

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A AVALIAÇÃO DA TIPOLOGIA DO AUTOCUIDADO EM  
CLIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA  
CRÓNICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Prof. Doutor Paulino Sousa

Coorientação:

Mestre Miguel Padilha

Maria das Dores Vieira Leite

Porto, 2012



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Paulino Sousa pela orientação, apoio e disponibilidade prestada.

Ao Mestre Miguel Padilha pela orientação, apoio, compreensão e disponibilidade prestada perante as muitas dificuldades

Aos docentes da ESEP pela disponibilização do instrumento de colheita de dados.

A todos os Directores de Serviço, Enfermeiros Chefes e Enfermeiros dos serviços de Medicina, Consulta de Medicina do CHP-HSA, pelo apoio e colaboração que deram.

Ao Director de Serviço, Fisioterapeuta Coordenadora e Fisioterapeutas de Medicina Física e Reabilitação pelo apoio e colaboração que deram.

Ao Diretor de Serviço, Enfermeiro Chefe e Enfermeiros do Serviço de Cinesiterapia Respiratória do CHVNG/E.

Aos doentes, que nos permitiram adquirir e aprofundar conhecimentos sobre as Tipologias de autocuidado.

Aos meus amigos pelo apoio e ajuda, em especial à Ana Gomes, Cátia e Célia.

À minha família, em especial ao meu marido e as minhas filhas, Catarina e Inês.



## ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Actividades de vida diária

BOLD – The Burden of Obstructive Lung Disease Study

CVF – Capacidade vital forçada

CHP – HSA – Centro Hospitalar do Porto, Unidade Hospital Santo António

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DALY's – *Disability adjusted life years*

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ed – Edição

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

et al – (e outros)

ex. – Exemplo

gl – Graus de liberdade

GOLD - Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease

*KW* – Teste estatístico de *Kruskal-Wallis*

*KMO* – *Kaiser-Meyer-Olkin*

M – Média

n – Número de Casos

n<sup>o</sup> - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR - Observatório Nacional das Doenças respiratórias

*p* – Nível de Significância

*r<sub>s</sub>* – Correlação Ró de Spearman

SCHDE- Self-Care of Home Dwelling Elderly

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

*U* – Teste estatístico de *Mann-Whitney*

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Vol. – Volume

FEV<sub>1</sub> – Volume expiratório máximo no 1<sup>o</sup> segundo

X<sup>2</sup> – Qui-quadrado



## ÍNDICE DE CONTEÚDOS

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1 - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO</b> .....	19
<b>1.1. - A DPOC Como Doença Crónica</b> .....	19
1.1.1 - <i>Definição e Classificação da DPOC</i> .....	20
<b>1.2. - Impacte da Doença no autocuidado</b> .....	23
<b>1.3. - Tipologia de Autocuidado</b> .....	25
1.3.1. - <i>Compreender os Comportamentos de Adesão</i> <i>Relacionados com a tipologia de Autocuidado nos processos de</i> <i>transição</i> .....	30
<b>1.4. - Justificação do estudo</b> .....	32
<b>2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	35
<b>2.1- Finalidade e Objetivos</b> .....	35
<b>2.2- Tipo de Estudo</b> .....	36
<b>2.3- Variáveis em Estudo</b> .....	37
<b>2.4- População / Amostra</b> .....	39
<b>2.5- Procedimentos de Recolha de Dados</b> .....	40
2.5.1- <i>Instrumento de Recolha de Dados</i> .....	42
2.5.1.1- <i>Fidelidade e Validade do Instrumento</i> .....	44
2.5.2- <i>Recolha de Dados</i> .....	46
<b>2.6 - Procedimentos de Análise de Dados</b> .....	47
<b>2.7- Aspectos Éticos</b> .....	48
<b>3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	51
<b>3.1- Caracterização da amostra</b> .....	51
3.1.1- <i>Perfil socio demográfico dos participantes</i> .....	52
<b>3.2- Caracterização dos Perfis de Autocuidado</b> .....	57
3.2.1- <i>Distribuição dos Participantes pelos perfis de</i> <i>Autocuidado</i> .....	63
3.2.2- <i>Estudo das relações dos Scores do Perfil específico de</i> <i>Autocuidado</i> .....	67
<b>3.3- Avaliação dos perfis de Autocuidado - Fatores</b> <b>Resultantes</b> .....	74

3.3.1- <i>Desejo de continuar a viver como agente activo</i> .....	75
3.3.2- <i>Boa condição física</i> .....	76
3.3.3- <i>Relações interpessoais significativas</i> .....	78
3.3.4- <i>Vida de sacrifício e de responsabilidade</i> .....	79
3.3.5- <i>Aceitação e confiança</i> .....	79
3.3.6- <i>Envolvimento no processo de cuidados</i> .....	80
3.3.7- <i>Consciência realista do efeito do envelhecimento</i> .....	81
3.3.8 – <i>Sufrimento</i> .....	82
3.3.9- <i>Atitude face ao regime de tratamento</i> .....	82
3.3.10- <i>Resignação face ao envelhecimento</i> .....	83
3.3.11- <i>Atitude face ao regime medicamentoso</i> .....	84
3.3.12- <i>Medo da evolução da doença</i> .....	84
3.3.13- <i>Impotência face à evolução da doença</i> .....	85
3.3.14- <i>Atitude face à dependência</i> .....	86
<b>4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	95
<b>5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	101
<b>ANEXOS</b> .....	107
<b>Anexo I:</b> Modelo do Instrumento Original	
<b>Anexo II:</b> Autorização do CHP-HSA	
<b>Anexo III:</b> Autorização do CHVNG/E	
<b>Anexo IV:</b> Instrumento final de avaliação dos perfis de Autocuidado	
<b>Anexo V:</b> Autorização da ESEP para a utilização do instrumento	
<b>Anexo VI:</b> Alfa de <i>Cronbach</i>	
<b>Anexo VII:</b> Modelo de Consentimento Informado	
<b>Anexo VIII:</b> Carta explicativa do estudo	
<b>Anexo IX:</b> Alteração aos números do instrumento (SCHDE)	
<b>Anexo X:</b> Perfis de autocuidado considerando todos os itens do instrumento	
<b>Anexo XI:</b> Perfis de autocuidado considerando os itens específicos de cada tipologia de autocuidado	
<b>Anexo XII:</b> Análise fatorial – componentes principais	
<b>Anexo XIII:</b> Rotação de <i>Varimax</i> com normalização Kaiser	
<b>Anexo XIV:</b> Matriz de correlação entre os fatores	

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I: Variáveis em estudo .....	38
Quadro II: Coeficientes de alfa de Cronbach da validação do instrumento global na Eslovénia (adaptado de Zelnick, 2007) .....	43
Quadro III: Perfis de autocuidado e questões associadas .....	58
Quadro IV: “Questões específicas” por Perfil de Autocuidado .....	61

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1: Diferenças entre a dependência no autocuidado e os scores do perfil específico de Autocuidado <i>Independente</i> .....	72
Gráfico nº 2: Diferenças entre a dependência no autocuidado e os scores do perfil específico de Autocuidado <i>Abandonado</i> .....	73
Gráfico nº 3: Diferenças entre a Intolerância à actividade no autocuidado e os scores do perfil específico de Autocuidado <i>Abandonado</i> .....	74

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1: Distribuição dos sujeitos em função das variáveis Idade e Formação .....	52
Tabela nº 2: Frequência da escolaridade .....	52
Tabela nº3: Distribuição da amostra em função das variáveis sócio demográficas (nominais) .....	53
Tabela nº4: Distribuição dos sujeitos em função dos anos de doença e do FEV <sub>1</sub> .....	55
Tabela nº 5: Correlação entre variáveis independentes .....	56
Tabela nº 6: Diferença de médias entre as variáveis de independentes e os grupos da amostra .....	57
Tabela nº 7: Matriz de Correlação dos scores dos perfis de Autocuidado ....	60
Tabela nº8: Matriz de Correlação dos scores dos perfis de Autocuidado – Questões específicas .....	62
Tabela nº 9: Distribuição da amostra em função dos “Perfis de Autocuidado”	64
Tabela nº 10: Distribuição dos casos categorizados como “Indefinidos” .....	65
Tabela nº11:Diferenças nos scores do perfil específico de Autocuidado em função do sexo.....	68
Tabela nº 12: Diferenças nos scores do perfil específico de Autocuidado em função da utilização de O <sub>2</sub> nas AVD .....	68
Tabela nº 13: Diferenças nos scores do perfil específico de Autocuidado relativamente aos grupos da amostra.....	69
Tabela nº 14: Correlação Idade /Scores do perfil específico de Autocuidado	70
Tabela nº 15: Correlação Anos de Formação /Scores do perfil específico de Autocuidado .....	71
Tabela nº 16: Estatística descritiva dos fatores .....	76
Tabela nº 17: Fator 1 - “ Desejo de continuar a viver como agente activo ...	76
Tabela nº 18: Fator 2 - “Boa condição física” .....	77
Tabela nº19: Fator 3 - “ Relações interpessoais significativas” .....	78
Tabela nº 20: Fator 4 - “Vida de sacrifício e de responsabilidade” .....	78
Tabela nº 21: Fator 5 - “ Aceitação e confiança” .....	79

Tabela nº 22: Fator 6 - “Envolvimento no processo de cuidados” .....	80
Tabela nº 23: Fator 7 - “Consciência realista do efeito do envelhecimento” .	81
Tabela nº 24: Fator 8 - “Sofrimento” .....	82
Tabela nº 25: Fator 9 - “Atitude face ao regime de tratamento” .....	83
Tabela nº 26: Fator 10 - “Resignação face ao envelhecimento” .....	84
Tabela nº 27: Fator 11 - “Atitude face ao regime medicamentoso” .....	84
Tabela nº 28: Fator 12 - “Medo da evolução da doença” .....	84
Tabela nº 29: Fator 13 - “Impotência face à evolução da doença” .....	85
Tabela nº 30: Fator 14 - “Atitude face à dependência” .....	86
Tabela nº31:Relação entre os perfis de autocuidado e os fatores emergentes .....	87
Tabela nº 32: Relação entre a escolaridade e os fatores emergentes .....	90
Tabela nº 33: Diferenças entre a variável “com quem vive” e os fatores emergentes .....	91
Tabela nº34: Diferenças entre a variável “Utiliza de O2 nas AVD” e os factores emergentes .....	93
Tabela nº 35: Diferenças entre os Fatores e os grupos da amostra .....	93

## RESUMO

A doença crónica e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em particular, no seu processo de evolução, causa impacte altamente negativo na gestão das atividades de autocuidado e conseqüentemente na qualidade de vida dos clientes. Nas situações em que os clientes com DPOC vêm alterada a sua autonomia, resultante do impacte da doença, podem vivenciar um processo de transição que implica mudança e procura de um novo ponto de equilíbrio. É necessário ter em consideração os fatores intrínsecos do cliente - *perfis de autocuidado* - de acordo com Backman & Hentinen, que podem condicionar a mudança, a integração de conhecimentos e readaptação funcional para o *autocuidado*. O constructo de *Tipologia de autocuidado* representa a biografia de cada cliente, as suas experiências e expectativas futuras. Dada a importância deste constructo para o reconhecimento e compreensão das atitudes dos clientes, as autoras desenvolveram um instrumento SCHDE, que permite descrever o perfil de autocuidado dos clientes. São descritas quatro tipologias de autocuidado "*Responsável*"; "*Formalmente Guiado*"; "*Independente*" e "*Abandonado*".

O estudo desenvolvido teve como objectivo identificar o perfil de autocuidado predominante nos clientes com DPOC, que frequentavam a consulta de Medicina do Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António (CHP-HSA) e o Ginásio do Serviço de Cinesiterapia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE). Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza exploratória e descritiva, baseado numa amostra não probabilística e de conveniência, constituída por 173 clientes com DPOC. Da análise dos resultados não foi encontrado nenhum cliente com perfil considerado "puro", contudo em nova análise, com base nos perfis de autocuidado específicos encontramos sete (4,06%) clientes com perfil específico "puro", e quatro (2,3%) clientes que evidenciavam perfis predominantes de dois tipos de autocuidado. Os restantes casos da amostra foram categorizados como "Indefinidos", destes a maioria apresenta uma associação de características de diferentes perfis de autocuidado, cujo valor mais relevante se refere à associação "*Responsável/ Formalmente Guiado*" que representa 50% dos casos "Indefinidos". Através do processo de análise fatorial com base nos dados resultantes da avaliação dos perfis de autocuidado foi possível extrair 14 fatores, dos quais

emergiram dois conjuntos predominantes com correlações positivas associadas aos diferentes perfis de autocuidado, destacando-se os perfis de autocuidado *Responsável e Independente* cujas características são quase mutuamente inclusivas e distinguem atitudes pessoais de cooperação, autonomia, responsabilidade e confiança nos cuidados de saúde. Através destes dados foi possível identificar características pessoais dos clientes com DPOC e associa-las a perfis de autocuidado, pelo que consideramos importante o desenvolvimento deste constructo para a conceção dos cuidados de enfermagem.

**Palavras chave:** DPOC, Autocuidado, Perfil de Autocuidado, Gestão do regime terapêutico.

## ABSTRACT

The Chronic disease and the Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in particular, cause a highly negative impact in the client's life quality as well as in their daily self-care activities during the disease evolution process. When the clients with COPD feel that their autonomy has been changed due to the high impact of the disease, they can experience a transition process that involves the finding of a new equilibrium point. The intrinsic factors of the client – self-care profile – should be considered, according with Backman & Hentinen, since they may influence the transition, as well as the integration of knowledge and the functional rehabilitation for the self-care. The Self-care Typology theory represents the biography of each client: their life experiences and future perspectives. Given the importance of this theory to the knowledge and comprehension of the clients' behavior, the authors developed a tool – SCHDE – which allows the description of the clients' self-care profile. Four self-care typologies have been described: "Responsible", "Formally Guided", "Independent", and "Abandoned".

The present study, relying on this tool and on its theory, proposes the identification of the most prevalent Self-Care profile within COPD clients' from the Hospital Medical Center of Porto – Hospital de Santo António e o Ginásio do Serviço de Cinesiterapia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE). It concerns an exploratory and descriptive quantitative study based on a non-probabilistic and convenience sample with 173 COPD clients'. From the results analysis, any client with a "pure" profile was founded, despite in a new analysis taking in consideration specific self-care profiles, it was possible to identify seven (4,06%) clients with a pure profile and four (2,3%) which showed predominantly two types of self-care profiles. The remaining cases in the sample were categorized as "undefined", and a great part of them presents an association with different self-care profiles characteristics, which the higher value is referent to the association "Responsible/Formally guided", that means, 50% of the "undefined" cases. Through the factorial analysis based on the relevant data, it was possible to extract 14 factors of which emerged 2 predominant sets with positive correlations associated to different Self-care profiles standing out the profile "Responsible" and "Independent"

whose characteristics are almost inclusive and can be distinguished by the personal behavior of cooperation, autonomy, responsibility and reliability on health care. In this work, it was possible to identify personal characteristics of COPD clients and make an association with self-care profiles, whereby we considered very important the development of this theory for the nursing care conception.

**Key Words:** COPD, Self-Care, Self-Care Profile, therapeutic regimen management.

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação advém de um estudo de investigação, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e pretende dar a conhecer o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da investigação e apresentar os resultados obtidos no desenvolvimento do estudo. É um trabalho que procura através do conceito de *Tipologia de Autocuidado* descrever os Perfis de autocuidado dos clientes com Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

A DPOC caracteriza-se por uma limitação do débito aéreo que não é totalmente reversível, com limitação progressiva da função pulmonar GOLD (2009). De acordo com o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR, 2011), as doenças respiratórias são a principal causa de morte no mundo, sendo a DPOC a 4ª causa de morte na União Europeia. Relativamente a Portugal a mesma fonte refere que existem mais de 500.00 clientes com esta doença, atingindo uma prevalência de 14,2% em clientes com mais de 40 anos e é considerada atualmente como a 5ª causa de morte.

Na DPOC as exacerbações são comuns, caracterizam-se pelo aumento da dispneia e fraqueza muscular e estão na base de múltiplos internamentos hospitalares. Esta doença tem particular impacto no quotidiano do cliente, dado que, não se limita às vias aéreas e pulmões, origina também manifestações sistémicas significativas e comorbilidades (Decramer, 2008). De facto a DPOC em fases mais avançadas tem repercussão sobre todo o organismo, sendo a redução da massa e força muscular (Decramer, 2008), um dos fatores que mais contribui para a redução progressiva da energia disponível o que altera de forma negativa a qualidade de vida, com conseqüente diminuição da capacidade para o autocuidado.

Para a Enfermagem, o *Autocuidado* assume particular relevância dado que no seu exercício profissional, os enfermeiros procuraram maximizar o bem-estar e promover a autonomia no autocuidado dos clientes (OE, 2001). Assumindo que o autocuidado representa o conjunto de comportamentos que a pessoa executa, tendo por objetivo promover ou restaurar a sua saúde e que diz respeito não só a execução das atividades de vida diária, mas também à atitude e empenho da

pessoa na manutenção da saúde e bem-estar (Orem,1995). Os enfermeiros quer sejam generalistas, quer sejam especialistas de reabilitação, ao longo de todo o ciclo vital procuram em conjunto com o cliente prevenir a doença, promover processos de readaptação e a máxima independência nas atividades de vida, assim como a adaptação funcional aos défices, através de processos de aprendizagem. Na implementação de terapêuticas de enfermagem que visam colmatar as alterações físicas provocadas pelo estado de doença, é de suma importância a interação enfermeiro-cliente, atendendo a que esta tem por finalidade ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2001).

Neste sentido Backman & Hentinen (1999; 2001), destacam a ideia de que a predisposição para o autocuidado sofre influências que são intrínsecas à pessoa, como seja, a sua personalidade, experiências de vida, crenças e independência funcional, pelo que, as estratégias adaptativas que a pessoa desenvolve face à doença têm o carácter individual e único, que deve ser identificado e reconhecido pelos profissionais de saúde. Os enfermeiros perante um cliente que sofre de doença crónica incapacitante como é a DPOC, implementam terapêuticas de enfermagem que visam a promoção da independência no autocuidado, a readaptação funcional e a gestão do regime terapêutico, e estas significam por um lado, melhorar a qualidade de vida do cliente e por outro aumentar a responsabilidade pessoal no autocontrolo da doença, desenvolvendo em conjunto processos eficazes de lidar com a nova situação de saúde/doença.

O reconhecimento da sua condição de saúde e a adaptação à incapacidade incorpora à luz de Meleis (2000), um processo de transição que implica mudança e procura de um novo ponto de equilíbrio, existem no entanto fatores intrínsecos ao cliente, como seja o seu perfil de autocuidado, que podem condicionar a integração de novas formas de efetuar o *Autocuidado*.

O perfil de autocuidado, de acordo com os estudos realizados por Backman & Hentinen (1999; 2001), representa os estilos de vida de cada cliente e reflete características únicas que estão ligadas às experiências vividas e as suas expectativas para o futuro. Este conceito traduz de forma clara o percurso biográfico dos clientes e que não pode ser dissociado das práticas de cuidados. Assim, conhecer os perfis de autocuidado dos clientes com DPOC pode contribuir para a definição de terapêuticas de enfermagem mais significativas no domínio do autocuidado e na promoção da gestão do regime terapêutico.

É neste enquadramento, que o estudo de investigação aqui exposto estimula e desenvolve o nosso conhecimento e competências nesta área. Sendo escassos em Portugal os estudos que permitam perceber o potencial de aplicação do conceito de

“Perfis de autocuidado” na prática clínica, e particularmente no que diz respeito ao autocuidado e à gestão do regime terapêutico nos clientes com DPOC, optamos por desenvolver uma investigação motivados pela seguinte questão de partida:

- Qual o perfil de autocuidado predominante nos clientes com DPOC?

De facto a DPOC por ser uma doença crónica controlável, necessita no seu tratamento, da adoção de regimes terapêuticos complexos por parte dos clientes. Torna-se por isso fundamental identificar o perfil de autocuidado, dado que são estes traços pessoais que condicionam as atitudes de gestão eficaz de regimes terapêuticos complexos, e ainda, a capacidade de resistir ou não à dependência no autocuidado e à inatividade, independentemente da evolução no estadió da doença.

É nesta perspetiva que baseamos nosso estudo e para o qual, tivemos como objetivos:

- Desenvolver conhecimentos sobre a investigação em enfermagem;
- Descrever a pesquisa bibliográfica que suportou esta temática;
- Indicar o percurso e as opções metodológicas;
- Descrever e analisar os resultados alcançados com a aplicação do formulário;
- Propor o desenvolvimento de novos estudos que incluam a revisão do instrumento de colheita de dados através da incorporação dos fatores resultantes da análise fatorial.

A organização desta dissertação está estruturada em quatro partes essenciais. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico, nesta definimos a DPOC e abordamos os conceitos de *Autocuidado* e de *Tipologia de autocuidado*. A segunda parte, diz respeito as opções metodológicas da investigação, pelo que descrevemos a finalidade e objetivos do estudo, o desenho e tipo de estudo, as questões relativas à população e amostra, assim como o processo de recolha e análise de dados. Na terceira parte apresentamos e efetuamos a análise e discussão dos resultados obtidos, caracterizando a amostra e descrevendo os perfis de autocuidado encontrados nos participantes. A quarta parte e última refere-se as considerações finais do estudo, atendendo aos objetivos delineados à partida destacamos os resultados que obtivemos, as limitações encontradas e fazemos propostas de continuidade da aplicação deste constructo na área de investigação e na área da prestação de cuidados.



# 1 - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

O estudo que estamos a desenvolver pretende contribuir para caracterizar a tipologia do autocuidado em clientes com DPOC. Neste capítulo fazemos uma abordagem à DPOC como doença crónica e às alterações fisiopatológicas a ela inerentes dando particular atenção ao impacto destas sobre o quotidiano do cliente, nomeadamente na capacidade para a realização das atividades do autocuidado. De seguida desenvolvemos o conceito de **-Tipologia de autocuidado-** pela importância que este pode ter na conceção de cuidados de Enfermagem, permitindo compreender entre outros, os comportamentos de adesão e a sua relação com os processos de transição saúde/doença, contribuindo desta forma para uma melhor definição das estratégias terapêuticas de enfermagem.

## 1.1- A DPOC Como Doença Crónica

A DPOC é uma das principais causas de morbilidade crónica em todo o mundo, com conseqüente perda da qualidade de vida, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morte nas próximas décadas. Esta doença é responsável pela elevada frequência de consultas médicas e de episódios de recurso ao serviço de urgência, assim como, por elevado número de internamentos, por vezes prolongados (DGS, 2005).

A DPOC é uma doença respiratória que evolui por exacerbações, que se caracterizam pelo agravamento dos sintomas e podem resultar em declínio da função pulmonar e aumento da fraqueza muscular, sendo que a frequência destas exacerbações aumenta com a gravidade da doença (Nici et.al., 2006).

Segundo o ONDR (2011) em Portugal existem cerca 800.000 pessoas com DPOC, metade dos quais necessita de acompanhamento e tratamento e cuja prevalência é de 14,2% (GOLD estadio I) em pessoas com mais de 40 anos.

O fator de risco mais frequente para a DPOC, em todo mundo é o tabagismo. Em Portugal a prevalência do uso de tabaco é considerado baixo, sendo mais frequente em homens (33,7%) que nas mulheres (15,5%), no entanto está a verificar-se um aumento no sexo feminino, que em 10 anos aumentou em cerca de 114% o que é um dado preocupante. As doenças respiratórias são a 6ª causa de perda de anos de vida ajustados à incapacidade (DALYS) no mundo (ONDR, 2011). A DPOC como causa de incapacidade ocupava internacionalmente o 12º lugar em 1990, prevendo-se que venha a ocupar o 5º lugar no ano de 2020. Mediante estes dados prevê-se tendência para o aumento expressivo a médio e longo prazo de perda da funcionalidade da população ativa, que é importante contrariar (DGS, 2005, p.3-5).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica da Direção Geral da Saúde prevê a implementação de medidas junto da população em risco, ou já portadora de doença, através dos vários serviços de saúde de forma a criar condições para que se possam pôr em prática ações que promovam o diagnóstico precoce, o adequado tratamento e plano de reabilitação ao cliente com DPOC. Este plano tem como objetivo minimizar o impacto da DPOC na qualidade de vida.

### 1.1.1– *Definição e Classificação da DPOC*

A DPOC é uma doença evitável e controlável mas irreversível, pode acompanhar-se de alguns efeitos extra pulmonares significativos que contribuem para a sua gravidade. O estado patológico da componente pulmonar caracteriza-se pela, limitação do débito aéreo, em que este não é completamente reversível. Esta limitação é habitualmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão a partículas ou gases nocivos (GOLD, 2009).

O diagnóstico de DPOC deve considerar-se, sempre que a pessoa apresente: tosse crónica que pode ser intermitente e improdutiva, expectoração crónica, dispneia que é progressiva e que se agrava com o exercício físico e história de exposição a fatores de risco. Os sintomas e sinais clínicos como dificuldade respiratória e tempo expiratório aumentado ajudam a efetuar o diagnóstico, no entanto só a espirometria fornece com rigor o estadió da doença (GOLD, 2009). A espirometria mede a relação entre o Volume Expiratório Máximo no 1º segundo (FEV<sub>1</sub>) e a Capacidade Vital Forçada (CVF) (GOLD, 2009).

A DPOC é classificada em 4 estadios (GOLD, 2009):

- **Estadio I:** DPOC Ligeira – Limitação ligeira do débito aéreo ( $FEV_1/FCF < 70\%$  e  $FEV_1 \geq 80\%$  do previsto). Neste estadio a pessoa ainda desconhece que a sua função respiratória esta alterada.
- **Estadio II:** DPOC Moderada – Agravamento da limitação do débito aéreo ( $FEV_1/FCF < 70\%$ ;  $50\% \leq FEV_1 < 80\%$  do previsto). Neste estadio a pessoa procura ajuda médica devido a apresentar já sintomas respiratórios ou exacerbação da doença.
- **Estadio III:** DPOC Grave – Maior agravamento do débito aéreo ( $FEV_1/FCF < 70\%$ ;  $30\% \leq FEV_1 < 50\%$  do previsto). Neste estadio surge agravamento da dispneia e menor capacidade para o exercício com impacto na qualidade de vida do cliente.
- **Estadio IV:** DPOC Muito Grave – Limitação grave do débito aéreo ( $FEV_1/FCF < 70\%$ ;  $FEV_1 < 30\%$  do previsto ou  $FEV_1 < 50\%$  do previsto associada insuficiência respiratória crónica). Neste estadio a qualidade de vida está seriamente comprometida e as exacerbações podem constituir risco de vida.

Uma das estratégias fundamentais para o controlo da prevalência da doença nas suas fases iniciais, passa pela sensibilização dos profissionais e da população para o diagnóstico precoce de DPOC, permitindo desta forma traçar objetivos terapêuticos com o cliente com DPOC, recorrendo a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, onde se incluem os programas de promoção da gestão do regime terapêutico que visam o desenvolvimento de mestria para a integração do regime de tratamento no quotidiano. Os enfermeiros no âmbito do seu mandato social podem ser mais significativos para estes clientes, através da implementação de estratégias terapêuticas que envolvam o cliente nos cuidados e na procura de um melhor nível de saúde, ajudando-o na mudança de estilos de vida tendo em conta as suas capacidades e valorizando as suas crenças e valores. É da relação terapêutica que se estabelece entre os enfermeiros e o cliente com DPOC que se podem obter resultados no autocontrolo da doença, é ainda através deste processo dinâmico que os enfermeiros ajudam o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2001).

A monitorização da DPOC deve ser realizada nos diferentes níveis de cuidados de saúde ou seja, nos estádios de doença I e II, a vigilância periódica deve efetuar-se a nível de cuidados de saúde primários, nos estádios III e IV. A vigilância deve ser efetuada em articulação dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde hospitalares (DGS, 2005) pelo que os Enfermeiros têm âmbito de ação terapêutica em todas as fases da doença e nos vários contextos de acompanhamento.

Os enfermeiros podem utilizar diversas estratégias terapêuticas para ajudar o cliente a desenvolver o autocontrole da doença, quer através de estratégias de interação face a face ou recorrendo a estratégias inovadoras como a utilização de tecnologias de informação e comunicação. O âmbito de ação terapêutica do Enfermeiro engloba os processos de prevenção, controlo e tratamento da doença, bem como o da manutenção da capacidade funcional, através do recurso a técnicas de reabilitação. De acordo com Nici e colaboradores (2006) a reabilitação respiratória pode ser efetiva na manutenção da capacidade funcional dos clientes com DPOC, que se pode traduzir num melhor estado funcional, numa maior capacidade de interação social, familiar e profissional e na redução dos custos em saúde, através da estabilização ou redução das alterações sistémicas da doença, alterando positivamente a qualidade de vida destes clientes. Neste sentido, a reabilitação respiratória deve ser uma estratégia a utilizar a partir do estágio II (DGS, 2009). Também as recomendações da GOLD (2011) indicam a utilidade do recurso à reabilitação respiratória a partir do estágio II e tendo como referência o estudo BOLD seriam potencialmente elegíveis para a reabilitação respiratória 400.000 clientes com DPOC. A reabilitação respiratória pode ser um recurso como complemento ou alternativa ao tratamento farmacológico e de acordo com Seymour e colaboradores (2010) permite aumentar a tolerância ao esforço, melhorar a dispneia e a qualidade de vida do cliente com DPOC

Nesta área, os enfermeiros de reabilitação integrados nas equipas multidisciplinares quer a nível dos cuidados de saúde primários quer a nível dos cuidados hospitalares em centros de agudos, ou de continuidade de cuidados, têm um papel central na implementação de intervenções de reeducação funcional respiratória, ajudando o cliente a realizar exercícios respiratórios, que melhorem a sua performance respiratória, promovam a eficaz limpeza das vias aéreas, melhorem o controlo da respiração e aumentem a tolerância ao esforço. Em paralelo com a execução dos exercícios respiratórios, o enfermeiro de reabilitação deve iniciar um processo de promoção da aprendizagem do cliente sobre os exercícios de reeducação funcional, técnicas de limpeza das vias aéreas assim como da adoção das posições de descanso e relaxamento, capacitando-o para melhorar por si próprio a sua qualidade de vida, através da ajuda à integração destas estratégias terapêuticas no quotidiano. A apropriação dos benefícios e das competências e a sua implementação no quotidiano podem trazer benefícios evidentes no controlo da dispneia, no controlo das exacerbações e na tolerância ao exercício (Seymour et al., 2010).

Atualmente é possível constatar que existe um amplo consenso sobre a efetividade da reabilitação respiratória salientando-se que esta tem influência direta e positiva sobre os efeitos sistêmicos associados à DPOC e ainda inclui um conjunto de intervenções que envolvem a colaboração ativa e dinâmica entre os clientes e a família e os serviços de saúde (Nici et al., 2006).

A reabilitação respiratória é referida no ONDR (2011) como não dispendiosa, possibilita poupar recursos em saúde e melhora a vida dos clientes com DPOC.

Na sua estratégia de intervenção a DGS (2005) prevê melhorias nas práticas profissionais, não só no processo de identificação e acompanhamento da população com risco acrescido, mas também ao nível do diagnóstico, tratamento, recuperação e controlo da doença. De acordo com a GOLD (2011) a DPOC é habitualmente uma doença progressiva sendo previsível que a função pulmonar se agrave com o tempo, mesmo que sejam proporcionados os melhores cuidados de saúde disponíveis. Os sintomas e a função respiratória devem ser monitorizados para avaliar o desenvolvimento de complicações, orientar o tratamento e facilitar o envolvimento do cliente nas opções terapêuticas. Neste sentido consideramos muito importante a identificação do impacto da doença na capacidade do cliente se autocuidar e a identificação da sua postura face ao autocuidado dado que estes conhecimentos podem agregar maior efetividade às estratégias terapêuticas de Enfermagem.

## **1.2 – Impacte da DPOC no Autocuidado**

A incapacidade funcional que advém da DPOC causa impacte altamente negativo na qualidade de vida das pessoas, devido à limitação na atividade, ao absentismo laboral com repercussões económicas e familiares que se refletem frequentemente em situações de depressão e ansiedade GOLD (2011).

A dispneia constitui o primeiro sintoma em muitos doentes com DPOC, embora nem sempre a intensidade da dispneia sentida, corresponda ao grau de gravidade da doença. Esta contribui em muito para a incapacidade funcional, ou seja, como nos refere Larson, J. (2000, p.401-2) *“Atividades que provoquem sintomas ou que diminuam o nível de energia são muitas vezes eliminadas, independentemente importância que possam ter na vida da pessoa”*, o que condiciona frequentemente os clientes com DPOC ao isolamento e perda da autonomia.

Todas as doenças crônicas e a DPOC não é exceção, tem impacte sobre o cotidiano das pessoas, alterando de forma inequívoca a capacidade para a realização das atividades de autocuidado. Para Orem (1995) todas as pessoas adultas têm capacidade para se autocuidar, porém por motivos de doença a necessidade de autocuidado poderá tornar-se superior à capacidade da pessoa para o efetuar. Também Theuerkauf (2000, p.173) refere que o autocuidado é mais do que um grupo de capacidades apreendidas “... *é um adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir a responsabilidade pelos cuidados pessoais*”.

No essencial, autocuidado é ser capaz de cuidar de si próprio e isso representa uma variedade de atitudes e comportamentos que refletem o estilo individual de cada pessoa, tendo em conta o processo que altera ou diminui as suas capacidades de execução. O autocuidado corresponde não só à execução das atividades de vida diária, mas também ao empenho em todas as atividades que visem a manutenção da saúde e bem-estar, como por exemplo: a correta gestão de um regime terapêutico.

Nesta perspetiva, e de acordo com Backman & Hentinen (1999) o autocuidado é tido como uma forma racional de atuar, pois será a pessoa, através das suas decisões, que desenvolverá a melhor forma de pôr em prática o cuidado a si próprio, recorrendo dentro do seu conhecimento aos meios disponíveis de forma a torná-lo eficaz.

Tendo ainda em conta que as respostas de autocuidado são apreendidas dentro do contexto social no estado de vida jovem, reforçadas ao longo do ciclo vital e evoluem com a interação com os outros (Backman & Hentinen 1999), pode-se assumir então, o autocuidado, como sendo um comportamento natural, que é também influenciado por diversos fatores como: a história pessoal, as crenças e valores, as capacidades cognitivas, a autoestima, a capacidade de decisão e capacidades funcionais. Devemos realçar a importância das interações de cuidar de si próprio, com as influências socioculturais, o que fundamenta a existência de diferentes atitudes face ao autocuidado, ou seja, cada pessoa tem formas únicas de pôr em prática o seu autocuidado, sendo que estas são o reflexo das suas adaptações às vivências pessoais e muitas vezes também influenciadas pelas circunstâncias atuais em que se encontram (Backman & Hentinen, 1999).

Perante a relevância do impacte da DPOC na capacidade do cliente para se autocuidar torna-se essencial desenvolver conhecimento sobre a tipologia de autocuidado dos clientes com DPOC dado que este pode revelar-se um importante

contributo na definição de ações terapêuticas mais efectivas e na concretização dos objetivos de controlo e prevenção da doença.

### 1.3 – Tipologia de Autocuidado

Como referimos anteriormente Backman & Hentinen (1999) realizaram um estudo com o objetivo de desenvolver um modelo para o autocuidado do idoso no seu domicílio. O modelo criado, integra quatro tipos de autocuidado, sendo que, cada um tem condições diferentes para a ação e também diferentes significados tendo sido designados: *Autocuidado Responsável*; *Autocuidado Formalmente Guiado*; *Autocuidado Independente* e *Autocuidado Abandonado*.

Este estudo e outros que se seguiram nesta perspetiva, Backman & Hentinen (2001), Rasanem, Backman e Kingas (2007) e Zeleznik (2007) estão muito focalizados na pessoa idosa, dado que é também, nesta faixa etária, que aumentam as necessidades de apoio devido as limitações naturais e inerentes ao processo de envelhecimento.

Backman & Hentinen (1999) categorizam as tipologias da seguinte forma:

- ***Autocuidado Responsável*** - Implica por parte destes clientes ação e responsabilidade em todas as atividades quotidianas e cuidados com a sua saúde e processos de doença. Os clientes com esta tipologia de autocuidado são capazes de controlar os seus tratamentos e medicação, têm capacidade de decisão sobre seguir ou não determinado tratamento que lhes é proposto, procuram os serviços de saúde quando sentem que não estão bem e querem saber a razão dos sintomas ou mal-estar, assim como das possibilidades de tratamento, pelo que estabelecem ótimas e duradouras relações com os profissionais de saúde. Estes clientes cuidam também da sua condição física, têm hábitos de alimentação saudáveis, e praticam exercício físico adequado às suas capacidades. São atentos com os ambientes que frequentam e mantêm atividades de lazer e que lhes proporcionam prazer e bem-estar.

Os clientes com esta tipologia têm uma orientação muito positiva face ao futuro, valorizam o ensino e a progressão profissional, e embora possam até não ter avançado muito nestas áreas, sentem-se realizados com o trabalho que desenvolveram ao longo da sua vida profissional.

Estes clientes consideram que o envelhecimento lhes trouxe uma nova liberdade e uma vivência diferente, mas de igual forma ativa, confiando no futuro e pensam que quando necessitarem de ajuda encontrarão apoio.

Este tipo de autocuidado reflete por parte das pessoas uma orientação ativa, sempre envolvida por consciência reflexiva e crítica acerca do que podem efetuar para manter e promover a sua saúde, constituindo para os Enfermeiros um desafio, dado que estes clientes facilitam o planeamento conjunto dos cuidados de saúde a desenvolver, com o objetivo de controlar a doença ou otimizar a condição física.

- **Autocuidado Formalmente Guiado** - Consiste no cumprimento não crítico das instruções médicas e das rotinas diárias, estes clientes fazem o que lhes é dito sem questionar a razão para as ações, obedecem a todas as instruções relacionadas com a sua saúde, cumprem a medicação, sabem o que devem comer e o que evitar, contudo não sabem as razões, isto porque consideram que os profissionais de saúde são “quem sabe” o que é melhor para eles. Apesar de realizarem atividades de promoção da saúde adotam uma posição passiva de envolvimento nos processos de tomada de decisão.

Estes clientes efetuam as suas atividades diárias sem apreciar a vida e têm uma perspetiva “muito realista” em relação ao envelhecimento. Dão conta de que a sua condição física se está a alterar, que já não conseguem fazer tão bem as coisas, mas isso não os preocupa, dado que consideram normal e aceitam estas mudanças como um processo natural. Sempre pensaram que as suas vidas iam ficar limitadas com o avançar da idade pelo que aceitam sem dificuldade o menor contacto social e a limitação nas atividades de vida diárias. Apesar de desejarem permanecer em sua casa até ao fim dos seus dias, compreendem o facto de necessitar de apoio de uma instituição.

Para estes clientes é muito importante que os Enfermeiros, no desempenho de atividades de educação para a saúde ou na prática de cuidados, se disponibilizem e empenhem no apelo à participação ativa, responsável e crítica nos cuidados de saúde que lhes estão a ser prestados, de forma a estimular e desenvolver a autonomia e o sentido crítico, permitindo ao cliente obter ganhos em autonomia e em autoestima.

- **Autocuidado Independente** - Baseia-se no desejo do cliente ouvir a sua voz interior. Estes clientes têm formas originais de cuidar das suas atividades diárias, de saúde e de doença, não gostam de seguir as opiniões ou instruções dadas pelos profissionais de saúde, tomam medicamentos por iniciativa própria

e quando têm sintomas ou apresentam algum mal-estar, tentam resolver por si mesmos a forma de se tratar.

Os clientes com esta tipologia de autocuidado, recusam a perspectiva de envelhecer pelo que o seu objetivo é sobreviver mantendo a sua independência, permanecendo nas suas casas, lugar que consideram o mais seguro, mesmo que sozinhos, lutando contra o envelhecimento, não pensando no futuro, vivendo o dia-a-dia sem pensar que podem perder as capacidades para o autocuidado. Para este tipo de clientes os enfermeiros no processo de conceção os cuidados de Enfermagem devem ter particular atenção ao respeito pela opinião e compreender as atitudes pessoais, orientando o plano terapêutico sem imposições, atendendo à dificuldade destes em reconhecer a existência de limitação das capacidades

- **Autocuidado Abandonado** - Tem como característica principal o abandono e a falta de responsabilidade. São clientes que não conseguem gerir a sua vida por diversas condicionantes, como por exemplo, pelo facto de já não conseguir ler, ouvir bem, ou apresentarem alteração da memória e até incapacidade em se mover. Estes clientes vivem amargurados e tristes e estas condições estão fortemente ligadas a situações vividas no seu trajeto de vida, dado que sempre se consideram miseráveis, desrespeitados e incompreendidos. Os clientes com esta tipologia têm uma atitude muito negativa perante o envelhecimento o que as leva a sentir insegurança em relação ao futuro, a ter medo da dor, da incapacidade, da perda de controlo e da morte, dificilmente se envolvem nos processos de mudança, nomeadamente na aquisição de competências que lhes permitiriam uma vivência mais feliz, o que se deve também ao facto, de serem muito introvertidos e de terem contactos sociais muito reduzidos.

Estes clientes serão porventura os que maiores desafios colocam aos enfermeiros, principalmente na perspectiva da identificação das necessidades de cuidados e no desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a autoestima e o autocuidado.

Da descrição efetuada fica patente que cada uma das tipologias de autocuidado tem características sobretudo de carácter autobiográfico, envolvendo um conjunto de atributos subjetivos que têm a ver com a individualidade de cada pessoa, e que isso influencia decisivamente o seu comportamento pessoal e a sua postura face ao autocuidado.

A informação sobre estas especificidades do cliente com DPOC poderá contribuir significativamente para alterar a forma como as abordagens terapêuticas

de enfermagem se podem efetuar, assim como o planeamento e vigilância dos clientes.

Backman & Hentinen desenvolveram um novo estudo em 2001 de carácter qualitativo e quantitativo com o objetivo de relacionar as Tipologia de Autocuidado com um conjunto de fatores nomeadamente: *Capacidade Funcional*, *Satisfação com a vida* e *Autoestima*.

Dos resultados obtidos salienta-se que relativamente à *Capacidade Funcional* esta pode ser vista como um pré-requisito para o autocuidado. No entanto, não se pode estabelecer uma relação clara, dado que encontraram pessoas que apresentavam os requisitos funcionais para realizar o seu autocuidado, no entanto não o efetuavam por não o desejar, contudo encontraram outras pessoas que gostariam de realizar o seu autocuidado, mas não conseguiam fazer por estarem severamente incapacitados. Descobriram também, que a probabilidade de integrar estratégias no autocuidado aumenta com a gravidade da incapacidade, excepto nos clientes severamente incapacitados. Concluíram ainda, que as pessoas com características de autocuidado *Independente* eram também mais independentes nas atividades de vida diária, já os que apresentavam características de autocuidado *Abandonado* não efetuavam as suas atividades de vida diária sem a ajuda de alguém. As pessoas que apresentam características de autocuidado *Formalmente Guiado* e *Responsável* geriam as suas atividades de vida diária, embora com as dificuldades inerentes a sua incapacidade, quer esta fosse intrínseca ao processo natural de envelhecimento quer seja motivada pela doença.

Relacionando o fator *Capacidade Funcional*, e a incapacidade física que surge ou decorre de uma patologia subjacente, situação frequente nos clientes que sofrem de DPOC grave, verifica-se que nestes, como refere Seymour e colaboradores (2010), é frequente o aumento na perceção da dispneia na realização das tarefas rotineiras e está presente algum grau de fraqueza muscular, que provoca efetivamente uma alteração da relação entre a capacidade funcional e o autocuidado com conseqüente redução da qualidade de vida, sugerindo por isso a necessidade de terapêuticas de enfermagem muito focalizadas na área do ensino e aprendizagem, sobre estratégias de conservação de energia, técnicas de promoção da autonomia e a programas de reabilitação respiratória de forma a otimizar a capacidade física com resultados na melhoria de qualidade de vida.

No que se refere à *Satisfação com a vida* o estudo evidência que a perceção do bem-estar, da atividade e autonomia estão muito relacionadas com a satisfação com a vida e isso influencia a capacidade para o autocuidado. Esta consciência propicia o desenvolvimento de atividades promotoras de saúde e de bem-estar.

Estas autoras verificaram que clientes com tipologia de autocuidado *Abandonado* apresentam baixa satisfação com a vida, devido provavelmente às suas experiências de vida, que prejudicam a sua capacidade para lidar com as perdas pessoais o que se reflete no nível de satisfação. Os clientes que apresentam tipologia de autocuidado *Formalmente guiado* manifestam níveis elevados de satisfação com a vida o que foi entendido pelo fato de estes clientes terem poucas expectativas em relação à vida, como viveram sempre para os outros e na velhice deixaram de o fazer, consideram que esta nova situação os torna mais livres, aumentando a sua satisfação. Aqueles que se cuidam de forma responsável apresentam também níveis elevados de satisfação dado que, apesar da doença, sentem ter boa condição de saúde, o que se deve em muito à sua atitude positiva perante a vida.

Quanto à *Autoestima*, fator interno da pessoa que se caracteriza como uma forma positiva ou negativa face a ela mesma, o estudo demonstra que as pessoas que apresentam tipologia de autocuidado *Responsável, Formalmente Guiado e Independente* têm níveis elevados de autoestima, enquanto os que têm uma tipologia de autocuidado se encontram associados a níveis muito baixos de autoestima.

Em síntese os clientes, que acreditam nas suas capacidades, para resolverem os problemas que afetam o seu bem-estar, têm naturalmente uma atitude mais ativa face ao seu autocuidado e à recuperação da autonomia. Considera-se no entanto, que é muito importante para estes clientes o fato de sentirem apoio social ou familiar de pessoas que lhes são significativas, em que a preocupação, o carinho, o amor e a confiança estão claros, sendo incontestável que isso contribui de forma significativa para aumentar a autoestima.

No seguimento dos estudos citados, Rasanem, Backman e Kingas (2007) desenvolveram um outro estudo, cujo alvo foi desenvolver um instrumento para testar a teoria do Modelo para o Autocuidado dos idosos que vivem no domicílio (*Development of an instrument to test the middle-range theory for self-care of home-dwelling elderly*) (SCHDE) (ANEXO I) e também possibilitar que este modelo possa ser utilizado para avaliar a tipologia de autocuidado das pessoas. Segundo estas autoras, a possibilidade de aplicar este instrumento pode ser alargada a outros contextos clínicos, desde que salvaguardados os pressupostos do mesmo e desde que se proceda a sua adequação/validação para a realidade que se quer estudar. Zeleznick, D. (2007) desenvolveu também um estudo de caráter qualitativo e quantitativo focado no autocuidado de pessoas idosas no domicílio tendo por

base o constructo Tipologia de autocuidado de Backman & Hentinen (1999) e utilizando o instrumento acima referido (SCHDE) (ANEXO I).

Foram as características intrínsecas de cada Tipologia de autocuidado e a sua relação com os vários factores, que motivaram o nosso estudo, uma vez que consideramos ser indispensável uma melhor compreensão dos comportamentos dos clientes para a conceção de estratégias efetivas de ação terapêutica de Enfermagem.

De acordo com Backman & Hentinen (2001), a doença, os métodos de tratamento, as experiências pessoais, a qualidade de vida e a eficácia das terapêuticas de enfermagem são identificados como fatores que influenciam o autocuidado, tendo em conta que o cliente ao longo da sua vida passa por experiências que alteram ou comprometem as suas capacidades. Será através do conhecimento das suas características e do seu envolvimento, que os enfermeiros podem desenvolver nos clientes competências e comportamentos, que o ajudem a desenvolver processos de transição saudáveis. Para o desenvolvimento de transições saudáveis do tipo saúde/doença é necessário que os clientes com DPOC adotem comportamentos de adesão ao regime de tratamento.

### *1.3.1- Compreender os Comportamentos de adesão relacionados com a tipologia de autocuidado nos processos de transição*

Ao longo de todo o ciclo vital as pessoas enfrentam mudanças nas suas vidas sendo umas previsíveis, e até desejadas, e outras que acontecem de forma inesperada. Contudo ambas têm significados e repercussões a nível pessoal, familiar e social, que contribuem de forma indelével para o desenvolvimento do cliente como ser humano.

A mudança implica a mobilização de recursos e capacidades, pelo que todo o processo de adaptação gerado para lidar com as necessidades de modificação de comportamentos ou a adoção de novos papéis, influencia a vivência da situação de crise e a forma como esta decorre. Estas mudanças são descritas como transições. (Meleis et al., 2000). Neste contexto, transições são encaradas como processos de alteração interna que promovem mudanças exteriores ou seja processos de alteração externa visível (Meleis & Shumacher, 1994). Contudo, para que estes processos sejam considerados transições é necessário que a pessoa identifique e

reconheça a necessidade de mudar os seus comportamentos e se adapte às novas circunstâncias.

Para Meleis e colaboradores (2000), são exemplos de transições: as experiências de doença em que os diagnósticos envolvem procedimentos cirúrgicos, de reabilitação ou de gestão de regimes terapêuticos complexos, sendo que, nestas situações os enfermeiros intervêm como facilitadores do processo, ajudando os clientes a criar novas competências relacionadas com a saúde/doença. A teoria das transições pode ser um importante auxiliar na abordagem do cliente que está a vivenciar um processo de transição. Para esta autora, a missão de enfermagem prende-se com a adequação de conhecimentos por parte dos profissionais, que lhes permitam identificar clientes em processo de transição, assim como, desenvolver e implementar terapêuticas de enfermagem que ajudem os clientes no reconhecimento do problema e na necessidade de mudança, dado que é de extrema importância que o cliente vivencie a transição como um espaço de incorporação de novos conhecimentos e que a partir daí se gere a adoção de comportamentos adequados à nova situação.

As transições resultam de mudanças e levam a mudanças, marcadas por uma nova organização de vida, todo este processo é vivido pelos clientes de acordo com algumas propriedades como: a *consciência*, ou seja, a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma transição, uma vez que a consciencialização influencia não apenas o início e o decorrer das transições mas também outras propriedades como seja o *envolvimento* e a *mudança*, sendo através destas que o cliente demonstra intenção para a modificação dos seus padrões na procura de melhoria ou alteração a sua condição, ou seja na procura de um novo ponto de equilíbrio (Meleis et al., 2000).

Para que os enfermeiros compreendam as experiências dos clientes durante as transições, é fundamental que conheçam as condições pessoais, sociais e comunitárias dos clientes, dado que estas também podem facilitar ou restringir o processo de transição. Nas condições pessoais podemos enquadrar aspetos que se relacionam com crenças em saúde, atitudes, perda da autonomia e condições económicas. É neste contexto, que se preconiza que as terapêuticas de enfermagem não se devem centrar apenas em processos patológicos, mas também nos processos intrínsecos do cliente, pois será através destes que a intervenção dos enfermeiros poderá contribuir positivamente para a vivência de um processo de transição saudável. Nos clientes que sofrem de doenças crónicas cuja progressão significa, menor capacidade para o autocuidado e necessidade de incorporar regimes terapêuticos complexos no quotidiano, como é o caso dos clientes com

DPOC, um dos grandes desafios relaciona-se com a capacidade destes clientes gerirem de forma eficaz o regime terapêutico prescrito, constituído por um regime medicamentoso e por um regime não medicamentoso onde se inclui a reabilitação física e respiratória.

Neste estudo adoptamos a definição de Regime terapêutico da CIPE/ICNP versão  $\beta_2$  (2002), que o descreve como:

*“...comportamento de adesão com características específicas que implica, cumprir um programa de tratamento da doença e das suas complicações, executar atividades que devem ser satisfatórias para atingir os objetivos de saúde, tratamento ou prevenção da doença na vida diária”* (p.58).

Sendo que este comportamento deve ser ativo e voluntário e exige dos clientes empenhamento pessoal.

Pelo que foi descrito no desenvolvimento da problemática, os comportamentos de procura de saúde e de adesão ao regime terapêutico vão ter formas muito diversas de se apresentar e que estão profundamente relacionadas com a tipologia de autocuidado que o cliente adota e também com o modo como este vivencia o processo de transição saúde/doença. A obtenção de informação sobre a tipologia de autocuidado do cliente com DPOC, permite uma melhor adequação das terapêuticas de Enfermagem que têm por objetivo a promoção de transições saúde/doença saudáveis.

## **1.4 - Justificação do estudo**

As razões que levaram à realização deste estudo surgem das dificuldades sentidas na implementação de ações terapêuticas na área da promoção da gestão de regime terapêutico em clientes com DPOC no contexto hospitalar.

A enfermagem como qualquer outra disciplina necessita, de produção e de renovação contínuas do seu corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação (OE, 2006). Também Fortin (2005), refere que a investigação intervém para verificar a teoria ou para desenvolvê-la e esta união entre a teoria e investigação fornece uma base à prática profissional. De facto, quanto maior e mais alargado for o conhecimento, mais efetivas poderão ser as terapêuticas que visem a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC e a facilitação dos processos de transição.

Para Catanzano (2000), compreender quais as ações terapêuticas e em que condições produzem resultados, permite aos enfermeiros prestar melhores cuidados. Assim as terapêuticas de enfermagem nesta área devem ser sempre

entendidas numa perspetiva holística, dado que implicam que o cliente adquira competências de carácter cognitivo e também instrumental para cuidar de si próprio, pelo que, a relação terapêutica deve basear-se na interação cliente/enfermeiro, ter objetivos precisos e fáceis de cumprir, de forma a proporcionar a promoção do autocontrolo da doença e promover melhor qualidade de vida. De acordo com o ONDR (2011), clientes informados e participativos criarão interações positivas com bons resultados em saúde, sendo para isso necessário uma relação personalizada e continuada em que o cliente é considerado como parceiro na gestão da saúde e doença

Pelo exposto na problemática verificamos que a capacidade do cliente para o autocuidado e autocontrolo da doença não é apenas uma forma racional de manter a saúde, reflete também a atitude geral do cliente em relação aos cuidados de saúde, doença e à maneira de viver, havendo diversos fatores que influenciam a capacidade do cliente com DPOC se manter independente no autocuidado e desenvolver autocontrolo da doença.

Para Backman & Hentinen (1999), as práticas de autocuidado refletem os estilos individuais dos clientes e as suas adaptações específicas. Compreender o estilo de vida e os padrões pode ajudar, a compreender a postura face ao autocuidado.

Atendendo ao facto de em Portugal ser escassa a investigação nesta área e tendo consciência da magnitude da prevalência das doenças crónicas em Portugal e no mundo, nomeadamente a DPOC, acreditamos ser importante desenvolver um estudo que tenha o potencial de ajudar a identificar **a Tipologia de autocuidado** dos clientes com DPOC, acreditando que este conhecimento poderá facilitar a implementação de terapêuticas de enfermagem individualizadas e adequadas à promoção da gestão eficaz do regime terapêutico nestes clientes, assim como, ajudar a vivência do processo de transição saúde/doença.



## 2- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo pretendemos descrever as opções metodológicas utilizadas para desenvolver este estudo de investigação. Iniciamos esta descrição pela finalidade e objetivos, seguido das questões relativas ao desenho do estudo, prosseguindo para a exposição dos procedimentos de recolha e análise de dados.

### 2.1- Finalidade e Objetivos

Este estudo pretende contribuir com dados que possibilitem conhecer a **Tipologia de autocuidado** (Backman & Hentinen, 1999; 2001; Rasasen, Kingas & Backman, 2007) que os clientes com DPOC a frequentar a consulta de Medicina do Centro Hospitalar do Porto (CHP) Hospital de Santo António e a Unidade de Cinesiterapia Respiratória do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, apresentam.

Pretendemos com a utilização deste constructo (de Tipologia de autocuidado desenvolvido por Backman & Hentinen, 1999; 2001) identificar os condicionalismos pessoais dos clientes com DPOC, que podem influenciar a gestão do regime terapêutico. Consideramos que caracterização da tipologia do autocuidado pode contribuir para a profissionalização e a efetividade da ação terapêutica de Enfermagem, facilitando os processos de transição dos clientes com DPOC. Para a OE (2001), a relação terapêutica promovida pelos enfermeiros no decurso da sua atividade profissional caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Pelo atrás referido, considerar a tipologia de autocuidado que os clientes adotam, possibilita aos enfermeiros “*compreender o estilo de vida e os objetivos de saúde e a definição de saúde*” como nos refere (Backman & Hentinen, 1999) o que integrado na ação terapêutica de Enfermagem pode gerar resultados mais efetivos para o cliente, quer a nível da adesão ao regime terapêutico, quer a nível da promoção da independência nas atividades de autocuidado através da “*readaptação funcional*” (OE, 2001), e do desenvolvimento de autocontrolo.

Este estudo encontra-se integrado num projeto de investigação mais alargado, articulado com outros percursos de mestrado a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) que pretende, em diversos contextos conhecer o **Perfil de autocuidado** que os clientes dos serviços de saúde adotam, contribuindo dessa forma para a validação para Portugal e para a população portuguesa do instrumento<sup>1</sup> utilizado para a sua avaliação.

A partir desta etapa do estudo passaremos a adotar a designação de **Perfil de autocuidado** sempre que nos referimos à análise relativa aos dados da nossa amostra. A terminologia **Tipologia de autocuidado** representa o construto teórico, assim sempre que referirmos este, utilizamos a denominação de **Tipologia de autocuidado** e quando caracterizarmos os clientes referimo-nos a **Perfil de autocuidado**. A adoção desta designação justifica-se pela possibilidade de através da ação terapêutica dos enfermeiros, ser possível levar os clientes com DPOC a envolverem-se no processo de cuidados, de forma a facilitar o atingimento de um novo equilíbrio na sua condição de saúde/doença, atendendo aos seus condicionalismos pessoais.

Estamos certos que este conhecimento pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em todos os contextos clínicos. Assim, neste estudo temos como objetivos:

- *Identificar os perfis de autocuidado predominantes nos clientes com DPOC;*
- *Descrever os perfis de autocuidado dos participantes;*
- *Discutir o potencial de utilização do instrumento de “avaliação” dos perfis de autocuidado em clientes com DPOC.*

Perante estes objetivos consideramos ser adequado desenvolver um desenho de estudo exploratório, descritivo e transversal, com uma abordagem do tipo quantitativo.

## 2.2 – Tipo de Estudo

Dado que pretendemos obter dados que nos forneçam conhecimentos objetivos relativamente ao perfil de autocuidado dos clientes com DPOC optamos pelo desenvolvimento de uma investigação quantitativa que nos permite “obter

---

<sup>1</sup> - Processo de tradução por um grupo de docentes da ESEP: Alice Brito; Filipe Pereira e Natália Machado

*resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecer melhorias em situações particulares.*” (Fortin, 2009, p.30). De facto, o método de investigação quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos (Freixo, 2011, p.145) o que vai de encontro ao nosso propósito.

O estudo é de natureza exploratória e descritiva, porque pretendemos descrever e definir as características dos clientes com DPOC no que diz respeito à sua tipologia de autocuidado, dado que o conhecimento existente nesta área e especificamente nesta população é escasso. Como nos refere Fortin (2009, p.34-35) *“este tipo de estudo utiliza-se quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre determinado assunto e tem como principal objetivo definir as características de uma população ou fenómeno.”* Este estudo serve também para *“questionar se o que a investigação tem mostrado noutras culturas se aplicará do mesmo modo à nossa”* (Ribeiro, 1999, p.25) uma vez que nos propomos a verificar o potencial de utilização do constructo **Tipologia de autocuidado** à realidade dos clientes com DPOC.

O processo de recolha de dados ocorreu num momento único, junto de cada cliente o que dá ao estudo carácter transversal, este, tem como objetivo medir a frequência de um acontecimento, permitindo por isso, examinar um grupo de indivíduos, num certo tempo, em relação a determinado processo ou fenómeno (Fortin, 2009).

Dado que na investigação quantitativa o objetivo do desenho de estudo pode ser o de demonstrar as relações entre variáveis, estas, devem ser bem identificadas e definidas de forma operacional.

## 2.3 – Variáveis em Estudo

As variáveis são as unidades de base da investigação e podem ser qualificadas de acordo com o papel que desempenham ou seja, podem ser independentes, dependentes, de investigação e de atributo (Fortin, 2009, p.171).

Para este estudo decidimos falar em variáveis *“independentes”* ou de *“atributo”*, estas são as que nos permitem caracterizar cada um dos casos em estudo e variáveis *“dependentes”* quando nos referimos a análise da ideia central do estudo (Polit et al., 2006).

As variáveis em estudo nesta investigação são definidas no quadro 1.

Quadro I - Variáveis em estudo

<b>Variáveis</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor</b>
Sexo	Qualitativa, nominal Dicotómica	Masculino Feminino
Idade	Quantitativa	Em anos completos
Estado civil	Qualitativa, nominal	Casado(a) em união de facto Solteiro(a) Viúvo(a) Divorciado(a)
Escolaridade	Quantitativa	Em anos completos
Atividade Profissional	Qualitativa, nominal	Trabalhador(a) ativo(a) Reformado(a) Desempregado(a)
Residência	Qualitativa, nominal Dicotómica	Casa Instituição
Com quem vive	Qualitativa, nominal	Sozinho(a) Cônjuge/companheiro (a) Filhos Familiares Amigos
Caso viva sozinho e necessite de apoio no autocuidado a quem recorre	Qualitativa, nominal	Filhos Vizinhos Amigos Parentes Instituição de apoio Ninguém, por opção Ninguém, porque não tem apoio
Há quantos anos tem a doença	Quantitativa	Em anos completos
Refere dificuldades económicas	Qualitativa, nominal Dicotómica	Sim Não
Utiliza O <sub>2</sub> nas AVDs	Qualitativa, nominal Dicotómica	Sim Não
FEV <sub>1</sub>	Quantitativa	Porcentagem de FEV1
Grupos da amostra	Qualitativa nominal Dicotómica	CHP- HSA CHVNG/E
Itens relativos à “Tipologia de Autocuidado” (42 questões)	Qualitativa, Ordinal	1- Discordo Totalmente 2- Discordo Parcialmente 3- Não concordo, nem Discordo 4- Concordo Parcialmente 5- Concordo Totalmente
Dependência no autocuidado	Qualitativa, ordinal	1- Dependente não participa 2- Necessita de ajuda de pessoas 3- Necessita de equipamento 4- Independente
Intolerância à actividade	Qualitativa, ordinal	1- Muita falta de ar 2 - Alguma falta de ar 3 - Pouca falta de ar 4 - Nenhuma falta de ar

Conforme descrito no quadro 1, as variáveis independentes ou de atributo correspondem ao conjunto de parâmetros que permite caracterizar cada um dos

casos, em relação aos dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade e atividade profissional,...).

Realçamos que relativamente às variáveis: - Dependência no autocuidado e - Intolerância à atividade, estas são tratadas no desenvolvimento de outros estudos a decorrer neste âmbito.

A variável dependente neste estudo, relaciona-se com a descrição da tipologia de autocuidado, está alicerçada no conjunto de respostas relativas as quarenta e duas (n=42) questões, presentes no instrumento desenvolvido por (Rasanen, Backman & Kingas, 2007) estando cada uma das questões operacionalizada numa escala ordinal de concordância com cinco pontos, permitindo ao sujeito exprimir em que medida está de acordo ou desacordo com cada uma das questões (Freixo, 2011). Definidas as variáveis em estudo consideramos adequado expor agora os aspetos relativos ao plano de amostragem definido para o estudo.

## **2.4 – População/ Amostra**

A população alvo considerada para este estudo envolve os clientes com DPOC a frequentar a consulta de Medicina do CHP - Hospital de Santo António e os clientes com DPOC a frequentar o ginásio do serviço de Cinesiterapia do CHVNG/E.

Para Fortin (2009, p.311) “a população alvo é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente”, não sendo possível neste estudo aceder à totalidade da população alvo estudou-se a população acessível ou seja aquela em que foi possível efetuar a colheita de dados no momento da consulta ou tratamento e que cumpria os critérios de inclusão no estudo. Como critérios de inclusão na amostra temos:

- *Clientes a frequentar a consulta de Medicina do CHP-HSA e clientes a frequentar o Ginásio do Serviço de Cinesiterapia do CHVNG/E;*
- *Idade superior a 18 anos;*
- *Falar e compreender bem Português;*
- *Diagnostico médico de DPOC em qualquer estágio;*
- *Clientes que aceitem participar no estudo, depois de devidamente informados da natureza e objetivos do mesmo.*

Nos clientes a frequentar a consulta de Medicina do CHP, recorreremos também a uma amostra de clientes utilizada no decurso de um Estudo de Doutoramento<sup>2</sup> a decorrer neste hospital.

O plano de amostragem adotado tem como objetivo, obter junto da população informações concretas sobre a Tipologia de autocuidado do cliente com DPOC. Segundo Fortin (2009, p.310) *“a amostragem permite estimar, de forma precisa, as características de uma população a partir da informação obtida junto de uma amostra”* pelo que é de suma importância a escolha da amostra, ou seja, esta tem que representar de forma fidedigna as características da população em estudo.

Considerando inexecutável para o contexto do nosso estudo, quer por falta de tempo, quer por falta de recursos, trabalhar com toda a população, optamos por recorrer ao método de amostragem não probabilístico. Assim e tendo em conta os objetivos do estudo e o tempo disponível para a realização do mestrado, a técnica de amostragem que nos pareceu mais adequada foi a amostragem de conveniência que *“ é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”* (Fortin, 2009, p.314).

## **2.5 - Procedimentos de Recolha de Dados**

Após o parecer favorável da Comissão de Ética e a autorização do Presidente do Conselho de Administração do CHP- HGA (Anexo II) e a autorização da Enf.<sup>a</sup> Directora do CHVNG/E (Anexo III), iniciamos o processo de acesso aos dados dos clientes. Assim efectuamos a apresentação do nosso projeto aos enfermeiros da consulta de Medicina do CHP- HSA e aos enfermeiros do serviço de Cinesiterapia do CHVNG/E, fazendo particular referência aos critérios de inclusão da amostra. Estes colaboraram na identificação dos clientes e forneceram-nos informação sobre o agendamento de consultas e ou horário dos tratamentos nestas unidades.

No CHP-HSA a recolha de dados ocorreu preferencialmente na consulta de Medicina, no entanto, temos que referir que na impossibilidade do cliente dispor de tempo no momento da consulta para realizarmos a colheita de dados, ou porque, no período de recolha de dados não existia agendamento de consulta de enfermagem ou consulta médica, solicitamos ao cliente autorização para procedermos à recolha de dados no domicílio, contudo esta situação ocorreu

---

<sup>2</sup>PADILHA, José Miguel - Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em clientes com DPOC. Projeto de Doutoramento apresentado à Universidade Católica Portuguesa. Porto. 2010.

somente nos casos que englobavam a amostra de clientes do estudo de Doutoramento atrás citado. Nestes casos, a experiência foi muito gratificante, pois permitiu-nos um contato mais próximo e verdadeiro com a realidade vivenciada por estes clientes relativamente a sua doença. Quanto ao facto de nos receberem no seu domicílio, acederam sempre com agrado e disponibilidade, pois aí, era onde tinham, como referiam frequentemente “ *muito tempo* “ e “*é mais calmo para falarmos*”.

No CHVNG/E a recolha de dados ocorreu no contexto de tratamento em ginásio de Cinesiterapia Respiratória que os clientes com DPOC desta unidade executam de forma cíclica e programada.

Todos os casos referenciados foram avaliados por nós no sentido de verificar se cumpriam os critérios de inclusão.

O estudo que aqui apresentamos, para além de integrar um conjunto de estudos que tem por finalidade validar o instrumento para a população Portuguesa, está integrado no trajeto de Doutoramento do nosso coorientador. Este estudo juntamente com outros dois, pretende ser um contributo para o trajeto de Investigação/ação a decorrer no CHP e que tem por objetivo a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC.

No âmbito do nosso estudo e para potenciar o tamanho da amostra acessível, utilizamos uma técnica de partilha da recolha de dados com outras duas candidatas ao grau de mestre em Enfermagem em Reabilitação.

Um dos estudos tem por objectivo identificar os domínios do autocuidado em que o cliente com DPOC apresenta maior impacte da doença, através da criação e validação de um instrumento capaz de avaliar este impacte. O outro estudo pretende identificar as actividades diárias para as quais o cliente com DPOC apresenta maior intolerância à actividade, através da criação e validação de um instrumento capaz de avaliar este impacte no quotidiano. Assim a recolha de dados para este estudo teve por base a utilização de um formulário que incluiu itens associados aos três estudos. Compõe-se na 1ª parte, da coleta dos dados sociodemográficos cuja estrutura é transversal aos três estudos. Segue-se um conjunto de 62 questões de caracterização da **Dependência no autocuidado**<sup>3</sup>, um conjunto de 64 questões de caracterização da **Intolerância à atividade**<sup>4</sup> e por fim o

---

<sup>3</sup> ALVES, Maria Célia Oliveira -O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas atividades de autocuidado. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. Fevereiro de 2012.

<sup>4</sup>MOREIRA, Márcia Maria Pinto - A intolerância à atividade em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Projeto de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. 2010.

conjunto de 42 questões que suportam esta investigação – a descrição do **Perfil de autocuidado**.

As 42 questões orientadas para a descrição da tipologia de autocuidado equivalem ao resultado do processo de tradução<sup>5</sup> da mesma secção da versão inglesa do “*Self-Care of Home Dwelling Elderly- SCHDE*” (Anexo IV).

### 2.5.1 - *Instrumento de recolha de dados*

A utilização de formulário como método de recolha de dados, em alguns estudos resulta da necessidade do investigador no momento da colheita, poder prestar algum esclarecimento sobre as questões aos participantes e também dar possibilidade a pessoas com alguma limitações de leitura ou escrita de participar no estudo.

O formulário é um instrumento de colheita de dados estruturado e organizado que se situa entre o questionário e a entrevista, ou seja, na sua elaboração tem que ser congruente com os objetivos do estudo e ter itens bem redigidos e na sua aplicação é necessário rigor e objetividade (Gil, 1995, p.95).

De facto o formulário permitiu obter dos entrevistados respostas às mesmas perguntas, permitindo que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas (Freixo, 2011).

Este instrumento de colheita de dados foi preenchido pelo investigador, houve um contacto direto com o inquirido, possibilitando avaliar as respostas dadas, certificar-se de que o inquirido percebeu as perguntas, e ainda economizar tempo na obtenção dos dados (Marconi & Lakatos, 2008).

O instrumento de base deste estudo, onde está incluída a avaliação da Tipologia de Autocuidado é de origem finlandesa e caracteriza-se pela utilização de uma escala tipo *Likert* de cinco categorias de respostas possíveis (“*1-Discordo totalmente*”, “*2-Discordo parcialmente*”, “*3-Não concordo nem discordo*”, “*4-Concordo parcialmente*”, “*5-Concordo totalmente*”), a sua utilização surge na procura de indicadores para registar o grau de concordância ou de discordância com determinadas afirmações sobre uma atitude, crença ou juízo de valor às quais os participantes deram uma das respostas nas quarenta e duas questões.

---

<sup>5</sup> Processo de tradução por um grupo de docentes da ESEP: Alice Brito; Filipe Pereira e Natália Machado

Salientamos no entanto que o instrumento completo é multidimensional dado que inclui os dados sociodemográficos e varias subescalas que medem: - a **Tipologia de autocuidado** (constituída por 42 itens), **orientação para o autocuidado** (constituída por 14 itens), **satisfação com a vida** (constituída por 5 itens), **autoestima** (constituída por 10 itens) e a **capacidade funcional** (constituída por 11 itens). Para o nosso estudo e tendo em conta os nossos objetivos foi apenas utilizada a subescala da **Tipologia de autocuidado** uma vez que esta, é a que permite caracterizar a tipologia de autocuidado dos clientes. A versão original do SCHDE é como já referimos de origem finlandesa. As suas autoras entre 2003 e 2007 desenvolveram e validaram este instrumento junto da população idosa em vários locais na Finlândia.

Posteriormente, ainda em 2007, Danica Zeleznik realizou também um estudo na Eslovénia com o objetivo de caracterizar o autocuidado dos idosos no domicílio neste país, para tal utilizou o SCHDE na sua versão integral, depois de efetuada a tradução para a língua eslovena.

Do processo de tradução, resultou uma versão em inglês e foi esta, a versão utilizada pelas autoras finlandesas para validar a tradução do finlandês para o esloveno.

Os resultados obtidos no estudo efetuado por Danica Zeleznik (quadro II), no que diz respeito à consistência interna das várias escalas do instrumento, foram idênticos aos resultados obtidos pelas autoras do instrumento (Rasanen, Backman & Kyngas). O valor de alfa de *Cronbach* obtido na escala de avaliação da tipologia de autocuidado é de 0,75, valor considerado aceitável.

Quadro II – Coeficientes de alfa de *Cronbach* da validação do instrumento global na Eslovénia (adaptado de Zeleznik, 2007)

Categorias do instrumento	Número de itens	$\alpha$ de <i>Cronbach</i>
<b>Tipologia de autocuidado</b>	<b>42</b>	<b>0,75</b>
Orientação para o autocuidado	14	0,60
Satisfação com a vida	5	0,84
Auto – estima	10	0,75
Capacidade Funcional	11	0,95

Para os estudos que se estão a realizar em português, foi pedida autorização às autoras finlandesas e foi utilizada para tradução, a versão inglesa do instrumento por sugestão das mesmas.

Para a realização do nosso estudo foi solicitada e obtida autorização pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, para a utilização do instrumento (Anexo V). A utilização deste instrumento em clientes com DPOC concorre também para o projeto de validação que está em curso, em estudos<sup>6</sup> a serem desenvolvidos por mestrandos da ESEP, com a orientação de docentes da mesma escola.

### 2.5.1.1- *Fidelidade e Validade do Instrumento*

Para o contexto deste estudo o objetivo não é como já referimos, validar o instrumento em si, no entanto, torna-se necessário avaliar se o instrumento respeita os critérios métricos (fidelidade e validade) caraterísticos da generalidade das medidas (Ribeiro, 1999).

De facto os conceitos de fidelidade e validade não se aplicam somente a novos instrumentos de medida, aplicam-se também aos instrumentos que foram objeto de tradução para outra língua e também quando estes são aplicados em populações diferentes daquelas para as quais o instrumento foi inicialmente validado.

Relativamente à fidelidade Fortin (2009) define-a como a precisão e a constância das medidas obtidas através de um instrumento de medida. A avaliação da fidelidade integra alguns critérios como a estabilidade, a consistência interna e a equivalência.

Para o âmbito em que se desenvolveu este estudo, a consistência interna é a mais relevante dado que indica o grau de concordância que existe entre todos os enunciados que fazem parte do instrumento de medida. Esta refere-se à homogeneidade do conjunto dos enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito, pelo que, quanto maior for a correlação entre enunciados maior é a consistência interna do instrumento. Para a apreciação do grau de consistência interna recorreu-se ao cálculo do Coeficiente de alfa ( $\alpha$ ) de *Cronbach*, técnica utilizada quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento de scores como é exemplo a escala de *Likert*.

---

<sup>6</sup> MOTA, Líliliana Andreia - O Perfil de Autocuidado dos clientes: Exploração da sua influência no sucesso após Transplante Hepático. Dissertação apresentada à ESEP para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, 2011 e

RODRIGUES, Lídia Filomena - O Perfil de Autocuidado como fator potencialmente condicionador das Transições dos clientes: Um estudo exploratório. Dissertação apresentada à ESEP para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, 2011

O valor do coeficiente varia entre 0,00 e 1,00 sendo que quanto mais elevado for o valor, maior é a consistência interna (Fortin, 2009). Para Ribeiro (1999) uma boa consistência interna deve exceder um  $\alpha$  de 0,80 sendo no entanto considerado como valor aceitável um  $\alpha$  superior a 0,60.

No estudo que desenvolvemos o resultado estatístico de Alfa de *Cronbach* é de **0,573 (42 itens)** (Anexo VI) o que em termos de consistência interna do instrumento é considerado baixo, pelo que é necessário ter muita prudência na leitura dos resultados. Relativamente à correlação de cada item com a globalidade dos itens do instrumento constatamos que esta varia entre 0 e 0,309, assumindo em alguns itens uma correlação negativa.

Consideramos no entanto, que o teor do instrumento como descrição/avaliação da tipologia de autocuidado tem validade, isso porque se considera que um instrumento é válido quando mede aquilo que pretende medir, dado que a validade corresponde ao grau de precisão com que o conceito é representado nos enunciados.

Segundo Fortin (2009), há três tipos de validade: Validade de Conteúdo; Validade de Constructo e Validade de Critério.

A validade de conteúdo assegura que os enunciados de um instrumento de medida representam de forma precisa o objeto de estudo, está intimamente ligada à definição dos conceitos teóricos do estudo (Fortin, 2009).

Situando-nos no instrumento que utilizamos, a sua construção original teve por base o “*Model for the self-care of home-dwelling elderly*” estudo desenvolvido por (Backman & Hentinen 1999; 2001) que alicerçou de forma inequívoca a validade de conteúdo do instrumento.

A validade de constructo, garante a capacidade de um instrumento para medir o conceito ou constructo definido teoricamente. Mostra que o constructo teórico do instrumento está de acordo com a teoria que lhe está subjacente. Neste estudo, temos como referência o processo de construção e validação em que se dá ênfase ao carácter autobiográfico da tipologia de autocuidado. A sua aplicação permitiu testar a compreensão do fenómeno pelos participantes, o que foi conseguido pela concordância dos mesmos a determinadas ideias (itens específicos do instrumento). De facto, o processo de avaliação da validade de constructo passa pela: a) verificação da conformidade entre a estrutura teórica do constructo e a teoria que o sustenta; b) determinação da relação entre as variáveis ou itens em torno de um só fator, para tal recorre-se a análise fatorial que permite reunir conceitos fortemente ligados entre si e que se harmonizam com a definição teórica permitindo concluir que determinada escala se aplica a um conceito e não a outro;

c) análise das propriedades de medida, para apurar a consistência do instrumento relativamente ao modelo teórico que lhe serviu de base.

A validade de um instrumento de medida segundo Fortin (2009), não é demonstrável, é através da aplicação do instrumento em contextos particulares e junto de populações diferentes que se obtém o grau de validade.

Este processo como já referi, encontra-se em desenvolvimento sob orientação de alguns docentes da ESEP pelo que acreditamos que, com resultados mais abrangentes será possível melhorar o instrumento como um todo, salientando contudo, que o instrumento está bem alicerçado na teoria original, pelo que a representa de forma válida. A validade de critério relaciona-se com a correlação entre um instrumento de medida e um outro instrumento que meça o mesmo fenómeno (Fortin, 2009 p.356). Neste estudo isto não se verifica pelo que este pressuposto não é analisado.

Revistas as propriedades psicométricas de um instrumento de medida, salientamos que relativamente, ao instrumento por nós utilizado no processo de recolha de dados, este tem validade de conteúdo e está alicerçado numa base teórica clara e consistente.

Relativamente a um primeiro estudo realizado em Portugal com recurso a este instrumento os valores obtidos de Alfa de *Cronbach* são de (0,63), o que permitiu a autora inferir da necessidade de ter alguma prudência na leitura dos resultados, assumindo no entanto que o instrumento media aquilo que se propunha a medir (Sequeira, 2011).

Perante estes dados e conscientes de que o instrumento não apresenta valores considerados aceitáveis de fidelidade, julgamos que apesar disso, tem um alicerce teórico forte, em que a base que serve de formulação as perguntas representa muito bem o conteúdo teórico, o que o torna válido, passamos por isso a descrição do procedimento de recolha de dados.

### *2.5.2 – Recolha de dados*

Antes de se iniciar a recolha de dados foi efetuado um pré-teste a (12) clientes que estavam na consulta de Medicina para controlo da DPOC, que serviu para melhorar e uniformizar a nossa técnica para aplicar o formulário.

Os dados foram colhidos no CHP-HSA entre os meses de Fevereiro e Maio de 2011 na consulta externa de Medicina e no CHVNG/E entre Março e Maio de 2011

no ginásio de Cinesiterapia respiratória e como já foi referido, os clientes foram-nos referenciados pelos enfermeiros da consulta/ serviço.

O primeiro contacto foi quase sempre estabelecido pelos enfermeiros da consulta do CHP e pelos enfermeiros do serviço de Cinesiterapia no CHVNG/E.

Houve contudo alguns clientes (do CHP) que como já referimos atrás, foram contactados diretamente por nós, ou seja, os clientes que por falta de agendamento de consulta em tempo útil, indisponibilidade de tempo ou até de espaço no local de consulta e que englobavam a amostra do estudo em curso, procedeu-se à aplicação do formulário em casa dos clientes após contacto prévio.

A cada caso foi atribuído um número aleatório, previamente definido. Relativamente às questões, estas foram colocadas seguindo a ordem pré estabelecida pelo instrumento e sempre que necessário foram explicadas ao cliente.

## 2.6 - Procedimentos de Análise de Dados

Os dados obtidos através do formulário foram introduzidos numa base de dados, criada para o efeito no SPSS19 – *Statistical Package for the Social Sciences*).

Após a introdução dos dados, estes foram inspecionados para verificar possíveis erros de registo, as situações pontuais que surgiram, foram corrigidas após consulta do formulário em papel.

A análise dos dados foi efetuada através da utilização de procedimentos de estatística descritiva e estatística inferencial. Assim, para caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes da nossa amostra utilizamos estatística descritiva, dado que esta descreve de forma sumária as características de uma ou mais variáveis fornecidas por uma amostra de dados, pelo que a efetuamos com recurso às **Medidas de tendência central** (Média, Moda, Mediana e Desvio padrão) em função da natureza das variáveis.

Foi verificada a normalidade da distribuição através do teste de **Kolmogorov-Smirnov e Shapiro**, os resultados obtidos foram de  $p < 0,001$  pelo que não se cumpriam os requisitos de normalidade.

Mediante estes dados, e o facto de utilizarmos uma amostra não probabilística, mesmo com um  $n > 100$ , optamos pela utilização de testes não paramétricos para a análise inferencial, a sua aplicação foi a que consideramos mais apropriada e a

única possível tendo em conta que estes “*podem ser mais potentes que os testes paramétricos quando não se verificam os pressupostos para a sua utilização*” (Maroco, 2010, p.213-233).

Assim para verificação das diferenças entre os grupos da nossa amostra, foram utilizados os testes de *U-Mann-Whitney (U)* e de *Kruskall-Wallis (H)* dado que estes avaliam diferenças de médias de ordens, o *U-Mann-Whitney* entre dois grupos independentes e o de *Kruskall-Wallis* para três ou mais grupos, Para analisar a associação entre duas variáveis utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman (r<sub>s</sub>)* para as variáveis ordinais e o teste Qui-quadrado ( $X^2$ ) para as variáveis nominais.

No desenvolvimento do estudo optamos por recorrer à Análise fatorial. Esta técnica é utilizada:

*“sobretudo para a análise de dados provenientes de testes ou questionários, compostos por um grande número de itens de formato homogéneo, os quais podem ser agrupados pela análise fatorial em escalas, conjuntos de itens homogéneos em termos de conteúdo e que medem conceitos teóricos determinados, correspondentes aos fatores”* (Moreira, 2006, p.80-81).

Dado que pretendemos descrever a estrutura relacional de um conjunto de variáveis correlacionadas e desta forma obter características comuns que não eram diretamente observáveis (Maroco, 2010), procedemos à aplicação desta técnica, na perspetiva de obter todo o conhecimento possível sobre os perfis de autocuidado dos clientes da nossa amostra.

Salienta-se que escolhemos seguir o modelo de análise dos dados adotado no estudo anterior realizado por Sequeira (2011) que efectuou inicialmente a caracterização sociodemográfica dos clientes, evoluindo para a identificação dos perfis de autocuidado e posterior recurso à análise fatorial.

## **2.7 Aspetos Éticos**

Atendendo a que a investigação no domínio da saúde envolve clientes, as considerações éticas devem ser tidas em conta desde o seu início. Independentemente dos aspetos a estudar a investigação deve ser orientada pelo respeito dos direitos dos clientes.

Relativamente ao cliente foram respeitados os princípios do consentimento livre e esclarecido através da declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Anexo VII) que foi aceite e assinada pelos clientes.

Neste processo os clientes sempre que quiseram partilharam e validaram a sua decisão com quem lhe era mais próximo.

No que se refere à informação, todos os clientes foram informados quer oralmente, quer através de carta explicativa sobre a natureza e objetivos do estudo e todos acederam livremente a participar (Anexo VIII). Foram também sempre informados de que, se o desejassem poderiam deixar o estudo a qualquer momento e também da confidencialidade dos dados recolhidos.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento sobre o estudo.

Todos os clientes participaram no estudo, fizeram-no de forma voluntária e não ocorreu nenhum pedido de anulação da participação.

Queríamos aqui realçar mais uma vez que quando a recolha de dados ocorreu no domicílio dos clientes principalmente nos clientes mais idosos estava sempre presente um familiar, embora este nunca tenha interferido no processo de recolha de dados.



### 3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo pretendemos dar a conhecer os dados que obtivemos no nosso estudo. Decidimos reunir no mesmo, a apresentação e a discussão dos resultados por considerarmos, que assim se possibilita uma melhor compreensão dos achados obtidos.

Começamos por caracterizar a amostra com base nos dados das variáveis sociodemográficas, prosseguindo com a análise dos dados relativos aos perfis de autocuidado e à semelhança dos estudos que nos serviram de base, desenvolvemos um processo de análise fatorial exploratória, tentando através desta, encontrar as dimensões e conceitos que estão organizados e definidos na perspetiva teórica que sustenta a identificação das tipologias de autocuidado.

Assim, com base no desenvolvimento teórico e metodológico das autoras do conceito em estudo – **Tipologias de autocuidado** e no parecer do conjunto de investigadores que no nosso contexto estão atualmente a utilizar este conceito, estudamos o perfil de autocuidado dos clientes com DPOC que fizeram parte da nossa amostra.

Salientamos ainda, que a estrutura e apresentação e discussão dos dados tem manifesta proximidade e segue a mesma lógica dos relatórios dos estudos desenvolvidos por Rasanem, Backman, e Kingas (2007) e Zeleznik (2007) e particularmente de Sequeira (2011).

#### 3.1 – Caracterização da amostra

Amostra que sustenta o nosso estudo corresponde a cento e setenta e três clientes (N=173) com DPOC, que frequentam a consulta de Medicina do CHP-HSA ( $n = 120$ ) e o ginásio do serviço de Cinesiterapia do CHVNG/E ( $n=53$ ) e que reuniram os critérios de inclusão que anteriormente referimos.

### 3.1.1 - Perfil sociodemográfico dos participantes

A idade média dos participantes é de aproximadamente 68 anos com um desvio padrão de 10,1 anos. O participante mais jovem tinha 34 anos e o mais velho 89 anos. Metade dos participantes tem mais de 69 anos e o valor mais frequentemente observado é de 61 anos (tabela nº 1).

Tabela nº1 – Distribuição dos sujeitos em função das variáveis Idade e Escolaridade

	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
<b>Idade</b>	34	89	68,37	61	69	10,12
<b>Escolaridade</b>	0	20	5,41	4	4,0	3,50

No estudo de Backman, Rasanem e Kingas (2007) a idade dos participantes variou entre 75 anos e 96 anos e a idade média encontrada foi de 81,9 anos. Neste estudo o valor mínimo da idade era um dos critérios predefinidos. No estudo de Zeleznik (2007) os critérios de seleção foram idênticos aos do estudo original pelo que 59,6% da amostra apresentava idades compreendidas entre os 75 e os 80 anos. No estudo realizado por Sequeira (2011) a idade média dos participantes foi de 76,16 anos. Em todos os estudos anteriores os valores médios da idade são superiores ao obtido no nosso estudo, contudo este critério não altera o desenvolvimento daquilo pretendemos conhecer - **O Perfil de autocuidado em clientes com DPOC.**

Relativamente à escolaridade, na nossa amostra existem participantes sem formação escolar, participantes que não sabem ler nem escrever, e participantes com formação superior, valor máximo obtido, 20 anos de escolaridade. Salienta-se no entanto que 53,2% dos participantes tem 4 anos de escolaridade. (Tabela nº 2).

Tabela nº 2 – Frequência da Escolaridade

Escolaridade	Frequência (n)	Percentagem (%)
0	8	4,6
1	2	1,2
2	1	,6
3	14	8,1
4	92	53,2
5	7	4,0
6	10	5,8
7	3	1,7
8	2	1,2
9	14	8,1
11	5	2,9
12	7	4,0
13	2	1,2
15	2	1,2
16	1	,6
17	2	1,2
20	1	,6
Total	173	100

Estes resultados, são no essencial, representativos da realidade que se vivia no nosso país particularmente até à década de 60, em termos de plano escolar e implementação de formação académica acessível a todos. Descreve António Nóvoa (1992) um dado publicado pela UNESCO, *World Survey of Education* que refere: “Em 1950 as estatísticas internacionais falam de uma percentagem de analfabetos de 44% o que situa Portugal no último lugar europeu a larga distancia dos restantes países”. Assim como seria de esperar nos estudos desenvolvidos, quer por Rasanem, Backman, e Kingas (2007) na Finlândia, quer por Zeleznik (2007) na Eslovénia, os dados relativos à formação escolar apontam para um nível de escolaridade mais elevado que o que encontramos na análise dos nossos dados, o que corresponde a realidades sociais diferentes ao nível de acesso à formação académica. No estudo desenvolvido por Sequeira (2011) os dados são muito aproximados aos que obtivemos, tendo também a maior parte dos participantes 4 anos de escolaridade.

Na tabela nº 3 caracterizamos a amostra em função das variáveis nominais: Local de residência; Sexo; Estado civil; Atividade profissional; Residência; Com quem vive; Caso viva sozinho e precise de apoio a quem recorre; Há quantos anos tem a doença; Refere dificuldades económicas e Utiliza O<sub>2</sub> nas AVDs. Os dados são apresentados com base nas frequências absolutas e relativas e também o somatório (acumulado) das frequências relativas. Os dados mais representativos são realçados com fundo cinza.

Tabela nº 3 – Distribuição da amostra em função das variáveis sócio demográficas (nominais)

<b>Variáveis sociodemográficas (nominais)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>∑ (%)</b>
<b>Local de residência</b>			
Área urbana (Vila, Cidade)	164	94,8 %	94,8 %
Área Rural (Aldeia)	9	5,2 %	100 %
<b>Sexo</b>			
Masculino	130	75,1%	75,1%
Feminino	43	24,9%	100%
<b>Estado civil</b>			
Casado(a) / em união de facto	128	74%	74%
Solteiro(a)	11	6,4%	80,3%
Viúvo(a)	23	13,3%	93,6%
Divorciado(a)	11	6,4%	100%
<b>Atividade profissional</b>			
Reformado(a)	144	83,2%	83,2%
Desempregado(a)	10	5,8%	89,0%
Dirigentes quadro superior de empresas	3	1,7%	90,8%
Técnico prof. nível intermédio	2	1,2%	91,9%
Pessoal administrativo e similar	1	0,6%	92,5%
Operários artífices e trabalhadores similares	3	1,7%	94,2%
Trabalhadores não qualificados	6	3,5%	97,7%
Domestico(a)	1	0,6%	98,3%
Outro(a)	3	1,7%	100%
<b>Residência</b>			
Casa	173	100%	100%
Instituição (Lar e similares)	0	0%	100%

<b>Com quem vive</b>			
Sozinho(a)	21	12,1%	12,1%
Com cônjuge/companheiro(a)	85	49,1%	61,3%
Com cônjuge/companheiro(a) e filhos(as)	44	25,4%	86,7%
Com filhos (as)	15	8,7%	95,4%
Com outros familiares	6	3,5%	98,8%
Com amigos	2	1,2%	100%
<b>Caso viva só e necessite de apoio no autocuidado a quem recorre</b>			
Filhos (as)	6	28,6%	28,6%
Vizinhos (as)	2	9,5%	38,1%
Amigos (as)	2	9,5%	47,6%
Parentes	6	28,6%	76,2%
Instituições de apoio	3	14,3%	90,5%
Ninguém – por opção	1	4,8%	95,2%
Ninguém – porque não tem apoio	1	4,8%	100%
<b>Refere dificuldades económicas</b>			
Sim	47	27,2%	27,2%
Não	126	72,8%	100%
<b>Utiliza oxigénio nas AVD</b>			
Sim	52	30,1%	30,1%
Não	121	69,9%	100%
<b>Grupos da amostra</b>			
CHP-HSA	120	63,36%	63,36%
CHVNG/E	53	30,64%	100%

Dado que tanto o CHP - HSA como o CHVNG/E, se encontram localizados em cidades e as áreas limítrofes das quais são referência para cuidados diferenciados, são maioritariamente urbanas, verifica-se que somente 5,2% dos participantes vivem em aldeias.

Na nossa amostra o número de homens é três vezes superior ao das mulheres o que também reflete os dados já referidos sobre a prevalência da DPOC no sexo masculino. Atendendo a que o uso de tabaco é considerado uma das causas mais importantes da DPOC é possível que esta tendência, venha a ter repercussões na população do sexo feminino, uma vez que segundo a ONDR (2011), referindo uma estimativa do relatório da OMS sobre doenças não transmissíveis, há aumento de prevalência do uso de tabaco no sexo feminino e redução no sexo masculino relativamente aos últimos 20 anos.

Em relação ao estado civil a grande maioria 74% é casado ou vive em união de facto, a restante amostra compõem-se de 13,3% de viúvos de 6,4% solteiros e de 6,4% divorciados.

Quanto à atividade profissional verifica-se a existência de, um número expressivo de clientes reformados 83,2%, que se deve em parte ao problema de saúde que a DPOC representa e que como já referimos é considerada como importante causa de incapacidade na população ativa, mas também se deve ao facto da idade dos participantes ser em média de 68 anos. Salienta-se no entanto que 11% dos participantes ainda exercem a sua atividade profissional.

Todos os participantes vivem em casa (própria ou de familiares) e é também expressivo o número dos que vivem com o cônjuge 49,1% e dos que vivem com o cônjuge e filhos 25,4% no entanto será de realçar aqui o número de participantes que vive só **12,1% (n=21)**, sendo que esta condição deriva de vários fatores, entre os quais a vontade própria, desenraizamento familiar e/ou problemas sociais. Tendo em conta a sintomatologia característica da DPOC presente nos períodos de exacerbação, este dado, embora seja em número reduzido, pode ser um indicador de maior vulnerabilidade destes clientes.

Relativamente às dificuldades económicas, 27,2% dos participantes revelaram que as tinham e que isso se repercutia com frequência na capacidade de comprar os medicamentos, estes dados traduzem o que a nível social tem vindo a ser referido e que em nada aposta na otimização da saúde dos clientes com DPOC.

Quanto à utilização de oxigénio durante a realização das AVD, 30,1% dos participantes usa oxigénio como terapêutica habitual variando o número de horas de utilização conforme a gravidade da doença.

Dentro do perfil sociodemográfico, como estamos a tratar uma amostra que se caracteriza pela presença de DPOC, consideramos importante mensurar numa escala quantitativa os anos de evolução da doença e o FEV<sub>1</sub>. Na tabela n.º 4 descrevemos a amostra através das principais medidas descritivas (tendência central e dispersão). Para a variável anos de doença foi considerado um N=173 ou seja a totalidade dos participantes, para a variável FEV<sub>1</sub> foi considerado um N=145 que corresponde a totalidade de clientes nos quais esta informação estava acessível no processo clínico.

Tabela nº 4 - Distribuição dos sujeitos em função dos anos de doença e do FEV<sub>1</sub>

	Mínimo	Máximo	Media	Moda	Mediana	Desvio Padrão
<b>Anos de doença</b>	1	65	15,94	10	10	14,94
<b>FEV<sub>1</sub></b>	17,40	83,00	49,27	61,60	47,86	15,06

Os participantes desta amostra sofrem de DPOC em média há 16 anos, tendo no entanto sido encontrados participantes que só tomaram conhecimento da doença há 1 ano e outros que referem ter esta patologia desde muito jovens, a qual caracterizam como: “*sempre sofri de bronquite*” ou “*desde criança que ia ao médico por causa dos pulmões*”.

Relativamente ao FEV<sub>1</sub> a média encontrada situa-se em 49,27 o que corresponde ao estágio III da Classificação de DPOC obtida através da

espirometria e que em termos de impacto na vida das pessoas se traduz como agravamento da dispneia e menor capacidade para o exercício físico.

Em relação ao FEV<sub>1</sub> queremos salientar que, encontramos alguns participantes no estágio I (n=2; 1,2%) e II (n=68; 39,3%) que estão em fase inicial de tratamento e na tomada de conhecimento sobre as medidas de prevenção e autocontrole, e também participantes em número considerável que apresentam estágio III (n=59; 34,1%) e IV (n=16; 9,2%) e que manifestam um grau de incapacidade médio a elevado para as AVD, usam O<sub>2</sub> entre 12 a 24 horas e alteram as suas atividades em função da dispneia sentida, são também os que sofrem mais exacerbações da doença com frequentes internamentos hospitalares.

No estudo das relações entre as variáveis independentes quantitativas (FEV<sub>1</sub>, Idade, escolaridade e há quantos anos tem a doença) verifica-se que os anos de doença têm correlação positiva ou negativa com as outras variáveis em estudo, conforme dados da tabela nº 5.

Tabela nº 5 – Correlação entre as variáveis independentes

Correlação		Idade	FEV <sub>1</sub>	Escolaridade
<b>Há quantos anos tem a doença</b>	<i>Rho Spearman (r<sub>s</sub>)</i>	0,269**	-0,212*	-0,165*
	N	173	145	173
	<i>p</i>	<0,001	0,011	0,030

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01

\* Correlação é significativa no nível 0,05

Estes resultados relativamente à idade mostram como a evolução natural da doença se reflete ao longo dos anos de vida, pelo que o aumento da idade tende a aumentar o número de anos que os clientes têm a doença, sendo este um facto a considerar pelas organizações de saúde, dado ser previsível o aumento das necessidades em cuidados de saúde por estes clientes. Relativamente ao FEV<sub>1</sub> verifica-se correlação negativa o que significa que mais anos de doença se relacionam com o aumento do estágio de doença, em relação à escolaridade verifica-se também correlação negativa o que leva a induzir que os clientes com mais anos de doença têm escolaridade mais baixa.

Com já referimos a nossa amostra foi obtida em dois locais no CHP - HSA e no CHVNG/E, pelo que evoluímos agora na avaliação das diferenças com significado estatístico entre o local de colheita de dados na análise das variáveis independentes nominais, para tal recorremos ao teste Qui-quadrado (X<sup>2</sup>), teste não paramétrico que pretende analisar a associação entre duas ou mais variáveis nominais. Na tabela nº 6 apresentamos os dados que revelam algumas diferenças

com significado estatístico entre as variáveis de independentes e os grupos da amostra

Tabela nº 6 - Diferença de médias entre as variáveis de independentes e os grupos da amostra

Variáveis independentes	Qui – quadrado (X <sup>2</sup> )	Df	Sig.
<b>Sexo</b>	5,550	1	$p=0,018$
<b>Atividade profissional</b>	19,88	8	$p=0,011$
<b>Caso viva sozinho e precise de apoio no autocuidado a quem recorre</b>	16,41	6	$p=0,012$
<b>Refere dificuldades económicas</b>	25,43	1	$p<0,001$
<b>Utiliza O<sub>2</sub> nas AVD</b>	21,63	1	$p<0,001$

Na análise salienta-se que relativamente:

**Ao Sexo:** No CHP - HSA há uma percentagem maior de participantes de clientes do sexo feminino 30% em comparação com 13,2% no CHVNG/E ( $p=0,018$ );

**Atividade profissional:** No CHP – HSA há uma maior percentagem de participantes reformados 83,3% em comparação com 71,7% no CHVNG/E ( $p=0,011$ );

**Caso viva sozinho e precise de apoio no autocuidado, a quem recorre:** No CHP – HSA os participantes recorrem mais aos filhos 37,5% e no CHVNG/E recorrem mais a instituições de apoio 60% ( $p=0,012$ );

**Refere dificuldades económicas,** no CHVNG/E há uma maior percentagem de participantes com dificuldades económicas 52,8% em comparação com 15,8% CHP – HSA ( $p <0,001$ );

**Utiliza O<sub>2</sub> nas AVD,** há uma maior percentagem de participantes do CHP - HSA a utilizar O<sub>2</sub> nas AVD 40,8% em comparação com 5,7% no CHVNG/E ( $p <0,001$ ).

As restantes variáveis independentes não apresentam diferenças com significado estatístico entre os dois grupos.

Estando descrito e analisado o perfil sociodemográfico e caracterizado o estado de saúde relativamente à DPOC dos participantes da amostra, passamos à caracterização do **perfil de autocuidado** que resultou da análise que realizamos.

### 3.2 – Caracterização dos Perfis de Autocuidado

Tendo por base os estudos de Rasanem, Backman e Kingas (2007) e o estudo de Zeleznik (2007), foi possível definir o conjunto de questões do SCHDE, que se identificam com cada um dos perfis de autocuidado (Quadro III)

Quadro III – Perfis de autocuidado e questões associadas

<b>Responsável</b>	<b>Formalmente Guiado</b>	<b>Independente</b>	<b>De Abandono</b>
13-Fui sempre o principal sustento da minha família	10-Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência	14-Decidi sempre tudo sobre a minha vida	15- Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)
17-Ainda me sinto relativamente novo(a)	11-Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos	18-Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	16- Há acontecimentos tristes no meu passado recente
19-Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos	12-Tive uma vida de trabalho duro	29-Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	21- A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde
22-Eu quero ser responsável pela minha medicação	27-Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos	30-Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	34-Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias
23-Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	28-Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico	32-Eu conheço bem o que me causa problemas	46-Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos
24-A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual	31-Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores	33-Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	50-Sinto que já não sirvo para nada
25-Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar	41-Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	45-Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	51-Tenho medo do futuro
35-Aprecio a companhia de outras pessoas	42-À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer	47-É importante para mim não ser um fardo para ninguém	
36-Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas	43-Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	48-Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente	
37-Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes	44-Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	20-Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	
38 - Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida		26-Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	
39-Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim		40-À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas	
49-Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades			

Importa aqui clarificar que no instrumento original as questões sobre os perfis de autocuidado estavam numeradas de 10 a 51 assim como neste quadro, nós em termos de elaboração do formulário para o nosso estudo, ordenamos as questões do SCHDE de 1 a 42 com o objetivo de facilitar a aplicação do mesmo, contudo para efeitos de análise dos dados o nosso instrumento de colheita de dados voltou a ter a numeração dos estudos originais ou seja de 10 a 51 (Anexo IX ).

Baseados na classificação apresentada no quadro (III) procedemos à computação de uma nova variável para cada um das tipologias de autocuidado que

resulta da média aritmética (excluindo os valores nulos) dos scores de cada pergunta associada, o que nos permitiu o cálculo dos scores médios de cada um dos perfis de autocuidado, para cada um dos casos que fazem parte da nossa amostra, pelo que cada participante passou a ter um score (compreendido entre 1 e 5, numa escala quantitativa relativa a cada um dos perfis de autocuidado (Anexo X).

Após a consulta e análise dos resultados obtidos através do cálculo dos scores médios de cada um dos perfis de autocuidado, verifica-se que existe um grande número de casos com scores altos nos quatro perfis de autocuidado e há alguns casos em que os scores, embora tenham valor mais baixo, são muito semelhantes para quase todos os perfis de autocuidado. Atendendo a este facto, somos levados a considerar duas circunstâncias para prosseguir no nosso estudo:

- 1 - O poder discriminatório do SCHDE aplicado à realidade portuguesa;
- 2 - A grande maioria dos casos do estudo tem que se categorizar como “indefinidos”.

Salienta-se no entanto, que o facto de surgir no nosso estudo um elevado número de “indefinidos”, isso também ocorreu nos estudos que nos servem de base nomeadamente no estudo realizado na Eslovénia, sendo ainda mais visível o número de casos “indefinidos” no estudo realizado em Portugal.

Concretamente para o nosso estudo, optamos por seguir o critério adotado por Sequeira (2011) para a categorização dos casos, em que o participante para ser considerado como pertencendo exclusivamente a um determinado perfil de autocuidado tinha que apresentar **score**  $\geq 4$  nesse perfil e obrigatoriamente nos outros perfis ter **score**  $< 3$ ; mediante a utilização destes critérios verificamos que no nosso estudo não foram encontrados casos “puros”.

Apesar destes dados, ao efetuar o estudo das correlações (*Rho de Spearman*) entre os scores dos quatro perfis de autocuidado apresentados na tabela nº7, consideramos que os pressupostos teóricos de Backman & Hentinen (1999;2001) e Rasanen, Backman e Kingas (2007) que nos orientaram, se confirmam.

Tabela nº 7 - Matriz de Correlação dos scores dos perfis de Autocuidado

Correlação dos scores dos perfis		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado Abandonado
<b>Autocuidado Responsável</b>	$r_s$	1,000	-, 037	, 420**	-, 493**
	$p$		, 624	0, 001	0,001
	$N$	173	173	173	173
<b>Autocuidado Formalmente guiado</b>	$r_s$	-, 037	1,000	, 112	, 283**
	$p$	, 624		, 144	0,000
	$N$	173	173	173	173
<b>Autocuidado Independente</b>	$r_s$	, 420**	, 112	1,000	-, 219**
	$p$	0, 001	, 144		0,004
	$N$	173	173	173	173
<b>Autocuidado Abandonado</b>	$r_s$	-, 493**	, 283* *	-, 219**	1,000
	$p$	0,001	0,000	0,004	
	$N$	173	173	173	173

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01

De facto, o perfil de autocuidado *Responsável* está correlacionado de forma moderadamente positiva com o perfil de autocuidado *Independente* e correlacionado de forma negativa com o autocuidado *Abandonado*. Já o perfil autocuidado *Formalmente Guiado* mostra uma correlação positiva com o autocuidado *Abandonado*. O perfil autocuidado *Independente* tem como já referimos correlação moderadamente positiva com o autocuidado *Responsável* e correlação negativa pouco intensa com o autocuidado *Abandonado*.

Na matriz de correlação entre os scores dos quatro perfis de autocuidado, os dados que encontramos vão de encontro ao que é defendido pelas autoras no desenvolvimento da sua teoria – ***Tipologia de Autocuidado***.

Estes dados também são similares aos do estudo já efetuado por Sequeira (2011), esta autora optou por realizar um processo de verificação das questões do instrumento, tendo como objetivo alargar a capacidade de distinção dos perfis de autocuidado através do SCHDE, procedendo à identificação das questões mais específicas e que mais se relacionavam com cada perfil de autocuidado. Este trabalho ao ser realizado teve a supervisão e revisão de três investigadores da ESEP e do consenso entre estes peritos surgiu uma grelha com questões específicas retiradas do SCHDE para cada um dos perfis de autocuidado (Quadro IV)

Quadro IV – “Questões específicas” por Perfil de Autocuidado

<b>Perfis de autocuidado</b>	<b>Questões</b>
<b>Autocuidado Responsável</b>	22- Eu quero ser responsável pela minha medicação. 24- A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual. 25- Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar. 37- Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	27- Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos. 28- Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico.
<b>Autocuidado Independente</b>	30- Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda. 45- Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém. 48- Vou continuar a viver em minha casa mesmo que fique muito doente.
<b>Autocuidado Abandonado</b>	21- A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde. 46- Estou dependente da ajuda da minha família e amigos. 50- Sinto que já não sirvo para nada.

Utilizando este mesmo processo e com estas questões específicas, computamos uma nova variável para cada tipologia de autocuidado, que resulta da média aritmética excluindo os valores nulos de cada questão específica. O que nos permitiu atribuir um score a cada perfil. Portanto para cada um dos participantes do estudo foi calculado um score (compreendido entre 1 e 5 numa escala quantitativa) relativo a cada um dos perfis de autocuidado mas com base nas questões específicas (Anexo XI).

Após a consulta e análise dos resultados obtidos através do cálculo dos scores médios de cada um dos perfis de autocuidado, considerando as questões específicas, verifica-se que apesar da especificação dos itens de cada um dos perfis de autocuidado, os resultados traduzem ainda um elevado número de casos “Indefinidos” pelo que mantemos a questão relativamente ao poder discriminatório do SCHDE, no entanto prosseguimos com a análise atendendo a esta condição que limita o nosso propósito.

Efetuamos mais uma vez o estudo das correlações (*Rho de Spearman*) entre os scores dos quatro perfis de autocuidado relativamente às questões específicas conforme apresentado na Tabela nº 8.

Tabela nº 8 - Matriz de Correlação dos scores dos perfis de Autocuidado – Questões específicas

Correlação dos scores dos perfis específicos		Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado Abandonado
<b>Autocuidado Responsável</b>	$r_s$	1,000	-, 089	, 390**	-, 521**
	$p$		, 244	<0, 001	<0,001
	$N$	173	173	173	173
<b>Autocuidado Formalmente guiado</b>	$r_s$	-, 089	1,000	, 086	, 149*
	$p$	, 244		, 261	0,050
	$N$	173	173	173	173
<b>Autocuidado Independente</b>	$r_s$	, 390**	, 086	1,000	-, 343**
	$P$	<0, 001	, 261		<0,001
	$N$	173	173	173	173
<b>Autocuidado Abandonado</b>	$r_s$	-, 521**	, 149*	-, 343**	1,000
	$p$	<0,001	0,050	<0,001	
	$N$	173	173	173	173

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01

\* Correlação é significativa no nível 0,05

Efetuada a análise, constatamos que se confirmam os resultados obtidos com o estudo das correlações (*Rho de Spearman*) entre os scores dos perfis de autocuidado relativamente a todas as questões, pelo que em relação aos scores dos perfis específicos se mantém a coerência em relação aos pressupostos teóricos que nos servem de referência, ou seja, o autocuidado *Responsável* tem uma relação positiva fraca a moderada com o autocuidado *Independente* e uma relação negativa moderada com o autocuidado *Abandonado*.

O autocuidado *Formalmente Guiado* possui uma correlação positiva fraca com o autocuidado *Abandonado* e não apresenta relação com significado estatístico quer com o autocuidado *Independente* quer com o *Responsável*.

Tanto o autocuidado *Independente* como o autocuidado *Responsável* tem correlação negativa fraca a moderada com o autocuidado *Abandonado* o que aponta para formas diferentes de estar perante o autocuidado. Estes resultados mais uma vez estão em consonância com a teoria de Backman & Hentinen (1999;2001).

Estabelecendo um paralelo entre estes resultados e a prática de cuidados de enfermagem que se desenvolve, quer na gestão de regime terapêutico, quer na promoção de autonomia no autocuidado, temos com certeza desafios que importa ultrapassar, principalmente nos clientes cujo perfil de autocuidado está mais centrado no *Formalmente Guiado* e no *Abandonado*, dado que exigem dos enfermeiros ações terapêuticas que se ajustem as características intrínsecas dos clientes, favorecendo o seu envolvimento e participação ativa no plano terapêutico de acordo com a avaliação das suas capacidades. A persecução destes

pressupostos pode revelar uma mudança importante para a vida do cliente e que representaria à luz de Meleis (2000), um processo de transição com base na consciencialização e envolvimento do cliente. Esta é uma perspetiva desejada, mas audaz, que impõe terapêuticas de enfermagem diferenciadas e conhecimento sobre as especificidades de cada cliente.

Assim e em face dos resultados que obtivemos através do modelo de análise dos dados, já com base nas questões específicas de cada perfil de autocuidado (Quadro IV) decidimos prosseguir no estudo para caracterizar os perfis de autocuidado que encontramos na nossa amostra.

### *3.2.1 - Distribuição dos participantes pelos perfis de autocuidado*

Neste estudo tínhamos como objetivo descrever os perfis de autocuidado dos clientes com DPOC que frequentam a consulta de Medicina do CHP – HSA e o ginásio do serviço de Cinesiterapia do CHVNG/E que fizeram parte da nossa amostra.

Como já referimos a grande maioria dos casos da nossa amostra apresenta perfil de autocuidado “Indefinido”, este facto também ocorreu no estudo desenvolvido por Sequeira (2011) que por este motivo teve necessidade de definir um conjunto de critérios para categorizar cada um dos casos que compunham a sua amostra, dado que no nosso estudo vivemos uma situação comparável, no que diz respeito à descrição do perfil de autocuidado dos clientes, optamos novamente, por seguir os critérios adotados por esta autora, para a categorização e que correspondem ao conjunto de princípios a seguir apresentado que foi computado de forma sequencial:

- **Perfil Puro** – casos que obtenham um score num perfil específico de autocuidado  $\geq 4,5$  e necessariamente, nos restantes perfis scores de  $\leq 3$ ;
- **Perfil Predominante** - casos que obtenham um score num perfil específico de autocuidado  $\geq 4$  e necessariamente, nos restantes perfis scores de  $\leq 3,5$ .
- **Perfil Indefinido Alto** – casos que obtenham um score em todos os quatro perfis de autocuidado  $> = 3,5$ ;
- **Perfil Indefinido Baixo** – casos que obtenham um score em todos os quatro perfis de autocuidado  $< 3$ ;
- Os casos que não foram categorizados em nenhuma das categorias descritas, consideramos somente como “**Perfil Indefinido**”.

Com a utilização deste modelo obtivemos como Sequeira (2011), onze categorias de perfis de autocuidado, que se distribuem por 4 perfis puros, 4 perfis predominantemente de um tipo e 3 categorias de casos indefinidos. Ao efetuar a análise tendo em conta os critérios definidos, encontramos algumas categorias em que não foi identificado qualquer caso, pelo que os casos que compõem a nossa amostra distribuem-se apenas por seis das onze categorias que resultaram do modelo atrás descrito. Na tabela nº 9 apresentamos os resultados da análise realizada.

Tabela nº 9 - Distribuição da amostra em função dos “Perfis de Autocuidado”

<b>Perfil de Autocuidado</b>	<b>(n) CHP</b>	<b>(n) CHVNG/E</b>	<b>(N) Total</b>	<b>( % )</b>
<b>Responsável</b>	3	2	5	2,90
<b>Formalmente Guiado</b>	1	0	1	0,58
<b>Abandonado</b>	1	0	1	0,58
<b>Predominante responsável</b>	2	0	2	1,15
<b>Predominante formalmente guiado</b>	2	0	2	1,15
<b>Indefinidos</b>	<b>111</b>	<b>51</b>	<b>162</b>	<b>93,64</b>
<b>Total</b>	120	53	173	100

Como se pode observar na leitura da tabela o valor mais alto refere-se à categoria de Indefinidos, ou seja 93,64% dos casos, apesar de estarmos a considerar apenas as questões específicas mantêm-se um elevado número de casos com perfil de autocuidado Indefinido. Temos somente 4,06 % dos casos categorizados no perfil “puro” em três dos quatro tipos de autocuidado e 2,3 % dos casos que evidenciam perfil predominante *Responsável* e *Formalmente guiado*.

Estes resultados parecem-nos ter relação de causalidade com o poder discriminatório do instrumento, no entanto, também podem estar relacionados com as características da nossa amostra (cliente com patologia crónica).

Nos estudos realizados anteriormente, quer na Finlândia quer na Eslovénia, também foram encontrados casos caracterizados como indefinidos, contudo em número muito inferior ao do nosso estudo.

Perante este facto e porque é para nós importante conhecer os perfis de autocuidado dos clientes que compõem a nossa amostra, avançamos para um modelo de análise dos dados mais aprofundado para os casos categorizados como “Indefinidos”.

Tendo como exemplo o estudo de Sequeira (2001), decidimos mais uma vez, aplicar os critérios por ela utilizados, de forma a podermos avançar para uma descrição mais apurada dos perfis de autocuidado. Estes critérios pretendem caracterizar os casos “Indefinidos” tendo em conta os vários perfis de autocuidado,

assim foram criadas as associações possíveis e nas quais se incluíram os casos que possuem score > =4 nesses perfis de autocuidado dando origem às seguintes categorias, que foram computadas de forma sequencial:

- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente/Abandonado;**
- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente;**
- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Abandonado;**
- **Responsável/Independente/Abandonado;**
- **Formalmente Guiado/ Independente/ Abandonado;**
- **Responsável/Formalmente Guiado;**
- **Responsável/Independente;**
- **Responsável/Abandonado;**
- **Formalmente Guiado/Independente;**
- **Formalmente Guiado/Abandonado;**
- **Independente/Abandonado;**

Todos os casos que não encaixavam em nenhuma destas categorias foram classificados como “**Indefinidos finais**”.

Das doze categorias possíveis, ao efetuar a análise tendo em conta os critérios definidos, encontramos algumas categorias, a exemplo da categorização anterior, em que não foi identificado qualquer caso. Assim, os 162 casos “Indefinidos” (do total de 173 que compõem a nossa amostra) distribuem-se apenas por oito das doze categorias que resultaram do modelo atrás descrito. Na tabela nº10 apresentamos os resultados da análise.

Tabela nº 10 – Distribuição dos casos categorizados como “Indefinidos”

<b>Categorias Especificas de “Indefinidos”</b>	<b>(n) CHP</b>	<b>(n) CHVNG/E</b>	<b>(N) Total</b>	<b>(%) no total dos 162 casos Indefinidos</b>	<b>(%) no total dos 173 casos Amostra</b>
<b>Responsável/ Formalmente Guiado/Abandonado</b>	2	0	2	1,24	1,15
<b>Responsável/Formalmente Guiado/Independente</b>	3	12	15	9,26	8,67
<b>Responsável/Formalmente Guiado</b>	<b>56</b>	<b>25</b>	<b>81</b>	<b>50</b>	<b>46,82</b>
<b>Responsável/Independente</b>	3	2	5	3,1	2,89
<b>Responsável/Abandonado</b>	2	0	2	1,2	1,16
<b>Formalmente Guiado/Independente</b>	1	2	3	1,8	1,73
<b>Formalmente Guiado/Abandonado</b>	5	1	6	3,7	3,47
<b>Indefinidos finais</b>	39	9	48	<b>29,7</b>	<b>27,74</b>
<b>Total de Indefinidos</b>	111	51	162	100	93,64

Da leitura dos resultados que obtivemos nesta nova categorização, emerge um dado com algum relevo, **50%** dos casos Indefinidos apresentam traços característicos de perfis de autocuidado *Responsável e Formalmente guiado*, o que contraria em parte o que teoricamente é descrito, ou seja, um cliente com perfil de *Responsável* não tenderá a apresentar características relacionadas com perfil de *Formalmente Guiado*. Contudo este resultado tão expressivo pode-nos levar para uma análise, que tem em si, muito do que são as características da nossa população, principalmente na faixa etária predominante da nossa amostra, pessoas que na sua grande maioria, são “responsáveis” na sua forma de estar na vida, contudo consideram muito importante a orientação clínica, e também não estão acostumados a decidir sobre o seu plano terapêutico, pelo que nos parece ser um dado a ter como referência na conceção das terapêuticas de Enfermagem.

Emerge desta tabela também, um dado com algum significado, que se refere aos **9,26%** dos casos Indefinidos que apresentarem traços que se enquadram nos perfis de autocuidado *Responsável/Formalmente Guiado/Independente* o que na perspetiva teórica é pouco expectável, dado que, os traços característicos do perfil *Independente* são muito divergentes relativamente aos do perfil *Formalmente guiado*. Não sendo um resultado relevante relativamente à amostra, contudo o seu significado poderá estar relacionado com o facto de os participantes serem doentes crónicos (DPOC) cuja patologia ocorre com exacerbações, permitindo ao cliente adotar atitudes e formas de estar perante a doença e perante a vida, que se podem ser características destas três tipologias de autocuidado, variando mediante a fase de evolução da doença.

Salienta-se ainda, que nestes casos Indefinidos da nossa amostra há uma percentagem muito equivalente de casos que apresentam traços de *Responsável/ Independente* **3,1%** e de *Formalmente Guiado/ Abandonado* **3,7%**. Perspetivando a teoria subjacente, temos que, estas duas associações são consideradas possíveis, dado que os clientes têm formas de estar no autocuidado que podem emergir associadas e por isso apresentar características que se enquadram nas duas tipologias de autocuidado respetivamente.

No estudo desenvolvido por Sequeira (2011), o dado mais relevante relativo à caracterização dos casos “Indefinidos” foi o que se referia à categoria específica *Responsável/ Independente* com (23%) dos casos, as restantes associações apresentam valores baixos, mantem-se todavia elevado o número de clientes considerados “Indefinidos finais” (40%).

No nosso estudo os resultados obtidos nas restantes associações são baixos, mantemos porém, um número de “Indefinidos finais” elevado **29,7%**. Perante os

resultados encontrados e tendo também em conta os achados dos estudos anteriores consideramos que é escassa a probabilidade de se encontrarem perfis “puros” de autocuidado, este facto, é ainda mais evidente no estudo já realizado em Portugal, assim como no nosso estudo, contudo o conhecimento obtido no desenvolvimento do estudo sobre a **Tipologia de Autocuidado** faz-nos acreditar que este é válido e tem aplicação prática na conceção dos cuidados de Enfermagem.

Os dados realçam a necessidade dos Enfermeiros valorizarem a informação relativa ao perfil de autocuidado na conceção dos cuidados ao cliente, adequando as terapêuticas de Enfermagem em função deste. Assim as terapêuticas de enfermagem que visam a promoção da gestão de regime terapêutico no cliente com doença crónica na qual se inclui a DPOC, quer sejam implementadas no contexto de internamento, ou na consulta de enfermagem, devem ser orientadas para cada cliente perspetivando os seus condicionalismos pessoais.

Obtida a descrição dos perfis de autocuidado e efetuada a análise relativa aos achados que encontramos na nossa amostra, passamos agora, para o estudo da sua relação com as variáveis de atributo definidas no formulário.

### *3.2.2 - Estudo das relações dos scores do Perfil específico de autocuidado*

Com o objetivo de conhecer as relações que existem, entre as variáveis independentes e o perfil específico de autocuidado, recorreremos a testes estatísticos não paramétricos em função da natureza das variáveis. No estudo das medidas de associação entre as variáveis qualitativas nominais (Sexo, Utilização de O<sub>2</sub>) e os scores do perfil específico de autocuidado utilizamos o teste *U-Mann-Whitney*, do qual apresentamos os resultados na tabela n.º11 e n.º12. Verificamos também a associação entre a variável qualitativa nominal (Local de colheita de dados) e os scores do perfil específico de autocuidado, cujos resultados apresentamos na tabela nº 13. No estudo das medidas de associação entre as variáveis qualitativas nominais (Estado civil”; “Profissão”; “Com quem vive” e “Caso viva só a quem recorre) e os scores do perfil específico de autocuidado, utilizamos o teste *Kruskal-Wallis*. No estudo das relações entre as variáveis independentes quantitativas (FEV<sub>1</sub>, Idade, Escolaridade e Há quantos anos tem a doença) e os scores do perfil específico de autocuidado, utilizamos a correlação de *Spearman*, da qual apresentamos os resultados com significado estatístico nas Tabelas nº 14 e n.º15.

Tabela nº11 – Diferenças nos scores do perfil específico de Autocuidado em função do sexo

Sexo/ Perfil de Autocuidado	Autocuidado Responsável (Mean Rank)	Autocuidado Formalmente Guiado (Mean Rank)	Autocuidado Independente (Mean Rank)	Autocuidado Abandonado (Mean Rank)
Masculino	85,60	87,44	91,10	82,71
Feminino	91,24	85,66	74,60	99,97
<i>p</i>	0,516	0,829	0,058	0,045

Constatamos que no que se refere ao perfil específico de autocuidado *Abandonado* há diferenças com significado estatístico relativamente ao sexo ( $U=2237,5$ ;  $W =10752,5$ ;  $p= 0,045$ ; Mean Rank: sexo masculino = 82,71; sexo feminino = 99,97) o que significa que temos mais clientes do sexo feminino que do sexo masculino, na nossa amostra que assumem características do perfil específico de autocuidado *Abandonado*.

Neste perfil de autocuidado enquadram-se clientes que sofrem desgostos graves, na qual se inclui a perda de familiar próximo, sentimentos de solidão e a perda de capacidades cognitivas e sensoriais que pode estar relacionado quer com a idade quer com o processo de evolução da DPOC.

Tabela nº 12 - Diferenças nos scores do perfil específico de Autocuidado em função da utilização de O<sub>2</sub> nas AVD

Usa O <sub>2</sub> nas AVD / Perfil de Autocuidado	Autocuidado Responsável (Mean Rank)	Autocuidado Formalmente Guiado (Mean Rank)	Autocuidado Independente (Mean Rank)	Autocuidado Abandonado (Mean Rank)
Utiliza O <sub>2</sub>	80,98	85,36	74,83	101,43
Não Utiliza O <sub>2</sub>	89,59	87,71	92,23	80,80
<i>p</i>	0,294	0,762	0,034	0,011

Na utilização de O<sub>2</sub> nas AVD constatamos, que existem diferenças com significado estatístico, entre os clientes com perfil específico de autocuidado *Independente* que utilizam e não utilizam O<sub>2</sub> ( $U=2513,0$ ;  $W= 3891,0$ ;  $p=0,034$ ), sendo mais frequente estes clientes não utilizarem O<sub>2</sub>. Os clientes com este perfil de autocuidado, caracterizam-se por ser ativos e autónomos, o que pode levar a inferir, que dada a sua postura face ao autocuidado possam protelar a evolução da condição de saúde, motivo pelo qual utilizam com menos frequência O<sub>2</sub> nas AVD, este dado, também se encontrará associado à sua capacidade de decisão (autónoma) de recorrer à de utilização de O<sub>2</sub> em determinados momentos ou não. Relativamente ao perfil específico de autocuidado *Abandonado* verifica-se também a existência de diferenças com significado estatístico ( $U =2395,5$ ;  $=9776,5$ ;  $p=0,011$ ), constatando-se que é mais frequente a utilização de O<sub>2</sub> nestes clientes.

O perfil de autocuidado *Abandonado* tem como características o pessimismo e dificuldade em gerir a vida no dia-a-dia, os clientes que se enquadram neste perfil apresentam por isso, incapacidade séria em se envolver na gestão da sua condição de saúde, motivo pelo qual, tenderão a apresentar uma gestão ineficaz do regime terapêutico, este facto, aliado à fraqueza muscular e à dispneia que advém da DPOC leva a maior sedentarismo, o que tende a agudizar o impacte da evolução da doença, é por isto previsível que recorram mais à utilização de O<sub>2</sub>, que de acordo com o GOLD (2009) deve iniciar-se a partir do estadio IV de doença.

Tabela n.º13 – Diferenças nos scores do perfil específico de autocuidado relativamente aos grupos da amostra

Grupos da amostra	Autocuidado Responsável (Mean Rank)	Autocuidado Formalmente Guiado (Mean Rank)	Autocuidado Independente (Mean Rank)	Autocuidado Abandonado (Mean Rank)
CHP-HSA	80,97	85,84	77,80	92,49
CHVNG/E	100,66	89,63	107,82	74,58
<i>p</i>	0,016	0,623	<0,001	0,026

Da análise das diferenças entre os grupos da amostra constatamos que para o perfil específico de autocuidado *Responsável* existem diferenças com significado estatístico ( $U=2456,0$ ;  $W= 9716,0$ ;  $p=0,016$ ), existindo mais clientes com este perfil de autocuidado no grupo de clientes do CHVNG/E.

Na análise das diferenças entre os grupos relativamente ao perfil específico de autocuidado *Independente* constatamos que existem diferenças com significado estatístico ( $U=2076,50$ ;  $W= 9336,50$ ;  $p<0,001$ ), sendo mais frequente este perfil de autocuidado no CHVNG/E. Relativamente ao perfil específico de autocuidado *Abandonado* existem diferenças com significado estatístico entre os grupos da amostra ( $U=25721,50$ ;  $W= 3952,50$ ;  $p =0,026$ ), existindo mais clientes com este perfil específico entre os clientes do CHP-HSA.

Estes dados permitem-nos confirmar que os participantes de CHVNG/E são clientes que evidenciam ter características que se enquadram principalmente no perfil específico de autocuidado *Responsável* e também *Independente*, e apresentam menor evidência de características de perfil específico de autocuidado *Abandonado*.

Considerando estes dados, não podemos deixar de referir que os clientes do CHVNG/E que fizeram parte da nossa amostra estão a cumprir um programa de reeducação respiratória e de readaptação ao esforço, prescrito pelo médico e efetuado por enfermeiros de reabilitação e ao qual aderem de forma orientada e responsável. Estas condições são promotoras da autonomia e da responsabilização

pelo tratamento por parte do cliente, pelo que se enquadram mais nos perfis de autocuidado acima referidos que, como refere a teoria desenvolvida por Backman & Hentinen (1999), se caracterizam por atitudes por parte dos clientes, em que a procura de atividades para a promoção da saúde, aumento da autonomia e melhor qualidade de vida é evidente. Saliento ainda e de acordo com os dados já apresentados na avaliação sociodemográfica, que estes clientes também usam menos frequência O<sub>2</sub> nas AVD, o que a nível de independência para o autocuidado pode ser também bastante significativo.

No que diz respeito à variável “Estado civil” constatamos que existem diferenças com significado estatístico ao nível do perfil específico de autocuidado *Abandonado* ( $\chi^2_{KW}=8,646$ ; gl=3; n=173;  $p=0,034$ ; *Mean rank*: casado=81,33; solteiro=88,82; viúvo=112,85; divorciado=97,14). A comparação múltipla da média das ordens não nos permite identificar a existência de diferenças com significado estatístico, contudo a interpretação do *Mean rank* permite-nos perceber que é mais frequente a existência do perfil específico de autocuidado *Abandonado* entre clientes viúvos. Este resultado é consistente com a perspetiva teórica de Backman & Hentinen (1999) que associa a este perfil de autocuidado a sentimentos de amargura, tristeza, experiências difíceis e perdas pessoais que condicionam as atitudes pessoais, sendo frequente posturas negativas perante a vida e a situação de doença.

Tabela nº 14 – Correlação Idade /Scores do perfil específico de Autocuidado

Correlação		Autocuidado Responsável	Autocuidado formalmente guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado Abandonado
<b>Idade</b>	<i>Rho Spearman</i>	- 0,187*	0,134	- 0,233**	0,231**
	<i>p</i>	0,14	0,079	0,002	0,002

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01

\* Correlação é significativa no nível 0,05

Os resultados demonstram que idades mais altas estão associadas de forma fraca e positiva ao perfil específico de autocuidado *Abandonado* e como seria de esperar de forma fraca e negativa com o perfil específico de autocuidado *Responsável* e com o perfil específico de autocuidado *Independente*, ou seja, com o avançar da idade os clientes tendem a apresentar atitudes que são associadas ao perfil de autocuidado *Abandonado*, o que vai de encontro ao descrito por Backman & Hentinen (1999) sobre esta tipologia de autocuidado, em que os clientes se caracterizam por apresentar algum deficit inerente à idade, nomeadamente a nível da audição visão, memória e com diminuição da autonomia, sendo frequente o desejo de desistir.

Tabela nº 15 – Correlação Anos de escolaridade /Scores do perfil específico de Autocuidado

Correlação		Autocuidado Responsável	Autocuidado formalmente guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado Abandonado
<b>Anos de escolaridade</b>	<i>Rho Spearman P</i>	0,228 ** 0,003	- 0,180* 0,018	- 0,132 0,084	- 0,274** <0,001

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01

\* Correlação é significativa no nível 0,05

Estes resultados, demonstram que ter mais anos de escolaridade está associado de forma fraca e positiva com o perfil específico de autocuidado *Responsável* e de forma fraca e negativa com o perfil específico de autocuidado *Abandonado* o que nos levam a inferir, que os clientes com perfil específico de autocuidado *Abandonado* apresentam menos anos de escolaridade, este resultado, enquadra-se na perspetiva teórica que caracteriza este perfil de autocuidado, em que os clientes se caracterizam por ter um passado de trabalho árduo, com baixa satisfação de vida e pouca escolaridade, o que explica de alguma forma a fraca envolvimento na gestão do regime terapêutico.

No que se refere as características dos clientes com perfil de autocuidado *Responsável*, os dados confirmam que estes são pró-ativos, tem experiências de vida positivas e valorizam o ensino, o que lhes dá um caráter peculiar. Assim é nossa percepção que a formação contribui de forma indelével para a responsabilização e autonomia no autocuidado.

Dado que ao ser aplicado o formulário foram colhidos dados relativos à **Intolerância à atividade**<sup>7</sup> e a **Dependência no autocuidado**<sup>8</sup> para a consecução de outros estudos concomitantes ao que desenvolvemos nesta amostra, procedemos ao estudo das medidas de associação entre os scores médios dos perfis específicos da tipologia do autocuidado, com a categorização global da dependência no autocuidado e a categorização global da intolerância a atividade destes clientes, com recurso ao teste de *Kruskal-Wallis*.

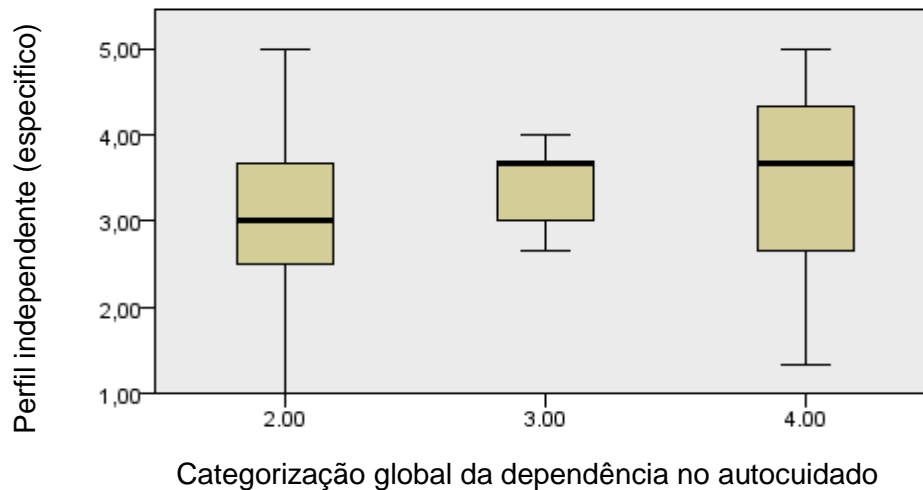
Constatamos que relativamente à **Dependência no Autocuidado** existem diferenças com significado estatístico para o perfil específico de autocuidado *Independente* ( $X^2_{KW}=7,066$ ; gl=2; n=166; **p=0,029**, *Mean Rank*: Necessita ajuda de

<sup>7</sup>MOREIRA, Márcia Maria Pinto - A intolerância à atividade em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Projeto de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. 2010."

<sup>8</sup>ALVES, Maria Célia Oliveira -O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas atividades de autocuidado. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. Fevereiro de 2012.

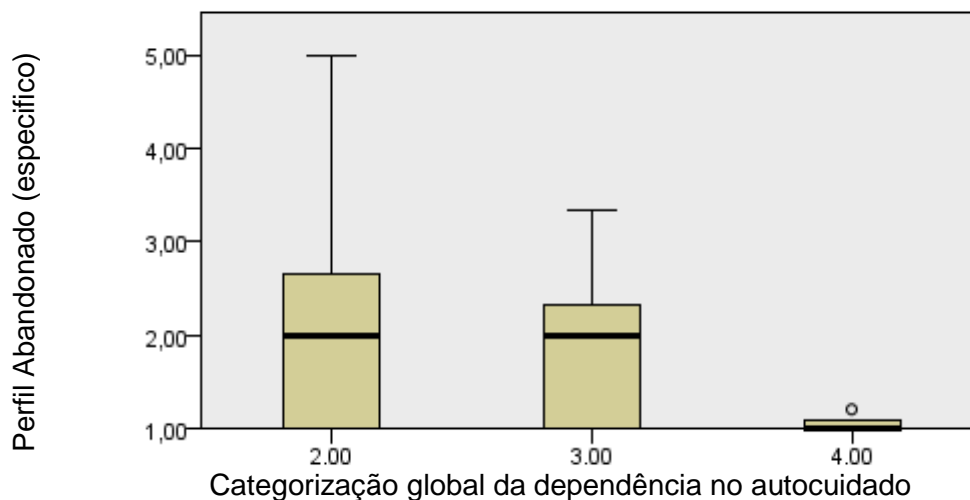
pessoas=78,63; necessita de equipamento =104,04; independente=102,36) e também para o perfil específico de autocuidado *Abandonado* ( $X^2_{KW}=12,243$ ;  $gl=2$ ;  $n=166$ ;  $p =0,002$  *Mean Rank*: Necessita ajuda de pessoas=88,69; Necessita de equipamento =80,63; independente=45,56), estes dados podem ser confirmados no gráfico n.º1 e n.º2 respetivamente.

Gráfico nº 1 – Diferenças entre a categorização da dependência no autocuidado e o perfil específico de autocuidado *Independente*



Na análise dos dados relativos ao perfil específico de autocuidado *Independente* constatamos que não existem diferenças com significado estatístico na comparação múltipla da média de ordens contudo, na análise dos *Mean Ranks* constatamos que são os clientes que necessitam de ajuda de equipamentos os que têm um score médio mais alto neste perfil de autocuidado.

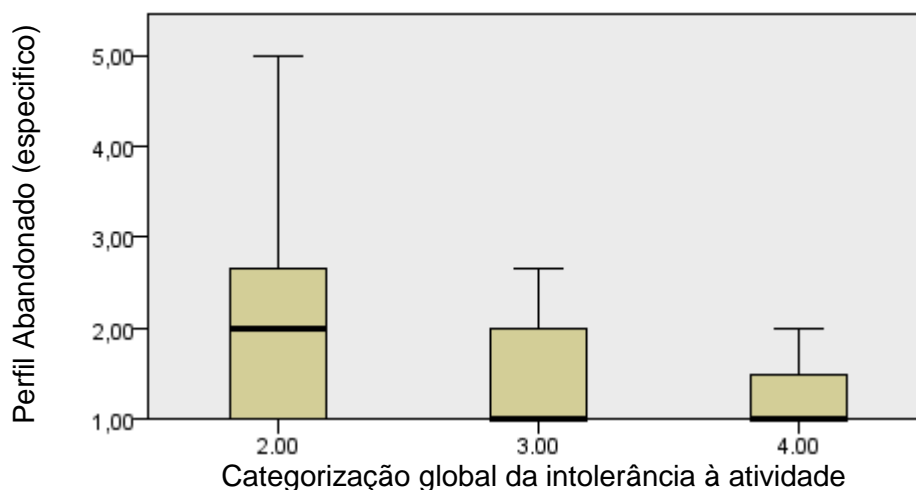
Gráfico nº2 – Diferenças entre a dependência no autocuidado e o perfil específico de autocuidado *Abandonado*



Na análise dos dados relativos ao perfil específico de autocuidado *Abandonado* constatamos que existem diferenças com significado estatístico na comparação múltipla da média de ordens entre os clientes que necessitam de ajuda de pessoas e os independentes ( $p=0,01$ ), sendo os clientes, que necessitam de ajuda de pessoas, os que têm um score médio mais alto neste perfil de autocuidado, o que é compatível com o constructo teórico utilizado no estudo. Estes dados refletem de alguma forma o que vimos a descrever relativamente aos perfis de autocuidado, uma vez que se verifica que nos clientes com um perfil específico de autocuidado *Independente* há maior independência relativamente às atividades de autocuidado, já com os clientes com perfil específico de autocuidado *Abandonado* é a dependência de pessoa para as atividades de autocuidado que assume particular relevo.

Relativamente à **Intolerância à atividade** existem, diferenças com significado estatístico, entre os clientes com perfil específico de autocuidado *Abandonado* ( $X^2_{KW}=7,313$ ;  $gl=2$ ;  $n=173$ ;  $p=0,026$ ; *Mean Rank*: alguma falta de ar=89,85; pouca falta de ar=54,86; nenhuma falta de ar=48,42), estes dados podem ser confirmados no gráfico nº 3.

Gráfico nº 3 – Diferenças entre a Intolerância à atividade no autocuidado e o perfil específico de autocuidado *Abandonado*



Na análise dos dados relativos ao perfil específico de autocuidado *Abandonado* constatamos que não existem diferenças com significado estatístico na comparação múltipla da média de ordens, contudo na análise do *Mean Ranks* verificamos que são os clientes que referem alguma falta de ar os que têm um score médio mais alto neste perfil específico de autocuidado.

Estes dados corroboram as características associadas ao perfil de autocuidado *Abandonado*, em que é frequente o cliente não conseguir lidar com as rotinas

diárias, facto este associado essencialmente, à incapacidade de reagir positivamente à evolução da condição de saúde.

Em síntese, no desenvolvimento deste estudo fomos procedendo à análise dos dados, utilizando inicialmente todas as questões do instrumento – SCHDE- (Rasanen, Backman e Kingas, 2007; Zeleznik, 2007) para descrever os perfis de autocuidado dos clientes da nossa amostra, contudo por termos resultados inconclusivos, o conjunto das 42 questões foi reduzido a um numero mais pequeno de itens tendo por base o raciocínio de agregação teórica, com o intuito de aumentar a capacidade de distinção dos perfis de autocuidado, identificando as questões mais especificas e que mais se relacionavam com cada perfil de autocuidado.

O percurso desenvolvido, permitiu-nos atingir em grande parte os objetivos do nosso estudo, ou seja, em primeiro lugar e com base nas questões específicas, obtivemos associações de perfis de autocuidado que nos possibilitou caracterizar de alguma forma um número considerável dos participantes da amostra, em segundo lugar e porque pretendíamos validar esta perspetiva teórica nos clientes com DPOC, constatamos que grande parte dos perfis encontrados, estão de acordo com o descrito nos estudos realizados.

Atendendo à necessidade de esclarecer de que forma poderíamos tornar mais perceptíveis os conceitos relativos aos perfis de autocuidado nesta amostra de clientes, decidimos proceder à *Análise fatorial* dos dados da nossa amostra.

### **3.3 - Avaliação dos Perfis de Autocuidado – Fatores resultantes**

Optando por seguir o modelo de análise dos dados, também efetuado pelas autoras dos estudos que nos servem de referência, procedemos à análise fatorial exploratória, tendo a intenção de identificar a partir desta análise estatística, construtos que pudessem estar inexplorados. Dado que, “*A análise fatorial tem por objetivo simplificar as relações entre um conjunto de variáveis identificando uma estrutura mais simples que lhes está subjacente*” (Moreira, 2006 p. 80), no nosso estudo pretendíamos tornar mais perceptíveis os dados obtidos e porque se considera que a “*Análise fatorial é uma técnica de análise exploratória de dados, que tem por objetivo analisar a estrutura ou sentido psicológico das propriedades*

*configuracionais de uma percepção ou experiência*”, referindo - se ainda que “a análise fatorial permite atribuir um score a constructos que não são diretamente observáveis” (Maroco, 2010 p.361) esperamos através desta, adquirir um melhor conhecimento sobre as características da nossa amostra.

Assim procedemos à análise dos componentes principais com valores próprios (*Eigenvalues*) > 1 (Anexo XII), com recurso ao método de rotação *Varimax*, com normalização *Kaiser*. O resultado obtido no KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) foi de **0,718** o que nos permitiu avançar para a análise fatorial (anexo XIII).

Do processo de análise extraíram-se 14 fatores, que explicam **66,11%** da variância total. A partir dos fatores identificados, procedemos à criação de uma nova variável para cada um dos fatores que resultam da agregação dos itens propostos, excluindo os itens com valores de correlação inter-itens de fator, **inferior a 0,4** (Hair et al., p.107, 2005). Na tabela n.º 16 apresentamos a síntese da estatística descritiva dos fatores obtidos.

Tabela 16 – Estatística descritiva dos fatores

Fatores extraídos	Média	Desvio padrão
Fator 1 “Desejo de continuar a viver como agente ativo	4,12	0,89
Fator 2 “Boa condição física”	2,45	1,06
Fator 3 “Relações interpessoais significativas”	4,02	0,71
Fator 4 “Vida de sacrifício e de responsabilidade”	3,45	1,16
Fator 5 “Aceitação e confiança”	4,52	0,65
Fator 6 “Envolvimento no processo de cuidados”	4,49	0,56
Fator 7 “Consciência realista do efeito do envelhecimento”	3,62	1,68
Fator 8 “Sofrimento”	2,60	1,03
Fator 9 “Atitude face ao regime de tratamento”	1,76	1,12
Fator 10 “Resignação face ao envelhecimento”	3,81	0,98
Fator 11 “Atitude face ao regime medicamentoso”	3,62	0,84
Fator 12 “Medo da evolução da doença”	3,05	1,35
Fator 13 “Impotência face à evolução da doença”	3,61	0,63
Fator 14 “Atitude face à dependência”	4,92	0,42

Tendo em conta o procedimento utilizado na extração dos fatores, avançamos para a sua apresentação e discussão considerando cada um dos quatro perfis de autocuidado.

### 3.3.1 “Desejo de continuar a viver como agente ativo”

O fator 1 que optamos por denominar de “Desejo de continuar a viver como agente ativo” explica 15,17% da variância total e agrega as questões 22,26,33,37 e 45 do SCHDE.

Tabela n.º17 - Fator 1- “Desejo de continuar a viver como agente ativo”

Fator 1 – “Desejo de continuar a viver como agente ativo”		
Questão	Item de informação	Correlação
22	Quero ser responsável pela minha medicação	0,56
26	Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	0,60
33	Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	0,87
37	Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes	0,44
45	Eu trato das minhas próprias necessidades não necessitam da ajuda de ninguém	0,75
	<i>Eigenvalue</i>	6,37
	% Variância Total	15,17

Este fator traduz a vontade do cliente de cuidar de si quer fisicamente, quer clinicamente em que predominam atitudes positivas perante a vida, capacidade de decisão e autonomia e corresponde a perfis de autocuidado dentro dos domínios de *Responsável* e de *Independente*, o que vai de encontro ao que foi postulado por Backman & Hentinen (1999).

Estes dados são corroborados através da correlação de *Spearman* que efetuamos com os perfis de autocuidado, tomando por referencia os scores obtidos nas questões específicas, conforme (Quadro V). Assim temos correlações positivas (forte) e com significado estatístico com os perfis de autocuidado *Responsável* ( $r_{s173}=0,809$ ;  $p<0,01$ ) e *Independente* ( $r_{s173}=0,619$ ;  $p<0,01$ ) e correlação negativa com o perfil de autocuidado *Abandonado* ( $r_{s173}=-0,643$ ;  $p<0,01$ ). Os clientes que se enquadram neste fator têm potencial anímico para otimizar a sua condição de saúde e controlar de forma mais adequada as agudizações da DPOC.

### 3.3.2 “Boa condição física”

O fator 2 que designamos de “Boa condição física” explica 6,88% da variância total e incorpora as questões 17,19, e 20 do SCHDE.

Tabela n.º18 – Fator 2 – “Boa condição física”

Fator 2 – “Boa condição física”		
Questão	Item de informação	Correlação
17	Ainda me sinto relativamente novo(a)	0,61
19	Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos	0,60
20	Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	0,72
	<i>Eigenvalue</i>	2,89
	% Variância Total	6,88

Este fator representa de alguma forma, a atitude positiva dos clientes perante o estado de saúde e o envelhecimento, que se enquadra mais uma vez nos perfis de autocuidado de *Responsável* e de *Independente*. As correlações consubstanciam estes dados, dada a existência de uma correlação positiva moderada e com significado estatístico com os perfis de autocuidado *Responsável* ( $r_{s173}=0,448$ ;  $p < 0,01$ ) e *Independente* ( $r_{s173}=0,320$ ;  $p < 0,001$ ) e como seria esperado uma correlação negativa moderada com o perfil de autocuidado *Abandonado* ( $r_{s173}=-0,499$ ;  $p < 0,01$ ). Estes clientes demonstram que tanto a doença, como a idade ainda não condicionam a sua forma de estar na vida, sentem-se bem consigo próprios, percebem que têm e/ou devem manter boa condição física. A adoção destas posturas em clientes com DPOC pode configurar alguma relutância em aceitar os efeitos da evolução natural da doença. Também Zeleznik (2007) e Sequeira (2011) consideraram estas questões para descrever a capacidade física dos participantes.

Relacionando o que caracteriza este fator com as terapêuticas de enfermagem, temos com certeza alguns desafios a ultrapassar, dado que a presença destas características em clientes com DPOC pode configurar alguma relutância em aceitar os efeitos da evolução natural da doença.

### 3.3.3 “Relações interpessoais significativas”

O fator 3, que designamos por “Relações interpessoais significativas” explica 6,07% da variância total e incorpora as questões 36,39, e 48 do SCHDE.

Tabela n.º19 - Fator 3 - “Relações interpessoais significativas”

Fator 3 - “Relações interpessoais significativas”		
Questão	Item de informação	Correlação
36	Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas	0,76
39	Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim	0,72
48	Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente	0,49
	<i>Eigenvalue</i>	2,55
	% Variância Total	6,07

O fator 3 associa um conjunto de questões que representam a forma como os clientes se relacionam com a família e amigos e também o que esperam dos outros na ocorrência de dependência. Na atualidade é de grande importância para a continuidade dos cuidados perceber a natureza e a qualidade das relações familiares e amigos próximos dos clientes com doença crónica, na expectativa que

possam ser eles também, promotores dos processos de *mudança*, que de acordo com Melleis (2000) sentir-se integrado e apoiado em experiências de transição melhora a aprendizagem e a apreensão de novas formas de autocuidado

Consideramos que o apoio familiar e social é um excelente aliado na adesão e gestão de regimes terapêuticos complexos.

As questões deste fator estão muito ligadas ao perfil de autocuidado *Responsável* descrito na teoria, contudo os dados da correlação deste fator com os perfis de autocuidado na nossa amostra mostram somente correlação positiva fraca com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Independente* ( $r_{s173}=0,282$ ;  $p <0,01$ ) e o perfil *Formalmente guiado* ( $r_{s173}=0,150$ ;  $p <0,05$ ) este resultado enquadra-se na perspetiva teórica, sem contudo a representar na globalidade o que pode explicar de alguma forma o número elevado de participantes categorizados como “Indefinidos”.

### 3.3.4 “Vida de sacrifício e de responsabilidade”

O fator 4 denominado por “Vida de sacrifício e de responsabilidade” explica 5,41 % da variância total e incorpora as questões 11,12 e 13 do SCHDE.

Tabela nº 20 – Fator 4 – “Vida de sacrifício e de responsabilidade”

Fator 4 – “Vida de sacrifício e de responsabilidade”		
Questão	Item de informação	Correlação
11	Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos	0,74
12	Tive uma vida de trabalho duro	0,75
13	Fui sempre o principal sustento da minha família	0,43
	<i>Eigenvalue</i>	2,27
	% Variância Total	5,41

Os dados da correlação deste fator com os perfis de autocuidado mostram somente correlação positiva fraca com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Abandonado* ( $r_{s173}=0,150$ ;  $p=0,05$ ), contudo as questões a ele associadas pertencem na perspetiva teórica de Backman & Hentinem (1999;2001) às tipologias de autocuidado *Responsável* e *Formalmente guiado*. Este dado alude a clientes cuja história é caracterizada por uma vida de trabalho árduo e de sacrifício para cuidar dos outros o que define o sentido de responsabilidade pela família, todavia, consideramos que o facto de se relacionar com o perfil de autocuidado *Abandonado* se deve ao facto de ao envelhecer estes clientes adotarem posturas da autocuidado *Abandonado* deixando que outros façam por eles aquilo que eles também já fizeram por alguém, ou seja, são clientes resignados, que

podem apresentar capacidades funcionais reduzidas, baixa auto estima e por isso menos aderentes a processo de mudança e de procura de saúde e bem-estar.

### 3.3.5 “Aceitação e confiança”

O fator 5 denominado por “Aceitação e confiança” explica 4,66 % da variância total e incorpora as questões 25,31,32 e 35 do SCHDE.

Tabela n.º21 – Fator 5- “Aceitação e confiança”

Fator 5- “Aceitação e confiança”		
Questão	Item de informação	Correlação
25	Eu conheço bem os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas também sei como os devo tratar	0,52
31	Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores	0,57
32	Eu conheço bem o que me causa problemas	0,74
35	Aprecio a companhia de outras pessoas	0,57
	<i>Eigenvalue</i>	1,96
	% Variância Total	4,66

Este fator inclui duas conceções que espelham a confiança e respeito dos clientes pelos cuidados de saúde e o quanto prezam a amizade e as relações sociais. De acordo com o que atrás já referimos, é nossa perceção que os clientes da nossa amostra valorizam muito a opinião clínica e tendem a cumprir as orientações dadas pelos profissionais de saúde, aderindo de forma fácil aos programas terapêuticos que lhe são propostos.

Na perspetiva teórica de Backman & Hentinem (1999;2001) as questões deste fator integram as tipologias de autocuidado *Responsável*, *Formalmente guiado* e *Independente*, contudo as correlações deste fator com os perfis de autocuidado da nossa amostra mostram correlação positiva forte e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Responsável* ( $r_{s173}=0,640$ ;  $p<0,01$ ) e correlação positiva fraca e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Independente* ( $r_{s173}=0,284$ ;  $p<0,01$ ) e como seria previsível uma correlação negativa fraca com o perfil de autocuidado *Abandonado* ( $r_{s173}=-0,281$ ;  $p<0,01$ ).

Estes resultados pelo facto de não corresponder totalmente à teoria, não a invalidam, podem significar e até de alguma forma justificar a dificuldade em encontrar perfis puros ou predominantes de autocuidado na nossa amostra, dado que na análise da associação entre os quatro perfis de autocuidado emergiram

categorias com junções pouco prováveis na perspectiva teórica, mas nas quais se identificaram alguns clientes da nossa amostra.

### 3.3.6 – “Envolvimento no processo de cuidados”

O fator 6 que intitulamos “Envolvimento no processo de cuidados” explica 3,97% da variância total e incorpora as questões 14, 23 e 24 do SCHDE.

Tabela n.º 22 – Fator 6 – “Envolvimento no processo de cuidados”

Fator 6 – “Envolvimento no processo de cuidados”		
Questão	Item de informação	Correlação
14	Decidi sempre tudo sobre a minha vida	0,50
23	Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto necessidade de ajuda	0,71
24	A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual	0,68
	<i>Eigenvalue</i>	1,67
	% Variância Total	3,97

Este fator representa o envolvimento no processo de cuidados, a tomada de decisão, a responsabilidade pelos cuidados de saúde e também a gestão pessoal no dia-a-dia. Mais uma vez, as questões deste fator integram características das tipologias de autocuidado *Responsável* e *Independente* e os dados resultantes da nossa amostra também mostram correlação positiva e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Responsável* ( $r_{s173}=0,283$ ;  $p<0,01$ ) e correlação positiva e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Independente* ( $r_{s173}=0,270$ ;  $p<0,01$ ) o que vai de encontro ao descrito por Backman & Hentinen (1999;2001) sobre estes dois perfis de autocuidado e que nos ajuda a perceber atitudes por parte dos clientes que se caracterizam pela interação, negociação e responsabilidade nas atividades de autocuidado e na gestão de um regime terapêutico. Também Zeleznik (2007) refere que os clientes que se enquadram nestes perfis de autocuidado são responsáveis pela sua saúde, terapêuticas e manutenção da sua capacidade funcional. Entre nós é consensual a importância do envolvimento do cliente o que vai de encontro a esta perspectiva, também o (ONDR,20011) refere que na DPOC o cliente deve ser olhado como um parceiro privilegiado na autogestão da doença, o que implica a existência de novos modelos de abordagem, assentes em cuidados multidisciplinares. Este novo paradigma de organização nos cuidados de saúde trará benefícios e resultados positivos se aplicada neste perfil de clientes.

### 3.3.7 - “Consciência realista do efeito do envelhecimento”

O fator 7 que intitulamos “Consciência realista do efeito do envelhecimento” explica 3,51 % da variância total e incorpora a questão 18 do SCHDE.

Tabela n.º23 – Fator 7 – “Consciência realista do efeito do envelhecimento”

Fator 7 – “Consciência realista do efeito do envelhecimento”		
Questão	Item de informação	Correlação
18	Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	0,72
	<i>Eigenvalue</i>	1,47
	% Variância Total	3,51

Este fator revela a percepção muito concreta do declínio natural que ocorre com o avançar da idade no ser humano, sendo que este processo não perturba as posturas individuais, contudo os dados que obtivemos nesta questão do nosso formulário podem também ser condicionados pela idade dos participantes que como já referimos, na nossa amostra a média de idade situa-se nos 68 anos, pelo que grande parte dos participantes mencionava os problemas relativos ao envelhecimento como algo ainda longínquo, dado que ainda se sentiam ativos e independentes apesar da doença.

Estes dados são patentes nas correlações deste fator com os perfis de autocuidado *Responsável* e *Independente*, ou seja, mostram correlação positiva e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Responsável* ( $r_{s,173}=0,292$ ;  $p<0,01$ ) e correlação positiva e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Independente* ( $r_{s,173}=0,229$ ;  $p<0,01$ ), que teoricamente se traduz pelo desejo de continuar a viver com agente activo, por uma consciência do processo de envelhecimento mas ainda sem sentir que os seus efeitos limitem as atividades de autocuidado, pelo que gostam de cuidar dos seus assuntos de forma autónoma.

Este fator tem ainda correlação positiva, ainda que com menor significado estatístico, com o perfil de autocuidado *Formalmente guiado* ( $r_{s,173}=0,154$ ;  $p<0,05$ ), este dado é de considerar, uma vez que, este perfil de autocuidado se caracteriza por atitudes mais passivas dos clientes em relação ao avançar da vida e à doença, mas que no entanto segundo Backman & Hentinen (1999;2001) têm também níveis elevados de satisfação com a vida, dado que, como tiveram sempre poucas expectativas em relação à vida e viveram a cuidar de outros, nesta fase porque não têm que o fazer, isso até os torna mais livres e satisfeitos com a vida.

### 3.3.8 - “Sofrimento”

O fator 8 que designamos por “sofrimento” explica 3,41 % da variância total e incorpora as questões 15,16 e 21 do SCHDE.

Tabela n.º24 - Fator 8 - “Sofrimento”

Fator 8- “Sofrimento”		
Questão	Item de informação	Correlação
15	Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)	0,47
16	Há acontecimentos tristes no meu passado recente	0,80
21	A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde	0,51
	<i>Eigenvalue</i>	1,43
	% Variância Total	3,41

Este fator incorpora um conjunto de questões que estão relacionados com vivências de sofrimento, quer sejam relativas a perdas pessoais, quer sejam relativas à doença e à dependência que esta provoca, principalmente a partir de determinado estadio.

Os clientes que tem uma vida marcada pelo sofrimento, pelas perdas pessoais e pelas doenças incapacitantes tendem, a assumir posturas de autocuidado mais negligentes o que se reflete nos dados que obtivemos na nossa amostra relativamente a este fator que mostra uma correlação positiva moderada e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Abandonado* ( $r_{s,173}=0,520$ ;  $p < 0,01$ ).

Estes clientes apresentam atitudes e manifestações que significam muitas vezes a vontade de desistir, este facto exige adoção de terapêuticas de Enfermagem que promovam o desenvolvimento de percepção do suporte profissional e que assegurem efetivamente a continuidade de cuidados.

### 3.3.9 - “Atitude face ao regime de tratamento”

O fator 9 que designamos por “atitude face ao regime de tratamento” explica 3,30 % da variância total e incorpora as questões 29 e 30 do SCHDE.

Tabela n.º25 - Fator 9 – “Atitude face ao regime de tratamento”

Fator 9 – “Atitude face ao regime de tratamento”		
Questão	Item de informação	Correlação
29	Tomo medicamentos quando sinto que preciso	0,55
30	Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	0,74
	<i>Eigenvalue</i>	1,39
	% Variância Total	3,30

Este fator, caracteriza-se por posturas pessoais de capacidade de decisão e autonomia que estão associadas aos perfis de autocuidado *Responsável* e *Independente*, os dados da nossa amostra mostram uma correlação positiva fraca mas com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Responsável* ( $r_{s173}=0,180$ ;  $p<0,05$ ) e correlação positiva moderada e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Independente* ( $r_{s173}=0,327$ ;  $p<0,01$ ).

Este fator está relacionado com a atitude face ao regime de tratamento. A existência de uma associação positiva deste fator com o perfil de autocuidado *Independente* também nos indica que clientes com valores elevados neste score, podem apresentar atitudes dificultadoras da gestão eficaz do regime de tratamento, dado que e de acordo com Backman & Hentinem (1999;2001) estes clientes não valorizam as doenças, não levam a sério os sintomas e quando se comparam com os outros sentem – se muito mais saudáveis.

### 3.3.10 - “Resignação face ao envelhecimento”

O fator 10 que designamos por “Resignação face ao envelhecimento” explica 2,94% da variância total e incorpora a questão 41 do SCHDE.

Tabela n.º26 – Fator 10 – “Resignação face ao envelhecimento”

Fator 10 – “Resignação face ao envelhecimento”		
Questão	Item de informação	Correlação
41	Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	0,79
	<i>Eigenvalue</i>	1,24
	% Variância Total	2,94

Este fator, incorpora somente uma questão que teoricamente, está associada com o perfil de autocuidado *Formalmente guiado* e deixa transparecer o conformismo e aceitação natural do declínio físico e psicológico provocado pela doença e ou envelhecimento, não tendo necessariamente relação com atitudes negativas pode até ser entendido, como a capacidade de lidar positivamente com as consequências do envelhecimento. Os resultados obtidos na análise dos dados da nossa amostra, não mostram correlação deste fator, com nenhum dos perfis de autocuidado.

### 3.3.11 - “Atitude face ao regime medicamentoso”

O fator 11 que denominamos por “Atitude face ao regime medicamentoso” explica 2,79% da variância total e incorpora a questão 27 do SCHDE.

Tabela n.º27 – Fator 11 – “Atitude face ao regime medicamentoso”

Fator 11 – “Atitude face ao regime medicamentoso”		
Questão	Item de informação	Correlação
27	Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos.	0,72
	<i>Eigenvalue</i>	1,17
	% Variância Total	2,79

Este fator evidencia uma atitude passiva por parte dos clientes relativamente ao regime medicamentoso, estando esta associada teoricamente ao perfil de autocuidado *Formalmente guiado*. Os resultados na nossa amostra porém, revelaram associação com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Formalmente guiado* ( $r_{s,173}=0,331$ ;  $p < 0,01$ ) e com o perfil autocuidado *Independente* ( $r_{s,173}=0,155$ ;  $p < 0,05$ ). Estes resultados, não apresentando concordância total com a perspectiva teórica de Backman & Hentinen (1999), mais uma vez vão de encontro aos dados encontrados na categorização da associação de perfis de autocuidado na qual emergiu a categoria de *Formalmente guiado /Independente* com 1,8% do total de casos “Indefinidos”

No entanto a exemplo do fator 8 e do fator 10 as características predominantes traduzem de igual forma, atitudes de resignação e até de negligência.

### 3.3.12 - “Medo da evolução da doença”

O fator 12 que denominamos por “Medo da evolução da doença” explica 2,77% da variância total e incorpora a questão 51 do SCHDE.

Tabela n.º28 – Fator 12 – “Medo da evolução da doença”

Fator 12 – “Medo da evolução da doença”		
Questão	Item de informação	Correlação
51	Tenho medo do futuro	0,69
	<i>Eigenvalue</i>	1,16
	% Variância Total	2,77

Este fator expressa na sua essência sentimentos de solidão e medo associado à evolução da doença, e que se relaciona de alguma forma também, com as

circunstâncias em que se vive actualmente. Teoricamente está relacionado com a tipologia de autocuidado *Abandonado*, contudo nos resultados obtidos na nossa amostra, este fator tem relação fraca e negativa com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Responsável* ( $r_s173=-0,186$ ;  $p <0,01$ ), e uma correlação moderada e positiva com o perfil de autocuidado *Abandonado* ( $r_s173=0,241$ ;  $p <0,01$ ) e com o perfil de autocuidado *Formalmente guiado* ( $r_s173=0,166$ ;  $p <0,01$ ). Este fator está correlacionado igualmente de forma positiva com o fator 8, pelo que, estes clientes requerem igualmente ações terapêuticas de enfermagem que transmitam segurança e apoio e se necessário se proporcione suporte profissional para assegurar de forma eficaz os cuidados de saúde.

### 3.3.13 – “Impotência face à evolução da doença”

O fator 13 que denominamos por “impotência face à evolução da doença” explica 2,63 % da variância total e agrupa as questões 10,28, e 44 do SCHDE.

Tabela n.º29 - Fator 13 - “Impotência face à evolução da doença”

Fator 13 – “Impotência face à evolução da doença”		
Questão	Item de informação	Correlação
10	Tive de começar a trabalhar no início da adolescência	0,61
28	Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico	0,61
44	Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	0,54
	<i>Eigenvalue</i>	1,10
	% Variância Total	2,63

Este fator significa o cansaço e a impotência perante a realidade que é a velhice e perante a evolução incapacitante da DPOC. Indica também a aceitação sem crítica dos procedimentos que lhe vão sendo propostos no dia-a-dia. As questões deste fator estão associadas aos perfis de autocuidado *Formalmente guiado* e *Abandonado* e os dados obtidos no nosso estudo relativamente a este fator vão de encontro ao descrito quer por Backman & Hentinen (1999) e Zeleznik (2007), uma vez que mostram uma correlação positiva forte e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Formalmente guiado* ( $r_s173=0,784$ ;  $p <0,01$ ) e também correlação positiva fraca e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Abandonado* ( $r_s173=0,174$ ;  $p <0,01$ ).

### 3.3.14 - “Atitude face à dependência”

O fator 14 que denominamos por “Atitude face à dependência” explica 2,57% da variância total e incorpora a questão 47 do (SCHDE)

Tabela n.º30 – Fator 14 – “Atitude face à dependência”

Fator 14 – “Atitude face à dependência”		
Questão	Item de informação	Correlação
47	É importante para mim não ser um fardo para ninguém	0,827
	<i>Eigenvalue</i>	1,08
	% Variância Total	2,57

Este fator significa a vontade de lutar contra a incapacidade, quer esta seja devido à idade, quer seja provocada pela doença e que leva inevitavelmente à dependência no autocuidado. Teoricamente, está associado a tipologia de autocuidado *Independente*, mas os dados da nossa amostra mostram correlação positiva fraca e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Responsável* ( $r_{s173}=0,176$ ;  $p<0,05$ ) e correlação positiva fraca e com significado estatístico com o perfil de autocuidado *Independente* ( $r_{s173}=0,171$ ;  $p<0,05$ ). Estes resultados podem de alguma forma justificar o número ainda que baixo **3,1 %** do total de casos Indefinidos que foi categorizada como **Responsável/ Independente** e reforçar mais uma vez a dificuldade que tivemos em encontrar perfis puros ou predominantes de autocuidado na nossa amostra.

É esta atitude e de alguma forma esta “vontade” que os clientes manifestam que lhes permite viver sozinhos, gerirem as suas atividades de vida diária adequando-as à sua dispneia, programando as saídas de acordo com as horas de utilização de O<sub>2</sub>, que lhes permite manter a interação social e familiar. De facto na fase de colheita de dados da nossa amostra foi frequente encontrar clientes com estas características, que tinham família disponível para apoiar, mas que faziam o possível para não ser um “fardo” embora aceitando apoio em algumas atividades nomeadamente domésticas.

Após termos analisado os catorze fatores emergentes da análise fatorial, procedemos agora à apresentação sumária da associação dos perfis do autocuidado, aos scores dos fatores identificados, de forma a permitir uma melhor compreensão da congruência da análise fatorial com a teoria utilizada, conforme apresentação na tabela nº 31.

Tabela nº 31 - Relação com significado estatísticos entre os perfis de autocuidado e os fatores emergentes

Perfil autocuidado	fator	Correlação Spearman ( $r_s$ )
Responsável	1 - Desejo de continuar a viver como agente ativo	( $r_s,173=0,809$ ; $p<0,01$ )
	2 - Boa condição física	( $r_s,173=0,448$ ; $p<0,01$ )
	5 - Aceitação e confiança	( $r_s,173=0,640$ ; $p<0,01$ )
	6 - Envolvimento no processo de cuidados	( $r_s,173=0,283$ ; $p<0,01$ )
	7 - Consciência realista do efeito do envelhecimento	( $r_s,173=0,292$ ; $p<0,01$ )
	9 - Atitude face ao regime de tratamento	( $r_s,173=0,180$ ; $p<0,05$ )
	12 - Medo da evolução da doença	( $r_s,173=-0,186$ ; $p<0,05$ )
	14 - Atitude face à dependência	( $r_s,173=0,176$ $p<0,05$ )
Formalmente guiado	3 - Relações interpessoais significativas	( $r_s,173=0,150$ $p<0,05$ )
	7 - Consciência realista do efeito do envelhecimento	( $r_s,173=0,154$ $p<0,05$ )
	11 - Atitude face ao regime medicamentoso	( $r_s,173=0,331$ $p<0,01$ )
	12 - Medo da evolução da doença	( $r_s,173=0,166$ $p<0,05$ )
	13 - Impotência face à evolução da doença	( $r_s,173=0,784$ $p<0,01$ )
Independente	1 - Desejo de continuar a viver como agente ativo	( $r_s,173=0,619$ $p<0,01$ )
	2 - Boa condição física	( $r_s,173=0,320$ $p<0,01$ )
	3 - Relações interpessoais significativas	( $r_s,173=0,282$ $p<0,01$ )
	5 - Aceitação e confiança	( $r_s,173=0,284$ $p<0,01$ )
	6 - Envolvimento no processo de cuidados	( $r_s,173=0,270$ $p<0,01$ )
	7 - Consciência realista do efeito do envelhecimento	( $r_s,173=0,229$ $p<0,01$ )
	9 - Atitude face ao regime de tratamento	( $r_s,173=0,327$ $p<0,01$ )
	11 - Atitude face ao regime medicamentoso	( $r_s,173=0,155$ $p<0,05$ )
14 - Atitude face à dependência	( $r_s,173=0,171$ $p<0,05$ )	
Abandonado	1 - Desejo de continuar a viver como agente ativo	( $r_s,173=-0,643$ $p<0,01$ )
	2 - Boa condição física	( $r_s,173=-0,499$ $p<0,01$ )
	4 - Vida de sacrifício e de responsabilidade	( $r_s,173=0,150$ $p<0,05$ )
	5 - Aceitação e confiança	( $r_s,173=-0,281$ $p<0,01$ )
	8 - Sofrimento	( $r_s,173=0,520$ $p<0,01$ )
	12 - Medo da evolução da doença	( $r_s,173=0,241$ $p<0,01$ )
	13 - Impotência face à evolução da doença	( $r_s,173=0,174$ $p<0,05$ )

Nesta análise constatamos que o perfil de autocuidado *Responsável* têm correlação com significado estatístico entre fraca a forte e com os fatores 1, 2, 5, 6, 7, 9, 12 e 14, o que traduz que os clientes que se agrupam nestes fatores são clientes capazes de cuidar de si, gostam de participar em atividades promotoras de saúde/ qualidade de vida, são pró-ativos, colaboram nos planos de saúde, sabem gerir a terapêutica e esforçam-se para lutar contra a dependência no autocuidado.

Na nossa perspetiva são clientes nos quais os enfermeiros, ao pôr em prática planos de cuidados que incluem a gestão de regime terapêutico, a reeducação funcional respiratória e a reeducação ao esforço, terão resultados positivos, dado que, estes confiam nos cuidados de saúde e nos profissionais, têm autonomia física e intelectual para decidir como atuar em situações de agudização da doença.

Relativamente ao perfil de autocuidado *Independente* salienta-se que se agrega em muitos dos fatores relativos ao perfil *Responsável*, apresentando correlação forte com o fator 1 e moderada a fraca com os fatores 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11

e 14. A correlação forte com o fator 1 define de forma muito significativa a postura destes clientes perante a doença e a vida e nas correlações com os outros fatores, é evidente a associação com questões que manifestam atitudes de independência. Estes clientes sendo quase sempre capazes de cuidar de si próprios e de participar em atividades promotoras de saúde e de independência para o autocuidado, tem muita relutância em seguir prescrições terapêuticas e em reconhecer a diminuição das suas capacidades e dependência para o autocuidado.

Pelo que, num cliente com atitudes relacionadas com perfil de autocuidado *Independente*, os enfermeiros têm que implementar terapêuticas que o ajudem a perceber a importância do plano terapêutico na sua recuperação e também na manutenção da sua independência. Estas ações terapêuticas devem fomentar a reciprocidade de opiniões e interação positiva, de forma a que o cliente adira ao regime de tratamento no domicílio e esteja sensibilizado para procurar ajuda sempre que necessário, uma vez que tendem a tratar-se sem procurar ajuda e preferem manter-se em casa mesmo que muito doentes (fator 3).

No que se refere à tipologia de autocuidado *Formalmente Guiado* verifica-se uma correlação fraca a moderada com os fatores 3,7,11 e12 e correlação forte com o fator 13, esta última, caracteriza em grande parte este perfil de autocuidado, em que a passividade perante a vida e o cumprimento sem críticas das indicações dadas por profissionais de saúde sobressaem como atitudes frequentes. A correlação com os restantes fatores também se enquadra de forma muito concreta neste perfil, em que o entendimento natural do processo de envelhecimento, o conformismo face a perda de autonomia, o medo relativamente ao futuro e a aceitação, caracterizam estes clientes.

Na interação com estes clientes é decisivo, para a promoção da independência e para uma gestão eficaz do um regime de tratamento, que os enfermeiros sejam capazes de identificar as características que mais se evidenciam nos clientes relativamente às tipologias de autocuidado. Consideramos que promovendo a autoconfiança e a autoestima destes clientes é possível desenvolver o seu envolvimento no processo terapêutico de forma ativa e capaz.

Quanto ao autocuidado *Abandonado* este correlaciona-se de forma positiva fraca a moderada com os fatores 4, 12 e 13 e de forma forte com o fator 8. De facto, o fator 8 agrega em si quase todas as questões que caracterizam este perfil de autocuidado. As vivências destes clientes pautam-se pelo desamparo, angústia, sentimentos de perda pessoal e essencialmente pela incapacidade em fazer face as adversidades, nas quais se inclui a doença. As restantes correlações, são negativas fortes com os fatores 1 e 2 e negativa moderada com o fator 5, como é

expectável para este perfil de autocuidado. Saliento que estas correlações estão associadas a questões que descrevem percursos de vida marcados por trabalho duro (fator 4), medo do futuro (fator 12) e sentimentos de embaraço perante os outros (fator 13) e que são passíveis de se encontrar com frequência nos clientes com DPOC e com idade mais avançada.

Como já fomos descrevendo ao longo do desenvolvimento deste trabalho, os clientes com perfil de autocuidado *Abandonado* são os que mais desafios colocam aos Enfermeiros.

Na correlação entre os 14 fatores (Anexo XIV) verificamos o que já atrás descrevemos, os fatores mais associados a um perfil de autocuidado se correlacionam entre si de forma positiva e com significado estatístico e como seria expectável também se correlacionam entre si, mas de forma negativa se estão associados a perfis de autocuidado que demonstram posturas pessoais contrárias.

Exploradas e analisadas as medidas de associação entre os scores dos fatores emergentes da análise fatorial e as tipologias de autocuidado, evoluímos para o estudo das medidas de associação entre os fatores extraídos e as variáveis independentes quantitativas da amostra com recurso à correlação de *Spearman*.

Neste estudo foi-nos possível constatar uma correlação negativa entre a idade e o fator 1 – “Desejo de continuar a viver como agente ativo” ( $r_s173 = -0,290$ ;  $p < 0,01$ ) e entre a idade e o fator 2 - “Boa condição física” ( $r_s173 = -0,290$ ;  $p < 0,01$ ), fatores estes, que caracterizam posturas pessoais de independência física e psíquica e atitudes perante o autocuidado responsáveis e pró-ativas, estas correlações negativas, podem dever-se ao facto de serem clientes com mais idade.

Nos clientes desta amostra constatamos que com o aumento da idade, diminui a escolaridade ( $r_s173 = -0,348$ ;  $p < 0,01$ ) e aumenta o número de anos de evolução da doença ( $r_s173 = 0,269$ ;  $p < 0,01$ ). Este fato está intimamente associado ao facto de na população portuguesa até década de 50/60, o nível de escolaridade mais frequente ser de 4 anos, este valor também se reflete na caracterização da nossa amostra em que 53,2% dos clientes têm 4 anos de escolaridade.

A escolaridade apresenta uma relação positiva e com significado estatístico com os fatores: 1 – “Desejo de continuar a viver como agente ativo”; fator 5 – “Aceitação e confiança”; fator 9 – “Atitude face ao regime de tratamento” e com o fator 14 – “Atitude face à dependência”, representada na tabela nº 32, o que se enquadra na perspetiva teórica de Backman & Hentinen (1999) que refere que níveis mais altos de escolaridade leva a que os clientes sejam mais autónomos, responsáveis e pró-ativos, características que na nossa amostra se associam a estes fatores. Em sentido inverso a escolaridade apresenta relação negativa e com

significado estatístico com os fatores: 3 - Relações interpessoais significativas; fator 4 – “Vida de sacrifício e de responsabilidade”; fator 12 – “Medo da evolução da doença”; e com o fator 13 – “Impotência face à evolução da doença”, estes resultados que estão associados a perfis de autocuidado marcados por vidas de trabalho duro, têm como seria de esperar esta relação negativa, dado que clientes com mais anos de formação, dificilmente vivenciaram algumas das experiências referenciadas nestes fatores.

Tabela nº 32 – Relação entre a escolaridade e os fatores emergentes

Variável	Fator	Correlação de Spearman ( $r_s$ )
Escolaridade	1 - Desejo de continuar a viver como agente ativo	( $r_s173=0,203$ $p<0,01$ )
	3 - Relações interpessoais significativas	( $r_s173=-0,178$ $p<0,05$ )
	4 - Vida de sacrifício e de responsabilidade	( $r_s173=-0,321$ $p<0,01$ )
	5 - Aceitação e confiança	( $r_s173=0,277$ $p<0,01$ )
	9 - Atitude face ao regime de tratamento	( $r_s173=0,248$ $p<0,01$ )
	12 - Medo da evolução da doença	( $r_s173=-0,190$ $p<0,05$ )
	13 - Impotência face à evolução da doença	( $r_s173=-0,263$ $p<0,01$ )
	14 - Atitude face à dependência	( $r_s173=0,149$ $p<0,05$ )

Relativamente ao número de anos de evolução da doença, constatamos que esta se relaciona de forma positiva com o fator 4 ( $r_s173=0,168$ ;  $p <0,05$ ), e com o fator 6 ( $r_s173=0,256$ ;  $p < 0,01$ ), estes resultados consubstanciam a capacidade de decisão e de cooperação que o cliente com DPOC adquire com a evolução da doença e de alguma forma a resignação face à incapacidade que esta provoca no dia a dia.

No estudo das medidas de associação entre os scores dos fatores extraídos da análise fatorial e as variáveis independentes nominais utilizamos os testes *Kruskal-Wallis* e de *U-Mann-Withney*.

Apresentaremos somente os resultados com significado estatístico. Relativamente à variável independente nominal “Com quem vive” utilizamos o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

Relativamente à variável “Com quem vive”, constatamos a existência de diferenças com significado estatístico com o fator 5 – “Aceitação e confiança” e o fator 11 – “Atitude face ao regime medicamentoso”, embora a comparação múltipla da média das ordens não nos permite identificar as diferenças, contudo a leitura dos *Mean ranks* apresentados na tabela nº 33 permite constatar, que são os clientes que vivem com “*outros familiares*” que apresentam scores mais altos no fator 5, o que corresponde na nossa amostra a atitudes pessoais de confiança e

respeito pelos profissionais de saúde e o gosto de estar acompanhado. No fator 11 são os clientes que vivem com o cônjuge ou companheiro, aqueles que têm uma atitude face ao regime medicamentoso mais adequada ao controlo da DPOC.

Tabela nº 33 – Diferenças a variável “com quem vive” e os fatores emergentes

		<i>Kruskal-Wallis test</i>	“ Com quem vive”	<i>Mean Rank</i>
Fator 5	$X^2_{KW}=12,562$ ; gl=5; $p=0,028$		Sozinho	106,21
			Cônjuge/companheiro	87,72
			Cônjuge/companheiro e filhos	71,44
			Filhos	95,60
			Outros familiares	117,33
			Amigos	41,45
Fator 11	$X^2_{KW}=11,213$ ; gl=5; n=173; $p=0,047$		Sozinho	78,24
			Cônjuge/companheiro	91,96
			Cônjuge/companheiro e filhos	83,27
			Filhos	89,27
			Outros familiares	80,67
			Amigos	52

Analizamos também as diferenças relativamente as variáveis de atributo, “Sexo”, “Refere dificuldades económicas” e “Utiliza de O<sub>2</sub> nas AVD”, e ainda em relação aos “grupos da amostra” através do teste de *U-Mann-Withney*.

Constatamos que no que se refere à variável “Sexo” há diferenças com significado estatístico relativamente ao fator 4 – “Vida de sacrifício e de responsabilidade” ( $U=1,739,0$ ;  $W =2,685$ ;  $n=173$ ;  $p <0,001$ ; *Mean Rank*: sexo masculino = 95,12; sexo feminino =62,44) o que significa que temos mais clientes do sexo masculino que do sexo feminino na nossa amostra, que assumem as características associadas ao fator 4 em que as experiências pessoais se enquadram em vidas de trabalho, sacrificio e de responsabilidade para cuidar dos seus, dado já referido em análise anterior.

Constatamos também a existência de diferenças com significado estatístico relativamente ao fator 8 – “Sofrimento” ( $U=2151,5$ ;  $W =10666,5$ ;  $n=173$ ;  $p=0,023$ : *Mean Rank*: sexo masculino = 82,05; sexo feminino =101,97) o que significa que temos mais clientes do sexo feminino que do sexo masculino que assumem posturas que se associam ao fator 8, como já referimos quando nos referimos à categorização dos perfis de autocuidado encontramos na nossa amostra um dado com significado estatístico em que havia predominância do sexo feminino no perfil de autocuidado *Abandonado*, nesta fase da análise, mais uma vez obtivemos resultados em que o sexo feminino se associa a um fator que reflete posturas pessoais de amargura sofrimento, dependência e até de negligência no autocuidado. Factualmente estes dados permitem-nos inferir, que na nossa amostra

os homens foram os que maioritariamente trabalharam de forma prover o sustento da família o que em termos sociais está de acordo com a realidade social vivida até a década de 60/70 no nosso país. As mulheres revelam tendência para atitudes relacionadas com vivências de angústia, desgosto e que apresentam incapacidade para lutar contra a doença pelo que podemos inferir que apresentam menor capacidade para gerir as atividades de autocuidado de forma eficaz.

No que se refere à variável “Refere dificuldades económicas” existem diferenças com significado estatístico relativamente ao fator 3 – “Relações interpessoais significativas” ( $U=1,926.5$ ;  $W =3054,5$ ;  $n=173$ ;  $p<0,001$ ; *Mean Rank*: refere dificuldades económicas=64,99; não refere dificuldades económicas=92,21), fator 4 - “Vida de sacrifício e de responsabilidade” ( $U=1,923.5$ ;  $W =9,924.5$ ;  $n=173$ ;  $p<0,001$ ; *Mean Rank*: refere dificuldades económicas=109,07; não refere dificuldades económicas=78,77) e relativamente ao fator 8 - “Sofrimento” ( $U=2019,5$ ;  $W =10020,5$ ;  $n=173$ ;  $p<0,001$ ; *Mean Rank*: refere dificuldades económicas=107,03; não refere dificuldades económicas=79,53), o que significa que temos clientes na nossa amostra que tem menos dificuldades económicas (fator3), este resultado adequa-se as questões que se agrupam neste fator e que significam boas relações familiares e de amizade e sentimentos de segurança relativamente ao futuro. Contudo na nossa amostra, temos clientes que assumem as características associadas ao fator 4 e 8 que referem mais dificuldades económicas, o que mais uma vez vai de encontro ao descrito pela teoria, que associa as questões que se agrupam nestes fatores a clientes com perfil de autocuidado *Abandonado* sendo que estas características pessoais têm muito a ver com percursos de vida pautados pelas dificuldades.

Relativamente à variável “Utiliza O<sub>2</sub> nas AVD” existem diferenças com significado estatístico relativamente ao fator 1, 2, 9 e 10 (ver tabela nº 34).

Tabela nº34 – Diferenças entre a variável “Utiliza de O<sub>2</sub> nas AVD” e os fatores emergentes

	<i>U-Mann-Withney</i>	<i>Mean rank</i>	
		<i>Utiliza O<sub>2</sub></i>	<i>Não Utiliza O<sub>2</sub></i>
Fator 1	$p=0,007$	71,49	93,67
Fator 2	$p=0,005$	70,65	94,65
Fator 9	$p=0,015$	74,41	92,41
Fator 10	$p=0,046$	75,78	91,82

Estes dados mostram que os clientes da nossa amostra que assumem atitudes que se enquadram nos fatores 1, 2 e 9 nos quais é clara a associação com perfis de autocuidado *Responsável* e *Independente* utilizam menos O<sub>2</sub> nas AVD este facto já foi em parte demonstrado na análise dos perfis de autocuidado específicos onde

também ficou claro que os clientes com perfil de autocuidado *Independente* usam menos O<sub>2</sub>, o que mais uma vez nos leva a considerar se dever ao fato de serem clientes mais ativos e participativos em programas de reabilitação respiratória. Relativamente ao fator 10 que teoricamente se relaciona com perfil *Formalmente guiado* apresenta aqui um valor que pode sugerir como atras já foi referido que a utilização de O<sub>2</sub> nas AVD depende principalmente do estadió de evolução da doença e não necessariamente da atitude pessoal face ao autocuidado.

Relativamente aos fatores, os dados mostram que os clientes que têm atitudes positivas perante a vida, que se esforçam por manter atividades promotoras de saúde, também usam menos O<sub>2</sub>, provavelmente por terem um melhor controlo da doença o que se manifesta num melhor nível de saúde.

Estudadas as medidas de associação entre as variáveis independentes e os scores dos fatores extraídos da análise fatorial evoluímos, para a análise da existência de diferenças com significado estatístico entre os scores dos fatores extraídos e os dois grupos da amostra, com recurso ao teste *U-Mann-Whitney*, representada na tabela nº35.

Tabela nº 35 - Diferenças entre os fatores e os grupos da amostra

Grupos da amostra	Mean Ranks							
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 6	Fator 7	Fator 9	Fator 10
CHP – HSA	77,20	80,68	93,73	80,83	82,06	79,71	78,15	77,26
CHVNG/E	109,18	101,30	71,75	100,96	98,18	103,50	107,03	109,06
<i>U</i>	4,355.5	3,920.0	2,372	3,920.0	3,772.5	4,054.5	4,241.5	2,011
<i>W</i>	5,786.5	5,369.0	3,083	5,351.0	5,203.5	5,485.5	5,672.5	9,271
<i>p</i>	<0,001	0,012	0,006	0,014	0,042	0,002	<0,001	<0,001

Estes resultados corroboram os dados que na análise dos perfis de autocuidado obtivemos. Efetivamente os clientes que frequentam o ginásio de Cinesiterapia do CHVNG/E demonstram ter características que se enquadram principalmente nos perfis de Autocuidado *Responsável* e também *Independente* o que relativamente à comparação com os fatores que resultaram da nossa pesquisa também se adequa, ou seja, os fatores que mostram diferenças entre os grupos da amostra são fatores que agregam questões relacionados essencialmente com estes dois perfis de autocuidado. Assim, mais uma vez se verifica que nos clientes do CHVNG/E predominam atitudes responsabilidade, ação, autonomia e cuidados com a saúde (fator 1 e 2), apresentam também capacidade para decidir e colaborar nos tratamentos médicos, tem consciência das suas limitações físicas, quer estas sejam provocadas pelo envelhecimento quer pela evolução da doença e naturalmente

zelam de forma eficaz os planos terapêuticos ainda que complexos que lhes são propostos (fator 6, 7 e 9).

Constatamos que o fator 4 e 10 tem scores mais altos nos clientes do CHVNG/E sendo que estes fatores estão associados com o perfil de autocuidado *Abandonado* e perfil de autocuidado *Formalmente guiado* respectivamente e que incorporam em si questões relacionadas com experiências e vidas de trabalho e de responsabilidade para com a família e também de alguma resignação, que segundo Backman & Hentinen (1999;2001) advém do desgaste físico provocado por vidas de trabalho, daí a associação com este perfil de autocuidado. Este dado porém, faz sentido no contexto destes clientes, até porque na análise dos dados sócio demográficos são os clientes do CHVNG/E que referem mais dificuldades económicas (52,8%) cuja relação se pode atribuir ao exercício de profissões fisicamente desgastantes e mal remuneradas. Assim consideramos que este resultado não contraria a predominância dos perfis de autocuidado *Responsável* e *Independente* nestes clientes, mostra sim que os seus percursos de vida foram marcados pelo trabalho árduo e pela responsabilidade. Ainda relativamente a estes resultados verifica-se que os clientes do CHP apresentam características que se relacionam com o fator 3, que agrega as questões relacionadas com a qualidade das relações familiares e apoio de amigos nas situações de doença e ou incapacidade, este dado confirma os anteriormente descritos, quando analisamos as diferenças entre os grupos da amostra e as variáveis independentes e que se verifica que os clientes do CHP recorrem mais aos filhos quando necessitam de ajuda e os clientes do CHVNG/E recorrem mais a instituições.

Tendo por base a análise que fomos descrevendo ao longo deste subcapítulo consideramos, que os fatores obtidos, proporcionam um conhecimento relevante sobre a forma como os clientes com DPOC, podem encarar o seu processo de doença e conseqüentemente como se disponibilizam para a promoção da saúde e gestão de regimes terapêuticos complexos.

Salientamos ainda a harmonia que existe com a perspetiva teórica em quase todos os fatores extraídos da análise fatorial. Este facto permite-nos delinear algumas considerações finais.

## 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento desta investigação, tornou-se para nós evidente, a importância que poderia ter aprofundar o conhecimento sobre os Perfis de autocuidado dos clientes com DPOC e de que forma estes poderiam, na prática clínica contribuir para a efetividade da ação terapêutica dos Enfermeiros na promoção da independência no autocuidado e na gestão de regimes de tratamento complexos.

Este estudo insere-se num projeto de investigação mais abrangente que pretende relativamente ao Autocuidado – *conceito fundamental para a prática de enfermagem* – desenvolver o máximo de conhecimento, tendo como perspetiva maximizar o bem-estar e a independência do cliente

A DPOC é uma doença crónica que na sua progressão vai limitando a capacidade e independência do cliente, provocando impacte negativo nas atividades quotidianas quer a nível familiar, quer a nível social, com evidentes alterações nas capacidades dos clientes para o autocuidado. Foi neste enquadramento que aprofundamos o conceito de *Tipologia de Autocuidado*, que para Backman & Hentinen (1991;2001) é uma forma racional de atuar, pois será o cliente, através das suas decisões, que desenvolverá a melhor forma de pôr em prática o cuidado a si próprio, recorrendo dentro do seu conhecimento aos meios disponíveis, de forma a torna-lo eficaz. Atendendo ao exposto, e a que o cliente poderá por si próprio melhorar as suas capacidades para o autocuidado, sendo que este tem especial relevância no cliente com DPOC, dado que, somente através do seu envolvimento se obtém a otimização da condição de saúde.

Salientamos que relativamente a DPOC, o ONDR (2011) refere, que o cliente deve ser olhado como um parceiro privilegiado na autogestão da doença, realçando a importância da implementação de intervenções centradas nas necessidades dos clientes, através da relação personalizada e continuada, em que exista compreensibilidade e continuidade dos cuidados.

Extrapolando esta visão para o desenvolvimento das terapêuticas de enfermagem nos clientes com DPOC acreditamos ser possível criar um novo paradigma de cuidados, através da integração do conhecimento sobre o Perfil de Autocuidado que estes clientes adotam, na implementação de programas de intervenção de Enfermagem que facilitem o envolvimento dos clientes. É ainda nossa convicção que se contribuirá de forma indelével para a efetividade das terapêuticas de enfermagem, em especial ao nível da promoção da gestão do regime terapêutico e da independência no autocuidado.

No estudo que realizamos utilizamos um instrumento de colheita de dados – *SCHDE* – de origem Finlandesa, desenvolvido por Rasanem; Backman e Kyngas (2007) que serviu a estas autoras para avaliar a utilidade da teoria *Tipologias de Autocuidado* e que permitiu identificar perfis de autocuidado de clientes idosos do domicílio na Finlândia, este instrumento também foi utilizado na Eslovénia com o mesmo intuito. Em Portugal a investigação associada ao conceito de Autocuidado, leva ao investimento no estudo do constructo *“Tipologias de Autocuidado”* relacionado com patologias crónicas e situações de dependência no autocuidado.

No nosso estudo visamos obter conhecimento sobre os perfis de autocuidado dos clientes com DPOC, contudo na aplicação do instrumento verificamos que a nível de fidelidade não era o desejável – *Alfa de Cronbach* de 0,573 porém, consideramos que a validade de conteúdo e o constructo teórico do instrumento estão de acordo com a teoria que lhe está subjacente ou seja o processo que as autoras do instrumento desenvolveram na sua construção e validação teve por base o carácter autobiográfico dos participantes (Idosos a viver no domicilio) assim como se testou a compreensão do fenómeno pelos mesmos, o que reforça a sua validade como instrumento.

Perante estes dados, mantivemos a opção de desenvolver o estudo, procedendo à análise dos dados que obtivemos com os participantes da nossa amostra. Como é possível verificar da análise dos dados não foi encontrado nenhum caso que apresenta-se características que lhe permitisse ser categorizado num dos perfis de autocuidado definidos a partir da associação de perguntas preconizado pelas autoras, pelo que foi realizada nova análise com base em questões consideradas mais específicas de cada perfil de autocuidado e mesmo assim o número de casos indefinido é de 93,64% emergindo somente 4,06% de casos que se encaixam em 3 perfis de autocuidado e 2,3% que tem características predominantemente de 2 perfis de autocuidado.

Mantendo a intenção de encontrar algum tipo de categorização, que nos permitisse caracterizar os participantes da nossa amostra, prosseguimos na análise

efetuando a associação entre os vários perfis de autocuidado específicos e das quais resultaram doze categorias, das quais, oito categorias permitiram enquadrar grande parte dos casos indefinidos anteriormente.

Desta análise salientamos a categoria *Responsável/ Formalmente guiado* que representa 50% dos casos considerados **Indefinidos**, o resultado nesta associação contraria de algum modo o que é descrito pela evidencia científica, no entanto atribuímos este dado, ao facto de os clientes da nossa amostra sofrerem de doença crónica incapacitante e de alguma forma, às características intrínsecas da nossa população na faixa etária que predomina na amostra, ou seja, daquilo que pudemos observar aquando da colheita de dados, os clientes são no essencial responsáveis no seu autocuidado mas precisam do acompanhamento e apoio nas opções de tratamento, exemplo disso foram as inúmeras situações em que os clientes a quem fizemos colheita de dados no domicílio nos explicitaram a necessidade para reformular os ensinamentos dos exercícios de Cinesiterapia respiratória e ou verificar se estavam a utilizar de forma adequada a medicação via inalatória.

Desta categorização queremos ainda referir que 29,7 % de casos se mantêm na categoria de **Indefinidos finais** o que nos leva, como fomos referindo aquando da análise dos dados, a colocar em causa o poder discriminatório do instrumento de colheita de dados.

Com efeito, estes dados permitem-nos depreender que este instrumento não está ajustado para a nossa realidade e podem ser vários os motivos pelo que, destacamos os que nos parecem congruentes atendendo às características da nossa população:

1. A resposta a algumas das questões, ser a que era considerada a mais correta como é exemplo as questões do SCHDE número 23; 24; 25; 27 e 31 cuja resposta recaía invariavelmente em “Concordo totalmente”, de facto e atendendo a que os clientes da nossa amostra são clientes que sofrem de doença crónica, tem maioritariamente idades avançadas (média 68 anos) e o nível de escolaridade é predominantemente baixo é de esperar que as respostas a estas questões sejam as que os clientes consideram que deve ser e não aquilo que porventura sentem ou fazem no seu dia-a-dia.

2. Há também questões do SCHDE que significam percursos de vida difíceis com é exemplo as questões número 10;11e 12, atendendo a que a realidade do nosso país até aos anos 60/70 era em larga maioria caracterizada pelo início do trabalho logo após a escolaridade primária, é por isso natural que o conjunto de respostas a estas questões revele essa realidade o que nem sempre significará

clientes com Perfis de autocuidado *Formalmente guiado* ao qual estas questões estão associadas.

3. Ainda o facto de algumas questões serem muito direccionados para idosos como por exemplo as questões número: 18; 41 e 42, deu origem a respostas variadas, uma vez que muitos clientes da nossa amostra consideram a velhice como algo que ainda não os preocupa, ocorrendo no entanto com alguma frequência o desabafo “*sou novo num corpo velho*”, contudo a alusão a este sentimento deve-se à evolução da doença e mostra o impacte desta no dia-a-dia.

Da análise efetuada das medidas de associação entre as variáveis independentes com os diferentes perfis de autocuidado encontramos alguns dados relevantes e com significado estatístico que se encontram de acordo ao descrito teoricamente o que justifica o facto de não encontrar nenhum caso “puro”.

Embora numa primeira fase, face aos resultados extraídos se verificasse algum desalento, a nossa vontade foi continuar uma vez que acreditávamos na importância que este conhecimento poderia agregar às terapêuticas de Enfermagem e porque fomos obtendo na análise inferencial, dados que nos ligavam fortemente ao constructo teórico, optamos por seguir o percurso de análise já efetuados quer por Zelznick (2007), quer por Sequeira (2011) ou seja, enveredamos pelo processo de análise fatorial exploratória de forma a desvendar conceitos que estando latentes na nossa amostra não eram de forma mais simples observáveis.

A análise fatorial permitiu a extração de 14 fatores. Da relação dos fatores com os perfis de autocuidado surgem dois conjuntos predominantes: um conjunto se caracteriza por atitudes pessoais de responsabilidade, cooperação, autonomia física e intelectual; e um outro conjunto que representa posturas de passividade, aceitação natural do processo de evolução da doença, vivências de pessoais de sofrimento e incapacidade para atuar autonomamente.

De facto os perfis de autocuidado *Responsável* e *Independente* são quase mutuamente inclusivos em sete dos fatores, estando estes em perfeita harmonia com a perspetiva teórica. Quanto aos perfis de autocuidado *Formalmente guiado* e *Abandonado* surgem em alguns fatores únicos que se identificam completamente com o perfil e outros em que se fundem as características dos dois perfis o que também é expectável e assumido na descrição das Tipologias de autocuidado.

A relação dos fatores com as variáveis de atributo reforça e legitima os resultados obtidos na análise dos perfis de autocuidado.

Assumindo que os resultados que obtivemos, não correspondem totalmente ao que era nossa ambição, também não nos deixam de todo defraudados, uma vez

que foi possível obter através dos dados da nossa amostra características pessoais dos clientes com DPOC e associa-las a perfis de autocuidado.

Estes resultados permitem sugerir novas investigações que podem evoluir certamente em dois sentidos:

- A aplicação deste conhecimento na conceção de cuidados;
- A revisão do instrumento de colheita de dados através da incorporação dos fatores resultantes da análise fatorial deste e ou de outros estudos desenvolvidos.

Estamos certos que na área da gestão do regime terapêutico e na promoção da independência no autocuidado, o conhecimento dos perfis de autocuidado dos clientes trás às terapêuticas de enfermagem não especializadas e/ou especializadas em reabilitação um enorme potencial de enriquecimento.

O enfermeiro de reabilitação assume em si capacidades que visam levar os clientes a atingir o máximo da sua independência, para tal, avalia as capacidades funcionais e cognitivas do cliente e conhece a forma como este vê a sua saúde e a valoriza, intervindo de forma a promover a sua readaptação funcional e emocional.

É a diferenciação do seu conhecimento que sustenta a sua capacidade de interagir com o cliente, de o fazer sentir o benefício da ação terapêutica, promovendo o envolvimento e a participação efetiva no seu tratamento.

Indubitavelmente atingir resultados positivos na promoção da independência e na gestão de regimes terapêuticos complexos, depende sempre da interação que o Enfermeiro quer seja Generalista ou Especialista de Reabilitação, estabelece na implementação das ações terapêuticas e da valorização dada neste processo de cuidados às atitudes e posturas pessoais que o cliente tem relativamente ao binómio saúde/doença.



## 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKMAN, Kaisa; HENTINEN, Maija – Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15, 3 (Set, 2001).

BACKMAN, Kaisa; HENTINEN, Maija – *Model for the self-care of home-dwelling elderly*. *Journal of Advanced Nursing*. 30, 3 (Set, 1999).

BACKMAN, Kaisa; HENTINEN, Maija – *Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15, 3 (Set, 2001).

DEAN-BAAR, Susan – Ensino e aprendizagem orientadas para resultados. In Hoeman, S.: *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência, 2000, pp. 145-159.

DECRAMER, Marc -*Pulmonary rehabilitation 2007: From bench to practice and back*. *Clin Invest Med* 2008; 31 (5): E312-E318.

DUQUE, Hernâni J. – *O doente dependente no Autocuidado – Estudo sobre a avaliação e a ação profissional dos enfermeiros*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta Loures 2009, ISBN:978-989-8075-18-5;119:1705-1.

FREIXO, Manuel J. V. – *Metodologia científica. Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget 2011 ISBN: 978-989-659-077-2.

GIL, António C. – *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

GOLD GLOBAL INICIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE - *Management and Prevention Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. [Consult. Maio 2011]. Disponível na Internet: <[www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)>.

GOMES, Bárbara P. – *Enfermagem de reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem.

HAIR, Joseph [et al.] – *Análise Multivariada de Dados*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005 ISBN 85-363-0482-0

HILL, M. M. & HILL, A. – *Investigação por questionário*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

ICN – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0*. (CIPE® versão 1 – Tradução Oficial Portuguesa), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

MAGALHÃES, Maria – O processo de cuidados de Enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica – DPOC: da evidência científica à mudança das práticas. *Revista de Investigação em Enfermagem* (Agosto 2009), p. 26-39.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. – *Técnicas de Pesquisa*. 7ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MAROCO, João - *Análise estatística com utilização do SPSS*. Edições Sílabo, 3ª Edição, Lisboa 2010. ISBN 978-972-618-452-2.

MELEIS, A.; SAWYER, L. M.; IM, E.; MESSIAS, D. K. H. & SCHUMACHER, K. – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Sciences*, 23, 1 (Set, 2000).

MELEIS, A.; SCHUMACHER, K. – Transition: A central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 26, nº 2, (1994), p. 119-126.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. – Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*. Vol. 42, nº 6 (Nov/Dez. 1994), p. 225-259.

MOREIRA, João M. – Investigação quantitativa: fundamentos e práticas. In Lima, J. A.; Pacheco, J. A.: *Fazer investigação – contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto Editora, Lda. 2006, pp.41-81. ISBN: 976-972-0-34-956-9.

NICI, Linda [et al.] - *American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation*. *Am. J Respir Crit Care Med* Vol 173. P. 1390–1413, 2006. [Consult. Nov. 2011]. Disponível na Internet: <[www.atsjournals.org](http://www.atsjournals.org)>.

ONDR. Observatório Nacional de Doenças Respiratórias, relatório 2009. [Consult. Jun. 2011]. Disponível na Internet: <[www.ondr.org/relatórios\\_ondr.html](http://www.ondr.org/relatórios_ondr.html)>

ONDR. Observatório Nacional de Doenças Respiratórias, relatório 2011. [Consult. Nov. 2011]. Disponível na Internet: <[www.ondr.org/relatórios\\_ondr.2011](http://www.ondr.org/relatórios_ondr.2011)>.

OREM, Dorothea, E. - *Nursing concepts of practice*. (5th Ed.).New York: Mosby, 1995

PADILHA, J. M.- *Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença*. *Rev Port Pneumol* Vol XVI N.º 4 Julho/Agosto 2010, p 641-648

PADILHA, J. M.- *Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. *Rev Esc Enfermagem USP* 2010;44(4)1129-34 [Consult. Maio. 2011]. Disponível na Internet: <[www.scielo.br/reeusp](http://www.scielo.br/reeusp)>.

PERREIRA, Alexandre – *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Edições Sílabo, LDA, 7ª Ed, Lisboa 2008 ISBN: 978-972-618-510-9

PESTANA, M. H; GAGEIRO, J. N. – *Análise de dados para ciências sociais, a complementaridade do SPSS*. 4ª Edição, Edições Sílabo Lisboa 2005

POLIT, D. F. ; BECK, C. T. & HUNGLER, B. P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª ed. São Paulo: ArtMed, 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2005) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica N.º: 04/DGCG.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2009) - Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). N.º: 40A/DSPCD.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Abril, 2006.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa, 2010.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa 2001.

RASANEN, P.; BACKMAN, K. & KYNGAS, H. – Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-welding elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21, 3 (Set, 2007).

RIBEIRO, J. L. P. – *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

SEQUEIRA, Eduarda – *Os Perfis de Autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Mestrado.

SEYMOUR, John M. [et al.] – Outpatient pulmonary rehabilitation following acute exacerbations of COPD. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.(Jan, 2010). [Consult. Nov. 2011]. Disponível na Internet: <<http://thorax.bmj.com/content/vol65/issue5>>

SILVA, M. D. – *Educar para o autocuidado num serviço hospitalar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem.

THEUERKAUF, A. – Autocuidado e actividades da vida diária. In Hoeman, S.: *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência, 2000, pp-173-207

ZAGONEL, I.P.S. – O cuidado humano transicional na trajectória de Enfermagem. *Rev. Latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v.7, n.3 (Julho 1999)

ZELENIK, D. – *Self-care of the Home Dwelling Elderly People Living in Slovenia* [Em linha]. (2007), [Consultado em Fev. de 2011]. Disponível na:<[URL:http://herkules.oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf](http://herkules.oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf)>.



## **ANEXOS**



## **Anexo I**

Modelo do Instrumento Original (Self-Car of Home Dwelling Elderly)



Interview instrument: Self-care, functional capacity, life satisfaction and self-esteem of the home-dwelling elderly.

Locality \_\_\_\_\_

Place of residence

1 built-up area

2 rural area

Your main working experience

Sex

1 male

2 female

1 housekeeping

2 farming

3 work outside home

Your age in years

\_\_\_\_\_ years

Your way of living

1 alone

2 with a spouse/partner

3 with a spouse/partner and a child

4 with a child

5 with (an)other relative(s)

6 with a friend

Your marital status

1 married / cohabiting

2 unmarried

3 widowed

4 divorced

Your dwelling

1 house

2 apartment building

3 row house

4 old people's home

5 assisted-living unit

Your education

1 circulating school or less

2 primary or junior secondary school

3 vocational school

4 matriculation examination

5 post-secondary education

## Types of self-care

	Fully disagree	Partly disagree	Does not apply	Partly agree	Fully agree
I had start working in early adolescence	1	2	3	4	5
I sacrificed my life to housekeeping and child care	1	2	3	4	5
My life has been full of heavy labour	1	2	3	4	5
I have always been the main breadwinner in my family	1	2	3	4	5
I have always decided my self how I live	1	2	3	4	5
Past events make me bitter	1	2	3	4	5
There are sad events in my recent past	1	2	3	4	5
I still feel myself to be fairly young	1	2	3	4	5
The problems of growing old cause hardly any inconvenience in my life	1	2	3	4	5
I consider myself relatively healthy, although I have medication	1	2	3	4	5
I am in an equally good bodily condition as when I was younger	1	2	3	4	5
My life is dominated by various pains, aches and other complaints	1	2	3	4	5
I want to be responsible for my medication	1	2	3	4	5
I consult the health care personnel as soon as I feel I need help	1	2	3	4	5
My co-operation with doctors and nurses is natural and equal	1	2	3	4	5
I know what illnesses I have, and based on the information provided by experts, I also know how to best take care of them	1	2	3	4	5
I enjoy doing the daily chores in the house	1	2	3	4	5
I obediently take the medicines the doctor has prescribed me	1	2	3	4	5
I do not need to know what illnesses my medicines are meant for, as I trust in my doctor's expertise	1	2	3	4	5
I take medicines when I feel like it	1	2	3	4	5
I use my own good ways to take care of the illnesses diagnosed by the doctor rather than seek help	1	2	3	4	5
I believe that the treatments prescribed to me help best	1	2	3	4	5
I know best myself what things cause my problems	1	2	3	4	5
I can still take care of myself	1	2	3	4	5
I let other people take care of the daily chores	1	2	3	4	5
I enjoy other people's company	1	2	3	4	5
I have close and warm relations with my children and/or the other people who are close to me	1	2	3	4	5
My days are filled with things that I find meaningful and stimulation	1	2	3	4	5
Even as I am growing older, I feel I am getting ahead in life	1	2	3	4	5
I am confident about the future and trust that people will take care of me	1	2	3	4	5
As I am growing older, I inevitably spend less time	1	2	3	4	5

in other people's company					
I sacrificed my life to housekeeping and child care	1	2	3	4	5
My life has been full of heavy labour	1	2	3	4	5
I just have to adjust to the idea of growing old	1	2	3	4	5
As I am growing older, I have to give up the things I am no longer able to do	1	2	3	4	5
In old age I must let other people take care of my needs	1	2	3	4	5
I must accept the things that will be brought along by the future	1	2	3	4	5
I take care of my own needs and do not need help from anybody	1	2	3	4	5
I am dependent on the help given by my family and friends	1	2	3	4	5
It is important for me not be a burden on anybody	1	2	3	4	5
I am going to continue living at home, no matter how sick I may become	1	2	3	4	5
I have a few interpersonal relations that help me to cope	1	2	3	4	5
I feel I am no good for anything any more	1	2	3	4	5
I am afraid of the future	1	2	3	4	5

#### Self care orientation

	Fully disagree	Partly disagree	Does not apply	Partly agree	Fully agree
I feel I was accepted and loved as a child	1	2	3	4	5
I feel I was rejected as a child	1	2	3	4	5
I had a carefree youth and freely grew to be independent	1	2	3	4	5
I had many responsibilities when I was young, and I did not have time for myself	1	2	3	4	5
Adulthood was mentally the most strenuous time in my life	1	2	3	4	5
I enjoy life in old age	1	2	3	4	5
I suffer from uncertainty of life in old age	1	2	3	4	5
I have had to be content with my lot in life	1	2	3	4	5
I have had things in my life that have helped me to carry on	1	2	3	4	5
I have had hardships in my life that have exhausted my resources	1	2	3	4	5
Taking care of my own well-being has always been one of the most important things in my life	1	2	3	4	5
I have not had the time or the opportunity to think about myself and my own well-being	1	2	3	4	5
Old age is a good time in my life	1	2	3	4	5
Growing old causes me to feel bitter and sad	1	2	3	4	5

## Life satisfaction

	Strongly disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Strongly agree
In most ways my life is close to my ideal	1	2	3	4	5
The conditions of my life are excellent	1	2	3	4	5
I am satisfied with my life	1	2	3	4	5
So far I have achieved the important things I want in life	1	2	3	4	5
If I could live my life over, I would change almost nothing	1	2	3	4	5

## Self-esteem

	Strongly disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Strongly agree
On the whole, I am satisfied with myself	1	2	3	4	5
At times I think I am no good at all	1	2	3	4	5
I feel that I have a number of good qualities	1	2	3	4	5
I am able to do things as well as most other people	1	2	3	4	5
I feel I do not have much to be proud of	1	2	3	4	5
I certainly feel useless at times	1	2	3	4	5
I feel that I am a person of worth, at least on an equal plane with others	1	2	3	4	5
I wish I could have more respect for myself	1	2	3	4	5
All in all, I am inclined to feel that I am a failure	1	2	3	4	5
I take a positive attitude toward myself	1	2	3	4	5

## Functional ability

	I can manage independently without difficulties	I can manage independently, but with difficulties	I cannot manage independently
Washing	1	2	3
Dressing	1	2	3
Getting out of bed	1	2	3
Toiletry	1	2	3
Moving indoors	1	2	3
Moving outdoors	1	2	3
Preparing a meal	1	2	3
Light housework	1	2	3
Managing tasks that require dexterity (e.g. taking the correct dose of medicine)	1	2	3
Taking a bath or having a shower	1	2	3
Shopping	1	2	3

## **Anexo II**

Autorização do CHP-HSA



Para: ENF.ª MARIA CÉLIA ALVES  
SERVIÇO DE TCE

De: PEDRO ESTEVES  
PRESIDENTE DO CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Fax: Data: 29 DE DEZEMBRO DE 2010

Tel.: Págs.:

Ref.: **N/ REF.º 249/10(168-DEFI/226-CES)** CC:

Urgente  Apreciar p.f.  Comentar p.f.  Responder p.f.  Fazer circular p.f.

**ASSUNTO:** Trabalho Académico - **"Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica, avaliação do impacto da doença no autocuidador"**

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª, em carta datada de 13 de Dezembro de 2010, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI e da CES, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, na Consulta Externa de Medicina, sendo Investigadoras as Enfermeiras Maria Célia Oliveira Alves, Márcia Maria Pinto Moreira e Maria das Dores Vieira Leite.

Cumprimentos,



Pedro Esteves  
Presidente do Conselho de Administração

\* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.



### **Anexo III**

Autorização do CHVNG/E





**CENTRO  
HOSPITALAR**  
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exmas. Sras. Enfermeiras  
Maria Célia Oliveira Alves  
Márcia Maria Pinto Moreira  
Maria das Dores Vieira Leite

**N/Ref. 136/2011**

**Assunto:** Autorização para realização de colheita de dados

Vimos por este meio, informar Vossas. Exas. que foi **autorizado**, por despacho da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Directora em 11-02-2011, o Vosso pedido para aplicação de formulário, junto dos clientes com DPCO no Serviço de Cinesiterapia Respiratória, no contexto do trabalho de investigação cujo tema é: "O impacte da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPCO) no autocuidado".

Aguardamos o Vosso contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear a realização do referido trabalho.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF 136/2011

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos

Vila Nova de Gaia, 10 de Março de 2011

**CHVNG/E, E.P.E.**  
**Enf.<sup>a</sup> Chetê Irene Collaço**  
Serviço Formação, Ensino e Investigação  
Nº Mecanográfico: 1642

Centro Hospitalar de  
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.  
Rua Conceição Fernandes s/n  
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt  
Tel. + 351 22 786 51 00  
Fax + 351 22 7830209  
eMail geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 508 142 156  
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros  
Registo Comercial nº 508 142 156





## **Anexo IV**

Instrumento final de avaliação dos perfis de Autocuidado



**Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC,  
avaliação do impacte da doença no autocuidado**

**Formulário de recolha de dados**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. Local de residência**

Área urbana (Vila, Cidade)

Área rural (Aldeia)

**2. Sexo**

Masculino

Feminino

**3. Idade** \_\_\_ anos

**4. Estado civil**

Casado(a) / em união de facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a)

**5. Formação** \_\_\_\_\_ anos

**6. Actividade profissional**

Trabalhador activo

Reformado

Desempregado

Membros das forças armadas

Quadros superiores da administração pública,

Dirigentes e quadros superiores de empresa

Especialistas das profissões intelectuais e científicas

Técnicos e profissionais de nível intermédio

Pessoal administrativo e similares

Pessoal dos serviços e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

Operários, artificies e trabalhadores similares

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Trabalhadores não qualificados

Doméstico

Estudante

Outra  \_\_\_\_\_

**7. Residência**

1. Casa

2. Instituição

**8. Com quem vive**

Sozinho(a)

Com cônjuge/ companheiro(a)

Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos (as)

Com filhos (as)

Com outros familiares

Com amigos (as)

**9. Caso viva sozinho e necessite de apoio no autocuidado, a quem recorre:**

Filhos

Vizinhos

Amigos

Parentes

Instituição de apoio

Ninguém

Por opção

Porque não tem apoio

**10. Há quantos anos tem a doença** \_\_\_\_\_

**11 Refere dificuldade económicas:**

Avaliação da tipologia de autocuidado					
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1. Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência					
2. Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos					
3. Tive uma vida de trabalho duro					
4. Fui sempre o principal sustento da minha família					
5. Decidi sempre tudo sobre a minha vida					
6. Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)					
7. Há acontecimentos tristes no meu passado recente					
8. Ainda me sinto relativamente novo(a)					
9. Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida					
10. Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos					
11. Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)					
12. A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde					
13. Eu quero ser responsável pela minha medicação					
14. Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda					
15. A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual					
16. Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar					
17. Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa					
18. Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos					
19. Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico					
20. Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso					
21. Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda					
22. Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores					
23. Eu conheço bem o que me causa problemas					
24. Eu ainda sou capaz de cuidar de mim					
25. Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias					
26. Aprecio a companhia de outras pessoas					
27. Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as					

28. Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes					
29. Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida					
30. Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim					
31. À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas					
32. Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer					
33. À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer					
34. Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades					
35. Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva					
36. Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém					
37. Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos					
38. É importante para mim não ser um fardo para ninguém					
39. Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente					
40. Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades					
41. Sinto que já não sirvo para nada					
42. Tenho medo do futuro					

Processo: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Caso: \_\_\_\_\_

Doente utiliza oxigenoterapia nas AVD's - Sim O Não O



## **Anexo V**

Autorização da ESEP



From: paivi.rasanen@pp5.inet.fi  
To: duda\_sequeira@hotmail.com  
Subject: Permission to use the instrument  
Date: Mon, 29 Mar 2010 11:28:56 +0300

Dear Eduarda,

I have discussed with my supervisor Professor Helvi Kyngäs about permission to use the SCHDE-instrument. She says that there is no need to ask any official permission when the instrument has once been published. However it is polite to inform the holders of copyright before using the instrument - and of course the references should be mentioned while using the instrument anywhere.

I have only the Finnish version of the instrument, but you can find an english version from the doctoral dissertation (in english) of Danica Zeleznik  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>

About the process of developing the original Finnish version you can get more information from the article written by me and my colleagues  
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118520705/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>

About meeting in Portugal - it would be nice to visit Portugal (I haven't been there ever before). There is only little problem with the timing and financing of that kind of trip. Maybe I could make a holiday tour to Portugal in June or July and meet you besides?

Kind regards,

Päivi Räsänen

Caro Miguel Padilha,

Relativamente à solicitação para a utilização do instrumento "Self-Care of Home Dwelling Elderly (SCHDE)" (Rasanen, Paivi; Backman, Kaisa; Kyngas, Helvi, 2007) para efeitos de investigação é importante referir que:

- não foi utilizado no âmbito do meu projeto de doutoramento;
- foi objeto de um processo de tradução por parte de um grupo de docentes da ESEP: Alice Brito, Filipe Pereira e Natália Machado;
- a autorização para a utilização do instrumento original está dispensada pelas autoras, conforme documento em anexo (e-mail);
- a utilização da versão traduzida para português, utilizada pela primeira vez por Sequeira no âmbito do Mestrado da UCP, está autorizada pelos envolvidos no processo de tradução.

Com os melhores cumprimentos,

Alice Brito

## **Anexo VI**

Estadística de Alfa de *Cronbach*



### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,510	,573	42

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
10.Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência	147,3179	139,276	,120	,382	,503
11.Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos	148,6879	133,774	,200	,376	,490
12.Tive uma vida de trabalho duro	148,0347	131,115	,278	,378	,478
13.Fui sempre o principal sustento da minha família	148,0231	141,465	,062	,436	,509
14.Decidi sempre tudo sobre a minha vida	147,7803	137,533	,241	,493	,491
15.Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)	148,9364	133,106	,235	,404	,486
16.Há acontecimentos tristes no meu passado recente	148,5145	139,228	,070	,383	,510
17.Ainda me sinto relativamente novo(a)	148,6127	139,413	,071	,496	,510
18.Os problemas do envelhecimento não me transformam a vida	148,0809	134,307	,205	,323	,490
19.Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos	148,7341	139,847	,060	,455	,512
20.Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	150,4104	147,662	-,161	,462	,524
21.A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde	149,3757	138,841	,103	,515	,505
22.Eu quero ser responsável pela minha medicação	147,0000	140,500	,206	,518	,498
23.Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	146,9711	140,889	,209	,344	,499
24.A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual	146,8728	142,716	,166	,367	,503
25.Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar	147,3699	138,141	,231	,521	,493
26.Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	147,1792	138,276	,244	,573	,492
27.Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos	146,8150	142,640	,233	,382	,502
28.Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico	148,0173	138,959	,145	,331	,500
29.Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	149,7052	134,918	,224	,348	,489
30.Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	150,1734	139,098	,156	,257	,499
31.Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores	147,0347	141,441	,179	,340	,501
32.Eu conheço bem o que me causa problemas	147,2890	136,393	,309	,525	,485
33.Eu conheço bem o que me causa os problemas	147,2832	141,937	,062	,780	,509
34.Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias	149,3468	148,135	-,144	,612	,539
35.Aprecio a companhia de outras pessoas	147,0578	141,799	,129	,405	,503
36.Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas	146,9017	142,682	,127	,530	,504
37.Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes	148,6069	139,066	,100	,539	,505
38.Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida	148,0116	136,605	,174	,391	,495
39.Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim	147,6879	138,669	,159	,471	,498
40.À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas	148,5145	142,554	-,004	,409	,520
41.Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	148,3642	135,803	,190	,307	,493
42.À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer	147,6705	139,176	,117	,476	,503
43.Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	147,6416	136,371	,255	,478	,488
44.Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	146,8613	143,457	,128	,348	,506
45.Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	147,8786	137,933	,135	,638	,501
46.Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos	149,5896	145,755	-,081	,649	,528
47.É importante para mim não ser um fardo para ninguém	146,7803	144,417	,050	,180	,509
48.Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente	147,6358	138,024	,189	,395	,495
49.Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades	148,1792	142,694	,000	,280	,519
50.Sinto que já não sirvo para nada	150,1734	150,249	-,231	,629	,537
51.Tenho medo do futuro	148,7919	141,747	,003	,339	,521



## **Anexo VII**

Modelo de Consentimento Informado



**Estudos de investigação**  
**Modelo de Consentimento Informado**

**Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em  
clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica,  
avaliação do impacte da doença no autocuidado**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo-assinado

Fui informado que as minhas respostas às questões colocadas, tem por objectivo conhecer o impacte que a doença tem no meu dia a dia.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido a anonimização dos dados.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação na entrevista, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo a anonimização dos mesmos.

Nome \_\_\_\_\_ do participante no estudo

Assinatura \_\_\_\_\_

Data [Ano/mês/dia].

Nome \_\_\_\_\_ do Investigador

Principal \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data [Ano/mês/dia].



## **Anexo VIII**

Carta explicativa do estudo



## CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que **leia** todo o documento e se **sinta à vontade** para **colocar todas as questões** que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Maria Célia Oliveira Alves, Enfermeira, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **“PROMOÇÃO DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM CLIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA, AVALIAÇÃO DO IMPACTE DA DOENÇA NO AUTOCUIDADO”**.

Este estudo de investigação, destina-se a promover as competências dos utentes para lidarem de forma adequada com os tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, no sentido de prevenir complicações associadas aos problemas de saúde que apresentam e, por essa via, melhorarem a sua “qualidade de vida”.

Este estudo de investigação, tem como colaboradoras as Enfermeiras, Maria das Dores Leite e Márcia Moreira, Enfermeiras do Centro Hospitalar do Porto e alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Neste estudo está prevista a aplicação de um instrumento de recolha de dados por uma das Enfermeiras mencionadas, tendo por objectivo a definição do impacte da doença no seu dia a dia e a sua tipologia de autocuidado.

Pretende-se com este estudo, contribuir para a melhoria da capacidade de intervenção dos Enfermeiros e conseqüentemente que estes sejam mais efectivos, na ajuda que lhe disponibilizam para que possa integrar no seu dia-a-dia a toma da medicação e de outros conselhos que os profissionais de saúde acordem consigo.

**PARTICIPAÇÃO:** A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade do Centro Hospitalar do Porto ou do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afectará a sua relação actual ou futura com o Centro Hospitalar do Porto ou do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**PROCEDIMENTO:**

Se aceitar participar neste estudo as Enfermeiras irão colocar-lhe algumas questões sobre o impacte da doença no seu dia a dia e sobre a forma como cuida de si.

**RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO:** Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, com a realização do estudo pretende-se “ajudar” através da definição de intervenções de enfermagem que permitam prevenir situações de risco associadas à situação de doença no domicílio e atender às suas necessidades. Desta forma estamos a contribuir para a profissionalização das práticas e comportamentos dos enfermeiros.

**CONFIDENCIALIDADE:** Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

**Agradecemos a sua participação** no estudo e o contributo dado para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Contactos: Márcia Moreira 91-----

Dores Leite 91-----

Célia Alves 91-----

## **Anexo IX**

Alteração dos números do SCHDE



**Tipos de autocuidado – Alteração da numeração das questões do formulário original**

	Discor do Total mente	Discor do Parcial mente	Não concord o nem discordo	Concor do Parcial mente	Conco rdo Total mente
10. (1) Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência					
11. (2) Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos					
12. (3) Tive uma vida de trabalho duro					
13. (4) Fui sempre o principal sustento da minha família					
14. (5) Decidi sempre tudo sobre a minha vida					
15. (6) Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)					
16. (7) Há acontecimentos tristes no meu passado recente					
17. (8) Ainda me sinto relativamente novo(a)					
18. (9) Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida					
19. (10) Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos					
20. (11) Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)					
21. (12) A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde					
22. (13) Eu quero ser responsável pela minha medicação					
23. (14) Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda					
24. (15) A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual					
25. (16) Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar					
26. (17) Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa					
27. (18) Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos					
28. (19) Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico					
29. (20) Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso					
30. (21) Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda					
31. (22) Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores					

32. (23) Eu conheço bem o que me causa problemas					
33. (24) Eu ainda sou capaz de cuidar de mim					
34. (25) Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias					
35. (26) Aprecio a companhia de outras pessoas					
36. (27) Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas					
37. (28) Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes					
38. (29) Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida					
39. (30) Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim					
40. (31) À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas					
41. (32) Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer					
42. (33) À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer					
43. (34) Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades					
44. (35) Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva					
45. (36) Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém					
46. (37) Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos					
47. (38) É importante para mim não ser um fardo para ninguém					
48. (39) Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente					
49. (40) Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades					
50. (41) Sinto que já não sirvo para nada					
51. (42) Tenho medo do futuro					

## **Anexo X**

Perfis de autocuidado considerando todos os itens do instrumento



Perfis de Autocuidado- considerando todos os itens

<b>Caso</b>	<b>Autocuidado Responsável Score</b>	<b>Autocuidado Formalmente Guiado Score</b>	<b>Autocuidado Independente Score</b>	<b>Autocuidado de Abandono Score</b>
1	3,46	3,70	2,92	2,86
2	4,00	2,30	3,42	1,29
3	4,38	4,40	3,25	1,57
4	4,08	4,30	3,08	4,00
5	4,38	4,50	3,00	2,86
6	4,54	3,10	3,17	1,57
7	3,54	3,80	3,08	2,14
8	3,23	4,00	2,83	3,86
9	2,92	4,10	3,33	2,71
10	3,54	4,30	3,58	2,43
11	4,46	3,60	4,33	2,57
12	4,23	4,50	3,58	2,71
13	3,15	4,40	3,08	3,86
14	3,92	3,70	3,00	2,43
15	4,31	4,20	3,25	2,00
16	3,92	3,60	3,17	2,14
17	4,15	4,10	3,50	2,57
18	3,85	3,20	4,17	3,86
19	3,69	4,50	3,08	2,71
20	3,92	4,30	2,83	3,29
21	4,08	3,80	3,75	2,00
22	4,69	4,00	3,50	1,00
23	3,62	4,10	3,33	3,43
24	4,38	3,30	3,75	1,43
25	3,46	3,50	2,67	5,00
26	3,85	4,50	2,83	3,57
27	4,38	3,30	3,42	2,14
28	4,69	3,60	3,25	2,14

29	3,85	4,20	2,75	3,71
30	4,31	3,90	3,75	1,71
31	3,77	4,80	2,33	2,71
32	4,00	4,30	2,92	3,14
33	4,46	3,50	3,17	2,29
34	3,77	4,10	2,67	3,57
35	3,54	4,80	3,17	4,14
36	3,23	3,90	3,67	1,86
37	3,69	2,80	4,25	1,43
38	4,23	4,60	3,42	2,00
39	4,38	3,70	3,92	2,00
40	3,92	4,60	3,75	1,14
41	3,62	4,30	3,33	3,43
42	3,85	4,10	4,08	2,14
43	2,85	4,70	3,25	4,14
44	3,54	3,60	3,58	2,71
45	3,77	4,00	3,17	2,57
46	4,85	3,10	4,33	2,00
47	3,46	3,90	3,67	3,29
48	4,08	2,90	2,83	3,86
49	4,46	4,10	3,75	2,14
50	3,92	4,40	3,58	2,14
51	4,08	3,20	3,75	2,00
52	4,08	4,00	3,58	1,71
53	4,08	4,60	4,08	2,86
54	3,62	4,80	4,33	2,86
55	3,69	3,70	3,25	1,71
56	4,23	4,30	3,50	2,43
57	4,31	4,60	3,83	3,00
58	4,31	4,10	3,50	1,00
59	3,46	4,70	3,75	3,00
60	4,15	3,70	3,50	2,00
61	3,69	3,50	4,25	3,00

62	3,38	3,90	4,08	2,86
63	4,08	3,90	3,50	3,00
64	3,85	4,40	3,58	4,29
65	3,62	3,60	3,00	3,14
66	4,00	4,90	3,75	2,71
67	3,23	4,80	3,42	3,43
68	4,31	3,40	3,58	2,57
69	4,54	3,80	3,92	1,43
70	3,69	4,90	3,33	3,14
71	4,54	4,30	3,83	1,00
72	2,85	3,90	3,00	3,57
73	4,38	3,90	3,75	1,86
74	3,85	4,60	3,92	1,71
75	4,92	4,40	3,75	2,43
76	3,92	4,70	2,58	3,43
77	4,69	3,70	3,92	2,29
78	2,85	3,40	1,83	2,29
79	3,08	4,20	2,42	4,00
80	3,85	3,60	3,00	3,29
81	3,54	3,40	3,08	1,57
82	3,69	3,70	3,25	2,57
83	4,31	2,80	3,50	1,00
84	4,23	4,20	3,00	1,57
85	3,77	3,80	2,42	3,29
86	3,23	4,10	2,50	4,00
87	3,69	4,20	2,75	2,00
88	3,08	3,40	3,58	3,00
89	4,23	3,10	3,33	1,86
90	3,92	4,00	3,00	2,29
91	4,31	3,50	3,83	2,43
92	3,46	4,10	2,58	4,29
93	3,38	4,20	3,00	2,86
94	4,46	3,80	3,50	1,14

95	4,77	3,60	3,75	2,14
96	3,77	2,90	3,33	1,00
97	4,08	3,80	3,08	1,43
98	4,31	4,40	4,00	1,00
99	3,77	4,90	3,17	3,43
100	4,00	4,40	3,33	2,43
101	4,31	3,50	3,17	2,29
102	3,31	4,10	3,42	4,14
103	4,62	3,80	3,50	1,43
104	4,31	4,40	4,00	2,43
105	4,69	4,20	3,58	1,00
106	3,54	4,00	3,42	3,43
107	3,38	4,10	2,83	2,57
108	4,23	4,80	3,67	2,29
109	4,38	4,20	3,83	1,43
110	4,08	4,40	3,67	1,71
111	4,31	4,80	3,58	2,14
112	4,15	3,80	4,00	1,71
113	3,15	3,90	3,08	1,71
114	4,00	4,40	3,42	2,00
115	3,92	4,90	3,00	2,43
116	4,15	4,00	3,75	1,14
117	4,46	4,00	4,00	2,00
118	3,38	4,90	2,92	2,57
119	3,62	4,50	3,50	2,57
120	4,38	4,80	3,50	2,57
121	3,92	4,10	4,25	2,29
122	4,46	4,20	3,67	3,14
123	4,38	3,70	3,33	1,00
124	4,85	4,20	3,75	2,57
125	5,00	3,40	4,08	2,00
126	4,15	4,60	3,92	3,14
127	3,54	4,20	3,42	3,71

128	4,23	3,80	3,50	2,43
129	4,23	4,20	4,00	2,43
130	4,38	4,50	3,42	1,43
131	4,23	4,90	3,75	1,00
132	3,92	3,10	2,83	1,00
133	4,08	4,50	4,00	2,57
134	4,46	3,20	3,67	1,86
135	2,00	4,80	2,42	4,86
136	4,77	4,00	3,50	1,57
137	4,00	4,40	3,33	3,00
138	4,54	4,40	3,50	1,43
139	4,85	4,90	4,33	2,29
140	4,54	4,50	3,50	1,57
141	4,69	4,40	3,58	2,00
142	3,85	3,50	3,42	3,29
143	3,23	4,00	3,50	3,86
144	3,77	5,00	3,75	3,71
145	4,69	4,60	4,67	2,57
146	3,92	3,90	3,00	2,71
147	3,77	4,60	3,92	2,86
148	4,23	3,70	3,25	1,86
149	4,54	2,90	3,17	1,00
150	3,77	3,50	3,67	2,71
151	2,92	2,30	3,83	1,57
152	4,62	5,00	4,00	2,14
153	4,54	4,00	3,92	3,14
154	4,69	3,80	2,75	1,86
155	4,77	4,90	4,25	4,00
156	4,54	3,40	3,58	1,57
157	4,38	4,10	3,92	1,43
158	3,08	4,70	3,75	3,00
159	3,62	4,60	4,08	2,71
160	4,31	4,70	3,67	2,57

<b>161</b>	4,62	4,30	4,33	1,43
<b>162</b>	4,31	4,00	3,50	1,29
<b>163</b>	3,69	4,90	3,92	3,00
<b>164</b>	4,38	4,80	3,75	3,00
<b>165</b>	4,62	3,60	4,00	3,00
<b>166</b>	4,46	3,70	4,25	1,43
<b>167</b>	3,08	3,10	2,67	2,29
<b>168</b>	4,38	4,80	4,08	2,86
<b>169</b>	4,08	4,60	3,92	2,14
<b>170</b>	4,38	3,90	3,67	2,00
<b>171</b>	4,92	4,60	3,92	3,43
<b>172</b>	4,46	4,70	3,50	1,14
<b>173</b>	3,92	4,00	3,75	3,29

## **Anexo XI**

Perfis de autocuidado considerando os itens específicos de cada tipologia de autocuidado



Perfis de autocuidado- itens específicos

<b>Caso</b>	<b>Autocuidado Responsável Score</b>	<b>Autocuidado Formalmente Guiado Score</b>	<b>Autocuidado Independente Score</b>	<b>Autocuidado de Abandono Score</b>
1	4,25	5,00	3,00	2,67
2	4,25	3,00	2,67	1,00
3	4,50	4,50	3,00	1,33
4	4,75	4,50	2,33	4,33
5	4,75	5,00	2,67	3,00
6	5,00	3,00	3,33	1,00
7	3,25	3,00	3,67	1,33
8	3,75	4,50	2,67	4,00
9	3,50	4,50	2,67	2,00
10	3,75	4,50	3,33	1,67
11	4,75	3,00	4,33	1,00
12	4,25	5,00	3,67	1,33
13	4,00	3,50	2,00	3,67
14	4,25	3,00	3,33	1,33
15	4,25	3,50	3,67	1,33
16	3,50	5,00	3,00	1,33
17	3,75	4,50	3,67	2,33
18	4,00	3,50	4,00	3,33
19	3,25	5,00	3,00	1,33
20	3,75	3,50	1,67	3,67
21	3,25	4,50	3,67	2,00
22	4,75	3,50	3,67	1,00
23	4,25	4,00	3,33	2,00
24	5,00	3,00	3,67	1,00
25	2,75	3,00	2,33	5,00
26	3,50	3,50	2,33	4,33
27	4,50	3,50	2,67	1,00
28	5,00	3,00	3,00	2,33
29	4,00	3,50	2,67	4,00

30	4,75	2,50	3,67	1,00
31	2,75	5,00	2,33	3,67
32	3,50	4,50	3,67	2,33
33	4,50	3,50	1,33	1,33
34	4,00	4,50	2,33	3,00
35	3,25	5,00	2,33	3,67
36	2,75	4,50	4,00	2,00
37	4,75	2,50	5,00	1,00
38	4,00	3,50	2,67	2,33
39	4,75	4,50	4,00	1,67
40	4,25	5,00	3,67	1,00
41	4,25	5,00	2,67	3,33
42	4,00	4,50	3,33	1,33
43	3,50	4,50	2,00	3,33
44	4,00	4,50	3,33	2,33
45	4,00	4,50	1,67	2,33
46	5,00	4,50	3,67	1,00
47	4,25	5,00	2,33	3,67
48	4,75	3,00	2,33	2,67
49	5,00	5,00	3,33	2,33
50	4,25	5,00	3,67	2,33
51	4,75	4,50	3,67	1,67
52	4,50	4,50	3,67	1,00
53	4,25	4,50	3,67	2,67
54	4,25	4,50	4,00	2,00
55	4,00	4,50	2,00	2,33
56	4,50	4,50	3,33	2,00
57	3,75	5,00	3,67	3,00
58	4,75	4,50	2,33	1,00
59	4,00	5,00	3,67	1,67
60	4,75	5,00	3,00	1,00
61	5,00	5,00	3,67	1,67
62	4,75	4,50	3,67	2,33

63	4,75	4,50	2,67	1,33
64	4,25	4,50	2,33	3,67
65	4,00	4,50	2,00	2,00
66	4,00	5,00	3,33	2,67
67	3,25	5,00	2,33	2,00
68	4,75	4,50	2,67	1,33
69	4,75	4,50	3,67	1,00
70	4,00	4,50	2,33	2,33
71	4,75	5,00	3,67	1,00
72	3,25	3,00	1,67	2,67
73	5,00	4,00	2,67	1,00
74	4,50	4,50	3,67	1,33
75	5,00	4,50	3,00	1,00
76	3,50	4,50	2,33	3,33
77	5,00	4,50	3,67	1,00
78	2,50	3,50	2,00	2,00
79	3,00	4,50	1,33	5,00
80	4,00	3,00	2,67	4,00
81	3,50	5,00	3,00	1,67
82	4,00	4,50	3,00	2,00
83	4,75	3,00	3,00	1,00
84	3,50	5,00	3,33	1,00
85	3,25	4,50	2,00	4,00
86	2,75	5,00	2,67	4,67
87	3,25	4,00	2,33	2,33
88	4,00	4,50	3,33	3,00
89	4,75	3,50	3,00	1,00
90	4,00	3,50	2,33	1,00
91	4,75	5,00	3,67	1,00
92	2,75	4,50	2,33	5,00
93	3,75	5,00	2,67	3,33
94	4,00	4,50	3,67	1,00
95	5,00	3,00	3,67	1,33

96	4,00	3,00	3,00	1,00
97	4,00	2,50	2,67	1,00
98	5,00	4,50	3,67	1,00
99	3,75	4,50	2,67	3,67
100	4,75	4,50	2,67	2,00
101	4,25	4,00	2,67	2,00
102	4,00	4,50	2,33	4,67
103	5,00	4,50	3,67	1,00
104	4,75	4,50	3,67	2,00
105	5,00	4,50	3,33	1,00
106	3,75	4,50	2,67	3,33
107	2,50	5,00	2,67	2,33
108	4,75	4,50	3,33	1,33
109	5,00	5,00	3,67	1,00
110	4,75	3,00	3,33	1,33
111	5,00	4,50	3,00	2,33
112	5,00	4,00	3,00	1,33
113	4,00	5,00	2,00	1,00
114	4,75	4,50	2,33	1,00
115	4,50	5,00	2,00	1,33
116	4,75	4,50	2,67	1,00
117	5,00	4,50	4,33	1,00
118	3,75	5,00	2,33	3,33
119	3,75	5,00	3,00	2,33
120	4,75	5,00	3,33	1,33
121	4,75	4,50	4,67	2,00
122	4,75	5,00	3,67	2,33
123	4,75	4,50	3,67	1,00
124	5,00	3,50	4,00	1,00
125	5,00	4,50	4,33	1,00
126	4,00	5,00	3,67	3,33
127	3,50	4,00	2,67	3,33
128	3,75	4,50	3,00	3,00

129	5,00	4,50	3,67	2,00
130	4,25	4,50	3,67	1,00
131	4,75	4,50	3,67	1,00
132	5,00	4,50	3,00	1,00
133	4,00	4,50	4,00	2,00
134	4,75	4,50	4,00	1,00
135	2,00	5,00	1,00	4,67
136	4,25	4,50	2,67	1,00
137	4,00	4,50	2,67	2,00
138	4,75	4,50	3,00	1,00
139	5,00	4,50	5,00	2,00
140	4,75	4,50	3,00	1,33
141	5,00	4,50	3,67	1,00
142	3,75	4,50	3,67	2,33
143	3,50	5,00	1,67	2,33
144	5,00	5,00	3,00	3,33
145	5,00	4,50	5,00	3,33
146	4,25	3,00	2,67	2,00
147	4,75	4,50	3,67	1,00
148	4,75	5,00	2,33	1,00
149	4,75	4,50	3,00	1,00
150	4,25	4,50	4,67	1,00
151	4,00	3,00	3,33	1,00
152	5,00	5,00	5,00	1,00
153	5,00	5,00	3,67	2,00
154	5,00	3,00	2,33	1,00
155	4,25	4,50	4,67	3,00
156	4,25	4,50	3,33	1,00
157	4,00	4,50	3,67	1,00
158	3,00	4,50	4,33	3,00
159	4,00	4,50	3,33	2,33
160	5,00	4,50	3,67	1,33
161	4,50	5,00	4,67	1,00

<b>162</b>	4,75	3,50	2,00	1,00
<b>163</b>	3,00	4,50	4,33	2,00
<b>164</b>	4,50	4,50	3,67	2,00
<b>165</b>	4,75	4,50	3,67	2,00
<b>166</b>	5,00	3,50	5,00	1,00
<b>167</b>	3,50	2,50	2,33	1,00
<b>168</b>	4,75	5,00	4,33	2,33
<b>169</b>	4,00	5,00	2,67	1,00
<b>170</b>	4,75	2,50	2,33	1,00
<b>171</b>	5,00	3,50	2,67	2,33
<b>172</b>	4,75	5,00	4,33	1,00
<b>173</b>	3,50	3,50	3,33	2,67

## **Anexo XII**

Análise fatorial – componentes principais



### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,718
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2301,277
	df	861
	Sig.	,000

### Análise dos componentes – Variância total

Componente	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	Σ %	Total	% de Variância	Σ %
1	6,374	15,176	15,176	4,789	11,401	11,401
2	2,888	6,876	22,052	2,482	5,911	17,312
3	2,552	6,076	28,128	2,395	5,703	23,015
4	2,276	5,419	33,547	2,122	5,052	28,068
5	1,959	4,664	38,212	2,091	4,978	33,045
6	1,670	3,977	42,189	1,743	4,151	37,196
7	1,474	3,510	45,699	1,684	4,009	41,206
8	1,431	3,406	49,105	1,679	3,997	45,203
9	1,388	3,304	52,410	1,668	3,972	49,176
10	1,236	2,942	55,352	1,507	3,587	52,763
11	1,172	2,790	58,142	1,488	3,543	56,305
12	1,165	2,773	60,915	1,465	3,488	59,793
13	1,105	2,632	63,547	1,443	3,436	63,230
14	1,079	2,570	66,117	1,213	2,887	66,117
15	,995	2,370	68,487			
16	,952	2,267	70,754			
17	,827	1,970	72,723			
18	,816	1,943	74,666			
19	,791	1,883	76,550			
20	,789	1,878	78,428			
21	,734	1,747	80,175			
22	,668	1,589	81,764			
23	,656	1,561	83,325			
24	,625	1,487	84,812			
25	,586	1,396	86,207			
26	,531	1,264	87,472			
27	,497	1,183	88,654			
28	,486	1,157	89,811			
29	,434	1,033	90,845			
30	,409	,973	91,818			

31	,393	,936	92,754		
32	,381	,907	93,661		
33	,356	,849	94,509		
34	,340	,810	95,319		
35	,323	,770	96,089		
36	,288	,685	96,774		
37	,271	,645	97,420		
38	,263	,626	98,046		
39	,243	,579	98,625		
40	,224	,534	99,159		
41	,206	,492	99,651		
42	,147	,349	100,000		

### **Anexo XIII**

Rotação de *Varimax* com normalização Kaiser



Rotação de Varimax com normalização Kaiser

Questões	Fatores													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
10.	-,046	,121	,016	,419	-,007	,126	-,072	-,021	-,044	-,059	,121	-,090	,609	-,076
11.	-,060	-,136	,107	,736	-,011	,000	-,004	,013	-,087	,078	,016	-,057	,082	-,155
12.	-,049	,030	-,025	,749	-,061	,000	,142	,070	,011	-,008	,001	,131	,032	,051
13.	,134	-,046	-,156	,425	-,045	,309	-,242	-,362	,313	-,053	-,044	-,033	-,029	-,126
14.	,004	,159	-,272	,299	,045	,502	-,010	-,150	,250	,063	,206	,291	-,017	,238
15.	,049	-,044	-,199	,360	,176	-,034	-,066	,468	,200	,071	,211	,194	-,297	-,055
16.	-,035	,085	-,075	-,012	,083	,012	-,133	,806	,026	-,002	-,090	,008	,052	-,054
17.	,332	,610	,092	,028	,094	,117	,007	,005	,130	,078	,029	-,108	,000	,157
18.	,098	-,085	-,059	,132	,168	,030	,722	-,152	,035	,090	,042	-,147	,045	-,007
19.	,243	,603	,186	-,116	-,007	-,045	,251	-,080	,177	,308	,052	,023	,011	-,132
20.	,085	,725	-,071	-,076	,119	,023	-,153	,107	-,254	-,096	-,007	-,035	-,027	,047
21.	-,327	-,222	-,116	,327	-,201	,086	,036	,508	,119	-,223	-,016	,151	,067	,188
22.	,588	-,143	-,034	-,016	,164	,142	,029	,014	,042	,091	,517	-,049	,044	,031
23.	,065	,061	,060	,184	-,057	,712	,067	,008	-,128	,173	-,034	-,250	,103	,100
24.	,178	-,032	,233	-,204	,141	,687	,011	,070	-,034	-,131	,027	,030	-,021	-,190
25.	,129	,137	-,008	-,163	,521	,344	,468	-,054	,028	-,095	,071	,113	-,182	-,050
26.	,595	,058	,337	,000	,219	-,057	,204	,110	-,045	,101	,093	,004	-,267	,037
27.	,002	,072	,335	,088	-,042	,035	,159	-,047	,023	,004	,723	,003	,091	,031
28.	-,011	-,271	-,033	-,025	-,029	-,107	,388	,131	-,018	,152	,053	,037	,614	-,040
29.	,073	-,071	-,101	-,157	,232	,031	,112	,353	,549	-,020	,187	-,034	-,032	,027
30.	,095	-,035	-,079	,057	,133	-,085	-,032	,008	,740	,068	-,080	-,036	,045	,062
31.	,203	-,054	,040	-,090	,575	-,087	,076	,114	,043	,238	,043	-,171	,087	,028
32.	,151	,103	,040	-,020	,744	,078	,190	,113	,141	-,089	,047	,132	-,002	,001
33.	,865	,080	,097	-,129	,113	-,020	,064	,050	,072	-,039	,052	,031	-,029	-,020
34.	-,769	-,113	,087	,021	-,120	-,106	,006	,077	,075	,012	,133	,127	-,070	-,122
35.	,154	,081	,286	,093	,569	,028	-,296	-,120	,146	-,117	-,114	-,117	-,030	,210
36.	,103	,060	,760	-,088	,019	,123	-,092	-,186	,047	-,037	,215	,018	,004	-,075
37.	,437	,319	,128	,036	,273	,088	,157	-,115	,094	,100	-,322	-,122	-,211	-,008
38.	,141	-,269	,324	,052	-,197	,111	,319	,044	,239	,149	-,488	,162	-,049	,002
39.	-,039	-,059	,725	,071	,139	,014	-,015	-,014	-,170	,078	-,042	-,118	,046	-,002
40.	-,266	-,279	-,106	,111	,060	-,025	-,100	,105	-,382	,094	,144	,323	,203	,220
41.	,050	-,085	,000	,059	,000	,041	,083	-,039	,029	,788	,003	,134	-,022	,046
42.	-,189	-,652	,137	-,011	,048	-,002	,123	,013	,020	,293	-,041	,106	,001	,079
43.	-,393	-,323	,245	,156	,171	,234	-,033	,192	,029	,324	-,099	-,012	,161	-,068
44.	,025	,070	,208	-,078	,122	,100	-,234	-,085	,159	-,196	,054	,460	,542	,077
45.	,754	,205	-,052	,034	-,103	,230	,054	-,009	,178	,030	,076	,046	,076	,051
46.	-,805	-,143	,144	,022	-,033	-,075	,038	,148	-,034	,105	,108	,005	-,050	-,059
47.	,116	,015	,000	-,119	,070	-,021	-,008	-,009	,041	,017	,021	-,006	-,038	,827
48.	,034	-,072	,490	,160	,081	,022	,376	,013	-,113	-,401	,044	,136	,071	,281
49.	-,039	,069	,345	-,140	-,165	,081	-,077	-,010	,275	,089	,192	-,444	-,088	,235
50.	-,741	-,135	-,167	-,021	-,165	,095	,024	-,012	-,082	-,101	-,029	,008	,099	,078
51.	-,074	-,176	-,038	,050	-,117	-,098	-,052	,101	-,060	,212	-,023	,690	-,032	,019



## **Anexo XIV**

Matriz de correlação entre os fatores



Correlations

			factor_1	factor_2	factor_3	factor_4	factor_5	factor_6	factor_7	factor_8	factor_9	factor_10	factor_11	factor_12	factor_13	factor_14
Spearman's rho	factor_1	Correlation Coefficient	1,000	,552**	,050	,005	,396**	,245**	,278**	-,145	,167	,119	,096	-,172	-,085	,193
		Sig. (2-tailed)		,000	,512	,943	,000	,001	,000	,056	,028	,118	,207	,024	,269	,011
		N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
	factor_2	Correlation Coefficient	,552**	1,000	,022	-,085	,297**	,182*	,109	-,158*	,035	,072	,095	-,300**	-,114	,069
		Sig. (2-tailed)	,000		,769	,268	,000	,017	,152	,038	,647	,349	,215	,000	,134	,366
		N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
	factor_3	Correlation Coefficient	,050	,022	1,000	,036	,176*	-,010	,106	-,075	-,188*	-,049	,194*	-,089	,166*	,076
		Sig. (2-tailed)	,512	,769		,637	,020	,900	,166	,324	,013	,523	,010	,246	,029	,321
		N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
	factor_4	Correlation Coefficient	,005	-,085	,036	1,000	-,130	,183*	,103	,178*	,008	,100	-,002	,052	,143	-,125
		Sig. (2-tailed)	,943	,268	,637		,088	,016	,178	,019	,916	,189	,982	,496	,061	,102
		N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
	factor_5	Correlation Coefficient	,396**	,297**	,176*	-,130	1,000	,263**	,270**	-,048	,284**	,039	,177*	-,126	-,057	,177*
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,020	,088		,000	,000	,528	,000	,614	,020	,098	,457	,020
N		173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
factor_6	Correlation Coefficient	,245**	,182*	-,010	,183*	,263**	1,000	,058	,054	,096	,131	,104	-,004	,041	,127	
	Sig. (2-tailed)	,001	,017	,900	,016	,000		,452	,483	,208	,085	,173	,959	,591	,096	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
factor_7	Correlation Coefficient	,278**	,109	,106	,103	,270**	,058	1,000	-,087	,081	,091	,134	-,126	,090	,057	
	Sig. (2-tailed)	,000	,152	,166	,178	,000	,452		,257	,292	,235	,078	,097	,237	,460	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
factor_8	Correlation Coefficient	-,145	-,158*	-,075	,178*	-,048	,054	-,087	1,000	,240**	-,032	-,036	,204**	,062	,012	
	Sig. (2-tailed)	,056	,038	,324	,019	,528	,483	,257		,001	,673	,634	,007	,415	,871	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
factor_9	Correlation Coefficient	,167	,035	-,188*	,008	,284**	,096	,081	,240**	1,000	,122	-,015	-,038	-,049	,142	
	Sig. (2-tailed)	,028	,647	,013	,916	,000	,208	,292	,001		,109	,844	,619	,520	,063	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
factor_10	Correlation Coefficient	,119	,072	-,049	,100	,039	,131	,091	-,032	,122	1,000	,087	,148	,007	,117	
	Sig. (2-tailed)	,118	,349	,523	,189	,614	,085	,235	,673	,109		,258	,052	,924	,126	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
factor_11	Correlation Coefficient	,096	,095	,194*	-,002	,177*	,104	,134	-,036	-,015	,087	1,000	,039	,115	,116	
	Sig. (2-tailed)	,207	,215	,010	,982	,020	,173	,078	,634	,844	,258		,613	,131	,127	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
factor_12	Correlation Coefficient	-,172*	-,300**	-,089	,052	-,126	-,004	-,126	,204**	-,038	,148	,039	1,000	,129	,015	
	Sig. (2-tailed)	,024	,000	,246	,496	,098	,959	,097	,007	,619	,052	,613		,092	,847	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
factor_13	Correlation Coefficient	-,085	-,114	,166*	,143	-,057	,041	,090	,062	-,049	,007	,115	,129	1,000	-,056	
	Sig. (2-tailed)	,269	,134	,029	,061	,457	,591	,237	,415	,520	,924	,131	,092		,461	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173
factor_14	Correlation Coefficient	,193	,069	,076	-,125	,177*	,127	,057	,012	,142	,117	,116	,015	-,056	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,011	,366	,321	,102	,020	,096	,460	,871	,063	,126	,127	,847	,461		
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



