Foi atribuído um nome fictício ao CF de cada entrevista, que passamos a anunciar de acordo com a ordem que foram realizadas (João, 54 anos; Maria, 57anos; Isabel, 60 anos; Helena,63 anos; Alzira, 64 anos; Lúcia, 67 anos; Ana, 58 anos; Luís, 45 anos; Adelaide, 52 anos). Desta forma foi

criado um código que foi utilizado ao longo do estudo, aquando da referência ao discurso de cada participante.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo começamos por fazer uma caracterização dos participantes do estudo seguindo-se a apresentação dos resultados procedentes da colheita de informação, com o objetivo de dar resposta à questão de investigação.

Os nove cuidadores familiares integrados no estudo apresentaram uma amplitude de idade que variou entre 45 e 67 anos, sendo a média de idade de 58 anos. A maioria dos participantes neste estudo eram do sexo feminino (n=7, 78%), tendo sido apenas 2 do sexo masculino (22%). Em relação á escolaridade, quatro apresentavam grau de licenciatura (44%), quatro com o 12º ano de escolaridade (44%) e um com o 4º ano de escolaridade (11%). Quanto ao estado civil cinco eram casados (56%), três divorciados (33%) e um viúvo (11%).

No que respeita ao tempo que são cuidadores dos seus familiares, temos uma média de 6 anos, com um tempo mínimo de 4 anos e um tempo máximo de 10 anos. Em relação ao grau de parentesco à pessoa cuidada 89% são filhos/as, sendo a restante sobrinha. Relativamente à idade da pessoa cuidada, estes apresentavam idades compreendidas entre os 81 e 90 anos, sendo a média de 85 anos.

Da análise do discurso dos sujeitos relativamente à autonomia das pessoas idosas com dependência emergiram três dimensões: - **Sentimentos inerentes à experiência de cuidar**; - **Perceções dos cuidadores familiares sobre autonomia da pessoa idosa**; - **Estratégias de estimulação para promover a autonomia da pessoa idosa**.

A **primeira dimensão** refere-se aos sentimentos inerentes à experiência de cuidar, que para os cuidadores são expressos sob a forma de duas categorias: sentimentos negativos e sentimentos positivos (Apêndice IV). Na categoria sentimentos negativos emergiram duas subcategorias: *insegurança* e *descrença nas instituições*. Os sentimentos negativos gerados pela sua própria insegurança (4 participantes) emergem do papel de cuidador familiar em que estes se confrontam com experiências/cuidados para os quais não estavam capacitados "...porque há determinadas situações que uma pessoa não domina..." (Isabel, 60 anos). Por outro lado estes sentimentos negativos também se associam descrença nas instituições de apoio "...lar, não gostei não gostei..." (Adelaide, 52 anos) essencialmente por experienciarem um cuidado de menor qualidade, "...e, portanto ele ia ficar deitado num quarto mais nada, sem mais nada..." (João, 54 anos), e isso pode refletir-se numa pior qualidade de vida e bem-estar dos seus familiares, "..... tive o meu pai 6 meses, 6 meses nos cuidados continuados para fazer reabilitação dos joelhos e ele saiu de lá pior..." (Adelaide, 52 anos).

A segunda categoria desta dimensão refere-se aos sentimentos positivos, na qual se integram duas subcategorias: *Retribuição* e *Satisfação consigo próprio*. Da primeira subcategoria associa-se o sentido compensação utilizando a prestação de cuidados como retributo do cuidado que os seus entes queridos proporcionaram no passado, da mesma forma que lhe transporta também o cunho de gratificação pelo que beneficiou anteriormente, (3 participantes), "...ele fez muito por mim também..." (João, 54 anos), "...é retribuir um pouco daquilo que ela fez por mim..." (Maria, 57anos). Estes sentimentos positivos também emergem da satisfação sentida e manifestada pelo CF pelo desempenho do seu papel enquanto CF (6 participantes), "... Tenho muito prazer em dedicar este tempo ao meu pai... (João, 54 anos), mesmo sendo encarado como um desafio constante" ...Ser cuidadora da minha mãe é uma experiência desafiante..." (Maria, 57anos)

A **segunda dimensão** reporta-nos para o significado que o CF atribui à autonomia da pessoa idosa (Apêndice V)

Da análise ao discurso dos sujeitos, nesta dimensão são enfatizadas duas categorias; Caracterização de autonomia da pessoa idosa e poder de decisão da pessoa idosa. Na primeira categoria os CF descrevem o que valorizam na pessoa idosa autónoma, dando ênfase ao autocuidado (5 participantes) "... ainda faz as coisas dele próprio, que ainda consegue por exemplo fazer a comida, a higiene dele..." (Maria, 57 anos), reforçando que ser autónomo implica não necessitar do auxílio de uma outra pessoa nas atividades de vida diária (4 participantes) "...comer sozinho, ainda fazer as suas coisas em casa e que não esteja numa cadeira de rodas ou que não esteja limitado a uma bengala ou a umas canadianas, e que não tenha que ter auxílio de uma pessoa..." (Maria, 57 anos), nem nas atividades instrumentais (2 participantes) "...ir às compras ou fazer as coisas de casa ou fazer o "comerzito" para mim isso é ser autónomo..." (Adelaide, 52 anos).

Relativamente à categoria, poder de decisão da pessoa idosa surgiram cinco subcategorias: *Decisões financeiras*; *Decisão sobre a medicação*; *Decisão sobre as compras*; *Decisão sobre a alimentação* e *Decisão sobre os cuidados de higiene*. Na primeira subcategoria verifica-se uma divisão de opiniões por parte dos CF, sendo que (7 participantes) respeitam a vontade da pessoa idosa de controlar a sua vida económica "...Ele quer ir sempre receber a sua pensão, quer ir recebê-la ao banco... se quer ir eu levo-o lá.... É ele que gere toda a parte económica..." (João, 54 anos)., embora um dos participantes defenda que essa gestão financeira deva ser limitada "...A minha mãe decide ainda sobre este dinheiro em casa..." (Isabel, 60 anos). Por outro lado temos os CF (3 participantes) que preferem ser eles a realizar a gestão financeira da pessoa idosa cuidada mesmo tendo a noção que estes ainda tinham capacidade para o fazer "... quem gera a conta dos meus pais somos nós... nós gerimos o valor total mensal..." (Ana, 58 anos), "...Em termos financeiros sou eu, sou eu que já estou a começar a gerir, não é que ele não tivesse capacidade, mas a parte financeira sou eu que cuido de tudo..." (Luís, 45 anos).

No que diz respeito à *decisão sobre a medicação*, todos os CF manifestaram preferirem ser eles a ter essa responsabilidade (9 participantes) “... Em relação á medicação, ela não decide nada sobre a medicação, não de forma alguma...” (Ana, 58 anos) por receio que a pessoa cuidada se esquecesse de tomar a medicação “...agora em relação à medicação sou eu para que não haja esquecimentos...” (Lúcia, 67 anos). Esta decisão por parte dos CF por vezes está em desacordo com a pessoa idosa, limitando-lhe a sua autonomia “...Eu só não lhe promovo a autonomia, embora ele queira, é nos medicamentos...” (João, 54 anos).

Na terceira subcategoria – *decisão sobre as compras*, os CF (6 participantes) referiram que são eles que tratam das compras “...Em relação às compras sou eu que decido e compro tudo aqui para casa...” (Alzira, 64 anos) embora (2 participantes) tenham relatado que apesar de fazerem as compras quem ajuda a fazer a lista de compras é a pessoa idosa e que só não vai também às compras devido à pandemia. A quarta subcategoria – *decisão sobre a alimentação* mostra-nos que são três os cuidadores que decidem a escolha das refeições sem que a pessoa idosa possa manifestar a sua preferência “...Em relação às refeições, em termos de confeção eles não confeccionam nada eles não decidem o que vão comer...” (Ana, 58 anos).

Relativamente há quinta categoria – *decisão sobre os cuidados de higiene*, estes são decididos pelo CF (3 participantes), “...Em relação aos banhos, pronto, banhos é complicado porque eles são camurros... sou eu que decido a hora dos banhos...” (Luís, 45 anos), de acordo com a disponibilidade destes “...Em relação á hora do banho, decidi em função da disponibilidade...” (Isabel, 60 anos).

Após a análise do discurso dos participantes relativamente a todas as subcategorias descritas anteriormente podemos verificar que os CF inibem a autonomia da pessoa idosa no que diz respeito à *decisão sobre a medicação*, à *decisão sobre a alimentação* e à *decisão sobre os cuidados de higiene*. Porém, relativamente às *decisões financeiras* verificamos que a maioria dos participantes estimula a autonomia da pessoa idosa nesta área e apenas uma minoria inibe essa autonomia. Em relação à *decisão sobre as compras*, embora um grande número de sujeitos iniba a autonomia da pessoa idosa ainda temos CF que promovem essa autonomia incentivando as pessoas idosas a participar na elaboração da lista de compras, uma vez que devido à pandemia do COVID 19 não podem participar na tarefa de ir às compras.

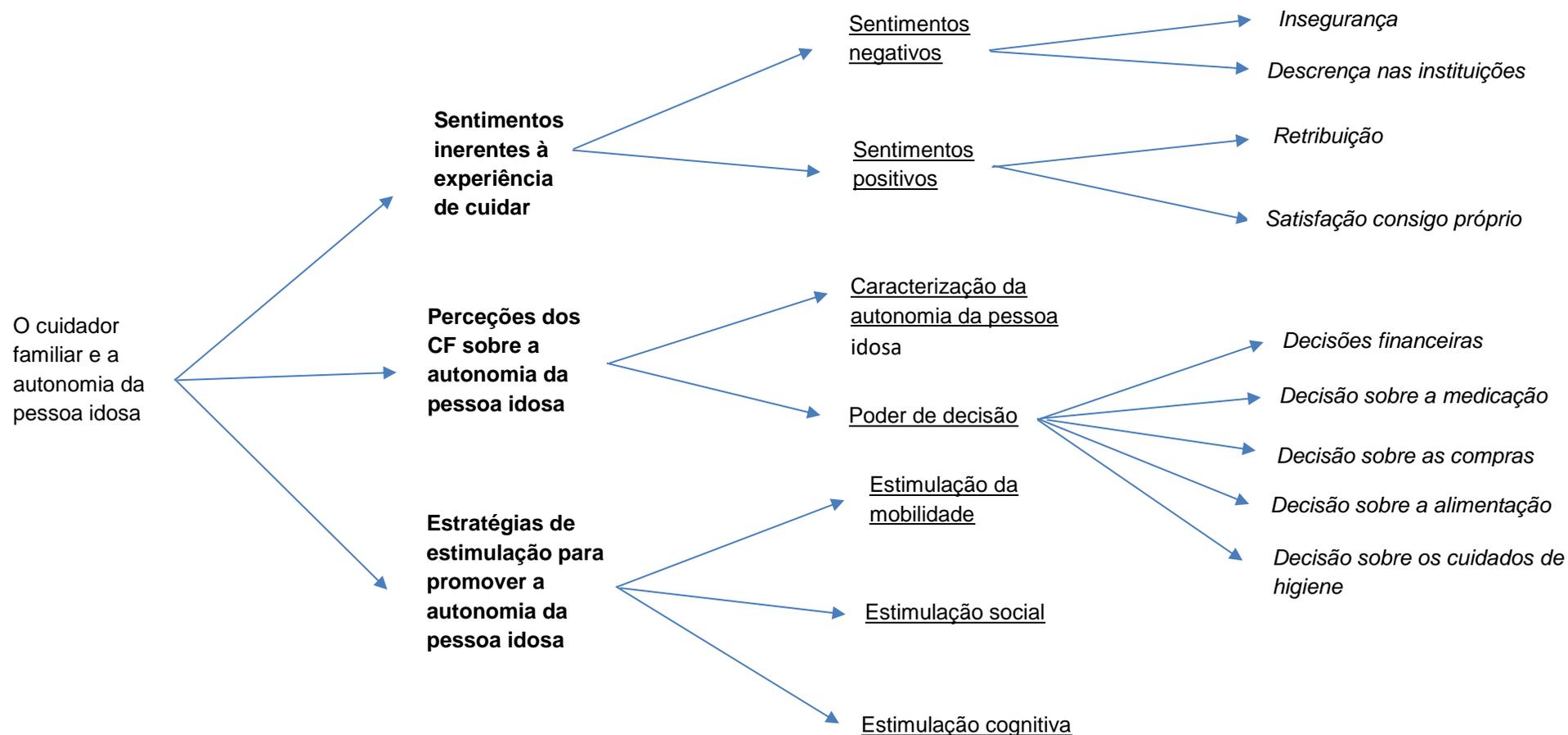
A **terceira dimensão** refere-se às **estratégias de estimulação** que o CF promove para incentivar a autonomia da pessoa idosa (Apêndice VI). Desta dimensão emergem três categorias: estimulação da mobilidade; estimulação social e estimulação cognitiva. Na estimulação da caminhada emerge a preocupação dos cuidadores por manterem as pessoas idosas com algum nível de atividade física, sendo a promoção do andar a que utilizam mais frequentemente. (6 participantes) “...faz caminhadas...” (Lúcia, 67 anos). Os CF referem ainda incentivar as pessoas idosas cuidadas a realizarem exercícios em casa para estimular a sua mobilidade “... o meu pai tem uma pedaleira e de manhã após o pequeno-almoço vai sempre para a pedaleira...” (Helena, 63 anos).

Para promover a estimulação social todos os participantes referiram que com a pandemia COVID 19 as pessoas idosas ficaram mais isoladas, pelo que face à dificuldade de estabelecer conversas presenciais, o contacto telefónico foi a estratégia referida para a socialização” ... fala muito ao telefone porque estão sempre a ligar, e ela liga para pessoas amigas...” (Maria, 57 anos); “...está sempre a telefonar às amigas...” (Helena, 63 anos). Alguns CF relataram que antes da situação de pandemia levavam a pessoa idosa para visitar outros familiares e também os acompanhavam quando iam beber café ou às compras, passando mais tempo juntos. Relativamente à estimulação cognitiva os meios mais utilizados para a sua promoção foram a leitura e a televisão “...lê as suas revistas assim como as de culinária...” (Helena, 63 anos);” ... vê muita televisão, gosta muito de ver o canal da política...”. (Maria, 57 anos). Um dos sujeitos participantes no estudo fez referência à utilização de jogos de estratégia para promover a estimulação cognitiva da pessoa cuidada “...ele adora ler o jornal, jogar damas, o sudoku no seu telemóvel, isto mantém vivo o espírito...” (João, 54 anos).

Por forma a tornar mais compreensível a apresentação dos resultados achamos pertinente apresentar um esquema onde fazemos uma sistematização de todas as dimensões, categorias e subcategorias.

Figura 2

– Árvore categórica resultante da análise dos discursos dos participantes



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo efetuamos a discussão dos resultados dos discursos dos CF, procurando estabelecer uma relação entre os dados obtidos para cada dimensão e o estado da arte.

Sentimentos inerentes à experiência de cuidar

Desempenhar o papel de cuidador altera a vida de quem cuida, emergindo um tumulto de vários sentimentos. Segundo Mendes (2020) o papel de cuidador familiar impõe uma multiplicidade de esforços e muita dedicação, o que leva a alterações significativas na vida dos cuidadores, surgindo necessidades que têm impacto negativo a nível físico, psicológico, social e financeiro.

Neste estudo os participantes referiram sentimentos negativos, como insegurança, este diretamente relacionado aos cuidados prestados, ressaltando assim a preocupação e medo dos cuidados prestados à pessoa idosa não serem os mais adequados. Estes resultados vão ao encontro do estudo efetuado por Sousa et al. (2017) onde se refere que os sentimentos dos CF associados ao processo de cuidar são a falta de esperança, a preocupação e os sentimentos de impotência. Também Graneheim e Johansson et al. (2014) realçaram que a escassez de informação aumenta o sentimento de insegurança dos cuidadores familiares, isto porque na maioria dos casos o familiar torna-se cuidador de forma inesperada, não detendo os conhecimentos necessários para cuidar da pessoa idosa que fica a seu encargo.

Os sujeitos participantes do presente estudo mencionaram ainda sentimento negativo relativamente às estruturas formais de apoio manifestado pela descrença nas instituições, este advém das experiências menos boas em relação aos cuidados prestados pelas instituições de apoio aos seus familiares. Segundo um estudo efetuado por Cobo (2014), com o objetivo de avaliar a influência das institucionalizações na autonomia da pessoa idosa, foi realizado um estudo com 104 idosos e três instituições, os resultados deste, concluíram que houve um declínio da autonomia à medida que aumentava o tempo de institucionalização. Também Alves-Silva et al. (2013) evidenciou que o perfil de um idoso institucionalizado caracteriza-se pelo aumento do sedentarismo, perda da autonomia e associam às instituições fatores agravantes como quedas e doenças. A contrapor os resultados destes estudos surge um estudo transversal na Holanda de Metzelthin et al. (2015) defendendo que, o bem-estar psicológico e a qualidade de vida da pessoa idosa foram semelhantes para dois grupos, isto é, da pessoa idosa cuidada em casa ou nas instituições.

Para além dos sentimentos negativos neste estudo os CF também manifestaram sentimentos positivos, que advém da relação existente entre estes e a pessoa idosa cuidada, como a retribuição, em que o CF referiu que é uma forma de agradecer o que a pessoa idosa fez por ele quando este precisou. Estes resultados vão ao encontro do afirmado por Oliveira e Caldana (2012) que

verificaram a existência de impactos positivos no ato de cuidar nos CF, como o sentimento de felicidade, o qual é atribuído ao poder de ter forças e condições de cuidar dos seus familiares. Defendem ainda que os CF sentem satisfação de conseguir retribuir aos pais o cuidado dispensado por uma vida dedicada aos filhos. Outros autores como Sommerhalder e Néri (2002) também referem que os CF apresentam vários sentimentos positivos, como o de gratidão, o de prazer e o de alegria.

Os sujeitos participantes relataram ainda como sentimento positivo a satisfação consigo próprio, onde se faz sentir o dever de missão cumprida, alguns cuidadores referiram que sendo pais têm o dever de cuidar deles. Estes resultados estão em consonância com o de Araújo (2015), onde salienta que o processo de cuidar, para além de ser difícil e complicado, é também considerado por alguns participantes como um processo gratificante, o que se pode constituir como um forte contributo para uma transição saudável.

Perceção dos cuidadores familiares sobre autonomia da pessoa idosa.

Neste estudo a perceção que os CF apresentaram relativamente à autonomia da pessoa idosa foi descrita através da forma como a caracterizaram e do poder de decisão da pessoa cuidada para determinadas ações do quotidiano. Assim a maioria dos participantes relaciona a autonomia da pessoa idosa à realização das suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, como refere Teixeira et al. (2017) os cuidados instrumentais consistem na prestação de cuidados que a pessoa não consegue executar por si a nível da sua higiene, alimentação, vestuário, eliminação e mobilização. Assim, verificando-se que se encontram muito vigentes atitudes de desvalorização da capacidade de escolha da pessoa idosa.

Esta perceção sobre a autonomia entra em concordância com o estudo efetuado por Lange et al. (2018) que refere que as manifestações sobre o entendimento do que é autonomia estão voltadas para a capacidade física do idoso e para a independência para as atividades do quotidiano.

Neste estudo, quando questionados os participantes sobre o poder de decisão da pessoa idosa, estes deram mais ênfase à decisão financeira, decisão sobre a medicação, sobre as compras, sobre os cuidados de higiene e sobre a alimentação. Em relação à decisão financeira é evidente uma controvérsia nos resultados obtidos neste estudo. Assim, apesar da grande maioria dos entrevistados ter manifestado que promove a decisão financeira da pessoa idosa, alguns dos participantes frisaram preferirem ser eles a assumir o controlo financeiro da pessoa idosa, inibindo-lhe desta forma o seu poder de decisão nesta área, isto apesar de assumirem que as pessoas cuidadas ainda apresentavam capacidade para realizar esta função. Assim, a atitude destes CF vão contra o defendido por Petri (2018) que afirmou que quando as pessoas idosas mantêm as suas capacidades cognitivas preservadas, os familiares devem ter em consideração as suas escolhas e

devem dar-lhes liberdade para que eles possam agir, caso contrário estão a desrespeitar a autonomia da pessoa idosa o que se vai refletir na sua qualidade de vida.

Relativamente ao poder de decisão sobre a medicação, a opinião dos participantes foi unânime, tendo todos referido que preferem ser eles a gerir a medicação, pois acrescentaram que têm receio de que a pessoa idosa se esqueça de tomar a medicação, embora a maioria destes admitiram que tem consciência que a pessoa idosa ainda tem capacidade para gerir a sua própria medicação. Esta atitude demonstrada por parte dos participantes leva-nos a verificar que os CF apresentam falta de confiança nesta tomada de decisão, não promovendo a autonomia da pessoa idosa nesta área. Estes resultados estão em controvérsia com o referido por Vieira e Goldim (2018), defendendo que é fundamental desenvolver estratégias para permitir a autonomia, autoderminação e capacidade de decisão da pessoa idosa. Assim, os CF deveriam permitir que fosse a pessoa idosa a gerir a sua medicação com a supervisão destes.

Os CF ainda fizeram referência sobre a tomada de decisão da pessoa idosa em relação às compras, a maioria dos participantes relatou que preferem ser eles a realizar as compras e a decidir o que comprar. Só uma pequena minoria evidenciou que a pessoa idosa participava na realização da lista de compras. Esta pequena minoria de participantes está em concordância com um estudo desenvolvido por Saquette et al. (2013) que mencionam que a pessoa idosa deve ser motivada a manifestar suas vontades de forma autônoma e a partir de seus valores. Todos os participantes referiram que com a pandemia do COVID-19, as pessoas idosas ficaram mais isoladas em casa e que antes desta eles acompanhavam o cuidador nas compras.

Em relação ao poder de decisão sobre a alimentação, os participantes demonstraram que são eles que decidem a ementa, mas como conhecem as preferências da pessoa idosa cuidada têm em atenção essas preferências. Também o estudo desenvolvido por Williams e Zimmerman (2011) refere que mais de metade dos cuidadores familiares fazem a monitorização e gestão das refeições das pessoas cuidadas.

No que diz respeito ao poder de decisão sobre os cuidados de higiene, os CF referiram que o horário dos cuidados de higiene da pessoa idosa depende da disponibilidade do cuidador, só uma pequena minoria referiu que a pessoa idosa escolhia a hora do banho geral, embora este tenha dias estipulados pelo CF. Estes resultados estão de acordo com Petri (2018), que referiu que por vezes é exercida uma atitude paternalista pelos familiares que julgam beneficiar a pessoa idosa e acabam por decidir por ela sem o seu consentimento.

Assim, fazendo uma análise em relação ao poder de decisão da pessoa idosa podemos referir que o CF tendencialmente inibe este poder, incentivando-o apenas na gestão financeira, este resultado vai reforçar a ideia de um estudo apresentado por Deon e Goldim, (2016) que referem que a preservação da capacidade para tomada de decisão é muito importante no envelhecimento, mas o adequado entendimento desta necessidade ainda constitui um grande desafio. Mostra-se elementar

avaliar esta questão de forma individual, e não associar exclusivamente à idade avançada. O CF precisa de reconhecer a pessoa idosa como um ser autónomo e sujeito da sua própria vontade. Também Almeida e Aguiar (2011) destacam que, para a autonomia ser respeitada o CF deve levar em consideração as decisões adotadas pela pessoa idosa, uma vez que, estas decisões advêm dos seus princípios e valores.

Estratégias de estimulação para promover a autonomia da pessoa idosa.

Relativamente às estratégias de estimulação da autonomia, nos discursos dos participantes evidenciaram-se três áreas: a estimulação da mobilidade, a estimulação social e a estimulação cognitiva.

Na estimulação da mobilidade foi valorizado o incentivo da pessoa idosa para fazer caminhadas e utilizar dispositivos que lhe promovam a mobilidade. Este resultado está de acordo com um estudo efetuado por Santos (2020), que enfatiza que a pessoa idosa que tem uma vida ativa, com a prática de exercício físico apresenta uma autoestima mais elevada, relações pessoais mais saudáveis e uma melhor qualidade de vida, assim concluiu que a prática de exercício físico regular promove a autonomia da pessoa idosa. Também Almeida et al. (2020) defende que as pessoas idosas que tem uma atividade física regular apresentam uma melhor qualidade de vida e aumentam as suas potencialidades a nível físico, emocional e nas suas relações sociais, melhorando também o seu estado de saúde. Ainda relativamente a esta estratégia Bess et al. (2017) defende que a capacidade funcional está diretamente relacionada com a autonomia da pessoa idosa na realização de atividades como ir às compras, atividades de lazer, recreação, escolha e preparação dos alimentos e realização da sua contabilidade. Estes aspetos referenciados tornam-se relevantes face aos resultados deste estudo, na medida em que algumas destas atividades de vida foram evidenciadas na dimensão anterior como indicativas de autonomia.

Em relação à estimulação social, foi reconhecido pelos CF que o contacto social da pessoa idosa é importante para manter a autonomia e se este não acontecer a pessoa idosa corre o risco de sofrer de solidão. Foi referido que a forma de manter o contacto social tem sido por telefone, mas estes estimulavam para que a pessoa idosa contacta-se outros familiares ou amigos. Os resultados do nosso estudo vão ao encontro do estudo realizado por Gomes et al. (2019), o qual defende que a pessoa idosa que tenha um bom suporte social promove a sua autonomia. Subentende-se por suporte social as pessoas amigas e familiares com as quais a pessoa idosa apresenta uma relação de confiança. Também Carneiro e Ayres (2021) referem que o isolamento social pode implicar comprometimento cognitivo, aumentando a probabilidade de doença.

No que confere à vertente cognitiva e à sua estimulação, esta foi relevada pelos CF como ferramenta de promoção da autonomia, utilizando como recursos a leitura, a televisão e os jogos de estratégia. Os resultados do nosso estudo chegaram à mesma conclusão que o estudo de Lacerda et al. (2021) onde demonstraram que a perda de autonomia da pessoa idosa muitas vezes é consequência da

incapacidade cognitiva. Daí a importância de estimular esta capacidade. Segundo Knapp et al. (2013) a estimulação cognitiva permite o desenvolvimento das habilidades cognitivas necessárias para controlar e regular os pensamentos, as emoções e as ações da pessoa idosa. Assim, um bom funcionamento cognitivo da pessoa idosa aumenta a sua saúde e o seu bem-estar psicológico, sendo considerado um índice importante de envelhecimento ativo e de longevidade. Esta estimulação cognitiva pode ser proporcionada através da execução de jogos de estratégia como jogos com palavras para estimular a memória, jogos de tabuleiro (damas e xadrez), palavras cruzadas entre outros. Segundo Simoceli et al. (2008) a prática de exercício físico regular e a estimulação cognitiva proporciona uma diminuição da incidência dos prejuízos cognitivos em idosos e promove a socialização e o bem-estar da pessoa idosa.

Assim, após análise dos resultados desta dimensão podemos referir que os CF relatam a importância de estimular a vertente física, social e cognitiva para promover a autonomia da pessoa idosa. Porém as estratégias de promoção dessas vertentes ficam aquém das defendidas pela literatura.

6. CONCLUSÕES

Neste capítulo serão apresentadas as principais conclusões que retiramos da análise e discussão dos resultados, bem como as limitações do estudo e implicações deste para a prática profissional. Conclusões do relatório e uma síntese conclusiva do mesmo.

6.1. Conclusões do estudo empírico

Do presente estudo emergiram resultados que relevam a percepção dos CF sobre a autonomia da pessoa idosa cuidada, bem como os sentimentos resultantes da prestação de cuidados diária e por inerência deste contacto de proximidade com a autonomia ou falta dela. O discurso dos sujeitos participantes no estudo também permitiu obter respostas sobre as estratégias que estes adotam para estimular a autonomia da pessoa idosa dependente que tem a seu cargo.

Desta forma, através dos achados do presente estudo pode-se concluir que os participantes apresentam sentimentos negativos (Insegurança e descrença nas instituições) e sentimentos positivos (retribuição e satisfação), estes vão ao encontro dos mencionados na literatura.

Em relação à percepção da autonomia da pessoa idosa os CF atribuem-na à capacidade de realização das atividades de vida diária e desvalorizam o poder de decisão, tendo este em conta somente na decisão financeira, onde a maioria dos sujeitos referiu incentivar a pessoa idosa a realizar a sua própria gestão. Esta conclusão está de acordo com outros estudos realizados, mas em desfavor da essência da definição de autonomia da pessoa. Concluímos ainda que os CF desvalorizam o poder de decisão da pessoa idosa, mas têm consciência que esta tem capacidade para poder decidir.

Neste estudo foi também perceptível as estratégias de estimulação que os CF adotam para promover a autonomia da pessoa idosa. Assim todos referiram a caminhada como promotora da estimulação da mobilidade, para a estimulação cognitiva os CF referiram incentivar as pessoas idosas ao seu cuidado a ler e a realizar jogos de estratégia. Relativamente à estimulação social os CF mencionaram estimular o seu familiar ao contacto com outros familiares e amigos através do contacto presencial ou por telefone. Referiram que é importante que estes sejam estimulados para preservar a sua autonomia. Porém as estratégias referidas ficam aquém das mencionadas na literatura.

6.1.1. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais

Faz parte das competências do EF cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, durante o qual a família experiencia várias transições. Uma das quais muitas famílias estão sujeitas é a de um elemento familiar ter de assumir o papel de cuidador familiar, ora adotar este novo papel de cuidador familiar leva a algumas mudanças na sua vida. E será que este familiar está preparado para assumir esta função? Então, o papel do enfermeiro é apoiar este familiar, uma vez que, cuidar de uma pessoa idosa exige uma grande dedicação. Assim, não nos devemos esquecer que os cuidadores precisam de atenção, reforço positivo e que sejam capacitados para desempenhar essa tarefa. Segundo Teixeira et al. (2017) promover o empoderamento dos CF e intervir precocemente representa benefícios para os cuidadores e pessoas idosas cuidadas, assim como para os sistemas sociais e de saúde, permitindo ganhos em saúde e redução de custos. Para poder efetuar esse empoderamento do CF em primeiro é necessário conhecer a família e o seu contexto, recorrendo às visitas domiciliárias que nos ajudam a perceber a realidade e o contexto da família, assim como as relações interpessoais dos elementos da família. Através das visitas domiciliárias conseguimos uma maior proximidade com a família compreendendo melhor as suas necessidades, para podermos traçar um plano de cuidados com esta.

Os resultados do presente estudo demonstram a necessidade dos EF investirem ainda mais na capacitação dos CF, empoderando-os das estratégias para estimular a autonomia das pessoas idosas que tem ao seu encargo, uma vez que, a família é fundamental para proporcionar autonomia à pessoa idosa. É ainda função do EF persuadir o CF a valorizar e estimular a autonomia da pessoa idosa dependente, visto que, quanto mais autónoma for a pessoa idosa, menos sobrecarga é para o CF, trazendo vantagens para os dois, onde se realçam os ganhos em saúde.

Assim, cabe ao EF capacitar os CF sobre a importância da pessoa idosa ser autónoma e tomar as suas decisões de acordo com os seus princípios e crenças, assim como empoderar o CF de estratégias mais adequadas para que este possa estimular a pessoa idosa a seu encargo nas vertentes física, social e cognitiva e consequentemente a sua autonomia, uma vez que, segundo a OMS (2015) o empoderamento funciona como um dos fatores primordiais das ações de promoção de saúde.

É pretensão da investigadora dar a conhecer os resultados do presente estudo à USF Coimbra Centro, onde foi desenvolvido, para que os EF desta unidade possam compreender qual é a perceção dos CF acerca da autonomia da pessoa idosa e como esta é valorizada por estes, de forma a direcionar as suas intervenções para que potenciem a atitude do cuidador, quando está adequada, ou para alterar comportamentos através da educação em saúde para proporcionar o empoderamento, quando a postura do cuidador inibe a autonomia da pessoa cuidada.

Seria interessante a realização deste estudo noutras unidades e mesmo noutras regiões do país para averiguar se os resultados seriam similares, para que os EF possam intervir junto dos CF aumentando o seu empoderamento nas estratégias de promoção da autonomia da pessoa idosa.

Pretende-se assim ter cada vez mais pessoas idosas ativas, com qualidade de vida e valorizado o seu poder de decisão.

6.1.2. Limitações do estudo.

Este estudo apresenta limitações. A primeira, prende-se ao número de participantes. Apesar de se ter utilizado o critério de saturação teórica, a inclusão de mais participantes poderia ampliar e/ou reforçar os resultados encontrados. Contudo, devido à situação pandémica o contacto e/ou disponibilidade dos participantes representou uma dificuldade, tendo sido remarcadas várias entrevistas e houve CF que recusaram participar por questões de segurança. Terceiro, a falta de registo no SCLINICO das pessoas idosas que são cuidadas por CF, o que obrigou a uma identificação manual e mais morosa dos mesmos.

Por último, por limitações temporais, a confirmação dos resultados com os participantes constitui uma lacuna. Contudo, durante o processo de recolha de dados foi assegurada a confirmabilidade de alguns aspetos reportados pelos participantes.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Com o presente relatório pretende-se descrever o percurso efetuado pela estudante ao longo do estágio profissional desenvolvido por esta na USF Coimbra Centro, analisando de forma crítico-reflexiva as competências desenvolvidas bem como, dar resposta aos objetivos inicialmente delineados. Neste foi ainda viável apresentar os resultados do estudo empírico desenvolvido na USF onde decorreu o estágio profissional. Este pretendeu sobretudo avaliar qual a perceção que os CF apresentam sobre a autonomia da pessoa idosa. No início do estágio de natureza profissional foi-nos proposto definir objetivos para este ensino clínico. Assim, o desenvolvimento deste relatório de investigação teve por base esses objetivos bem como, os definidos para o estudo empírico.

O estágio de natureza profissional proporcionou à aluna a oportunidade de realizar novas aprendizagens e vivenciar experiências diferentes, que produziram uma mais-valia para o seu desenvolvimento pessoal, social e profissional e consequentemente para uma forma diferente de olhar a investigação e a reflexão na enfermagem, permitindo ainda desenvolver a prática de cuidados especializados à família, a aplicação de conhecimentos teóricos e consequentemente o desenvolvimento de competências como EEESF nomeadamente: cuidar a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; estabelecer uma relação com a família de forma a promover a saúde, a prevenção da doença e o controlo de situações complexas; colher dados penitentes sobre o estado de saúde da família; intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas; facilitar a resposta da família em situação de transição complexa; monitorizar a avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem e desenvolver a nossa prática como EF baseada na evidência científica.

Durante o estágio profissional foi pretensão da estudante conseguir um meio para que houvesse maior proximidade entre EF/ CF para que estes se sentissem mais apoiados caso precisassem de algum esclarecimento, foi então conseguido um telefone de serviço para cada EF, contacto esse que foi facultado aos CF, estreitado assim a distância entre EF/CF.

No decorrer do estágio profissional foi também realizado um estudo empírico. Este estudo proporcionou uma nova aprendizagem sobre investigação em enfermagem e uma maior proximidade com famílias/CF, conhecendo o seu contexto familiar, e qual a perceção que os CF desta unidade apresentam sobre a autonomia da pessoa idosa. Com o desenvolvimento do estudo empírico foi promovida a proximidade entre a estudante e a família /CF proporcionando um aumento de confiança destes com o EF, uma vez que, os CF sentiram-se mais apoiados e com a sensação que não estavam sozinhos neste desafio que é cuidar de uma pessoa idosa dependente.

Assim os resultados deste estudo após serem facultados à unidade poderão servir de guia norteadora para a elaboração de um plano de estratégias para capacitar e empoderar os CF sobre a autonomia da pessoa idosa e formas para a estimular.

Este estágio foi realizado durante o período de pandemia do COVID-19 o que dificultou um pouco a gestão do tempo exigindo assim um esforço adicional para contornar as dificuldades, uma vez que, para além do horário de trabalho habitual foi iniciado o trace COVID-19 (vigilância dos utentes que tinham contraído a doença COVID-19) e posteriormente a vacinação COVID-19 fora do horário de serviço Assim a maioria das horas de estágio foram realizadas em tempo de férias e comissões gratuitas de serviço. Porém nem tudo foi negativo, é importante referir que o apoio da tutora e dos orientadores assim como o prolongamento da época especial de entrega do relatório de estágio funcionou como um reforço positivo.

Para concluir este relatório consideramos que os objetivos propostos foram alcançados e foi compreendido a importância do EF desenvolver competências em ESF para prestar cuidados personalizados e de qualidade à família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunheiro, S. F., Apóstolo, J.L. A., & Pinto, J. M. D. M. (2015). *Vivendo O Envelhecer: Uma Perspetiva Fenomenológica*. In J. Apóstolo & M. Almeida (Eds.), *Enfermagem De Saúde Do Idoso*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra.
- Andrade, F. M. M. (2009). *O Cuidador Informal à Pessoa Idosa Dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do Cuidador Principal*. [Unpublished master's thesis]. Instituto de educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Aguiar, N. (2020). *Inquérito do número de cuidadores informais em Portugal*. Revista técnica de geriatria e gerontologia (5/11/2020).
- Almeida, A.B.A., Aguiar, M.G.G. (2011). *O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética*. Revista bioética, Brasília, v. 19, n. 1, p. 197 – 217.
- Almeida, B. L., Souza, M. E. B. F., Rocha, F.C., Fernandes, T. F., Evangelista, C. B., & Ribeiro, K.S. M. A. (2020). *Quality of life of elderly people who practice physical activities/Qualidade de vida de idosos que praticam atividade física*. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,12, 432-436.
- Alves-Silva, J. D., Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. A. (2013). *Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde*. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Anjos, K. F., Boery, R. N. S. O., Santos, V. C., Boery, E. N., Silva, J. K., Rosa, D. O. S. (2018) *Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos*. Ciencia y enfermería, vol. 24, Universidad de Concepción. Facultad de Enfermería
- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem* [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Retrieved from <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/45001>
- Araújo, A. S. (2015). *O processo de transição do cuidador informal da pessoa com AVC - Contributos do enfermeiro de reabilitação* [Master's thesis, Instituto politécnico de Viana do Castelo].
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA.
- Bess, R., Collussi, E. L. & De Marchi, A. C. B. (2017). *Efeitos do jogo de câmbio na capacidade funcional e na atenção de idosos*. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Bilhete de Identidade Dos Cuidados de Saúde Primários (2021). Serviço Nacional de Saúde.

- Carneiro, J. L. S., e Ayres, J. R. C. M. (2021). *Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado*. Rev Saude Publica. 2021;55:29. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002856>
- Caudin, C. & Alexopoulos, T. (2010). *Help me! I'm old!' How negative aging stereotypes create dependency among older adults*. Laboratoire de Psychologie des menaces sociales et environnementales, Université Paris Descartes.
- Cerqueira, A. M. M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.
- Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (8a ed.). São Paulo: Cortez.
- Cobo, CMS (2014). *A influência da institucionalização na percepção de autonomia e qualidade de vida em idosos*. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48 (6), 1013-1019. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700008>
- Conselho Diretivo Lisboa, 26 de Abril de 2006. Ordem dos Enfermeiros
- Conselho Internacional das Enfermeiras (ICN). (2011). CIPE 2. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto (2014). Portugal: Diário da República - I Série A.
- Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/document/file/4915/DecretoLei_n._118_2014_de_5_de_ago_sto.pdf
- Decreto-Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. *Diário da República n.º 171/2019 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y.S. (2011). *Introduction In. N. K. Denzin, Hand book of qualitative research* (4ª Ed.). Thousand Oaks: Sage Publications
- Deon, R.G., Goldim, J.R. (2016). *Capacidade para tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 123-133.
- Diário da República, - Decreto-Lei n.º 101/06 de 6 de junho de 2006 – 1ª Série I, (109), p.3856-3865. Ministério da Saúde de Portugal.
- Diário da República, Regulamento nº 428 — 16 de julho de 2018. Série II, nº135. p. 19355 Ministério da Saúde de Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa

- Estatuto do Cuidador Informal, (2019). Diário da República, Lei nº 100/2019, a 6 de setembro de 2019.
- Fernandes, A. M., Costa, V. J., Ferreira, M. M., & Girão, R. J. (2015). *Fatores determinantes na redução dos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais de utentes com dependência*: Artigo de revisão. *Evidências*, (2), 15-22. doi: [10400.26/16796](https://doi.org/10.4000.26/16796)
- Figueiredo, H. (2012) *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. [Unpublished doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Porto
- Figueiredo, MH. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Família - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.; Vissandjée, B. & Côté, J. (1999). *Escolher um problema de investigação*. In: Fortin, M. F. (org.), *O processo de investigação: da concepção à realização* (pp. 47-60). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (5ª Ed.). (N. Salmgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Gaskell, G. & Bauer, M. (Orgs.) (2011). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho Guareschi. 9. ed. Petrópolis: Vozes.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Lisboa: Príncipia Editora.
- Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal 2020 (8004 – v1.02) Instituto da Segurança Social, I.P.
- Gil, C. A. (2017) *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*, 6ª edição. São Paulo, Atlas.
- Gil, C. A., Witter, C., Camilo, A. B. R. & Marigliano, R. X. (2018). *Envelhecimento e demanda por cuidado: Rede informal e formal de apoio*. In.: Socci, V. & Witter, C. (Orgs). *Psicogerontologia: uma análise multidisciplinar*. (Cap. 3, pp. 53-79) Campinas: Alíne.
- Goldim, J. R. (2018). *Capacidade de tomada de decisão de pacientes submetidos a procedimento médico invasivo*. Artigo Original • Acta Paul Enferm. 31 (5). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800070>

- Gomes, M., Fracoli, L., & Machado, B. (2015). *Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família*. Retrieved July 10.
- Gomes, C., Moreira, R. S., Maia, T. O., Santos, M. A. B., Silva, V. L. (2019) *Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (3):1035-1046.
- Gomes, G.C., Moreira, R. S., Maia, T. O., Santos, M. A. B., Silva, V. L. (2021). *Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura*. *Ciências saúde coletiva* 26 (3) Mar 2021 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08222019>
- Graneheim, U., Johansson, A., & Lindgren, B. (2014). *Family caregivers' experiences of relinquishing the care of a person with dementia to a nursing home: insights from a meta-ethnographic study*, *Scandinavian Journal*, 215 – 224. DOI: [10.1111/scs.12046](https://doi.org/10.1111/scs.12046).
- Hedler, H. C., Faleiros, V., Santos, M. & Almeida, M. (2016). *Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso*. *Revista Katálysis*, 19(1), 143–153. <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>
- Instituto Nacional de Estatística (2020)
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health care nursing. Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. Retrieved from <http://www.sbmu.ac.ir/uploads/FamilyHealthCare2010,Book>.
- Knapp, K., Morton, J. B., Munakata, Y., Michaelson, L., Barker, J., Chevalier, N., ... Blair, C. (2013). *Estimulação cognitiva (funções executivas) Síntese*. Retrieved from <http://www.encyclopedia-crianca.com/Pages/PDF/estimulacaocognitiva-funcoes>
- Lacerda MA, Silva LLT, Oliveira F, Coelho KR (2021). *O cuidado com o idoso fragilizado e a Estratégia Saúde da Família: perspectivas do cuidador informal familiar*. *Rev baiana enferm*.35: e43127.
- Lange C., Heidemann I.T.S.B, Castro D.S.P, Pinto A.H., Peters C.W., Durand M.K. (2018). *Promoting the autonomy of rural older adults in active aging*. *Rev Bras Enferm* [Internet].71(5):2411-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0570>
- Leuschner, A. (2015). *Aspetos sociopsicológicos do cuidar*. In A. Jorge, A. Leuschner, H. Bárrios, J. Veríssimo, & M. Almeida (Eds.), *tudo muda num instante* (pp. 137 – 172). Lisboa: Clube do Autor

- Lima, A.M.N., Ferreira, M.S.M., Martins., M.M.P.S., Fernandes, C.S., Moreira, M.T.F., Rodrigues T.M.P. (2020). *Independência funcional e o estado confusional de pessoas sujeitas a programa de reabilitação*. J Health NPEPS; 5(2):145-60.
- Lopes, P.A., Souza, F.R., Xavier, H.A., Silva de Souza, W. (2018). *Atividade física na perspectiva envelhecimento saudável*. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Teófilo Otoni Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro – Unipac ISSN 2178-6925
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Eun-Ok, I., Messias, D.H., & Schumacher, K., (2010). *Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range Theory*. In Meleis, A.I., *Transitions Theory – Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-72). New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, C. I G. (2020). *Capacitação do Familiar Cuidador do Idoso Dependente*. [Unpublished master's thesis]. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Metzelthin, S.F., Rossum, E., Hendriks, M.R., Witte, L.P., Hobma, S.O., Sipers, W., (2015). *Reducing disability in community-dwelling frail older people: cost-effectiveness study alongside a cluster randomised controlled trial*. from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25566783>
» <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25566783>
- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J., & Wyller, T. B. (2017). *Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study*. *BMC health services research*, 17 (1), 645. doi: 10.1186/s12913-017-2600-x
- Neri, A.A. (2009). *O envelhecimento no universo do trabalho: desafios e oportunidades depois dos 50 anos*. In: Barros, J.C. (Org.) *Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade*. São Paulo: Edicon.
- Neves, A. P. (2015). *III Encontro de Boas Práticas de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários*. In *Identidade e Formação de Estudantes em Contexto de Cuidados Domiciliários*. Porto.
- Oliveira, José Henriques Barros (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis, ISBN 972-8082-67-3.
- Oliveira A. P. P., Caldana R. H. L. (2012). *As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer*. Saúde Soc.. São Paulo.

- OE (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro de enfermagem de saúde familiar. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento>
- OE (2011). Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. DR, II Série, nº35 (18-2- 2011) 8648-8653. Retrieved July 09, 2021, from <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf> Ordem dos Enfermeiros (OE).
- Ordem dos Enfermeiros (2018, 16 julho). Regulamento das funções de enfermagem especialista em Enfermagem de saúde familiar. Decreto-lei nº 428/ 2018.)
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 14//2019 Diário da República, 2ª série – Nº 26 – 6 de fevereiro de 2019.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial de envelhecimento de Saúde.
- Pereira, M. T. M. L. (2010). *O Cuidar na Conceção dos Cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP*. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 13, n.1, p. 24-42.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stahelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age.
- Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. D. C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V. D., Machado, M. M. P. (2017). *Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 39-48. doi: [10.12707/RIV17027](https://doi.org/10.12707/RIV17027)
- Petri, M. C. V. (2018). *Autonomia e empoderamento dos idosos*. Revista Portal de Divulgação, n.57, Ano IX. Jul/Ago/Set.. ISSN 2178-3454. www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova
- Potter, P., Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem conceitos e procedimentos*. (Lusociência, Ed.) (5a). Loures Psychology, Health and Medicine, 11 (4), 470-482.

- Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*, 5.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Pordata. (2020). *Índice de envelhecimento*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Queiroz, D., Teixeira. (2007). *Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde*. R Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83.
- Ravagni, L. (2008). *O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades*. In: Born, T. (Org.). *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, pp. 53-63.
- Rodrigues, L. M. O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra. Coimbra). Disponível em: <http://www.google.pt/url?url=http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php>.
- Rowe, J.W., Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Rua, M. (2011). *De Aluno a Enfermeiro*. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. Loures: Lusociência
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). *The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept*. Psychological Inquiry, 11 (4), 319-338.
- Ryff, C. (1995). *Psychological well-being in adult life*. Current Directions in Psychological Science, 4 (4), 99-104.
- Saquetto, M., Schettino, L., Pinheiro, P., Sena, E. L. S., Yarid, S. D., Gomes, D. L. (2013). *Aspectos bioéticos da autonomia do idoso*. Revista Bioética.[online], 21, n. 3, p. 518-524. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a16v21n3.pdf>.<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300016>.
- Samartini, R. S. e Cândido V. C., (2020), *Reflections on elderly autonomy and its meaning for the practice of nursing care*. Rev Bras Enferm. 2021;74(3):e20200723. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0723>
- Santos, J. R., Costa, F. B., Santos, J. L., Oliveira, A. N., Júnior, C. M. A. L., Neto, A. O. S., Silva, D. S., Souza, L. M. V. (2020). *Avaliação da independência funcional e percepção da qualidade de vida de idosos praticantes de atividades físicas: estudo piloto*. Motricidade, vol.16,n.S1.pp64-71. Edições Sílabas Didáticas.

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Edições Lidel.
- Silva, J. D.S.A., Comin, F.S., & Santos, M. A. (2014). *Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 820-830. doi:10.1590/S0102-79722013000400023
- Simoceli, L. (2008). *Eficácia dos Exercícios de Adaptação do Reflexo Vestibulo-ocular na Estabilidade Postural do Idoso*. Universidade de São Paulo.
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré, C., Martins, D. neves, P. (2017). *Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa*. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Souza, D., Rua M. (2013). *Cuidadores informais de pessoas idosa Caminhos de Mudança*. 1ª edição UA editora.
- Sommerhalder, C., Néri, A.L. (2002). *Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência*. In: Néri, A. L. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas.
- Teixeira, T. (2011). *Visita Domiciliar em Saúde Infantil: Necessidade de Visitação até ao 15º dia de vida (Relatório para obtenção do Grau de Mestre)*. [Acesso em 23 de dezembro de 2017]; Disponível em Repositório IPV: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1566/1/TEIXEIRA%20Tania%20Isabel%20Martins%20Fontainha%2C%20Visita%20em%20saude%20infantil.pdf>
- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais*. Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional. In Assembleia da República.
- Thomas, S., Mackintosh. S., Halbert, J., (2010). *'Otago exercise pro-gramme' reduce mortality and falls in older adults? A systematic re-view and meta-analysis*. *Age Ageing*.
- Thomas, P. (2011). *Is better to give or to receive? Social support and the well-being o older adults*. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (3), 351-357.
- Vergara, S. C. (2005). *Método de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas.
- Verissimo, M. T. (2014). *Geriatría fundamental – Saber e praticar*. 1ª ed. Lidel- Edições Técnicas, Lda

- Vieira R, Goldim JR. (2018). *Capacidade de tomada de decisão de pacientes submetidos a procedimento médico invasivo*. Acta Paul Enferm.31 (5):497-503.
- Warner, L.M., Ziegelmann, J.P., Schülz, B., Wurm, S., Tesch-Römer, C., Schwarzer, (2011). *Maintaining autonomy despite multimorbidity: Self-efficacy and the two faces of social support*. European Journal of Aging, 8(1), 3-12. doi: [10.1007/s10433-011-0176-6](https://doi.org/10.1007/s10433-011-0176-6)
- Zimmerman, S., Williams, C., Reed, P., Boustani, M., Preisser, J., Heck, E., & Sloane, P. (2011). *Attitudes, stress and satisfaction of staff who care for residents with dementia*. The Gerontologist.
- Zubaidi, Z. S. A., Ariffin, F., Oun, C. T. C., & Katiman, D. (2020). *Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: A cross sectional study*. BMC palliative care, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00691-1>

ANEXOS

Anexo I – Aprovação do Aces para realização do estudo de investigação

Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACeS Baixo Mondego

CC: Direção de Enfermagem do ACeS BM

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de um estudo de investigação integrado no Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro.

Eu, Paula Maria Ribeiro Cardoso, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, pretendo desenvolver durante o meu Estágio de Natureza Profissional nesta Unidade, um estudo intitulado: “ Perceção dos cuidadores informais sobre a autonomia das pessoas idosas”, sendo este realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Alexandre Rodrigues e coorientação do Professor Doutor João Tavares, Professores Adjuntos da Universidade de Aveiro e orientação Tutorial da Senhora Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Cristina Ferreira das Neves.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, para este estudo foram delineados os seguintes objetivos:

o Conhecer a perceção dos cuidadores familiares acerca da autonomia do idoso;

o Analisar como os cuidadores familiares estimulam a autonomia do idoso.

Será realizada uma entrevista semiestrutura, com o consentimento livre e esclarecido prévio aos cuidadores familiares do idoso que façam parte dos ficheiros da USF Coimbra Centro. Durante o estudo será sempre garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Neste âmbito, venho por este meio solicitar a Vossa excelência a emissão de um parecer favorável ao estudo, desde que este seja aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro e Diretor Executivo do Aces Baixo Mondego I, para a sua concretização na USF Coimbra Centro. Este parecer prévio está relacionado com uma exigência da Comissão de Ética da ARS Centro para a submissão do Pedido formal.

Agradecendo desde já a atenção que dispensou a este assunto, envio os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Paula Cardoso

Almerinda Purificação Freitas Rodrigues Marques

qua, 04/11/2020

Para:

- Paula Maria Ribeiro Cardoso;
- Jose Luis Sacadura Biscaia Silva Pinto Boa tarde

Na sequência do seu pedido, decidiu o Conselho Clínico do ACES Baixo Mondego que: Atendendo a que se trata de um estudo realizado na própria unidade, que estão salvaguardadas as questões de anonimato dos utentes e de confidencialidade dos dados recolhidos, que a temática também tem interesse para o serviço e que apenas se solicita um parecer prévio para a submissão do pedido à Comissão de Ética da ARS Centro, somos do entendimento que o mesmo reúne condições para ser **positivo**.

Com os melhores cumprimentos

Almerinda Rodrigues

Assistente Graduada Sénior de Medicina Geral e Familiar Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Baixo Mondego

Anexo II – Aprovação da Coordenadora da unidade para a realização do estudo de investigação

Exma. Senhora Professora Doutora Inês Rosendo

Coordenadora da USF Coimbra Centro

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de um estudo de investigação integrado no Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro.

Eu, Paula Maria Ribeiro Cardoso, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, pretendo desenvolver durante o meu Estágio de Natureza Profissional nesta Unidade, um estudo intitulado: “ *Perceção dos cuidadores informais sobre a autonomia nas pessoas idosas* ”, sendo este realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Alexandre Rodrigues e coorientação do Professor Doutor João Tavares, Professores Adjuntos da Universidade de Aveiro e orientação Tutorial da Senhora Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Cristina Ferreira das Neves.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo, para este estudo foram delineados os seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção dos cuidadores familiares acerca da autonomia do idoso;
- Analisar como os cuidadores familiares estimulam a autonomia do idoso.

Será realizada uma entrevista semiestrutura, com o consentimento livre e esclarecido prévio aos cuidadores familiares do idoso que façam parte dos ficheiros da USF Coimbra Centro. Durante o estudo será sempre garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Neste âmbito, venho por este meio solicitar a Vossa excelência a emissão de um parecer favorável ao estudo, desde que este seja aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro e Diretor Executivo do Aceso Baixo Mondego I, para a sua concretização na USF Coimbra

Centro. Este parecer prévio está relacionado com uma exigência da Comissão de Ética da ARS Centro para a submissão do Pedido formal.

Agradecendo desde já a atenção que dispensou a este assunto, envio os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

Paula Maria Ribeiro Cardoso

Paula M. Ribeiro Cardoso

Coimbra, 30 de outubro de 2020

Sem nada a opor,

Inês Rosendo, Dra.
Coordenadora
USF Coimbra Centro

Anexo III – Aprovação da Comissão DE Ética para realização do estudo de investigação

9

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: <i>h. oliveira</i> <i>07.01.2021</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
------------------------------------	--

Título: Perceção dos cuidadores informais sobre a autonomia das pessoas idosas.

Processo número 93/2020

ASSUNTO:

Autores: Paula Maria Ribeiro Cardoso, Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, em consórcio com Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança; e Enfermeira de Família na USF Coimbra Centro, do A.CeS Baixo Mondego, Doutores Alexandre Rodrigues e João Paulo Tavares Professores da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Rosa Reis Marques
Dr.ª Rosa Reis Marques
Presidente

Alexandre Rodrigues
Dr. Alexandre Rodrigues
Vice Presidente

João Paulo Tavares
Dr. João Paulo Tavares

Fernando Cravo
Dr. Fernando Cravo

Os autores propõem-se desenvolver um estudo cujos objetivos são: conhecer a perceção dos cuidadores familiares acerca da autonomia do idoso e analisar como os cuidadores familiares estimulam a autonomia do idoso. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo.

A colheita de dados será efetuada através de entrevista semiestruturada. Os participantes serão cuidadores informais de idosos da Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro que aceitem participar, de forma voluntária no estudo. Estão definidos como critérios de inclusão: ser o cuidador principal, ter mais de 18 anos, o idoso de quem cuidam ter um índice de Barthel inferior a 55 pontos e superior a 40 pontos (dependência moderada). Como critérios de exclusão estão definidos os seguintes: Cuidadores familiares que cuidam de idosos com história de perturbação neurocognitiva major. Os investigadores solicitarão à Coordenadora da USF Coimbra Centro, onde decorre estudo que identifique os cuidadores informais que respeitem os critérios supracitados e que aceitem participar no estudo. E, se autorizado fornecerá participantes, o contacto telefónico do cuidador, o que será agendado local e hora da entrevista de acordo com a disponibilidade dos participantes. Os dados serão anonimizados.

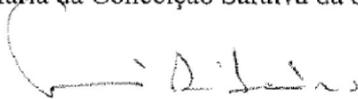
O documento de consentimento informado consta do processo e corresponde aos requisitos exigidos por esta comissão de ética.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Em síntese, a análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Coimbra, 13 de Dezembro de 2020

Relator: Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento



Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC



(Carlos Fontes Ribeiro)

**Anexo IV – Aprovação da ESSUA para realização do estudo de
investigação**

AUTORIZAÇÃO

Para os devidos efeitos autorizo a estudante **Paula Maria Ribeiro Cardoso**, do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a realizar o projeto de investigação intitulado *“Perceção dos cuidadores familiares sobre a valorização da autonomia nos idosos”*, sob a orientação científica dos Professores, Doutor Alexandre Marques Rodrigues e Doutor João Paulo Tavares.

Aveiro, 30 de outubro de 2020

O Diretor da Escola Superior de Saúde



Prof. Doutor Rui Jorge Dias Costa

APÊNDICES

Apêndice I - Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

PARTE I – Apresentação

- Apresentação do tema e objetivos do estudo
- Entrega e obtenção do consentimento informado
- Pedir e obter autorização para a gravação da entrevista

PARTE II – Caracterização sociodemográfica

- Do cuidador
- Da pessoa cuidada

PARTE III – Questões orientadoras para dar resposta aos objetivos do estudo

- Agradecimento pela disponibilidade e participação
- Informação sobre a possibilidade de um novo contacto para esclarecimento de eventuais dúvidas.
- Demonstrar disponibilidade para qualquer esclarecimento.

PARTE II

Entrevista Nº _____

Data ___/___/___

Local _____

Hora _____

1 – Caracterização socio demográfica do Cuidador Familiar:

- a. Idade _____.
- b. Estado Civil _____.
- c. Escolaridade _____.
- d. Profissão _____.
- e. Há quanto tempo é cuidador familiar? _____.
- f. Grau de parentesco? _____.
- g. Coabita com a pessoa cuidada: Sim _____ Não: _____.
- h. Ocupação de tempos livres: Sim _____ Não _____.
- i. É único cuidador? Sim _____ Não _____.
- j. Tipo de Família
 - Unitária _____
 - Monoparental _____
 - Alargada _____
 - Reconstruída _____
 - Nuclear _____

2 – Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa cuidada:

- a. Idade _____
- b. Estado civil _____

PARTE III

2.1. 3- Questões orientadoras

Seguidamente serão colocadas algumas perguntas sobre a sua prestação enquanto cuidador(a).

- 1- Fale-me da sua experiência enquanto cuidador(a), como se sente nesse papel?
- 2- Enquanto cuidador do seu familiar, o que entende por autonomia do Sr. X? Pode dar-me alguns exemplos?
- 3- Ao cuidar do seu familiar (pessoa idosa), o que faz para promover a autonomia dele?

Pode dar-me alguns exemplos?
- 4 – Gostaria de acrescentar alguma coisa que considere importante para esta entrevista?

Quero agradecer a sua disponibilidade e colaboração, uma vez que, são imprescindíveis para a realização deste estudo e perguntar se estará disponível caso me surjam dúvidas na transcrição da entrevista se poderei voltar a falar consigo?

Despedida.

Apêndice II- Índice de Barthel

Índice de Barthel

1. Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então "incontinente" *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como "continente".

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = "independente" se sem supervisão/sem auxílio*.

Apêndice III – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Paula Maria Ribeiro Cardoso, Enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado em enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior da Saúde da Universidade de Aveiro e no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Profissional, pretendo desenvolver um estudo cujo tema é: *“Perceção dos cuidadores informais sobre a autonomia das pessoas idosas”*. Este estudo tem Orientação científica do Professor Doutor Alexandre Marques Rodrigues e do Professor Doutor João Tavares, professores adjuntos na Universidade de Aveiro.

O estudo tem como objetivos:

- Conhecer a perceção dos cuidadores informais sobre a autonomia do idoso;
- Analisar como os cuidadores informais estimulam a autonomia do idoso.

Para a realização deste estudo, venho por este meio solicitar a sua participação numa entrevista, através da disponibilização do seu tempo. Todas as informações disponibilizadas serão usadas única e exclusivamente para efeitos deste estudo. Os dados serão trabalhados e apresentados de forma a preservar o anonimato e confidencialidade.

A sua participação é voluntária e pode a qualquer momento do estudo, interromper a sua participação, retirando o seu consentimento.

Agradeço desde já toda a atenção e colaboração de Vossa Excelência.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Local _____

Data __/__/__

Assinatura _____

Apêndice IV - Tabela 1 – Análise dos sentimentos inerentes à experiência de cuidar

Tabela 1

– Análise dos sentimentos inerentes à experiência de cuidar

<u>Categorias</u>	<i>Subcategorias</i>	Citações
<u>Sentimentos negativos</u>	<i>Insegurança</i>	- “Ora bem, experiência é a prática que nos vai ensinando e algumas dificuldades nós vamos ao médico ou ao enfermeiro de família...” (João, 54 anos) “...É assim, é difícil,... porque há determinadas situações que uma pessoa não domina...” (Isabel,60 anos) “...um bocado complicado para mim...” (Alzira, 64 anos) “...é muito complicado e pronto é fazer a limpeza da casa e cuidar dela em termos de almoço jantar o almoço...” (Ana, 58 anos) “...“...é difícil, porque estamos sempre preocupados...” (Ana, 58 anos)
	<i>Descrença nas instituições</i>	“...coloca-lo num lar, a experiência que nós temos é que ele estando débil fisicamente, não andava muito e agora muito menos e portanto ele ia ficar deitado num quarto mais nada, sem mais nada...”(João, 54 anos) “...os lares não têm pessoas qualificadas para tratar destas pessoas...” (Alzira, 64 anos) “...é aquilo que eu digo, em Portugal os nossos meios para os idosos e somos um país envelhecido logicamente mas não temos meios para eles...” (Ana, 58 anos) “...lar, não gostei não gostei... tive o meu pai 6 meses nos cuidados continuados para fazer reabilitação dos joelhos e ele saiu me lá pior...” (Adelaide, 52 anos)
<u>Sentimentos positivos</u>	<i>Retribuição</i>	“...Ele fez muito por mim também...” (João, 54 anos) “...É retribuir um pouco daquilo que ela fez por mim...” (Maria, 57 anos). “... Porque são os meus pais...” (Isabel,60 anos)
	<i>Satisfação consigo próprio</i>	“...Tenho muito prazer em dedicar este tempo ao meu pai...” (João, 54 anos). “...A relação torna-se mais intensa entre nós, mais confiança.” (João, 54 anos). “...Ser cuidadora da minha mãe é uma experiência desafiante...” (Maria, 57 anos). “... E cuidar dela também me faz sentir melhor comigo mesmo...” (Maria, 57 anos). “...Eu faço isto por amor...” (Maria, 57 anos). “...no fundo até me sinto bem...” (Isabel,60 anos). “... sei que estou a fazer o melhor que posso...” (Isabel,60 anos). “... Sinto-me muito bem, prestável...” (Helena, 63 anos). “...Eu sinto-me bem porque é uma coisa que eu gosto realmente...” (Lúcia, 67 anos). “...gosto realmente de fazer e faço com muito amor...” (Lúcia, 67 anos). “... Sinto-me bem, realizada, satisfeita...” (Adelaide, 52 anos)

Apêndice V - Tabela 2 – Análise das percepções dos CF sobre a autonomia da pessoa idosa

Tabela 2

– Análise das percepções dos CF sobre a autonomia da pessoa idosa

<u>Categorias</u>	<u>Subcategoria</u>	<u>Citações</u>
<u>Caracterização de autonomia da pessoa idosa</u>		<p>“...para mim um idoso autónomo é aquele que ainda faz as coisas dele próprio, que ainda consegue por exemplo fazer a comida, a higiene dele, fazer as suas coisinhas, ...um idoso autónomo é aquele que apesar de ter uma idade já avançada consegue fazer a higiene, a comida, comer sozinho, ainda fazer as suas coisas em casa e que não esteja numa cadeira de rodas ou que não esteja limitado a uma bengala ou a umas canadianas, e que não tenha que ter auxílio de uma pessoa...” (Maria, 57 anos).</p> <p>“...Aquilo que eu entendo por um idoso autónomo, pronto, é aquela pessoa que faz minimamente a vida normal de casa, portanto, que faz a sua higiene, que consegue tomar a sua medicação porque isso é importante, minimamente que consegue levar a vida e que consegue sair sozinho”. (Isabel, 60 anos).</p> <p>“... É no fundo eles terem esta capacidade de gestão do seu dia-a-dia, não é? Alimentação (comer sozinhos), andar sozinhos, vestirem-se sozinhos”. (Helena, 63 anos).</p> <p>“... Ter saúde, se ele conseguir fazer a sua vida normal toda sem ajuda de ninguém é uma pessoa autónoma...” (Alzira 64 anos).</p> <p>“...para mim é aquele que ainda faz a sua higiene que eu acho que é muito importante a autonomia deles nesse sentido ou que podem comer ainda fazerem a sua vida, digamos no dia-a-dia poder-se deslocar inclusivamente até à casa de banho...” (Ana, 58 anos).</p> <p>“...consegue ainda fazer tudo por ele, a comida, o banho...” (Luís, 45 anos).</p> <p>“...ir às compras ou fazer as coisas de casa ou fazer o “comerzito” para mim isso é ser autónomo...” (Adelaide, 52 anos)</p>

<p><u>Poder de decisão da pessoa idosa</u></p>	<p><i>Decisões financeiras</i></p>	<p>“...Ele quer ir sempre receber a sua pensão, quer ir recebe-la ao banco... se quer ir eu levo-o lá.... É ele que gere toda a parte económica, portanto as contas bancárias ... Portanto ele faz a gestão, ele vai fazendo as suas contas... é ele que gere ... é ele que decide tudo...” (João, 54 anos).</p> <p>“... Em relação á parte financeira ela sabe de tudo, ela recebe as cartas do banco, recebe as cartas para os pagamentos, ela sabe até que data é que tem que ser pago.... vai logo verificar se as continhas estão em ordem...” (Maria, 57 anos).</p> <p>“...A minha mãe decide ainda sobre este dinheiro em casa...” (Isabel, 60 anos).</p> <p>“... Em termos financeiros são eles...” (Helena, 63 anos).</p> <p>“... Em relação á parte monetária é assim, o dinheiro dela, ela não tem conta bancária e então vem o vale... eu conto aqui juntamente com o carteiro e depois ela, eu quando lho dou, ela é que fica com ele, ela é que decide...” (Alzira, 64 anos).</p> <p>“... Em relação á parte monetária é ela que gere, sim...” (Lúcia, 67 anos).</p> <p>“Em relação á parte financeira... é ela que gere tudo” (Adelaide, 52 anos).</p> <p>“...em questões financeiras, o outro dinheiro que sobra é o meu irmão mais novo que gere pronto” (Isabel, 60 anos).</p> <p>“... quem gera a conta dos meus pais somos nós... nós gerimos o valor total mensal, nós á minha mãe damos-lhe, aliás, ela é pede às vezes 100,200 o que ela pede nós damos-lhe, pronto para e ela vai tendo e depois vai dando...” (Ana, 58 anos).</p> <p>“...Em termos financeiros sou eu, sou eu que já estou a começar a gerir, não é que ele não tivesse capacidade mas a parte financeira sou eu que cuido de tudo...” (Luís, 45 anos).</p>
--	------------------------------------	--

	<i>Decisão sobre a medicação</i>	<p>“... Eu só não lhe promovo a autonomia, embora ele queira, é nos medicamentos...” (João, 54 anos).</p> <p>“...dou-lhe a insulina e isso tudo...” (Maria, 57 anos).</p> <p>“...sim sou eu que oriento e administro o dou-lhes para eles tomarem, sim eu trato de tudo, tudo, a minha mãe sabe o que tomar, mas eu ponho-lhos lá porque eu tenho receio que ela se baralhe...” (Isabel, 60 anos).</p> <p>“Em relação á medicação sou eu... eu faço semanalmente e pronto.” (Helena, 63 anos).</p> <p>“...medicamentos e também lhes dou...” (Alzira, 64 anos).</p> <p>“... Agora em relação á medicação sou eu para que não haja esquecimentos, preparo tudo nas caixinhas. Tenho receio que ela se esqueça...” (Lúcia, 67 anos).</p> <p>“... Em relação á medicação, ela não decide nada sobre a medicação, não de forma alguma. Nós aliás, temos as caixinhas a da minha mãe são brancas do meu pai são verdes a ao fim de semana ao domingo, nós fazemos sempre domingo a domingo aa é um ou outro pronto quem cá vem primeiro ou quem passa primeiro o ou se esquece...” (Ana, 58 anos).</p> <p>“... Certas coisas quero ser eu a tomar conta, está a ver, os medicamentos, para não falharem, mas ele sabe, mas quero ser eu...” (Luís, 45 anos).</p> <p>“...sou eu que lha ponho, eu ponho dentro de uma caixinha para a semana ponho-lhe..., mas ela sabe, ela sabe, mas eu prefiro, que assim sei que ela que os toma...” (Adelaide, 52 anos).</p>
	<i>Decisão sobre as compras</i>	<p>“...a questão das compras é feita por mim...” (João, 54 anos).</p> <p>“...sou eu que faço as compras...” (Maria, 57 anos).</p> <p>“...eu é que vou às compras eu é que faço a lista das compras eu é que decido que tenho de fazer tudo, tudo...” (Isabel, 60 anos).</p> <p>“... Em relação às compras sou eu que decido e compro tudo aqui para casa...” (Alzira, 64 anos).</p> <p>“... Em relação às compras sou eu que decido...” (Ana, 58 anos).</p> <p>“...Em relação às compras sou eu que cuido de tudo...” (Luís, 45 anos).</p>
	<i>Decisão sobre a alimentação</i>	<p>“... Em relação às refeições sou eu decido tudo...” (Isabel, 60 anos).</p> <p>“... Quem decide as refeições, a ementa é o meu marido, não é ela que decide...” (Alzira, 64 anos).</p> <p>“...Em relação às refeições, em termos de confeção eles não confeccionam nada eles não decidem o que vão comer...” (Ana, 58 anos).</p>
	<i>Decisão sobre os cuidados de higiene</i>	<p>“... Em relação á hora do banho, decidi em função da disponibilidade...” (Isabel, 60 anos).</p> <p>“...O banho está dependente da dona l... eu é que combino com a dona Isabel...” (Alzira, 64 anos).</p> <p>“... Em relação aos banhos, pronto, banhos é complicado porque eles são camurros... sou eu que decido a hora dos banhos...” (Luís, 45 anos).</p>

Apêndice VI - Tabela 3 – Análise das estratégias de estimulação para promover a autonomia da pessoa idosa

Tabela 3

– Análise das estratégias de estimulação para promover a autonomia da pessoa idosa

Categorias	Citações
<u>Estimulação da mobilidade</u>	<p>“...ele tem uma pedaleira e eu incentivo-o a todos os dias fazer um bocadinho de exercício nela...” (João, 54 anos).</p> <p>“...eu trago-a cá fora, venho devagarinho com ela, e ela vem devagarinho encostada à bengalita... Quando cá está a minha filha, nós levamo-la a subir as escadas.... Tento sempre que ela faça diariamente uma pequena caminhada...”. (Maria, 57 anos).</p> <p>“... Fazem caminhadas, vão até ao quintal, o meu pai tem uma pedaleira e de manhã após o pequeno-almoço vai sempre para a pedaleira...” (Helena, 63 anos).</p> <p>“... Faz caminhadas...” (Lúcia, 67 anos).</p> <p>“...AS vezes vou com ela passear um bocadinho...” (Luís, 45 anos).</p> <p>“...faz a caminhadazinha...” (Adelaide, 52 anos).</p>
<u>Estimulação social</u>	<p>“... Vamos passear de mota e conversamos muito.” (João, 54 anos).</p> <p>“... Aos fins-de-semana, eu trago a minha sogra, a irmã da minha sogra e o cunhado da minha sogra, ficam aqui todos juntos, almoçam todos, jogam dominó, estão a fazer alguma coisa, conversam, veem futebol...” (João, 54 anos).</p> <p>“...comemos todos juntos... fala muito ao telefone porque estão sempre a ligar, e ela liga para pessoas amigas”; “Algumas vezes quando eu ia às compras deixava-a em casa dessas minhas cunhadas para ela também conversar com outras pessoas, com as minhas sobrinhas e com a amiga dela...” (Maria, 57 anos).</p> <p>“...está sempre a telefonar às amigas...” (Helena, 63 anos).</p> <p>“... Ela quando os meus netos telefonam, eles adoram-na eles telefonam – lhe...” (Alzira, 64 anos).</p> <p>“...entretém-se muito com o telemóvel no Facebook e a ver televisão”. (Lúcia, 67 anos).</p> <p>“...vamos beber um cafezinho comer uma natinha...”(Adelaide, 52 anos).</p>
<u>Estimulação cognitiva</u>	<p>“...ele adora ler o jornal, jogar damas, o sudoku no seu telemóvel, isto mantém vivo o espirito...” (João, 54 anos).</p> <p>“...ela lê muito, trago revistas e jornais e ela gosta de lê-los todos, vê muita televisão, gosta muito de ver o canal da política...”. (Maria, 57 anos).</p> <p>“... Vê televisão...” (Isabel, 60 anos).</p> <p>“...vê televisão, lê as suas revistas assim como as de culinária...” (Helena, 63 anos).</p> <p>“...a ver as notícias...” (Adelaide, 52 anos).</p> <p>“...gosta de ler o jornal despertar.... Interessa-se pela televisão...” (Alzira, 64 anos).</p> <p>“...a minha mãe entretém a ler... a minha mãe entretém-se a por um papelito no lixo e a escrever o que vai pôr no lixo ela escreve noutra papel, pronto, ela lê os folhetos todos que vem na medicação, ela lê isso tudo e televisão para verem a missa...” (Ana, 58 anos).</p> <p>“...o meu pai lê tudo e ainda escreve...” (Adelaide, 52 anos).</p>