

**A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO COM POTENCIAL
PARA MELHORAR:
CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Dissertação

Elisabete Sofia Araújo Silva

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO COM POTENCIAL PARA MELHORAR:
CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

THE DEPENDENT PERSON IN SELF-CARE WITH THE POTENTIAL TO IMPROVE:
CONSTRUCTION OF AN EVALUATION INSTRUMENT

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Marisa Lourenço e coorientada pela
Professora Doutora Paula Encarnação

Elisabete Sofia Araújo Silva

Porto | 2019

“E perceber que ok, eu tenho o déficit motor à direita e vou ter que viver com ele para o resto da minha vida, mas há coisas que eu posso melhorar... eu posso conseguir vestir-me sozinho, eu posso-me virar sozinho”.

(2º *focus group*, 11-02-2019)

Uma sentida homenagem a todas as pessoas com dependência no autocuidado!

AGRADECIMENTO

À Professora Doutora Marisa Lourenço por ter aceite o desafio de orientar este meu percurso;

À Professora Doutora Paula Encarnação pela coorientação e sensibilidade;

À Professora Doutora Teresa Martins pela disponibilidade e ensinamentos;

Aos docentes que integram o projeto “*Selfcare@Potential*” por terem permitido a minha colaboração no mesmo;

À Escola Superior de Enfermagem do Porto pelo gosto que me transmitiu pelo autocuidado;

Às Instituições onde se realizou o estudo pela autorização concedida; às pessoas que nelas, voluntariamente, se tornaram “elos de ligação” pela simpatia; e aos enfermeiros que se empenharam na recolha de dados pela colaboração;

Aos meus colegas de trabalho pela confiança que me transmitiram ao longo dos dois últimos anos letivos;

À minha família por me ter transmitido audácia, pelo apoio absoluto, por ter feito com que acreditasse em mim e por me ter ajudado a manter firme e focada ao longo de todo o caminho...

...o meu mais sincero agradecimento a todos vocês!

RESUMO

O estudo aqui apresentado retrata a investigação desenvolvida durante o último ano na área do autocuidado. Centra-se, nos processos psicológicos e na influência que estes assumem sobre o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar.

Face à inexistência de um instrumento de avaliação que permita compreender o limite do potencial da pessoa dependente, o estudo realizado teve por objetivos: a) construir um instrumento de avaliação que possibilite entender, ao nível dos processos psicológicos, o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar; e b) determinar a qualidade do instrumento construído através da concretização de um estudo-piloto.

Perante tais objetivos, e uma vez que o trabalho foi centrado no desenvolvimento e na avaliação de um instrumento de medida, desenvolveu-se um estudo-piloto em que se recorreu a uma pesquisa do tipo metodológica. O contexto determinado para a sua efetivação foi o contexto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, realidade onde o autocuidado assume uma posição central. A investigação foi desenvolvida junto de uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 67 pessoas dependentes no autocuidado que se enquadravam nos critérios de inclusão e de exclusão definidos.

Após consulta da evidência disponível, e da concretização de reuniões com um grupo de peritos, contruiu-se o instrumento que se designou por *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado. Tal instrumento constitui-se por 6 dimensões: “Cognição”, “Atitude”, “Emoção”, “Disponibilidade para aprender”, “Experiências anteriores” e “Significados atribuídos”. Por forma a determinar a qualidade do instrumento, procedeu-se ao estudo da sua validade de conteúdo através do método *focus group*, da sua validade de construto com recurso à análise fatorial exploratória e da sua fidelidade através do estudo da consistência interna do instrumento.

Os resultados obtidos evidenciaram que a *toolkit* pode, efetivamente, contribuir para os modelos de cuidados de enfermagem que visam perceber o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar. Com a concretização do estudo-piloto percebeu-se que este se trata de um instrumento de qualidade e com aparente validade e fidelidade - com um alfa de Cronbach global de 0,94. No contexto da prática clínica, a *toolkit* irá permitir ao enfermeiro uma avaliação sistemática dos fatores que, ao nível dos processos psicológicos, se encontram a intervir sobre o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar.

Palavras-chave: Autocuidado, Dependência, Potencial para melhorar, Enfermagem, Processos Psicológicos

ABSTRACT

The study here presented portrays the research developed during the last year in the area of self-care. It focuses on the psychological processes and their influence on the potential for self-care improvement in the dependent person.

Given the lack of an evaluation instrument that would allow understanding the limit of the potential of the dependent person, the study aimed to: a) construct an evaluation instrument that would make it possible to understand, at the level of psychological processes, the potential to improve that the dependent person has in self-care; and b) determine the quality of the instrument built by conducting a pilot-study.

Given these objectives, and since the work was focused on the development and evaluation of a measuring instrument, a pilot-study was carried out using a methodological research. The context determined for its implementation was the context of the Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a reality where self-care assumes a central position. The research was conducted in a non-probabilistic convenience sample, consisting of 67 self-care dependent people who met the inclusion and exclusion criteria defined.

After consulting the available evidence, and holding meetings with an expert group, an instrument was developed called the Toolkit de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado. This instrument consisted of 6 dimensions: "Cognition", "Attitude", "Emotion", "Willingness to Learn", "Previous Experiences" and "Assigned Meanings". In order to determine the quality of the instrument, we proceeded to study its content validity through the focus group method, its construct validity using exploratory factor analysis and its fidelity through the internal consistency of the instrument.

The results showed that the toolkit can, effectively, contribute to nursing care models that aim to realize the potential to improve that the dependent person has in self-care. With the completion of the pilot-study, it was realized that this is a quality instrument, with apparent validity and fidelity - with a global Cronbach alpha of 0,94. In the context of clinical practice, the toolkit will allow, therefore, the nurse a systematic evaluation of the factors that, at the level of psychological processes, are intervening on the potential to improve that the dependent person has in self-care.

Keywords: Self-Care, Dependency, Potential to improve, Nursing, Psychological Processes

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A - Amplitude

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

DP - Desvio-padrão

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN - International Council of Nurses

ID - Número de Identificação

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISO - International Organization for Standardization

ISS - Instituto de Segurança Social

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

n - Número de elementos

N - Tamanho total da amostra

NOC - Nursing Outcomes Classification

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

p. - Página

pp. - Intervalo de páginas

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

s.d. - Sem data

s.p. - Sem página

sig. - Nível de significância

SPSS® - Statistical Package for the Social Sciences®

UC - Unidade de Convalescença

UDPA - Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

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

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO COM POTENCIAL PARA MELHORAR	27
1.1 O autocuidado enquanto conceito essencial da disciplina e da prática de enfermagem	27
1.2 A reconstrução da autonomia no autocuidado ao limite do potencial da pessoa dependente.....	35
1.2.1 Os processos psicológicos e a sua influência sobre o potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado.....	38
1.3 O papel da rede nacional de cuidados continuados integrados na promoção da autonomia no autocuidado.....	42
1.4. Justificação do estudo	44
2. DA CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE À RECOLHA DE DADOS	47
2.1 Tipo de estudo.....	47
2.2 Contexto do estudo.....	47
2.3 População e amostra	48
2.4 Estratégia de recolha e análise de dados	53
2.5 Considerações éticas	63
3. RESULTADOS.....	65
3.1 Definição das dimensões teóricas do conceito	65
3.2 Formulação dos indicadores do conceito	69
3.2.1 Formulação dos indicadores relativos à dimensão “Cognição”	70
3.2.2 Formulação dos indicadores relativos à dimensão “Atitude”	72
3.2.3 Formulação dos indicadores relativos à dimensão “Emoção”	79
3.2.4 Formulação dos indicadores relativos às dimensões “Disponibilidade para aprender”, “Experiências anteriores” e “Significados atribuídos” ...	82

3.3 Estudo da validade de conteúdo do instrumento.....	84
3.4 Desenvolvimento do manual de procedimentos	88
3.5 Pré-teste do instrumento e estudo-piloto.....	89
3.6 Análise fatorial exploratória	90
3.7 Estudo da consistência interna do instrumento	99
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	103
CONCLUSÃO	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
ANEXOS.....	135
ANEXO I - Autorização para reimpressão das figuras	
ANEXO II - <i>Toolkit</i> de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado	
ANEXO III - Folheto informativo sobre o estudo	
ANEXO IV - Termo de consentimento informado para participação no estudo	
ANEXO V - Operacionalização das variáveis da <i>toolkit</i>	
ANEXO VI - Termo de consentimento informado para participação no 2º <i>focus group</i>	
ANEXO VII - Parecer das Comissões de Ética/Conselhos de Administração referente ao Projeto de Investigação	
ANEXO VIII - Manual de Procedimentos	
ANEXO IX - Folheto Informativo Processos Psicológicos	
ANEXO X - Estudo da consistência interna da <i>toolkit</i> : Análise da pertinência de cada item	
ANEXO XI - Versão da <i>Toolkit</i> de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado após o estudo-piloto	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Elementos centrais do autocuidado na doença crónica (Adaptado de Riegel et al., 2012, p. 199).....	31
FIGURA 2: Relação entre a tomada de decisão e a reflexão no autocuidado (Riegel et al., 2012, p. 198).....	32
FIGURA 3: Fatores que influenciam o autocuidado e os processos subjacentes ao autocuidado (Jaarsma et al., 2017, p. 72).	34
FIGURA 4: Dependência no autocuidado dos participantes no estudo.	52
FIGURA 5: Processo de desenvolvimento do instrumento de avaliação.	62
FIGURA 6: Correspondência entre os fatores influenciadores apurados no 1º focus group e os conceitos que derivam ontologicamente de processo psicológico.	67
FIGURA 7: Definição das dimensões teóricas da toolkit.....	69
FIGURA 8: Componentes da dimensão “Emoção”.	79
FIGURA 9: Alocação dos indicadores às respetivas dimensões: versão draft.	84

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Elementos constituintes do grupo de peritos.	58
QUADRO 2: Fatores influenciadores apurados no 1º focus group (no domínio dos processos psicológicos).	66
QUADRO 3: Componentes da dimensão “Atitude”.	73
QUADRO 4: Alterações sugeridas pelo grupo de peritos ao instrumento de avaliação.	85
QUADRO 5: Amplitude de escolhas da toolkit.....	86
QUADRO 6: Relação entre as categorias e o potencial.	87
QUADRO 7: Relação entre as categorias e o potencial (itens invertidos).....	88
QUADRO 8: Caracterização da amostra em estudo.....	104
Quadro 9: “Cognição”: dimensão bidimensional.	108
Quadro 10: “Atitude”: dimensão tridimensional.	109
Quadro 11: “Emoção”: dimensão bidimensional.	110
Quadro 12: Dimensões unidimensionais: “Disponibilidade para aprender”, “Experiências anteriores” e “Significados atribuídos”.	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da variável: dependência no autocuidado.	51
Tabela 2: Valor de KMO e recomendação face à análise fatorial.	90
Tabela 3: Teste de esfericidade de Bartlett.	91
Tabela 4: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Cognição”.....	91
Tabela 5: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Cognição”.....	92
Tabela 6: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Atitude”.....	93
Tabela 7: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Atitude”.....	94
Tabela 8: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Emoção”.	95
Tabela 9: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Emoção”.	95
Tabela 10: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Disponibilidade para aprender”.	96
Tabela 11: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Experiências anteriores”.	96
Tabela 12: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Disponibilidade para aprender”.	97
Tabela 13: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Experiências anteriores”.	97
Tabela 14: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Significados atribuídos”.	98
Tabela 15: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Significados atribuídos”. .	98
Tabela 16: Alfa de Cronbach global.	99
Tabela 17: Alfa de Cronbach por dimensões.	99
Tabela 18: Estatística de cada item para a dimensão “Significados atribuídos”.	100
Tabela 19: Alfa de Cronbach global (para 39 indicadores).	101
Tabela 20: Valor de KMO para a dimensão “Significados atribuídos” após exclusão do indicador 6.4.....	101
Tabela 21: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Significados atribuídos” após a exclusão do indicador 6.4.	102

Tabela 22: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Significados atribuídos” após a exclusão do indicador 6.4. 102

INTRODUÇÃO

O trabalho de investigação aqui apresentado surge na extensão da frequência da unidade curricular optativa Dissertação, integrada no segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O plano de estudos do curso de MEMC tem uma duração de dois anos, tendo o seu início coincidido com setembro de 2017 e o seu término com outubro de 2019. Para além disso, este estudo encontra-se também incluído num projeto de investigação mais abrangente - Autonomia para o autocuidado - Determinantes do potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado, acrónimo “*Selfcare@Potential*”. O projeto designado encontra-se em desenvolvimento desde janeiro de 2017 por um grupo de investigadores da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP), sob a coordenação da Professora Doutora Marisa Lourenço.

Estudos prévios demonstram que, concretamente no concelho do Porto, a dependência no autocuidado trata-se de um fenómeno real. Neste município, “uma em cada dez famílias clássicas integra, pelo menos, um familiar dependente no autocuidado” (Gonçalves, 2013, p. 247). De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017) é exetável que, em Portugal, o índice de envelhecimento continue a aumentar, podendo mesmo “duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens” (p. 6). A tendência será, portanto, “a manutenção do ritmo de crescimento da esperança de vida, com a esperança de vida à nascença a atingir 87,38 anos para homens e 92,10 anos para mulheres em 2080” (INE, 2017, p. 14). Torna-se assim plausível, existir uma correlação positiva entre o aumento da esperança de vida e o grau de dependência no autocuidado (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2015).

Como forma de encadear o presente trabalho, importa partir-se para a definição de alguns dos principais conceitos inerentes ao mesmo - autocuidado, potencial e processo psicológico. O autocuidado pode ser, assim, entendido como uma “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (International Council of Nurses [ICN], 2017, [s.p.]). De notar, que as atividades de vida diária são referenciadas como as atividades de “natureza «mais básica»: alimentar-se, tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, usar o sanitário, levantar-se da cama, transferir-se entre a cama e uma cadeira, e posicionar-se na cama” (OPSS, 2015, p. 85). No mesmo seguimento, Sequeira (2018) expõe o conceito de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), sendo estas contextualizadas pelo autor

como o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, incluindo atividades como comer, uso da casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular (p. 52).

De acordo com o OPSS (2015), habitualmente, a evolução da dependência no autocuidado assume um padrão único que, se não for atempadamente revertido, tem tendência a ser progressivo e a culminar com a condição de “dependente-acamado”. Gonçalves (2013) designa por “dependente-acamado” a pessoa dependente que “passa cada dia, ou grande parte dele, confinada ao leito que, deste modo, se transforma no espaço central em que vive e o autocuidado é assegurado” (p. 158). Com efeito, “muitos idosos que atualmente se encontram acamados . . . poderiam ser autónomos” (Sequeira, 2018, p. 163).

Não menos relevante é a relação que aqui se estabelece entre défice de autocuidado e a intervenção de enfermagem e perceber que os enfermeiros se constituem como um recurso profissional privilegiado no que diz respeito “à promoção do máximo potencial de autonomia das pessoas com dependência no autocuidado” (Brito, 2012, p. 61). A designação de potencial refere-se, neste contexto, a uma capacidade inerente à pessoa e à oportunidade que esta tem para desenvolver novas capacidades de autocuidado e, deste modo, tornar-se mais autónoma (International Organization for Standardization [ISO] 18104, 2014).

Nos últimos anos, vários estudos centrados na dependência no autocuidado (Brito, 2012; Lourenço, 2015; Maciel, 2013) têm demonstrado que o potencial de reconstrução da autonomia da pessoa não deve ser apenas circunscrito aos processos corporais. A motivação da pessoa, a atitude que esta apresenta face à dependência no autocuidado e a perceção de autoeficácia são exemplos de condicionantes que assumem, também, um papel decisivo na obtenção de ganhos em autonomia. Do estudo de Silva (2011), concluiu-se que ainda são poucos os diagnósticos de enfermagem enunciados tradutores de compromisso ao nível dos processos psicológicos. Já do estudo de Maciel (2013), percebeu-se que as “pessoas dependentes com *scores* mais elevados de envolvimento, de tomada de decisão autónoma, de tomada de decisão apoiada, de crenças de saúde (facilitadoras)” (p. 110) foram as que mais evoluíram na reconstrução da sua autonomia.

Pelo referido, e uma vez que subsiste a necessidade de “um maior incremento de estudos centrados no autocuidado básico” (Petronilho, 2012, p. 95) e de uma melhor definição de quem são as pessoas que apresentam “perda de autonomia potencialmente recuperável” (Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008 de 7 de janeiro, p. 3), ponderou-se que seria pertinente, na área em estudo, a existência de um instrumento que possibilitasse perceber acerca do potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar. Ao mesmo tempo, tal instrumento iria permitir que o enfermeiro, no contexto da prática clínica, obtivesse um conjunto de indicadores suscetíveis de traduzir os ganhos em

autonomia destas pessoas, tendo por base as suas intervenções, tudo isto orientado para uma conceção de cuidados assente numa perspetiva positiva. A prestação de cuidados à pessoa dependente, tal como menciona Lourenço (2015), carece, efetivamente,

de objetivos concretos e consistentes que passam pela necessidade de uma avaliação sistemática e sistematizada dirigida para as reais necessidades da pessoa, de um juízo de diagnóstico capaz de traduzir a dimensão da condição da pessoa e de uma ação terapêutica voltada para a promoção de uma aprendizagem efetiva (p. 34).

Neste seguimento, e também por uma questão de gosto pessoal pela área dos processos psicológicos, considerou-se que seria pertinente a construção do instrumento de avaliação do potencial incidir sobre este domínio. De acordo com o ICN (2017), processo psicológico deriva de processo, sendo este entendido como uma “série de funções ou ações para atingir um resultado” ([s.p.]).

Porque se torna essencial a definição dos objetivos que se pretendem atingir com a investigação, a elaboração deste estudo prevê: a) a construção de um instrumento de avaliação que permita perceber, ao nível dos processos psicológicos, o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar; e b) a determinação da qualidade do instrumento entretanto construído através da concretização de um estudo-piloto.

Em relação à metodologia utilizada, avaliou-se que um estudo do tipo metodológico se enquadrava na melhor estratégia a adotar. Para a construção do instrumento, nomeadamente para a formulação das dimensões teóricas do conceito e dos seus indicadores, perspetivou-se recorrer a uma sólida revisão da literatura da área em estudo. As reuniões com um grupo de peritos, através do método *focus group*, também se entenderam vir a ser essências, quer na fase inicial da construção do instrumento, quer aquando do posterior estudo da validade de conteúdo do mesmo.

Para fazer face à determinação da qualidade do instrumento construído, encarou-se o estudo-piloto como a técnica mais apropriada a utilizar. Decorrente disso, percebeu-se que para o estudo da sua validade e fidelidade o mesmo tinha que ser aplicado a, pelo menos, 50 pessoas (Ghiglione & Matalon, 1992). Dado o âmbito do estudo, e uma vez que constitui objetivo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, p. 3858), entendeu-se que esta se afigurava, também, como a realidade onde a recolha de dados faria sentido.

Do ponto de vista da organização, o presente documento encontra-se suportado por quatro capítulos essenciais. No primeiro deles - A pessoa dependente no autocuidado com potencial para melhorar -, expõe-se o resultado da revisão da literatura efetivada sobre a

problemática em estudo. Desta forma, pensou-se que seria elucidativo o Capítulo 1 constituir-se por quatro subcapítulos. Inicia-se a abordagem à pessoa dependente no autocuidado com potencial para melhorar fazendo um enquadramento concetual sobre o autocuidado e sobre duas teorias que lhe estão subjacentes e que foram orientadoras da consecução da investigação. Posteriormente, entender-se-á a importância de se reconstruir a autonomia no autocuidado ao limite do potencial da pessoa dependente, com uma atenção particular sobre a influência que os processos psicológicos guardam sobre o potencial da pessoa. Por fim, e antes de se apresentar a justificação, finalidade e objetivos considerados para o estudo, tentará demonstrar-se o papel que a RNCCI assume na promoção da autonomia no autocuidado.

No segundo capítulo - Da construção do modelo de análise à recolha de dados -, desenvolvem-se as opções metodológicas assumidas, com referência ao paradigma de investigação e tipo de estudo, ao contexto em que este se desenvolveu, à definição da população e da amostra, ao delineamento da estratégia de recolha e análise de dados e às considerações éticas ressalvadas.

O Capítulo 3 - Resultados -, é dedicado a todas as etapas que contemplam a construção de um instrumento de medida e foi organizado como tal: a) definição concetual do construto a ser medido e especificação das dimensões do conceito; b) formulação dos indicadores empíricos; c) avaliação dos indicadores por forma a perceber-se se existe validade de conteúdo; d) desenvolvimento de instruções; e) aplicação de pré-teste e de teste piloto aos indicadores; f) e estimação da validade e da fidelidade do instrumento (Fortin, 2009; LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

No Capítulo 4 - Discussão -, tal como o próprio título indica, apresenta-se uma discussão alusiva aos principais resultados entretanto obtidos. Para terminar, exhibe-se a Conclusão onde é aprimorada uma síntese das principais ideias, do seu significado e interesse; as Referências Bibliográficas demonstrativas dos documentos citados no trabalho; assim como os Anexos que se revelaram pertinentes incluir.

A revisão da evidência científica disponível desenvolveu-se através de várias fontes como a pesquisa em obras literárias disponíveis na biblioteca da ESEP, no motor de busca PubMed® e no agregador de conteúdos científicos EBSCOHost web®. Foi também efetuada uma pesquisa de dissertações de mestrado e de teses de doutoramento no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal, no Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto.

1. A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO COM POTENCIAL PARA MELHORAR

A dependência no autocuidado há muito que se constitui como uma preocupação merecedora da atenção dos enfermeiros (Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014). O autocuidado trata-se do foco de atenção a que o enfermeiro mais recorre no âmbito da documentação dos seus cuidados, no entanto as necessidades em cuidados de enfermagem estão, na sua maioria, associadas ao juízo de dependência/compromisso nos seus diferentes graus (Brito, 2012).

Efetivamente, um padrão de intervenção totalmente ou parcialmente compensatório, consoante a pessoa é dependente de outros ou necessita da ajuda de outros (Orem, 2001), pode ser crucial, contudo a competência do enfermeiro não se limita apenas a esta dimensão. Este terá “que recorrer a um padrão de intervenção que está para além das medidas de complemento/suplemento do défice no autocuidado” (Brito, 2012, p. 83) e assim zelar pela reconstrução da autonomia da pessoa (Petronilho, Magalhães, Machado & Vieira, 2010). Nos subcapítulos que a seguir se expõem apresenta-se o resultado da pesquisa documental efetivada sobre o domínio de investigação escolhido, bem como dos seus conceitos definidores.

1.1 O autocuidado enquanto conceito essencial da disciplina e da prática de enfermagem

O conceito de autocuidado tem sofrido evolução ao longo do tempo (Martins & Rocha, 2016), sendo frequentemente relacionado com os termos autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2012). O autocuidado alcança um papel central na disciplina e na prática de enfermagem, por isso diferentes autores, em vários momentos, assumiram conceções distintas para este conceito (International Self-Care Foundation, s.d.).

A World Health Organization (WHO, 2009) conceitua o autocuidado como a capacidade da pessoa, das famílias e das comunidades promoverem a saúde, prevenirem a doença, manterem a saúde e lidarem com a doença e a incapacidade, com ou sem o apoio

dos serviços de saúde. Adiciona, que embora o autocuidado seja importante em todos os aspetos da saúde da pessoa, é particularmente relevante e desafiante perante grupos vulneráveis, como é o caso da pessoa com dependência física e mental (WHO, 2019). De acordo com a International Self-Care Foundation (s.d.), o autocuidado é sustentado por sete pilares/domínios dos quais se destaca, por um lado, a literacia em saúde, que circunscreve a capacidade de a pessoa obter, processar e compreender informação básica e tomar decisões e, por outro, a consciencialização acerca da sua condição física e mental.

Da definição de autocuidado supracitada resulta a ideia de que este se encontra, indubitavelmente, interligado com o termo responsabilidade pessoal, relacionando-se com a capacidade da pessoa para cuidar de si própria, o que vai ao encontro do sugerido por Martins e Rocha (2016). As autoras aludem que o autocuidado se refere ao “que as pessoas fazem por elas próprias para estabelecer e manter a saúde, prevenir e lidar com a doença ou incapacidade, assumindo a responsabilidade pessoal pelo seu próprio bem-estar” (Martins & Rocha, 2016, p. 13). De modo similar, Petronilho (2012) menciona-o como “a perceção, a capacidade e os comportamentos . . . das pessoas . . . em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças” (p. 92).

A Global Self-Care Federation (2019) acrescenta que o autocuidado é um hábito e uma cultura para toda a vida e que se refere à prática de pessoas que cuidam da sua própria saúde, usando o conhecimento e a informação que têm disponíveis. Trata-se, desta forma, de um processo de tomada de decisão que capacita a pessoa a cuidar da sua própria saúde de forma eficiente e conveniente. O conceito de *empowerment* encontra-se, pois, subjacente à conceção de autocuidado (WHO, 2013). Leal (2006) sustenta que o *empowerment* pode ser compreendido como o “processo que leva a pessoa a acreditar nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz” (p. 191). É assumido, desta maneira, como o processo através do qual a pessoa alcança controlo sobre a sua vida e desenvolve capacidade e confiança na tomada de decisões, sendo considerado o melhor modo de ajudar a pessoa a desenvolver comportamentos sustentados de autocuidado (WHO, 2013).

No ano de 2005, o Department of Health, apresentava o autocuidado como parte integrante das atividades de vida diária, reportando-se às ações tomadas pela pessoa, em relação à sua própria saúde e bem-estar. Inclui, e.g., as ações que as pessoas tomam em seu próprio benefício e em benefício das suas famílias, de modo a preservar a sua saúde física e mental, assim como manter a saúde e o bem-estar após o aparecimento de uma doença ou de uma alta hospitalar. Vários são os fatores, que segundo este Departamento, concorrem para a concretização do autocuidado, dos quais se salientam a história e experiências pessoais, os conhecimentos existentes, os valores e as crenças, a formação cultural, a literacia e a capacidade cognitiva da pessoa, a confiança, a autoestima e a autoeficácia (Department of Health, 2005).

Face ao exposto, e porque “O autocuidado é uma referência estruturante da prática clínica e do plano conceitual para a enfermagem . . . , este conceito tem sido, ao longo dos tempos, um elemento central em teorias e modelos teóricos de enfermagem” (Martins & Rocha, 2016, p. 19). Pelo conseguinte, apresenta-se uma pequena abordagem das duas teorias orientadoras desta investigação: a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, por ser a teoria de enfermagem mais vezes referenciada em trabalhos de investigação que têm por fundamento o autocuidado; e a Teoria de Médio-Alcance do Autocuidado na Doença Crónica de Barbara Riegel, Tiny Jaarsma e Anna Strömberg, por ser uma teoria recente, datada de 2012, que se relaciona especificamente com a doença crónica, a principal causa de incapacidade no mundo (Encarnação, 2016; Petronilho, 2012).

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Na perspetiva de Orem (1983) o autocuidado diz respeito ao conjunto de atividades auto-iniciadas com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar contínuo, sendo aprendido e executado de forma deliberada e continuamente de acordo com as necessidades individuais. Para a autora, o autocuidado é uma tarefa que é adquirida ao longo do desenvolvimento da pessoa e é uma função humana reguladora que esta desempenha por si própria, ou que alguém executa por ela.

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado (Orem, 2001) encontra-se subdividida em três outras teorias inter-relacionadas - a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A Teoria do Autocuidado é suportada pelo

pressuposto de que a pessoa tem capacidade para cuidar de si e que desempenha atividades e comportamentos para manter-se saudável e para o seu desenvolvimento pessoal e bem-estar. O autocuidado é aprendido através da experiência, educação, cultura, conhecimento, crescimento e desenvolvimento (Martins & Rocha, 2016, p. 20).

Orem (2001) refere que a capacidade da pessoa se envolver no autocuidado pode encontrar-se limitada por fatores condicionantes básicos como são a idade, o sexo, a orientação sociocultural, a condição de saúde e o estilo de vida da pessoa. Por outro lado, suporta que a ação do autocuidado admite o efeito da capacidade cognitiva e física da pessoa, bem como da sua capacidade para a tomada de decisão, dos seus valores, atitude, desejos e motivação.

O autocuidado tem a sua razão de ser e, uma vez desempenhado eficazmente, contribui para o funcionamento e desenvolvimento humano. Os diferentes tipos de ação de

autocuidado são suportados por um conjunto de objetivos que Orem denominou por requisitos de autocuidado, tendo reconhecido três diferentes categorias de requisitos de autocuidado - os requisitos universais de autocuidado, os requisitos de autocuidado de desenvolvimento e os requisitos de autocuidado no desvio de saúde. Neste momento, tem para nós uma relevância particular os requisitos universais de autocuidado, isto é, aqueles que se relacionam com as atividades de vida diária e que são comuns a todos os seres humanos durante o seu ciclo vital, é o caso, e.g., de ações como beber, comer e eliminar (Orem, 1983, 1991).

A Teoria do Déficit de Autocuidado expressa, por seu turno, a relação entre a capacidade que a pessoa tem e as exigências que lhe são colocadas (Orem, 2001). Normalmente, a pessoa adulta cuida-se por si mesmo, ao passo que lactentes, crianças, pessoas de terceira idade, doentes e pessoas incapacitadas requerem cuidados completos ou assistência nas atividades de autocuidado (Orem, 1983). Os cuidados de enfermagem tornam-se assim necessários quando a pessoa se encontra incapaz de satisfazer os seus requisitos de autocuidado ou, por outras palavras, quando surge um déficit de autocuidado. Orem (2001) definiu cinco métodos de ajuda profissional do enfermeiro: a) agir ou fazer por; b) guiar ou orientar; c) facultar apoio físico e psicológico; d) providenciar recursos no sentido de promover um meio propício ao desenvolvimento pessoal; e) e ensinar.

Relativamente à Teoria dos Sistemas de Enfermagem, esta traça o modo como as necessidades de autocuidado podem ser resolvidas pelo enfermeiro, pela pessoa ou por ambos. A relação entre a ação da pessoa e a ação do enfermeiro pode ser, deste modo, classificada através de um sistema totalmente compensatório, mediante um sistema parcialmente compensatório ou por meio de um sistema de apoio-educação. O sistema totalmente compensatório representa as situações em que a pessoa se encontra incapaz de desempenhar um papel ativo nas ações de autocuidado e, como tal, o enfermeiro realiza todos os cuidados terapêuticos da pessoa. É o caso, e.g., de indivíduos em coma, com tetraplegia ou com alterações cognitivas. O sistema parcialmente compensatório, por sua vez, ocorre nos casos em que o enfermeiro apenas substitui a pessoa em algumas atividades, dado esta apresentar capacidade para assumir determinadas ações de autocuidado. Por fim, o sistema de apoio-educação evidencia-se nas situações em que a pessoa consegue ser efetiva em todas as ações de autocuidado, todavia necessita do apoio, da orientação e da supervisão do enfermeiro (Orem, 2001).

A Teoria de Médio-Alcance do Autocuidado na Doença Crónica de Barbara Riegel, Tiny Jaarsma e Anna Strömberg

Perante a relevância que o autocuidado assume na gestão da doença crónica, Riegel, Jaarsma e Strömberg (2012) desenvolveram uma teoria que designaram por Teoria de Médio-Alcance do Autocuidado na Doença Crónica. As autoras supracitadas definem o autocuidado como o processo de manutenção da saúde através de práticas de promoção da saúde e de gestão da doença, sendo este primordial, uma vez mais, não apenas quando a pessoa se encontra doente, mas também enquanto saudável, já que, diariamente, todos se envolvem em algum nível de autocuidado. Salientam, porém, que é quando a pessoa se encontra doente que as necessidades de autocuidado se manifestam tornando-se uma prioridade.

Os conceitos-chave nesta teoria de médio-alcance são o *self-care maintenance* (manutenção do autocuidado), o *self-care monitoring* (monitorização do autocuidado) e o *self-care management* (gestão do autocuidado), tal como se pode comprovar na Figura 1. Desta forma, as autoras clarificam como os diferentes conceitos podem ser integrados e usados em relação uns com os outros. Assim sendo, o *self-care maintenance* relaciona-se com os comportamentos adotados pela pessoa para manter a estabilidade física e emocional, aumentar o bem-estar e preservar a saúde. O *self-care monitoring* exprime um processo de vigilância, traduz a “ponte” entre o *self-care maintenance* e o *self-care management* e define a observação e a monitorização contínua de sinais e sintomas. O *self-care management*, por sua vez, traduz a resposta aos sinais e sintomas observados, na medida em que a pessoa entenderá se as mudanças ocorridas no estadio anterior determinarão, ou não, o curso de dada ação (Jaarsma, Cameron, Riegel & Strömberg, 2017; Riegel et al., 2012).



FIGURA 1: Elementos centrais do autocuidado na doença crónica (Adaptado de Riegel et al., 2012, p. 199)¹.

¹ Autorizada reimpressão da figura (Anexo I).

Para além dos conceitos-chave discriminados as autoras traçam dois processos subjacentes ao autocuidado - a tomada de decisão e a reflexão. O autocuidado envolve a necessidade constante de tomada de decisão perante situações complexas e ambíguas. Já a reflexão diz respeito à aquisição de conhecimento que será essencial para o desempenho do autocuidado. Perante os dois processos subjacentes, e combinando os mesmos, pode analisar-se através da Figura 2 que o autocuidado pode ser suficiente ou insuficiente, intencional ou não intencional, fundamentado e reflexivo, ou automático e negligente.

A pessoa com conhecimento insuficiente ou com dificuldade em compreender as razões que motivam o autocuidado, poderá apresentar um autocuidado não reflexivo, insuficiente e de pouco poder de tomada de decisão (canto inferior esquerdo da Figura 2). No entanto, a pessoa pode manter um autocuidado não reflexivo, mas levar a cabo as suas atividades de forma suficiente (canto superior esquerdo da Figura 2). Pode ainda ser uma pessoa reflexiva, mas que decide não se envolver no autocuidado, apresentando assim um autocuidado reflexivo, mas insuficiente (canto inferior direito da Figura 2). Por fim, e a combinação ideal, será fruto de um autocuidado intencional, reflexivo, suficiente e fundamentado (canto superior direito da Figura 2) (Riegel et al., 2012).

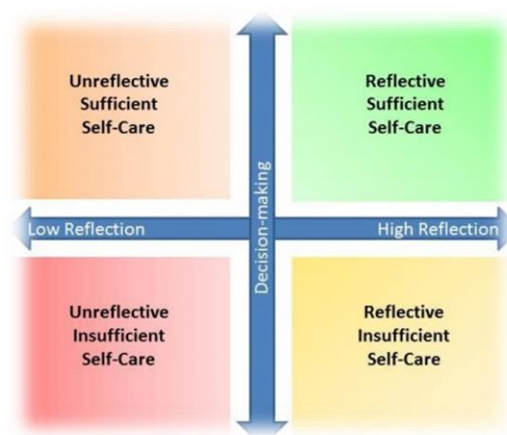


FIGURA 2: Relação entre a tomada de decisão e a reflexão no autocuidado (Riegel et al., 2012, p. 198)².

A Teoria de Médio-Alcance do Autocuidado na Doença Crónica inclui três pressupostos distintos e sete proposições (Riegel et al., 2012). Em relação aos pressupostos as autoras mencionam que: a) se podem fazer distinções entre o autocuidado praticado pela pessoa em situação de saúde e o autocuidado perante uma situação de doença; b) a tomada de decisão requer que a pessoa preserve a sua capacidade de atenção, pensamento,

² Autorizada reimpressão da figura (Anexo I).

memória, compreensão e processamento da informação; c) o autocuidado para pessoas que apresentam múltiplas comorbidades pode ser complexo quando se considera, apenas, cada doença *per si*.

Relativamente às proposições enunciadas, é discriminado pelas autoras que:

- I. Existem semelhanças essenciais no autocuidado perante diferentes doenças crónicas, e.g., o *self-care monitoring* (monitorização do autocuidado) é necessário independentemente da patologia associada.
- II. As experiências anteriores que a pessoa detém, quer seja com ela própria, quer seja no cuidado a outrem com uma condição semelhante, aumentam a qualidade no desempenho do autocuidado.
- III. A pessoa que se empenha no autocuidado de forma intencional/não reflexiva irá ter uma capacidade limitada para lidar com situações complexas e terá dificuldade em alcançar um nível de mestria no autocuidado.
- IV. Os mal-entendidos, os equívocos e a falta de conhecimento contribuem para um autocuidado insuficiente.
- V. A mestria do *self-care maintenance* (manutenção do autocuidado) precede a mestria do *self-care management* (gestão do autocuidado), uma vez que a manutenção do autocuidado se afigura menos complexa do que a tomada de decisão necessária na gestão do autocuidado.
- VI. O *self-care monitoring* (monitorização do autocuidado) é essencial para um correto *self-care management* (gestão do autocuidado), pois a pessoa não pode tomar uma decisão sobre uma mudança se não se encontra atenta ao aparecimento dessa mesma mudança através da vigilância de sinais e sintomas.
- VII. Os indivíduos que realizam um autocuidado baseado em evidências apresentam melhores resultados do que aqueles que realizam um autocuidado sem ter tais evidências por base.

Na assunção de Jaarsma et al. (2017) e de Riegel et al. (2012) o autocuidado é um processo extremamente desafiante, sendo influenciado por um conjunto de fatores que as autoras descrevem como barreiras ou processos facilitadores do autocuidado. Na Figura 3, pode observar-se que são oito os condicionantes que as autoras diferenciam, sendo que destes se salientam a experiência e habilidades, a motivação, os hábitos, as crenças culturais e os valores, a capacidade funcional e cognitiva da pessoa e a confiança.

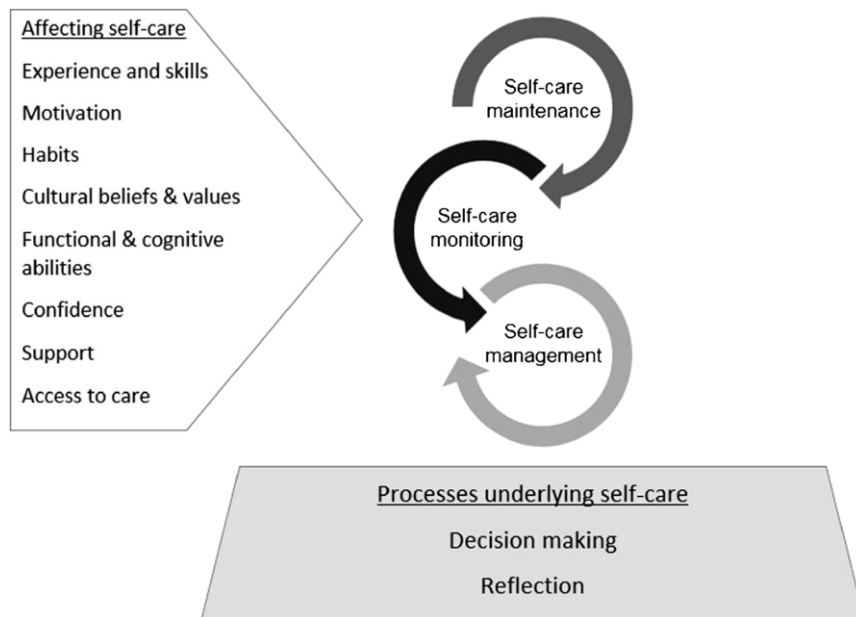


FIGURA 3: Fatores que influenciam o autocuidado e os processos subjacentes ao autocuidado (Jaarsma et al., 2017, p. 72)³.

As experiências prévias têm um forte impacto sobre o desenvolvimento de habilidades no autocuidado, sendo, por sua vez, a habilidade essencial para a pessoa planejar, estabelecer metas e tomar decisões (Dickson & Riegel, 2009; Strömberg, 2005). É certo que a experiência contribui para o desenvolvimento de habilidades, no entanto existem pessoas com longos anos de experiência que nunca chegam a desenvolver habilidade para o autocuidado. O desafio que aqui se apresenta para os profissionais de saúde passa por estes identificarem o que é que a pessoa aprendeu com a experiência anterior, discernir se o que a pessoa sabe é o correto e facilitar o desenvolvimento das habilidades necessárias para o desempenho do autocuidado (Riegel et al., 2012).

A motivação aparece, por sua vez, definida como a força que leva o ser humano a alcançar os seus objetivos, podendo esta ser intrínseca, quando se relaciona com o desejo da pessoa aprender ou assimilar coisas novas porque tal tarefa lhe dá prazer; ou extrínseca, no caso da mudança de comportamento ocorrer porque isso leva a um determinado resultado que é desejável por variadas razões. Muitos comportamentos de autocuidado podem, particularmente numa fase inicial, ser desencadeados por motivadores extrínsecos (Ajzen & Fishbein, 2005).

Os hábitos, ou rotinas diárias, estão também descritos nesta teoria como fatores condicionantes do autocuidado. Jaarsma et al. (2017) concluem que, algumas vezes, a pessoa tem dificuldade em integrar o autocuidado na sua rotina diária já pré-estabelecida

³ Autorizada reimpressão da figura (Anexo I).

e, mesmo que receba conselhos da equipa de saúde, tem dificuldade em integrar tais pareceres e torná-los hábitos.

A importância do autocuidado pode também ser mais ou menos valorizada de acordo com a cultura em questão e crenças culturais (Davidson et al., 2007). É verdade que quase sempre a independência é valorizada, no entanto, num estudo realizado em Londres junto de minorias étnico-culturais, verificou-se que existem culturas onde o autocuidado é desvalorizado em detrimento da demonstração de afeto e de preocupação através do cuidado e da atenção oferecida ao outro quando este se encontra doente (Greenhalgh et al., 2011).

A execução do autocuidado relaciona-se, igualmente, com a capacidade funcional e cognitiva da pessoa. Problemas com a audição, a visão, a memória ou com a atenção podem dificultar ou comprometer o interesse e o desempenho do autocuidado (Duff, Mold, Roberts & McKay, 2007). Este é, também, fortemente influenciado por atitudes como a autoeficácia, definida como a confiança que a pessoa tem acerca da sua capacidade para realizar determinada ação apesar das barreiras existentes (Van Der Bijl & Shorttridge-Baggett, 2001).

Desta forma, e apesar do conhecimento da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem permitir um entendimento abrangente acerca do fenómeno do autocuidado (Brito, 2012), decidiu-se que, face ao envelhecimento exponencial da população, bem como aos défices motores resultantes das doenças crónicas que se relacionam com importantes implicações na capacidade da pessoa para realizar as ABVD, seria benéfico que a Teoria de Médio-Alcance do Autocuidado na Doença Crónica fosse, também ela, assumida como referencial teórico desta investigação.

1.2 A reconstrução da autonomia no autocuidado ao limite do potencial da pessoa dependente

Estima-se que em Portugal existam cerca de 110 355 pessoas dependentes no autocuidado a viver no seu domicílio (OPSS, 2015). A dependência no autocuidado é encarada como uma mudança, retratada como a passagem da independência para a dependência (Brito, 2012). Esta, pode definir-se como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual . . . , não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, p. 3857). Manifesta-se, assim, quando a pessoa se apresenta incapaz de alcançar

um nível de satisfação aceitável relativamente às necessidades de autocuidado. O aparecimento de uma dependência pode surgir de forma súbita ou de forma gradual, implicando, de qualquer das maneiras, “uma transição para uma nova vida, devido a um acontecimento não antecipado” (Sequeira, 2018, p. 47).

Uma vez instalado um quadro de dependência, e após estabilização da fase aguda da doença, torna-se fundamental o processo de recuperação da pessoa. Neste âmbito, afigura-se essencial perceber, que na continuidade do processo de intervenção, deverão ser definidos objetivos concretos, dirigidos para as reais necessidades da pessoa, que permitam de uma forma integrada a promoção do seu potencial de recuperação para o autocuidado (Lourenço, 2015). Ao fazer-se referência ao autocuidado deve falar-se, inevitavelmente, da reconstrução da autonomia (Petronilho, 2012; Petronilho et al., 2017), definida por Brito (2016) como o “processo tendente a, na medida do possível, . . .” (p. 59) reverter a condição de dependência tão breve quanto possível.

Na perspetiva do ICN (2017) o conceito de autonomia reporta-se a um processo de autogovernança e de auto-orientação e é, não raras vezes, associado

à situação de dependência *versus* independência relacionados com processos corporais. O conceito de independência está, muitas vezes, associado ao conceito de autonomia e pode, no senso comum, assumir o mesmo significado. Contudo, não se deve confundir independência com autonomia. A independência remete para a capacidade de desempenho de atividades de vida diária . . ., enquanto a autonomia significa capacidade individual de cuidar de si (Gomes & Martins, 2016, p. 33).

A autonomia encontra-se, assim, relacionada com a capacidade que a pessoa tem para tomar decisões sobre si, isto é, gerir a sua vida, uma vez que “ser autónomo significa, não só, ser independente dos outros, mas, também, agir de acordo com os seus próprios valores e padrões” (Gonçalves, 2013, p. 46). A independência, por sua vez, refere-se à capacidade de desempenho das ABVD e “numa situação de dependência física, este é um aspeto relevante para o cuidar, uma vez que o cuidador não a deve confundir com a perda de capacidade para tomar decisões” (Sequeira, 2018, p. 4). Desta forma, a independência não se trata de uma condição necessária para que a pessoa possa ser considerada autónoma,

uma pessoa que sofreu uma lesão vertebro-medular pode ter mobilidade condicionada e, para se deslocar, usar uma cadeira de rodas. Assim, embora não totalmente independente nessa função, ela é autónoma uma vez que pode escolher e planear onde ir e que meio usar (Gomes & Martins, 2016, p. 38).

O fenómeno do autocuidado assume, forçosamente, “particular importância quando tem implicações na autonomia das pessoas para a realização das suas atividades do dia-a-dia” (Petronilho et al., 2010, p. 42). Cada pessoa detém o seu nível de autonomia e este é, claramente, algo singular, e que resulta da interação entre forças positivas e forças negativas. O nível de autonomia, que é baixo numa fase inicial do ciclo vital, vai aumentando

de uma forma gradual de acordo com as competências de autocuidado que a pessoa vai adquirindo. Mantem-se, após, numa fase em que apresenta um nível quase sempre constante, até que acaba por, inevitavelmente, decrescer à medida que a pessoa envelhece (Brito, 2012). Não menos importante é a percepção de que existem eventos que podem alterar a evolução habitual do nível de autonomia. Isto acontece quando as forças negativas, como é o caso de uma baixa percepção de autoeficácia ou de pouca iniciativa, superam as forças positivas, como, e.g., um *locus* de controlo interno e a motivação. Este desequilíbrio justifica o facto de existir sempre potencial para melhorar o autocuidado, mas de este se poder encontrar num nível mais elevado ou num nível mais baixo (Brito, 2012).

Vários são os autores que discriminam que a reconstrução da autonomia no autocuidado é influenciada e determinada por um conjunto de fatores críticos que podem ser intrínsecos ou extrínsecos, que podem relacionar-se com os processos corporais ou com os processos psicológicos (Brito, 2016; Koç, 2014; Maciel, 2013; Petronilho, 2013). De entre os fatores extrínsecos, que podem influenciar negativa ou positivamente o processo de reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, assume particular relevo a família, a sociedade e a comunidade, local onde se destaca a resposta oferecida pela RNCCI (Brito, 2016). Relativamente aos fatores intrínsecos salientam-se a idade, a orientação sociocultural, o sexo, a capacidade funcional e cognitiva da pessoa, assim como uma série de outros fatores que serão abordados no subcapítulo subsequente por se relacionarem, essencialmente, com os processos psicológicos (Petronilho et al., 2010).

Reduzir-se a questão do potencial de recuperação da pessoa apenas ao nível dos processos corporais não permite, de facto, “explicar por que razão pessoas com o mesmo tipo e intensidade de alterações neuromusculares têm evoluções distintas ao longo do tempo” (Maciel, 2013, p. 27). É certo, que um compromisso ao nível da capacidade física influencia o potencial de autonomia da pessoa, no entanto, e para que o máximo potencial seja alcançado, será necessária atenção particular a outros condicionalismos (Lourenço, 2015; Maciel, 2013).

Na perspetiva da ISO 18104 (2014), potencial diz respeito à “inherent capacity for coming into being” (p. 4). Paiva (2016), cita que “ajudar as pessoas dependentes no autocuidado a reconstruírem a autonomia ao limite do seu potencial, consubstancia um desafio para os enfermeiros com grande importância social” (p. 6). Cada pessoa apresenta, pois, um potencial diferente para o desenvolvimento de competências, pelo que cabe ao enfermeiro encontrar-se sensível a tais diferenças e, assim, adequar a sua intervenção (Lourenço, 2015).

1.2.1 Os processos psicológicos e a sua influência sobre o potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado

A existência de compromisso ao nível dos processos psicológicos é um fator concorrente para a dependência da pessoa no autocuidado (Lourenço, 2015). Os processos psicológicos, tais como são exemplo a consciencialização, a autoestima, a autoeficácia, a angústia e a falta de esperança, assumem-se, inevitavelmente, como fatores determinantes do potencial da pessoa dependente (Brito, 2012). Na mesma linha de pensamento, podem ser considerados um conjunto de fatores críticos face à reconstrução da autonomia, com destaque para a condição de saúde da pessoa, a sua motivação, a atitude que esta assume face ao cuidado e os significados atribuídos (Brito, 2016).

Da revisão da literatura que Fernando Petronilho efetivou sobre o fenómeno do autocuidado entre os anos de 1990 e 2011, o autor concluiu que “existem fatores físicos, cognitivos, psicológicos, sociodemográficos, sociais, espirituais, culturais e económicos determinantes” do autocuidado (Petronilho, 2012, p. 92). Na dimensão psicológica, Petronilho (2012), incluiu aspetos tais como a força de vontade, a motivação e a iniciativa; o *locus* de controlo; as experiências anteriores de saúde/doença e as expectativas em relação ao futuro; a aceitação do estado de saúde; a perceção de autoeficácia; a consciencialização sobre a condição de saúde; a atitude face à vida e à doença; o significado atribuído à condição de saúde; o envolvimento no processo terapêutico; a capacidade de resiliência; a satisfação com a vida; o autoconceito; a capacidade de adaptação; o ambiente terapêutico; assim como o estado emocional e mental da pessoa. Na opinião de Machado (2015) uma avaliação dos fatores capazes de influenciar a condição psicológica da pessoa é essencial “para a identificação das suas necessidades em cuidados de enfermagem e para o planeamento de respostas adequadas” (p. 203).

No que diz respeito à condição de saúde, sabe-se que a pessoa que apresenta, e.g., capacidade cognitiva preservada tem condições mais favoráveis relativamente à recuperação da autonomia quando comparada com uma outra que tenha uma condição de saúde mais vulnerável (Brito, 2016). O mesmo é consentido por Bidwell et al. (2015), que na tentativa de identificarem os determinantes do autocuidado na insuficiência cardíaca junto de 364 pessoas italianas, observaram uma relação efetiva entre comprometimento da cognição e baixos níveis de *self-care maintenance* e de *self-care management*. De entre as alterações cognitivas mais frequentes podem salientar-se a perturbação ao nível da memória, relacionada com “dificuldades na aprendizagem de novas informações, esquecimentos sobre acontecimentos vividos recentemente, esquecimento das tarefas a realizar, esquecimento do lugar onde se encontram” (Sequeira, 2018, p. 107), bem como ao

nível da atenção, nomeadamente “dificuldades em se concentrar e em manter uma atenção de qualidade” (Sequeira, 2018, p. 109).

A consciencialização do que muda e fica diferente é, similarmente, um processo central na reconstrução da autonomia face ao autocuidado. É sabido, que todo este processo apenas se inicia após a pessoa tomar consciência das mudanças ocorridas e do que mudou e ficou diferente, processo este que acaba por ocorrer naturalmente à medida que a pessoa se apercebe que não consegue realizar determinada tarefa de autocuidado (Brito 2016; Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000). Habitualmente, a pessoa toma mais facilmente consciência das mudanças quando estas se instalam de uma forma súbita. Uma vez instaladas de forma gradual, esta vai integrando tais alterações na sua rotina quotidiana, sendo mais difícil tomar consciência das modificações ocorridas no autocuidado (Brito, 2016).

Relativamente à atitude que a pessoa apresenta face ao cuidado, percebe-se que esta é claramente condicionada pelo estilo de autocuidado que a pessoa desenvolve ao longo da sua vida (Backman & Hentinen, 1999). Sabe-se, que se esta adota uma atitude passiva ou de abandono e de falta de responsabilidade, possivelmente o seu envolvimento será limitado, existirá falta de empenho e a pessoa acabará por desistir e por ser substituída na realização das ABVD. Por outro lado, se a pessoa se mostra responsável e apresenta uma orientação positiva face ao futuro, irá ter também mais iniciativa, mais confiança e irá envolver-se mais facilmente na reconstrução da sua autonomia (Backman & Hentinen, 1999; Brito, 2016).

O envolvimento e o interesse da pessoa podem, desta forma, verificar-se quando esta procura informação e quando questiona, e.g., em relação a recursos ou à utilização de produtos de apoio (Brito, 2016). O enfermeiro assume um papel preponderante no que diz respeito ao envolvimento da pessoa face à necessidade de desempenho do autocuidado, sendo importante perceber o que a pessoa faz, porque o faz e o que significa para si a sua realização (Kidd, Kearney, O’Carroll & Hubbard, 2008). Este deve, assim, conhecer quais as expectativas e medos da pessoa, motivando-a para o seu processo de reabilitação e potenciar o seu esforço, transmitindo confiança e proporcionando assistência gradual (Pryor, 2009). Em relação à motivação pode mesmo ler-se que,

sem motivação para mudar a realidade em que se encontra, mesmo a pessoa dependente no autocuidado que está consciente das mudanças que ocorreram, dificilmente evoluirá de forma satisfatória no processo de reconstrução da autonomia . . . Nestas situações, a pessoa deixa de trabalhar ativamente para se tornar, ou manter, o mais autónoma possível, reduzindo o potencial de autonomia e prejudicando a respetiva reconstrução (Brito, 2016, p. 65).

No sentido de perceber quais as barreiras e os fatores que facilitam a experiência da mulher com insuficiência cardíaca no desempenho das atividades de autocuidado, Stamp

(2014) verificou que a falta de confiança se assemelha a uma barreira para a concretização do autocuidado, ao passo que a presença de confiança se traduz num fator facilitador. A autora consumou, portanto, que a confiança é essencial ao desempenho das atividades de autocuidado e que influencia diretamente as escolhas da mulher, assim como a energia que esta dispensa. Determina, ainda, por quanto tempo esta vai manter o desempenho do autocuidado e o quão resiliente será quando surgirem obstáculos. Toda a pessoa beneficia se for capaz de se cuidar por si própria, sendo que para isso precisa de ter confiança na sua capacidade de autocuidado (Jenerette & Murdaugh, 2008).

O conceito de confiança surge na literatura, não meras vezes, associado à percepção de autoeficácia, que tende a ser definida como a crença que a pessoa tem acerca da sua capacidade para iniciar, executar e desempenhar com sucesso uma tarefa específica e atingir um dado objetivo ou resultado. A percepção de autoeficácia influencia a forma como a pessoa pensa, se sente e comporta e trata-se de um fator relevante para que esta alcance os seus objetivos e tenha sucesso nas tarefas a que se propõe. Habitualmente, a pessoa que apresenta uma elevada percepção de autoeficácia encara as situações complexas como desafios a serem superados e não como ameaças a serem evitadas (Bandura, 1977, 1997). A percepção de autoeficácia determina, ainda, a motivação da pessoa e a sua persistência para atingir os resultados ambicionados. Para além disso, é preponderante para que esta ultrapasse barreiras e mantenha os comportamentos adotados por um longo período de tempo (Bandura, 2004).

A autoeficácia é um dos principais fatores influenciadores do autocuidado, sendo que uma elevada percepção de autoeficácia é impulsionadora de ganhos em autonomia e pode evidenciar-se através

da vontade da pessoa em dar os primeiros passos com um auxiliar de marcha, . . . em tomar a iniciativa de reunir o material e de sentar-se para tomar banho ou escolher a roupa que quer e lhe facilita o vestir-se (Brito, 2016, pp. 69-70).

McCabe et al. (2015) confirmaram junto de 132 pessoas com cardiopatia congénita nos Estados Unidos, que uma elevada percepção de autoeficácia se relaciona com o desempenho do autocuidado em todas as suas etapas - *self-care maintenance*, *self-care monitoring* e *self-care management*. De modo semelhante, Baydoun, Barton e Arslanian-Engoren (2018) verificaram que pessoas com cancro que têm uma elevada percepção de autoeficácia tendem a envolver-se mais no desempenho do autocuidado. Também Chen et al. (2014), junto de uma amostra de pessoas com insuficiência cardíaca, confirmaram que a autoeficácia se associa diretamente com comportamentos de adesão no autocuidado.

As experiências anteriores de saúde/doença foram também consideradas por diferentes autores como um fator facilitador da ação do autocuidado (Brito, 2016; Cameron, Worrall-Carter, Page & Stewart, 2010). Estudos prévios, demonstraram a importância de os profissionais de saúde compreenderem no seu plano de intervenção as experiências e o

conhecimento que a pessoa possui relativamente ao desempenho do autocuidado, assim como os seus valores, crenças e desejos (Cameron et al., 2010; Chapple & Rogers, 1999). A pessoa com rotinas estabelecidas de comportamentos de crescimento espiritual ou de práticas religiosas apresenta, geralmente, mais iniciativa e responsabilidade para com as tarefas relacionadas com o autocuidado (Callaghan, 2006). A fé, funciona, assim, como um recurso interno da pessoa que a ajuda a “transcender, vivenciar e atribuir um significado menos negativo ao seu sofrimento” (Encarnação, 2016, p. 175).

Com relação aos significados atribuídos, sabe-se que encontrar significado na incapacidade é um fator determinante para que a pessoa se encontre disponível para se cuidar (Høy, Wagner & Hall, 2007). Emerge, deste modo, o significado que a pessoa atribui quer à dependência de outras pessoas, quer ao uso de equipamentos adaptativos. Tais significados irão, por certo, influenciar a maneira como a pessoa dependente lida com a situação e determinar a sua ação no processo de reconstrução da autonomia (Brito, 2016).

É expectável, que numa fase inicial da dependência, a pessoa atribua significados tendencialmente negativos a toda a situação. Porém, com o decorrer do tempo, tais significados negativos tendem a tornar-se positivos e,

se aos olhos de um paraplégico, a cadeira de rodas simboliza, na fase pós-traumática, o acidente e a condição de dependência que se seguiu, mais tarde consciencializando a sua capacidade para andar, a mesma cadeira pode representar a libertação da cama, o encontro com os amigos, a possibilidade de, sem ajuda de outra pessoa, “chegar lá” (Brito, 2016, p. 66).

O estado emocional da pessoa adquire, da mesma forma, destaque sobre os comportamentos de autocuidado adotados. Habitualmente, a vivência de emoções tais como a tristeza, a depressão e a solidão contribuem para uma gestão ineficaz da doença por parte da mulher. Para além disso, comumente, os homens mostram-se mais ansiosos e manifestam mais medo do que está para vir (Riegel, Dickson, Kuhn, Page & Worrall-Carter, 2010). No mesmo sentido, comprova-se que idosos com sintomatologia depressiva, como é o caso da tristeza, tendem a ser mais dependentes no autocuidado (Welmer, Arbin, Murray, Holmqvist & Sommerfeld, 2007). Numa perspetiva diferente, percebeu-se que o recurso ao humor, assim como fazer por esquecer pensamentos negativos e considerar sobretudo os positivos, são estratégias que tornam a pessoa menos vulnerável e a ajudam a lidar mentalmente com a doença (Mäkinen, Suominen & Lauri, 2000).

O reforço da autoestima é, da mesma forma, apreciado como preditivo da adoção de comportamentos de procura de saúde. Uma vez com autoestima a pessoa permanece mais participativa, aumenta o seu *locus* de controlo e, conseqüentemente, a sua participação nas atividades de autocuidado (Driver, Rees, O’Connor & Lox, 2006). De maneira semelhante, numa investigação que tivera por objetivo identificar os fatores que influenciam a competência de autocuidado em mulheres coreanas com artrite reumatoide,

reconheceu-se que a autoestima é um fator determinante para o desempenho do autocuidado (Sok, Ryu, Park & Seong, 2018).

Pondera-se, pois, “a necessidade dos enfermeiros estimularem o desenvolvimento do *empowerment* psicológico, ou seja, a habilidade para a pessoa conseguir tomar decisões na sua própria vida, a partir de si próprio e não dos outros” (Rodrigues, Oliveira & Silva, 2015, p. 92) até porque, a pessoa pode não conseguir obter resultados positivos na sua recuperação se não se encontrar motivada e envolvida. Para além disso, a passividade e a submissão, a falta de motivação “e os problemas emocionais que condicionam a aceitação da doença” (Rodrigues et al., 2015, p. 93) são relatados pelos enfermeiros como obstáculos à aprendizagem da pessoa.

1.3 O papel da rede nacional de cuidados continuados integrados na promoção da autonomia no autocuidado

Em Portugal, face ao progressivo aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, tem subsistido um incremento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes e dependência funcional. Perante esta realidade, e em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social, foi implementada, já há mais de uma década, a RNCCI (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Hoje em dia, a Rede assume uma relevância ímpar no contexto de saúde português, existindo uma percentagem significativa de pessoas que assumem os critérios de referenciação para a RNCCI e que são para aí encaminhadas aquando do momento da alta hospitalar (Petronilho, Pereira & Silva, 2014).

A RNCCI é formada pelo “conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam . . . cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência” (Instituto da Segurança Social [ISS], 2018, p. 4). O objetivo dos cuidados continuados integrados passa assim por tentar ajudar a pessoa a readquirir ou preservar a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida. A Rede assegura diversos tipos de resposta à população, como tal, assume diferentes tipologias de cuidados, como seja Unidade de Convalescença (UC), Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULD), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA) (ISS, 2018). Na Região Norte de Portugal, e de acordo com dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2018), as taxas de ocupação de uma UC, de uma UMDR e de uma ULDM são, respetivamente, de 92%, de 96% e de 98%.

Habitualmente a admissão nas diferentes tipologias da RNCCI é solicitada pela Equipa de Gestão de Altas (EGA), “uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, p. 3861). No Relatório de Monitorização da RNCCI referente ao primeiro semestre de 2018 (ACSS, 2018), pode verificar-se que o principal motivo de referenciação de adultos foi a dependência nas ABVD - com uma percentagem de 90% quando consideradas todas as tipologias de cuidados e de 94% quando se restringe a pesquisa a UC’s e a UMDR’s.

De acordo com Petronilho (2013), o grupo de pessoas dependentes referenciadas para UC’s e UMDR’s são, regra geral, aquelas que apresentam um maior potencial de reconstrução de autonomia. Por outro lado, os dependentes que apresentam um menor potencial de reconstrução de autonomia são admitidos, usualmente, em unidades do tipo ULDM (Petronilho et al., 2017). Tal, encontra-se em concordância com o definido pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, que prediz que as UC’s e as UMDR’s têm como finalidade a “reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” (p. 3860), ao passo que as ULDM’s se destinam a “proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida” (p. 3860).

A RNCCI trata-se de um lugar de excelência e assume, efetivamente, um papel essencial na promoção da autonomia no autocuidado. Neste contexto, podem ser implementadas diversas práticas de educação para a saúde, sendo que uma redução no grau de dependência no autocuidado traduz um indicador da qualidade dos cuidados. A Rede facilita, desta forma, “a reabilitação, e a educação para a saúde possibilita a mudança de atitude necessária para a reabilitação” (Rodrigues et al., 2015, p. 87).

No parecer de Petronilho et al. (2017), e apesar de ser expectável uma evolução distinta no padrão de dependência nos diferentes tipos de unidades da RNCCI, geralmente constata-se sempre ganhos no que diz respeito à condição de saúde da pessoa dependente,

observa-se uma evolução positiva no . . . nível de dependência no autocuidado . . . entre a admissão e a alta clínica em todas as tipologias de cuidados . . . O nível de dependência global na admissão variou entre totalmente dependente e necessita de ajuda de pessoas . . . e na alta clínica variou entre necessita de ajuda de pessoas e necessita de equipamentos (p. 45).

Com recurso ao Plano de desenvolvimento da RNCCI para o triénio de 2016-2019 (ISS, 2016), verificou-se que a política de cuidados continuados integrados preconiza “cuidados centrados na pessoa ao invés de centrados na doença ou no órgão” (p. 12), com atenção particular sobre o nível de funcionalidade da pessoa e a continuidade de cuidados. Tal, pode justificar a evidência encontrada por Petronilho (2013) na sua tese de doutoramento, onde concluiu que as pessoas que mais favoravelmente evoluíram no nível de dependência no autocuidado foram acompanhadas em unidades da RNCCI.

1.4. Justificação do estudo

A investigação de Rodrigues et al. (2015), que teve por objetivo conhecer as perceções de doentes com AVC e enfermeiros relativamente às práticas de educação para a saúde na RNCCI, revela que ainda não se encontram “criadas condições para incrementar os pressupostos do *empowerment* psicológico” (p. 94). Mas então, o que se torna necessário conceber de forma a que tais condições se encontrem estabelecidas?

Na tese de doutoramento de Silva (2011), cuja finalidade passava por “Conhecer as intenções dominantes na concepção dos cuidados de enfermagem, por parte dos estudantes finalistas das escolas portuguesas” (p. 46), a autora verificou que a dimensão processo psicológico era pouco referenciada, sendo relacionada, quase sempre, apenas com diagnósticos de enfermagem no âmbito das emoções, tais como a tristeza e a ansiedade. Evidenciou, desta forma, “que, além da baixa percentagem de dados iniciais da dimensão “Processo psicológico” . . . , há pouca especificação quer nos diagnósticos, quer nos objetivos . . . delineados” (Silva, 2011, p. 103). Para além disso, acrescenta que não se identificaram “diagnósticos de enfermagem relativos à . . . consciencialização da pessoa, . . . nem a crenças, envolvimento, ou significado atribuído à transição” (Silva, 2011, pp. 130-131). Concluiu, desta maneira, que assim se torna discutível a adequação dos ensinamentos à pessoa, pois sabe-se que o enfermeiro se encontra preparado para ensinar, mas não se sabe se a pessoa se encontra preparada para aprender.

Partindo da suposição de que uma necessidade para ser resolvida deverá ter que ser primeiramente identificada, pensou-se que seria relevante a existência de um instrumento de avaliação que permitisse a fácil identificação dos fatores intrínsecos ao sujeito que, de alguma forma, se encontrassem a condicionar o seu potencial para melhorar o autocuidado. Já Petronilho et al. (2010) antecipavam “a necessidade de continuar, por via da investigação em enfermagem, a aprofundar instrumentos de atividade diagnóstica que permitam caracterizar de forma muito diferenciada o potencial de reconstrução de autonomia das pessoas” (p. 47).

Até ao momento, e apesar de já existirem diferentes autores a fazer referência ao potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado e aos fatores que o influenciam (Almeida, 2009; Brito, 2012; Lourenço, 2015; Maciel, 2013), não existe, ainda, um instrumento estruturado que permita uma avaliação dos determinantes capazes de influenciar, concretamente no domínio dos processos psicológicos, o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar e que possibilite, assim, uma avaliação

sistemática de tais fatores no contexto da prática clínica. Considerou-se, por consequência, que a existência de um instrumento orientador no domínio dos processos psicológicos pode constituir-se como uma mais valia, pois irá permitir uma rápida atenção sobre áreas particulares que por vezes se encontram ocultas por detrás de “uma cultura de cuidados difícil de mudar” (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012, p. 92) e de “uma certa formatação profissional de concentração na execução do procedimento” (Simões et al., 2012, p. 91).

Percebeu-se, portanto, que o trabalho de investigação desenvolvido é importante para a ciência de enfermagem uma vez que facilitará a tomada de decisão e o processo de diagnóstico do enfermeiro, tornando-o sustentado num conjunto de dados que permitem o estabelecimento de ações centradas na real necessidade de cuidados da pessoa dependente. Com a existência do instrumento, que se pretende posteriormente validar, será mais simples o enfermeiro definir o seu plano de intervenção e, por outro lado, promover ganhos em saúde demonstrativos do desenvolvimento de competências para o autocuidado.

Finalidade e objetivos da investigação

Face ao anteriormente apresentado, com a concretização deste estudo, pretende-se contribuir para os modelos de cuidados de enfermagem que visam perceber o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar.

Uma vez que também importa precisar a orientação que a investigação assumiu, elaboraram-se os seguintes objetivos:

- Construir um instrumento de avaliação que permita perceber, ao nível dos processos psicológicos, o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar;
- Determinar a qualidade do instrumento construído através da concretização de um estudo-piloto.

2. DA CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE À RECOLHA DE DADOS

A construção do modelo de análise, ou desenho de investigação, implica um plano lógico, desenvolvido pelo investigador, com o intuito de determinar um plano de trabalho orientador das atividades conducentes à concretização da finalidade e dos objetivos definidos (Fortin, 2009; Ruas, 2017). Tal como afirma Polit e Beck (2019, p. 136) “o delineamento da pesquisa de um estudo expressa as estratégias adotadas pelos pesquisadores”.

Nos subcapítulos que a seguir se expõem apresentam-se as opções metodológicas que foram definidas aquando desta etapa da investigação.

2.1 Tipo de estudo

Este trata-se de um estudo do tipo metodológico, pois aborda o desenvolvimento, a validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (Polit, Beck & Hungler, 2004). O seu principal propósito passa pelo desenvolvimento de instrumentos de recolha de dados, “identificar um construto intangível e torna-lo tangível” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001, p. 116), independentemente da relação entre as variáveis.

2.2 Contexto do estudo

Porque “os cuidados continuados . . . representam a resposta de curto prazo à incapacidade funcional que atinge uma forte proporção dos idosos” (OPSS, 2018, p. 19) e assumindo-se o autocuidado, neste contexto, como a dimensão mais relevante da saúde dos cidadãos (Petronilho et al., 2017), considerou-se pertinente aplicar o instrumento junto de pessoas que, por motivo de dependência no autocuidado, se encontravam:

- a) em regime de internamento em UMDR's da RNCCI;
- b) ou, no hospital, após a devida referenciação pela EGA, a aguardar ingresso numa UC ou numa UMDR.

Considerou-se pertinente a inclusão deste último contexto, uma vez que é através dos centros hospitalares que a maior parte das pessoas são referenciadas para a Rede - 62,3% da origem das referenciações a nível nacional no primeiro semestre de 2018 (ACSS, 2018). Para além disso, “os hospitais, já sobrecarregados . . . , têm vindo a ter que tratar muitas pessoas já em fase não aguda da doença, sem possibilidade de regressar a casa, mas sem outra solução para assegurar a sua reabilitação” (OPSS, 2018, p. 19). Em média, uma pessoa referenciada na Região Norte do país demora 38,2 dias até que lhe seja identificada uma vaga numa UMDR e 14,3 dias numa UC (ACSS, 2018).

Dentro do contexto da RNCCI optou-se por singularizar as UC's e as UMDR's, pois, tal como já se mencionou no Subcapítulo 1.3 (pp. 42-43), são os contextos em que as pessoas apresentam um maior potencial de reconstrução de autonomia (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Para além disso, um dos critérios de referenciação para as duas tipologias de cuidados designadas é que a pessoa com dependência no autocuidado apresente potencial para melhorar (Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008 de 7 de janeiro).

O estudo foi, neste seguimento, efetivado em três UMDR's da Região Norte do país e nos serviços de ortopedia e de neurologia de um hospital da mesma Região. Optou-se pela escolha dos dois serviços hospitalares mencionados já que, de acordo com os dados fornecidos pela EGA do hospital em questão, estes foram os serviços que mais sinalizaram pessoas para a EGA durante o ano de 2018.

2.3 População e amostra

Diferentes autoras revelam que todo o trabalho de investigação pressupõe uma adequada definição da população-alvo, isto é, da “totalidade do grupo de interesse” (Polit & Beck, 2019, p. 160) ou do conjunto de pessoas que partilham uma característica em comum (Coutinho, 2013; Fortin, 2009). Pelo conseguinte, considerou-se pertinente a população estudada ser composta pelo conjunto de pessoas dependentes no autocuidado. Dado a população-alvo raramente se encontrar disponível na sua totalidade, subsistiu a necessidade de se delimitar uma população acessível e a partir desta definir-se uma amostra

(Polit & Beck, 2019). Esta foi, neste seguimento, constituída pelo conjunto de pessoas com as mesmas características da população-alvo junto de quem, efetivamente, se recolheram os dados (Coutinho, 2013).

O tamanho total da amostra (N) é, frequentemente, um aspeto que suscita bastantes interrogações (Fortin, 2009). Contudo, e uma vez que a investigação retrata um estudo-piloto, Ghiglione e Matalon (1992) relevam que se pode “passar a uma experiência em pequena escala em condições, tanto quanto possível, idênticas às da aplicação definitiva” (p. 159), para isso, a amostra deve ser constituída por, pelo menos, 50 pessoas. A amostra em estudo foi, neste seguimento, constituída por 67 pessoas “que, na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, perderam a sua autonomia e funcionalidade” (ISS, 2018, p. 8).

Quanto à técnica de amostragem esta foi do tipo não probabilística, já que os elementos que constituíram a amostra foram elegidos por métodos não aleatórios. Tratou-se, também, de uma amostra por conveniência uma vez que envolveu “a seleção das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes” (Polit & Beck, 2019, p. 161).

CrITÉRIOS de inclusão e de exclusão no estudo

Os critérios de inclusão e de exclusão num estudo de investigação devem apresentar-se sempre especificados e carecem de ser definidos com extremo cuidado (Fortin, 2009). Para o efeito, estabeleceu-se que seria incluída no estudo a pessoa que tivesse idade igual ou superior a 18 anos; que apresentasse comprometimento ao nível das ABVD; e que aceitasse participar de forma livre e esclarecida. Sob outra perspetiva, optou-se por excluir a pessoa que apresentasse uma resposta comportamental - verbal, não verbal ou verbal e não verbal - tradutora de confusão (Marques, Sousa & Silva, 2013).

Uma das grandes dúvidas que surgiu neste âmbito relacionou-se com o facto de excluir, ou não, do estudo, a pessoa com perturbação da linguagem. Efetivamente, algumas situações de afasias podem dificultar a avaliação do potencial da pessoa, na medida em que esta pode apresentar apenas alguns sons ou palavras articuladas (Padilha et al., 2001). Contudo, sabe-se que não se percebe do potencial apenas através daquilo que a pessoa verbaliza. O enfermeiro deve valorizar, e dar também importância, à comunicação não-verbal, particularmente à expressão facial, ao comportamento e à postura assumida. Percebe-se, que na presença da pessoa com perturbação da linguagem, quer seja esta de expressão, quer seja de compreensão, se torna mais difícil estabelecer uma comunicação eficaz e por forma a conseguir colmatar tais limitações o enfermeiro carece de um tempo acrescido no cuidado junto da mesma (Salgueiro, 2014). Pelo conseguinte, atendendo ao

horizonte temporal necessário para a conclusão da investigação, deliberou-se que se iria excluir do estudo a pessoa sem capacidade de interação verbal.

Caracterização da amostra

Em consonância com outros estudos que abordaram a problemática da dependência no autocuidado (Brito, 2012; Lourenço, 2015; Maciel, 2013; Petronilho et al., 2017), também a amostra aqui estudada foi maioritariamente constituída por mulheres (65,7%, n=44), compondo o sexo masculino 34,3% (n=23) do total dos casos. A idade dos participantes variou entre os 39 e os 99 anos (Amplitude (A)=60 anos) e a idade que mais vezes se repetiu foi de 84 anos. A idade média observada foi de 74,1 anos, sendo a mediana de 74 anos. Registou-se, pois, uma grande dispersão das idades dos participantes que, em média, se afastaram 11,4 anos em torno da média.

Relativamente ao estado civil, 38,8% (n=26) das pessoas dependentes no autocuidado apresentavam-se viúvas, 28,4% (n=19) casadas ou em união de facto, 17,9% (n=12) eram solteiras e as restantes 14,9% (n=10) encontravam-se divorciadas ou separadas.

No que concerne ao nível de escolaridade constatou-se que, em média, os participantes haviam completado 4,9 anos (Desvio-padrão (DP)=3,7) com sucesso académico, ao mesmo tempo que a mediana e a moda se situavam nos quatro anos. Importa referir-se que sete (10,4%) pessoas eram analfabetas e oito (12%) usufruíam de 10 ou mais anos de estudos, o que implica que teriam, pelo menos, concluído o primeiro ano do ensino secundário. Cerca de 6% (n=4) da amostra era constituída por pessoas licenciadas.

Verificou-se que quase a totalidade dos participantes eram reformados (86,6%, n=58). Ainda assim, três (4,5%) eram mulheres com atividade doméstica, um (1,5%) encontrava-se desempregado e cinco (7,5%) permaneciam no ativo aquando da instalação da dependência. Destes últimos, e de acordo com a classificação portuguesa das profissões (INE, 2011), um (1,5%) era especialista das atividades intelectuais e científicas, dois (3%) integravam a categoria de pessoal administrativo e outros dois (3%) eram trabalhadores não qualificados.

Relativamente aos dados alusivos à caracterização da dependência no autocuidado, apurou-se que em 80,6% (n=54) das pessoas a dependência se instalou de uma forma súbita, enquanto que em 19,4% (n=13) a mesma teve uma evolução gradual.

No que diz respeito à situação que originou a dependência no autocuidado, constatou-se que a patologia neurológica e o acidente, com particular relevo sobre a queda, foram os principais motivos que levaram a pessoa a encontrar-se dependente no autocuidado, com uma percentagem de 49,3% (n=33) e de 26,9% (n=18), respetivamente.

Logo de seguida, surgiram outras situações patológicas não especificadas no instrumento de avaliação relacionadas com síndrome de desuso (11,9%, n=8). Por último, foram também referenciadas por cinco (7,5%) participantes a patologia cardiorrespiratória e por três (4,5%) a patologia osteoarticular. Salienta-se o facto de, na amostra em estudo, a demência não ter sido nunca constatada como fator causal da dependência no autocuidado.

No tocante ao tempo de dependência, averiguou-se que os participantes apresentavam, em média, 453,6 dias de dependência no autocuidado e uma mediana de 122 dias. Percebeu-se aqui, uma grande dispersão do tempo de dependência dos participantes que, em média, se afastou 1184,3 dias em torno da média. O valor mínimo de dias de dependência verificado foi de três dias e o valor máximo foi de 6935 dias (A=6932), o que traduz, aproximadamente, 19 anos de dependência no autocuidado.

No que se refere à caracterização da dependência nos requisitos universais de autocuidado, e sabendo que:

- a) um, corresponde a “Dependente e não participa”;
- b) dois, corresponde a “Necessita de ajuda de pessoa”;
- c) três, corresponde a “Necessita de equipamento”;
- d) e quatro, corresponde a “Completamente independente”,

ao analisar-se a Tabela 1, verificou-se que os participantes, em média, necessitavam de equipamento para a realização das atividades que se relacionam com o autocuidado virar-se, elevar-se e alimentar-se e necessitavam de ajuda de pessoa para a realização das restantes atividades, nomeadamente para transferir-se, vestir-se e despir-se e tomar banho.

Tabela 1: Caracterização da variável: dependência no autocuidado.

AUTOUIDADO	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
Transferir-se	2,2	0,7
Virar-se	3,1	1
Elevar-se	2,9	1
Usar sanitário	2,5	0,8
Alimentar-se	3,2	1
Arranjar-se	2,6	0,9
Vestir-se e despir-se	2,2	0,7
Tomar banho	2,2	0,5

Confirmou-se, tal como ilustra a Figura 4, e da mesma maneira que se inferiu na investigação de Lourenço (2015), que é no alimentar-se que as pessoas apresentam uma maior autonomia e que é no transferir-se, no vestir-se e despir-se e no tomar banho, que apresentam maior dependência no autocuidado.

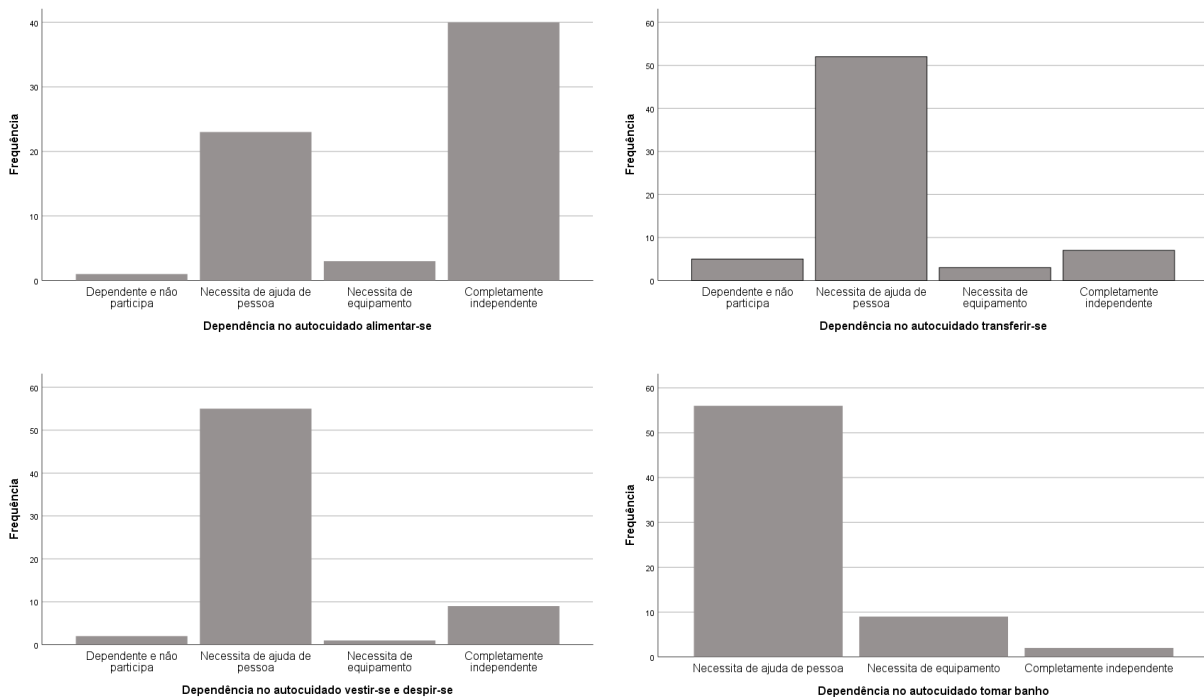


FIGURA 4: Dependência no autocuidado dos participantes no estudo.

Em relação à capacidade que a pessoa apresenta para mobilizar-se, verificou-se que para longas distâncias 62,7% (n=42) dos participantes faziam uso da cadeira de rodas, 25,4% (n=17) necessitavam de ajuda de pessoa e 11,9% (n=8) andavam com auxiliar de marcha. Para curtas distâncias, 41,8% (n=28) usavam cadeira de rodas, 26,9% (n=18) andavam com auxiliar de marcha, 23,9% (n=16) necessitavam de ajuda de pessoa, enquanto que 7,5% (n=5) das pessoas andavam sem apoio. No que diz respeito a subir e descer escadas concluiu-se que em aproximadamente metade da amostra (52,2%, n=35), ainda não se havia procedido ao treino de tal atividade. Dos restantes, 44,8% (n=30) necessitavam de ajuda de pessoa e 3% (n=2) subiam e desciam com um auxiliar de marcha.

Em referência ao contexto de internamento conferiu-se que integraram a amostra 48 (71,6%) pessoas internadas em UMDR's e 19 (28,4%) que se encontravam no hospital a aguardar ingresso em UC's ou UMDR's da RNCCI.

2.4 Estratégia de recolha e análise de dados

Num trabalho de investigação os dados podem ser obtidos, junto dos sujeitos, com recurso a diferentes estratégias. Pertence ao investigador determinar o tipo de medida que mais se apropria ao objetivo definido para o estudo (Coutinho, 2013; Fortin, 2009; Polit & Beck, 2019).

Dada a especificidade de um estudo do tipo metodológico torna-se pertinente dar a conhecer, por esta altura, o instrumento elaborado, assim como os procedimentos através dos quais se processou a colheita e a análise de dados.

Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados construiu-se e aplicou-se um instrumento, sob a forma de Formulário, que se designou por *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado (Anexo II). Optou-se pela denominação *toolkit*, pois, e tal como o próprio nome indica, espera-se que o instrumento venha a ser um importante “*kit* de ferramentas” para o enfermeiro que diariamente exerce a sua atividade profissional junto da pessoa com dependência no autocuidado.

Estruturalmente, a *toolkit* compõe-se de três partes distintas:

Parte I: Dados Sociodemográficos - agrupa as questões relacionadas com as variáveis sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral.

Parte II: Dependência no Autocuidado - reúne as questões que se relacionam com a situação que originou a dependência no autocuidado, com o modo de instalação da dependência e com o tempo de dependência. Junta também, para além do contexto onde a pessoa se encontra inserida, uma questão acerca do grau de dependência nos requisitos universais de autocuidado e uma outra relacionada com a capacidade da pessoa para mobilizar-se.

Parte III: Processos Psicológicos - contempla um conjunto de indicadores através dos quais se pretende caracterizar, a este nível, os fatores que concorrem para o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar.

Tal como se vai poder confirmar em capítulos subsequentes, a Parte III do instrumento comporta seis dimensões, sendo cada uma delas operacionalizada por um conjunto de indicadores que serão mensurados através de uma escala de Likert, tipo de “escala mais utilizada em avaliação de atitudes” (Ribeiro, 2010, p. 88). Este género de escalas compõe-se, habitualmente, de várias afirmações declaratórias que manifestam um ponto de vista sobre um dado tópico, neste caso particular designadas por indicadores (Polit & Beck, 2019).

Procedimento de recolha de dados

Quase na totalidade dos contextos envolvidos a colheita de dados foi efetivada pela investigadora principal, assim como pela orientadora da dissertação de mestrado, enquanto coordenadora do projeto “*Selfcare@Potential*”. A exceção foi o serviço de ortopedia, onde a recolha de dados foi processada pelos enfermeiros que aí exerciam a sua atividade profissional. Isto, vai ao encontro do designado por Ribeiro (2010) ao afirmar que a colheita de dados tanto pode ser efetuada pelo investigador, bem como por assistentes treinados. Considerou-se que tal se afigurava benéfico para a investigação, pois permitiria o contributo de outros colaboradores, neste caso concreto enfermeiros da prática clínica, da mesma maneira que possibilitava obter diferentes opiniões acerca da aplicabilidade do instrumento.

Neste prisma, e com o auxílio da enfermeira-chefe do serviço de ortopedia, foi enviado um e-mail explicativo à equipa de enfermagem onde se apresentavam os objetivos do estudo, o instrumento elaborado e o manual de procedimentos e onde se convidavam os enfermeiros a participar na investigação na fase de recolha de dados.

Desta forma, fora entregue à enfermeira-chefe do serviço um *dossier* que comportava folhetos informativos sobre o estudo para serem fornecidos aos participantes¹ e termos de consentimento informado²; cópias do instrumento de recolha de dados; e um manual de procedimentos explicativo. Foram também colocados no *dossier* os contatos da investigadora principal e da orientadora da dissertação para o caso de surgirem dúvidas relacionadas com a aplicação da *toolkit*. Em todo este processo contou-se com a colaboração de uma enfermeira especialista a exercer funções no serviço de ortopedia que integra, também, a UNIESEP, unidade de investigação pelo qual se encontra abrangido o projeto “*Selfcare@Potential*”. Tal elemento fora uma mais valia para a motivação dos colegas na recolha de dados.

¹ Folheto informativo sobre o estudo (Anexo III).

² Termo de consentimento informado para participação no estudo (Anexo IV).

Nos locais onde o instrumento foi aplicado pela investigadora principal, ou pela coordenadora do projeto, existiu sempre um elemento que teve o papel de elo de ligação entre ambas e a equipa de cuidados. Foi a este elemento que foram apresentados os critérios de inclusão e de exclusão no estudo e, como tal, foi a partir daqui que se conseguiu proceder à integração de cada um dos participantes na amostra. Foram trocados contatos telefónicos entre as duas partes envolvidas e sempre que surgia um novo elemento com potencial de integrar a amostra, era comunicado e combinada uma nova deslocação à instituição.

Para a aplicação da *toolkit* era agilizadado o horário mais oportuno, no sentido de se conseguir conciliar esta atividade com outras, tais como fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e horário de refeições, de acordo com o plano de tratamento da pessoa.

Uma vez no espaço físico das instituições, era concedido às investigadoras uma sala onde estas se podiam reunir com os participantes de forma a limitar as influências externas que poderiam surgir no decorrer da colheita de dados (Fortin, 2009). Nessa sala, era explicado à pessoa em questão o objetivo do estudo, sendo esta convidada a participar no mesmo. Caso a pessoa aceitasse participar, era entregue o termo de consentimento informado que esta assinava. Findo este processo era dado início à aplicação do instrumento. Este demorava, em média, 20 minutos a ser preenchido, no entanto tal período de tempo era variável de pessoa para pessoa. A recolha de dados desenvolveu-se entre os meses de abril e julho de 2019.

Análise e tratamento de dados

Para o processamento estatístico dos dados utilizou-se a versão 25.0 do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). Para o efeito, e por forma a ser exequível a inserção das variáveis em estudo no programa, procedeu-se à operacionalização das mesmas³.

De maneira a descrever os dados relativos à Parte I e à Parte II do instrumento de avaliação e, assim, efetivar-se a caracterização da amostra em estudo (Subcapítulo 2.3, pp. 50-55), recorreu-se a estatística do tipo descritiva, nomeadamente à distribuição das frequências, às três medidas de tendência central: média, moda e mediana e às medidas de dispersão amplitude e desvio-padrão (Polit & Beck, 2019).

O processo de desenvolvimento da *toolkit* decorreu através de duas etapas essenciais - a construção do instrumento e o estudo-piloto, ambas integradas na Fase 1 do processo de desenvolvimento do instrumento de avaliação, conforme a Figura 5 (p. 64).

³ Operacionalização das variáveis da *toolkit* (Anexo V).

Tendo em vista a construção do instrumento de medida, concretamente a definição das dimensões teóricas representativas da Parte III do instrumento de avaliação, percebeu-se que seria essencial o recurso a dois métodos distintos, mas complementares - a abordagem a uma sólida revisão da literatura subjacente ao conceito (LoBiondo-Wood & Haber, 2001) e a organização de reuniões com um grupo de peritos por forma a se perceber a opinião dos mesmos acerca do fenómeno em questão (Ruas, 2017).

Incluída nas atividades planeadas pelo grupo de docentes que integra o projeto “*Selfcare@Potential*”, à data de início deste estudo, a primeira reunião com o grupo de peritos - 1º *focus group* - já tinha sido realizada. O principal objetivo desta havia sido identificar os fatores que, na perspetiva dos mesmos, influenciavam a capacidade da pessoa dependente para melhorar a autonomia no autocuidado após um evento gerador de dependência. Nesta fase, o conteúdo da informação obtida foi sujeito a um processo de análise de conteúdo, tendo sido identificados fatores relacionados com dois domínios principais - o domínio dos processos corporais e o domínio dos processos psicológicos.

O recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE®) revelou-se, também, orientador da definição das dimensões teóricas. Fez sentido que assim o fosse dado esta ser uma terminologia de referência que ajuda a sustentar a tomada de decisão do enfermeiro, que permite uma documentação padronizada dos cuidados e que contribui para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados “ao fornecer dados sistemáticos . . . acerca dos cuidados de saúde em todo o mundo” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 9). Para além disso, a CIPE® é resultado do trabalho de um grupo de enfermeiros, peritos em várias áreas, que estudam e investigam a prática de enfermagem (ICN, 2001). Optou-se pela consulta da classificação divulgada no ano de 2017 por ser, à data de início deste estudo, a sua versão mais recente.

Depois de definidas as dimensões teóricas, a etapa subsequente na construção de um instrumento de avaliação diz respeito à conversão dos conceitos em indicadores observáveis (Fortin, 2009). Para este efeito, a revisão da evidência disponível, particularmente a consulta de outros instrumentos de recolha de dados destinados à avaliação de construtos semelhantes, o recurso à CIPE® (ICN, 2017) e o recurso à Classificação dos Resultados em Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson 2016) mostraram ser fundamentais.

Uma vez definidas as dimensões teóricas e formulados os indicadores representativos das mesmas, surgiu a necessidade de se proceder à validação de conteúdo do instrumento (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). A validade, indica “o grau no qual um instrumento mede o construto que . . . se propõe a medir” (Polit & Beck, 2019, p. 174), sendo que existem três tipos de validade - a validade de conteúdo, ou de conceito, a validade de critério e a validade de construto (Fortin, 2009).

A validade de conteúdo, de acordo com Polit e Beck (2019, p. 174), “pode ser definida como a extensão na qual o conteúdo de um instrumento captura de modo adequado o construto - isto é, se um instrumento . . . tem uma amostra apropriada de . . .” *itens* para avaliar o conceito que está a medir. Um dos processos mais utilizados para se avaliar este tipo de validade passa pela “análise de vários juízes especialistas no conteúdo do domínio em avaliação” (Ribeiro, 2010, p. 95). Considera-se, que se “todos os juízes concordarem que tal item avalia tal conteúdo então, provavelmente, tal pode ser aceite como verdadeiro” (Ribeiro, 2010, p. 95).

Assim sendo, uma vez em versão *draft*, e com o propósito de se determinar a legibilidade e a clareza do conteúdo da *toolkit* (LoBiondo-Wood & Haber, 2001), esta foi revista, analisada e discutida por um grupo de peritos, através do método *focus group* - 2º *focus group*. Este, trata-se de um método de recolha de informação rápido, de carácter qualitativo, que permite que num ambiente amigável um grupo de indivíduos, com determinada característica em comum, partilhe os seus pontos de vista sobre um tema específico (Ribeiro, 2010).

O grupo de discussão foi composto pela investigadora principal (moderadora da discussão), pela professora orientadora da dissertação de mestrado e por um grupo de peritos selecionados através de uma amostragem por conveniência. Os elementos do grupo foram escolhidos em função do seu *know how* na área e na sua prática clínica diária exercem a sua atividade profissional principal junto da pessoa com dependência no autocuidado. Alguns, em complementaridade, desenvolvem funções de assistência em escolas superiores de enfermagem da Região Norte do país e desenvolveram dissertações de mestrado na área do autocuidado.

Os grupos focais devem ser constituídos, regra geral, por entre sete a 10 pessoas (Ribeiro, 2010) e o grupo em questão fora formado por sete enfermeiros da prática clínica que aceitaram participar de forma livre e esclarecida nesta etapa da investigação⁴. No Quadro 1, discrimina-se a formação académica e a área de atuação profissional de cada um dos elementos constituintes do grupo de peritos. Pode verificar-se, pois, que a composição do grupo foi bastante homogénea (Coutinho, 2013).

⁴ Termo de consentimento informado para participação no 2º *focus group* (Anexo VI).

QUADRO 1: Elementos constituintes do grupo de peritos.

ELEMENTOS CONSTITUINTES DO GRUPO DE PERITOS	
Perito 1	Formação académica: Enfermeira especialista em enfermagem comunitária. Mestre em saúde escolar. Área de atuação profissional: Comunidade.
Perito 2	Formação académica: Enfermeira especialista e mestre em enfermagem de reabilitação. Área de atuação profissional: Hospital.
Perito 3	Formação académica: Enfermeira especialista e mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Área de atuação profissional: Comunidade.
Perito 4	Formação académica: Enfermeira. Mestre em ciências de enfermagem. Área de atuação profissional: Hospital.
Perito 5	Formação académica: Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Área de atuação profissional: Comunidade.
Perito 6	Formação académica: Enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Mestre em enfermagem na especialidade de enfermagem avançada. Área de atuação profissional: Hospital.
Perito 7	Formação académica: Enfermeira especialista e mestre em enfermagem de reabilitação. Área de atuação profissional: Comunidade.

Para além do objetivo principal a que se destinava o *focus group*, pensou-se na realização do mesmo para se perceber, também, a opinião do grupo de peritos acerca de um conjunto de questões que ainda não se encontravam totalmente esclarecidas. Desta maneira, tentou-se que os elementos do grupo manifestassem a sua apreciação sobre:

- a) a posterior aplicação ou não aplicação do instrumento a pessoas com perturbação da linguagem;
- b) a amplitude de escolhas que a *toolkit* deveria comportar para a mensuração dos indicadores;
- c) a sistematização da aplicação do instrumento.

Convém ainda acrescentar que, de forma a ser possível posteriormente se registarem todas as indicações sugeridas ao instrumento apresentado, foi realizada, sob o conhecimento e autorização de todos os intervenientes, gravação da reunião em áudio.

Uma vez estudada a validade de conteúdo, a construção de um instrumento de medida implica, cumulativamente, a sua pré-testagem numa pequena amostra de respondentes (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). O pré-teste trata-se, na verdade, de “um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza . . . e se é útil para a geração das informações desejadas” (Polit et al., 2004, pp. 254-256).

Uma vez redigida a versão provisória do instrumento, tornou-se necessário garantir que este era aplicável e que respondia realmente aos problemas delimitados. Ghiglione e Matalon (1992) referem que o pré-teste deverá “efetuar-se junto de um reduzido número de pessoas (por vezes uma dezena pode ser suficiente)” (p. 158). Na mesma ordem de grandeza, Fortin (2009) expõe que este deve ser aplicado a uma pequena amostra com as características da população visada, num total de entre 10 a 30 sujeitos.

Optou-se, assim, por aplicar a *toolkit* a um conjunto de 10 pessoas que comportavam os critérios de inclusão e de exclusão delimitados para o estudo e que se encontravam em regime de internamento numa das UMDR's acessíveis. Tentou-se, desta forma, perceber:

- a) acerca da clareza e da pertinência dos indicadores formulados;
- b) se as questões eram de fácil compreensão e não se tornavam confusas ou ambíguas;
- c) se a linguagem se adequava;
- d) se não haveriam questões que se considerassem inúteis;
- e) e se, na globalidade, se considerava o instrumento de fácil preenchimento.

Estudo-piloto

A validade e a fidelidade são “aspectos que devem ser garantidos por todas as medidas” (Ribeiro, 2010, p. 92) por isso, para determinar a qualidade do instrumento contruído, procedeu-se, também, a uma estimativa da sua validade de construto e ao estudo da sua consistência interna.

A validade de construto reflete a medida em que um instrumento se encontra, efetivamente, a medir o construto-alvo a que se propôs (Polit & Beck, 2019), sendo que a análise fatorial se trata de um procedimento deveras útil quando se pretende estudar a estrutura dos instrumentos de medida. Revela-se, assim, um método de referência no estudo da validade de construto dos instrumentos (Ribeiro, 2010).

Para efeitos do presente estudo, decidiu-se estimar acerca da validade de construto da *toolkit* com recurso à análise fatorial exploratória. Como este se trata de um estudo-piloto, o objetivo do mesmo não se centra na validação do instrumento. Caso esse fosse o objetivo, e para efeitos de análise fatorial, a amostra teria que ser constituída por, pelo menos, 200 pessoas, uma vez que a *toolkit* comporta 40 indicadores (Bartlett, Kotrlik & Higgins, 2001).

A análise fatorial retrata “um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observadas, simplificando os dados através da redução num número de variáveis necessárias para os descrever” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 519). Esta pode ser confirmatória, quando os resultados obtidos são comparados com os que constituem uma teoria, ou exploratória, quando

tem por objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores . . . que de alguma forma . . . controlam as variáveis originais. Em princípio, se duas variáveis estão correlacionadas . . ., essa associação resulta da partilha de uma característica comum não diretamente observável (Marôco, 2011, p. 471).

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett são duas provas estatísticas importantes “que indicam qual é o grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados à análise fatorial” (Almeida, 2017, p. 141). Tratam-se, portanto, de dois procedimentos que permitem averiguar acerca da qualidade das correlações existentes entre as variáveis e que possibilitam perceber se é seguro prosseguir-se com a execução da análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2014).

O KMO varia de entre zero a um, sendo que valores próximos de zero “indicam que a análise fatorial pode não ser uma boa ideia” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 520). Diferentes autores adjetivam os valores de KMO, Pestana e Gageiro (2014) e Pereira e Patrício (2016) orientam-nos para a seguinte interpretação:

- a) um valor de KMO entre 1-0,90 exprime uma análise fatorial muito boa;
- b) um valor de KMO entre 0,80-0,90 transpõe uma análise fatorial boa;
- c) um valor de KMO entre 0,70-0,80 indica uma análise fatorial média;
- d) um valor de KMO entre 0,60-0,70 aponta para uma análise fatorial razoável;
- e) um valor de KMO entre 0,50-0,60 mostra uma análise fatorial má;
- f) um valor de KMO inferior a 0,50 exhibe uma análise fatorial inaceitável.

Uma vez verificada a existência de condições para se prosseguir com a realização da análise fatorial, utilizou-se como método de extração dos fatores a análise das componentes principais. Como o número de variáveis de cada uma das dimensões é inferior a 30 escolheram-se “os fatores cujos valores próprios tenham uma variância explicada superior a 1 (*Initial eigenvalues* > 1)” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 521). Como método de rotação utilizou-se a rotação varimax com normalização de Kaiser (Pereira & Patrício, 2016).

A par da validade, a fidelidade trata-se, também, de uma propriedade fundamental dos instrumentos de medida, determina a qualidade do instrumento e traduz, de entre outras, a coerência, a estabilidade, a precisão e a homogeneidade dos resultados por ele fornecidos (Fortin, 2009; LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Esta, pode ser estimada através de quatro formas - a reprodutibilidade, a consistência interna, a equivalência e a concordância entre observadores (Fortin, 2009).

A consistência interna, também designada por homogeneidade, expressa o quanto as questões que comportam um instrumento, neste caso concreto indicadores, medem ou refletem o mesmo conceito, isto é, se “se correlacionam ou são complementares umas com

as outras” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001, p. 194). Indica, portanto, a consistência que existe entre os *itens*, o quanto um indicador se encontra relacionado com os restantes (Polit & Beck, 2019) e, por isso, este método foi entendido como o mais pertinente para se proceder ao estudo da fidelidade da *toolkit*.

Para além disso, a consistência interna “é a única medida possível de obter quando temos um único teste que é administrado uma única vez” (Punch, 1998 citado por Coutinho, 2013, p. 122). Optou-se, pela sua avaliação através do coeficiente alfa de Cronbach por ser “uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 531). Adicionalmente, esta é, também, a técnica habitualmente utilizada quando se estima a consistência interna de instrumentos do tipo escala de Likert, como é o caso da forma de avaliação das dimensões que se apresentam em estudo (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

De acordo com Pestana e Gageiro (2014) o coeficiente alfa de Cronbach sofre variações de entre zero a um, considerando-se a consistência interna:

- a) muito boa, quando o alfa é superior a 0,90;
- b) boa, quando o alfa se encontra entre 0,80 e 0,90;
- c) razoável, quando o alfa se situa entre 0,70 e 0,80;
- d) fraca, quando o alfa se coloca entre 0,60 e 0,70;
- e) e inadmissível, quando o alfa é inferior a 0,60.

A mesma ideia é suportada por Ribeiro (2010) que determina que “uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80. São, no entanto, aceitáveis valores acima de 0,60” (p. 93).

Na Figura 5 encontra-se representado o plano lógico orientador do estudo e tradutor das etapas conducentes à construção da versão definitiva do instrumento de avaliação.

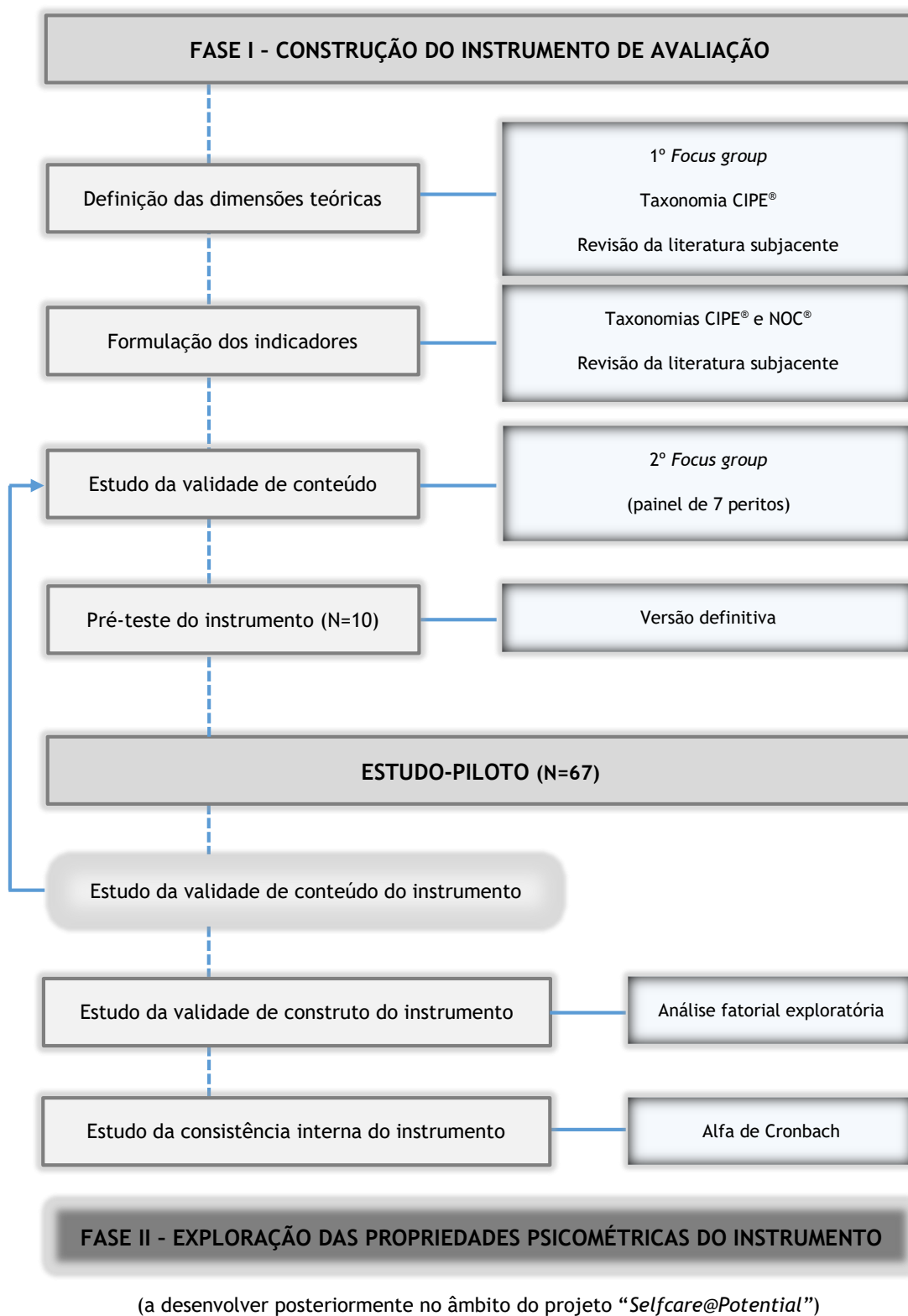


FIGURA 5: Processo de desenvolvimento do instrumento de avaliação.

2.5 Considerações éticas

Relativamente aos aspetos éticos, e porque é a investigação que fica em causa se os mesmos não forem salvaguardados, almejou-se conduzir o estudo de uma forma responsável e competente, zelando pelo bem-estar e dignidade dos participantes (Ribeiro, 2010).

Previamente à recolha de dados, houve lugar a um pedido de autorização às instituições implicadas por forma a obter-se consentimento para a realização do estudo. Como tal, foi apresentado o projeto às enfermeiras-chefes e diretores clínicos dos serviços de ortopedia e de neurologia de um hospital da Região Norte do país e aos enfermeiros diretores e diretores clínicos de três unidades da RNCCI localizadas, também, no Norte do país. À medida que se obteve autorização institucional das Comissões de Ética e dos Concelhos de Administração⁵ iniciou-se a colheita de dados no local determinado.

Diferentes autores mencionam diversos direitos fundamentais que devem ser salvaguardados em investigações aplicadas a seres humanos, é o caso do direito à autodeterminação e ao pleno conhecimento, ao tratamento justo e à privacidade, ao anonimato e à confidencialidade e à proteção contra danos e desconforto (Fortin, 2009; LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit & Beck, 2019).

No respeito pelo direito à autodeterminação e ao pleno conhecimento, e antes que o consentimento informado fosse subscrito, fora sempre enfatizado junto da pessoa a natureza voluntária de todo o processo, assim como o direito de esta fazer perguntas ou de, a qualquer momento, recusar-se a responder ou interromper a sua participação (Polit & Beck, 2019). Foi também utilizada uma linguagem simples e clara sempre que se procedeu à explicação da natureza do estudo e dos objetivos que este contemplava (Ribeiro, 2010).

Importa, neste contexto, referir-se que 67 participantes assinaram o termo de consentimento informado de forma livre e esclarecida, uma pessoa recusou participar no estudo e uma outra optou por interromper a sua participação durante o processo de recolha de dados, pelo que não foi considerada para o cálculo total da amostra. Cada termo de consentimento informado foi também assinado pela investigadora principal por forma a manifestar o seu compromisso com o acordo estabelecido (LoBiondo-Wood & Haber, 2001), ficando a pessoa com o documento original e a investigadora com o duplicado.

Relativamente ao direito à privacidade, aquando da formulação dos indicadores que constituem o instrumento, subsistiu o cuidado em que o estudo fosse o menos invasivo possível. Como esta é uma investigação que tenta perceber a manifestação de emoções e

⁵ Parecer das Comissões de Ética/Conselhos de Administração referente ao Projeto de Investigação (Anexo VII).

de atitudes por parte dos participantes, tentou-se que o estudo fosse o menos intrusivo possível e que a privacidade fosse, assim, assegurada (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2019).

A investigação teve também em conta o respeito pelo direito de a pessoa ficar livre de danos e desconforto, na ressalva pelo princípio ético da beneficência. Face ao exposto, e apesar da investigação ter por propósito “produzir benefícios para os participantes” (Polit & Beck, 2019, p. 77), percebeu-se que seria importante estar-se atento e preparado para interromper a aplicação da *toolkit*, caso houvesse razão para se suspeitar que a sua continuidade resultaria em sofrimento indevido para a pessoa (Fortin, 2009).

Em relação ao direito ao anonimato e à confidencialidade, este é garantido no caso de a identidade do participante não poder ser relacionada com as respostas individuais, mesmo que seja pelo próprio investigador (Fortin, 2009). Para o efeito, a identificação de cada *toolkit* não foi efetuada pelo nome do participante, mas antes através de um Número de Identificação (ID) expresso através de um código numérico de quatro dígitos, que apenas a investigadora principal e a coordenadora do projeto “*Selfcare@Potential*” conseguem interpretar. Ainda em respeito por este direito, os termos de consentimento informado foram guardados separadamente, em *dossiers* diferentes, dos instrumentos preenchidos.

Na ressalva pela proteção de dados (Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto) os instrumentos serão conservados durante um período de cinco anos (2019-2024) na ESEP, sob a responsabilidade da coordenadora do projeto “*Selfcare@Potential*”. Findo este período os mesmos serão destruídos em máquina destruidora de papel existente na escola, assim como o ficheiro áudio será eliminado.

3. RESULTADOS

A construção de um instrumento é uma tarefa complexa que se constitui pela sucessão das seis etapas seguintes: a) definição concetual do construto a ser medido e especificação das dimensões do conceito; b) formulação dos indicadores empíricos; c) avaliação dos indicadores por forma a perceber-se se existe validade de conteúdo; d) desenvolvimento de instruções; e) aplicação de pré-teste e de teste piloto aos indicadores; f) e estimação da fidelidade e da validade do instrumento (Fortin, 2009; LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

Pelo conseguinte, de seguida, sucedem-se um conjunto de subcapítulos, sendo que cada um deles se refere à explanação de cada uma das etapas supracitadas tendentes à construção do instrumento de avaliação.

3.1 Definição das dimensões teóricas do conceito

Com o objetivo de melhor se compreender o construto a ser medido entendeu-se que seria essencial um correto conhecimento e definição dos conceitos que se consideraram orientadores da construção do instrumento - autocuidado, dependência, potencial e processo psicológico.

Relativamente ao conceito de autocuidado assumiu-se a relevância da definição originária do ICN (2017, [s.p.]), “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”. No que comporta ao conceito de dependência, adotou-se a definição procedente do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, que explica a dependência como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual . . ., não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (p. 3857). Já em relação ao conceito de potencial foi fundamento a definição proveniente da ISO 18104 (2014), na qual potencial se refere à “inherent capacity for coming into being” (p. 4), podendo este ser descrito através de “risco para” ou de “oportunidade para”. Neste caso em concreto releva o descritor “oportunidade para”, no

sentido em que se prevê que seja uma oportunidade para a pessoa dependente melhorar o autocuidado.

A respeito do conceito processo psicológico, “Processo” (ICN, 2017, [s.p.]), entendeu-se a centralidade que este assumia no desenvolvimento do instrumento de avaliação. Por isso, e uma vez que os conceitos possuem diversas dimensões (Fortin, 2009), pensou-se que seria importante perceber-se as que integram este construto e a relevância que as mesmas assumem para a avaliação do potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar. Sendo o instrumento no domínio dos processos psicológicos, fazia-nos sentido que as dimensões que suportam o conceito processo psicológico fossem, também elas, as dimensões constituintes da *toolkit*.

Tal como foi referido no Subcapítulo 2.4 (p. 58), no âmbito das atividades desenvolvidas pelo grupo de docentes que integra o projeto “*Selfcare@Potential*”, a primeira reunião com o grupo de peritos já tinha sido concretizada. Nesta reunião ambicionava-se, tendo por base os fatores apurados capazes de influenciar a capacidade da pessoa dependente para melhorar a autonomia no autocuidado, perceber quais as dimensões que seriam importantes constar da *toolkit*.

Através da interação e da troca de “ideias e opiniões de forma aberta e construtiva” (Ruas, 2017, p. 139), tinha-se chegado ao consenso de que, no domínio dos processos psicológicos, seria pertinente a inclusão de dimensões que expressassem os 12 fatores influenciadores que se expõem no Quadro 2.

QUADRO 2: Fatores influenciadores apurados no 1º *focus group* (no domínio dos processos psicológicos).

FATORES INFLUENCIADORES APURADOS NO DOMÍNIO DOS PROCESSOS PSICOLÓGICOS (1º <i>focus group</i>)	
Experiências anteriores	Consciencialização
Crença	Autoestima
Expetativas	Volição
Adaptação	Aceitação
Esperança	Medo
Envolvimento	Disponibilidade para a mudança

Como processo psicológico se trata de um foco da CIPE®, entendeu-se que para a definição das dimensões teóricas fazia sentido consultar-se, também, quais os conceitos que dele derivavam ontologicamente. Verificou-se, pois, que a atitude, a cognição, a emoção e a memória são termos com origem neste foco (ICN, 2017).

Procurando estabelecer uma correspondência entre os fatores influenciadores apurados no 1º *focus group* e os conceitos que derivam ontologicamente de processo psicológico, constatou-se a existência de homogenias entre as duas procedências. Assim, pode consultar-se na Figura 6 que a crença, a autoestima, a expectativa, a volição, a adaptação, assim como a aceitação se relacionam com a atitude; a consciencialização, por sua vez, tem o seu princípio na cognição; e a esperança e o medo possuem a sua origem na emoção (ICN, 2017). Entendeu-se, desta forma, que tais conceitos - “Atitude”, “Cognição” e “Emoção”, se apresentavam apropriados para a enunciação de dimensões teóricas.

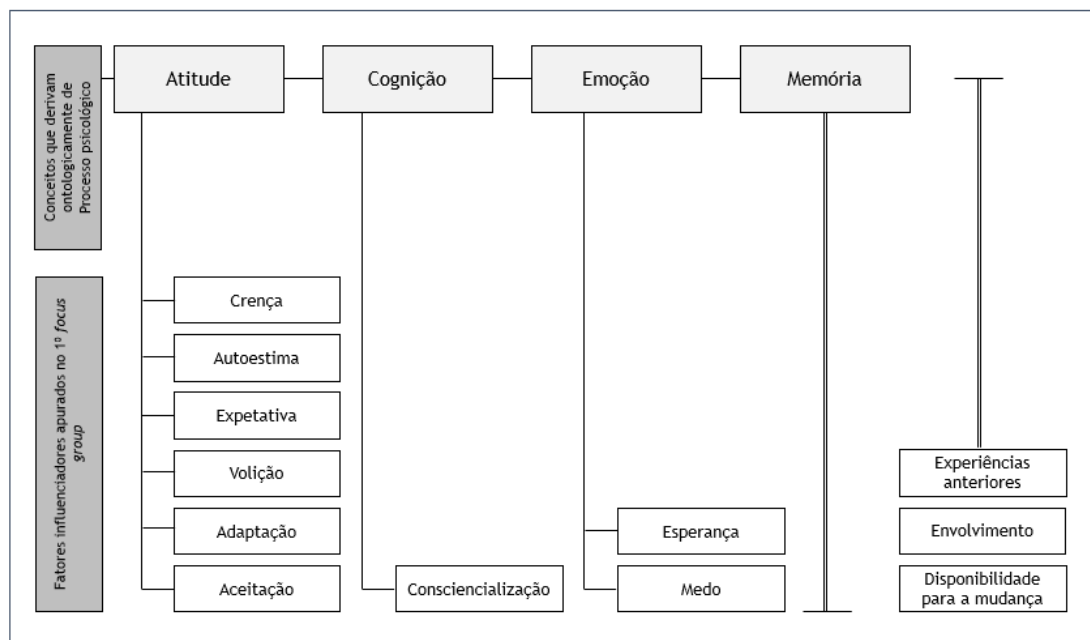


FIGURA 6: Correspondência entre os fatores influenciadores apurados no 1º *focus group* e os conceitos que derivam ontologicamente de processo psicológico.

Relativamente à memória, “atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias” (ICN, 2017, [s.p.]), percebeu-se que apesar da cognição e da memória surgirem na CIPE®, afetos a processo psicológico, como conceitos distintos, a memória trata-se de uma manifestação da cognição, sendo que esta última reflete um “processo intelectual que envolve todos os aspetos da percepção; pensamento; raciocínio e memória” (ICN, 2017, [s.p.]). Pinto (2001) menciona que a cognição e a memória são interdependentes e que “esta interdependência ocorre porque a estrutura e significado do “material-a-ser-aprendido” está em grande parte dependente . . . daquilo que a pessoa já sabe e é capaz de recordar” (p. 17). Dada esta relação de dependência mútua decidiu-se que a memória se iria, também, incluir no instrumento na dimensão previamente definida por “Cognição”.

Após definidas as três primeiras dimensões teóricas - “Cognição”, “Atitude” e “Emoção”, tentou-se compreender a pertinência dos restantes fatores influenciadores apurados pelo grupo de peritos - experiências anteriores, envolvimento e disponibilidade para a mudança.

Assim sendo, e porque a disponibilidade se encontra estritamente relacionada com o envolvimento da pessoa no seu processo de transição (Meleis et al., 2000), apurou-se que os fatores envolvimento e disponibilidade para a mudança poderiam ser agrupados numa única dimensão designada por “Disponibilidade para aprender”. De acordo com o ICN (2017) o termo disponibilidade para aprender tem a sua origem na disponibilidade, estando esta última relacionada com “estar preparado ou disponível para ação ou progresso” ([s.p.]).

Entendeu-se a apropriação da dimensão teórica “Disponibilidade para aprender”, uma vez que esta se encontra diretamente associada aos processos de aprendizagem e revela-se extremamente significativa quando se pretendem enunciar diagnósticos de enfermagem tradutores de potencial (Regufe, 2015).

Relativamente às experiências anteriores, sabe-se que estas são reconhecidas como facilitadoras do processo de reconstrução da autonomia, estando relacionadas com os saberes adquiridos pela pessoa que já vivenciou outra situação semelhante (Lourenço, 2015). Como tal, pensou-se que a inclusão da dimensão “Experiências anteriores” seria também conveniente. Não obstante, e tal como se pode confirmar na revisão da literatura efetivada no Capítulo 1 (p. 38), Petronilho (2012) apresentou uma síntese dos fatores determinantes do autocuidado agrupados por sete dimensões, sendo que as experiências anteriores de saúde-doença se encontravam presentes e classificadas pelo autor na dimensão psicológica.

Para além dos fatores influenciadores apurados no 1º *focus group*, da revisão da evidência disponível, entendeu-se que os “Significados atribuídos” poderiam ter, também, influência sobre o potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado e, por isso, seria importante a sua inclusão enquanto dimensão teórica do instrumento. Uma vez mais, Petronilho (2012) classificou o significado atribuído à condição de saúde fator integrante da dimensão psicológica dos determinantes do autocuidado. Meleis et al. (2000) acrescentam que podem existir significados positivos, neutros ou negativos acerca do valor e da importância de alguma coisa. Se após o evento gerador de dependência a pessoa adota uma nova visão de si mesma, este é um fator positivo para a reconstrução da autonomia. Pelo contrário, se a pessoa atribui, e.g., um significado negativo à dependência ou à utilização de equipamentos, este pode afigurar-se como um fator dificultador (Maciel, 2013).

Designadas as dimensões teóricas, considerou-se que o construto a ser medido ficaria definido se o domínio dos processos psicológicos da *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado se compusesse pelas seis dimensões supramencionadas e exibidas na Figura 7.

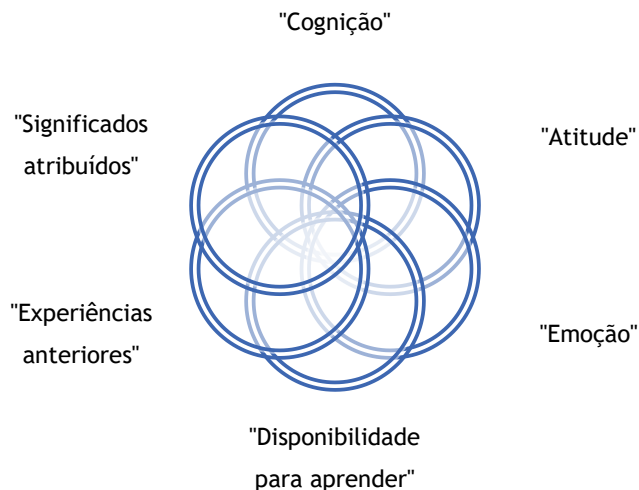


FIGURA 7: Definição das dimensões teóricas da *toolkit*.

3.2 Formulação dos indicadores do conceito

A formulação dos indicadores deve ter por consideração cada aspeto de cada uma das dimensões, e há que ter em ponderação que os mesmos, enquanto *itens* do instrumento de medida, “não devem ser ambíguos; devem ser . . . concisos, . . . e conter . . . afirmações exatas” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001, p. 118).

Desta forma, e após de na etapa anterior se terem definido as dimensões “Cognição”, “Atitude” e “Emoção” com base no exposto na CIPE®, considerou-se que faria igualmente sentido perceber-se, de forma detalhada, quais os conceitos relacionados com cada uma das dimensões e a partir de aí enunciar os *itens* do instrumento de avaliação. Para as dimensões “Disponibilidade para aprender”, “Experiências anteriores” e “Significados atribuídos”, os indicadores foram estabelecidos com recurso à consulta da literatura disponível.

Acrescenta-se, que aquando da formulação dos indicadores, se pretendeu transpor quais os dados que o enfermeiro deveria obter de forma a fundamentar o seu processo de tomada de decisão. De acordo com Silva (2011), os dados “são unidades elementares de informação respeitante a aspetos da saúde das pessoas que os enfermeiros colhem tendo em vista identificar problemas reais ou potenciais, ou oportunidades de desenvolvimento do cliente” (p. 44). Posto isto, nos subcapítulos ulteriores, discrimina-se a forma como se

procedeu ao enunciar os indicadores relativos a cada uma das dimensões teóricas designadas.

3.2.1 Formulação dos indicadores relativos à dimensão “Cognição”

A presença de dano ao nível da cognição pode constituir-se como um dado importante no delineamento de estratégias de atuação junto da pessoa com dependência no autocuidado. Revela-se, assim, importante avaliar-se questões relacionadas com o raciocínio, memória e capacidade de tomada de decisão, assim como “até que ponto a pessoa é capaz de gerir os seus problemas utilizando um pensamento lógico e adequado” (Martins & Gomes, 2016, p. 45).

Para a avaliação dos aspetos relacionados com a “Cognição”, e de acordo com o indicado pelo ICN (2017), julgou-se adequado integrar a concentração, a consciencialização, o pensamento, o processamento de informação, o processo de tomada de decisão, a memória de curto prazo e a memória de longo prazo.

Concentração

A concentração determina manter a “atenção focalizada . . . para armazenar e recordar o conhecimento” (ICN, 2017, [s.p.]), estando, por sua vez, a atenção relacionada com a capacidade da pessoa se concentrar num determinado estímulo (Moorhead et al., 2016). Desta forma, considerou-se que o indicador que melhor poderia traduzir a concentração seria - *Mantém a sua atenção focalizada*.

Consciencialização

A consciencialização relaciona-se com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição (Meleis et al., 2000). Assim sendo, e tendo também como fundamento Maciel (2013), percebeu-se que a consciencialização poderia ser expressa pelos seguintes indicadores - *Identifica a sua condição de saúde atual; reconhece*

as limitações para o autocuidado decorrentes da atual condição de saúde; e solicita ajuda quando necessário.

Pensamento

O pensamento é construído a cada momento na medida em que se interpreta o sentido de tudo aquilo que se percebe (Gibello, 1999). Este, reflete a “habilidade para reconhecer múltiplos significados e padrões de conceitos” (Moorhead et al., 2016, p. 441). *Reconhece o significado de uma ideia que lhe é transmitida*, é o indicador que se julgou oportuno para a mensuração do pensamento.

Processamento de informação

Identificar objetos comuns e explicar a similaridade e a dissimilaridade entre eles, são indicativos que permitem averiguar acerca do processamento de informações, isto é, da “capacidade para adquirir, organizar e usar informações” (Moorhead et al., 2016, p. 453). *Identifica e explica as diferenças entre dois objetos*, apresentou-se como o indicador que se considerou representativo do processamento de informação.

Processo de tomada de decisão

A tomada de decisão reflete a capacidade de a pessoa “fazer julgamentos e escolher entre duas ou mais alternativas” (Moorhead et al., 2016, p. 510), baseando-se em informação relevante e prevendo as potenciais consequências de cada uma das alternativas (ICN, 2017). Ponderou-se que o indicador capaz de traduzir o processo de tomada de decisão no instrumento seria - *É capaz de escolher entre duas ou mais alternativas*.

Memória de curto prazo

Sabe-se que a memória de curto prazo é uma estrutura mental com capacidade e duração limitada, sendo que existe controvérsia quando se pretende definir qual a duração do curto prazo. Para uns, este tipo de memória “não vai além dos 20-30 segundos, . . . para outros, . . . a duração do curto prazo pode ir de alguns minutos a várias horas” (Pinto, 2011,

pp. 206-207). Spar e La Rue (2005), referem que habitualmente a memória de curto prazo é responsável pela retenção da informação por um período inferior a dois minutos. Já de acordo com o ICN (2017) a memória de curto prazo relaciona-se com a “capacidade de recordar acontecimentos ou experiências recentes” ([s.p.]). Tendo isso em conta, designou-se que na *toolkit* o recordar acontecimentos ou experiências recentes poderia ser entendido como de alguns minutos a algumas horas, pelo que se optou pelo indicador - *Recorda acontecimentos ou experiências recentes com precisão*.

Memória de longo prazo

A memória de longo prazo “é aquela que corresponde mais de perto ao que a pessoa comum julga que a memória é. Esta agrega o conhecimento que a pessoa possui do mundo durante longos períodos de tempo” (Pinto, 2011, p. 223), geralmente vários anos (Spar & La Rue, 2005). De acordo com o ICN (2017) a memória de longo prazo relaciona-se com a “capacidade de recordar acontecimentos ou experiências passadas” ([s.p.]). De modo similar, ponderou-se que o indicador que melhor traduzia este tipo de memória seria - *Recorda acontecimentos ou experiências passadas com precisão*.

3.2.2 Formulação dos indicadores relativos à dimensão “Atitude”

No que diz respeito à dimensão teórica “Atitude”, pode ler-se que esta reflete a tendência da pessoa para agir de determinada forma perante aquilo que a rodeia (Lourenço, 2015). Recorrendo à CIPE® observa-se que o *coping*, a crença e a volição são conceitos que ontologicamente estão relacionados com a atitude (ICN, 2017).

Para a formulação dos indicadores referentes a esta dimensão, entendeu-se que os conceitos que se apresentam no Quadro 3 são os que permitem a formulação de indicadores representativos da mesma. É importante salientar-se que vários dos conceitos seguidamente expostos foram já mencionados pelo grupo de peritos como fatores capazes de influenciar o potencial da pessoa dependente melhorar a autonomia no autocuidado.

QUADRO 3: Componentes da dimensão “Atitude”.

DIMENSÃO 2: “ATITUDE”	
Coping	[Avaliação primária]
	[Avaliação secundária]
	Aceitação
	Adaptação
Crença	[Locus de] controlo
	Autoeficácia
	Autoestima
	Crença cultural, Crença de saúde, Crença espiritual, Crença religiosa
	Expetativa
Volição	Autocontrolo
	Vontade de viver
	Iniciativa
	Força de vontade

Coping

Para Folkman e Lazarus (1985) o *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais acionados pela pessoa perante determinada situação stressante por forma a reduzir, controlar ou minimizar as exigências a que se encontra exposta. A avaliação de uma situação stressante sucede-se em dois momentos distintos: a avaliação primária e a avaliação secundária.

[Avaliação primária]

Aquando da avaliação primária a pessoa tenta perceber se o acontecimento é ou não é importante, o significado que este tem para si e as consequências que podem advir do mesmo para o seu bem-estar (Serra, 2007). O acontecimento pode ser encarado: a) como irrelevante e sem importância para o bem-estar da pessoa; b) como benigno e positivo, se a pessoa antecipa consequências positivas do mesmo; c) ou como nocivo e negativo, isto é, stressante (Folkman, 2011a, 2011b; Folkman & Lazarus, 1985).

Uma vez apreciado como stressante o evento pode ser visto: a) como um dano/perda, se a pessoa relata um prejuízo já ocorrido relativo, e.g., ao dano que existe na doença ou numa lesão física; b) como uma ameaça, caso a pessoa antecipe uma perda ou um potencial dano; c) ou como um desafio, nas situações em que a pessoa percebe que há possibilidade de dominar, de crescer, de progredir, de melhorar ou de ganhar, apesar das exigências e das dificuldades encontradas na situação (Folkman, 2011a, 2011b; Folkman & Lazarus, 1985).

Quando a pessoa percebe a condição de dependência no autocuidado como um desafio, com objetivos e metas a atingir relacionados com a reconstrução da autonomia, a própria transição parece ser facilitada (Maciel, 2013). De maneira a descrever-se um indicador capaz de manifestar a forma como a pessoa dependente no autocuidado está a avaliar a situação stressante, optou-se pelo seguinte - *Encara a situação de dependência como um dano/perda*.

Elaborou-se o presente indicador, assim como outros, pela negativa, de forma a evitar uma das principais preocupações relacionadas com o preenchimento de medidas de avaliação que é o estilo de resposta. Com efeito, existe a possibilidade de os participantes não responderem com precisão e de terem a “tendência para concordar . . . ou para discordar . . . com a resposta. Uma das maneiras de combater esta orientação consiste em incluir . . . o mesmo número de *itens* formulados pela negativa e pela positiva” (Ribeiro, 2010, p. 83).

[Avaliação secundária]

Uma vez avaliada a natureza da ameaça a pessoa estima os seus recursos - pessoais e sociais - e realiza os esforços necessários para enfrentar e controlar a situação stressante, trata-se da avaliação secundária (Graziani & Swendsen, 2007). Nesta etapa procura-se, geralmente, encontrar resposta para a questão “Que posso fazer para resolver este problema?” (Serra, 2007, p. 100). Entendeu-se que o indicador - *Considera ter capacidade para ultrapassar o desafio colocado pela situação de dependência*, expressava o que se pretendia avaliar.

Aceitação e adaptação

Relativamente à aceitação e à adaptação, de acordo com o ICN (2017), estas dizem respeito à capacidade de a pessoa “reduzir ou eliminar as barreiras, apreensões ou tensões” ([s.p.]), de forma a “gerir novas situações” ([s.p.]). Smeltzer, Bare, Hinkle e Cheever (2011) referem que a adaptação é um processo dinâmico e contínuo que acompanha o ciclo vital, mas que se desenvolve especialmente perante eventos de saúde-doença, em que a meta da

adaptação é o máximo bem-estar. Perante o exposto entendeu-se que os indicadores - *Manifesta sensação de controlo e de conforto psicológico; e mostra-se capaz de responder de forma positiva aos estímulos a que está exposto(a)*, traduziam, respetivamente, a aceitação e a adaptação.

Crença

As crenças em saúde podem ser elementos basilares do potencial da pessoa para melhorar, pois assumem um papel determinante no autocuidado e na utilização de recursos (Høy et al., 2007).

[Locus de] controlo

No que diz respeito à conveniência do *locus* de controlo no instrumento de avaliação, da revisão da evidência disponível, percebeu-se que este é um traço da personalidade mutável que desempenha um papel essencial no desenvolvimento de objetivos e na procura de comportamentos de saúde (Balsmeyer, 1984). Petronilho (2012) classificou o controlo percebido, ou *locus* de controlo, como um fator psicológico determinante do autocuidado.

A pessoa pode, por conseguinte, diferenciar-se no que concerne à tendência para considerar os acontecimentos controláveis por ela própria (*locus* de controlo interno) ou não controláveis (*locus* de controlo externo) (Ogden, 2004). Uma vez com *locus* de controlo interno, esta aceita que aquilo que consegue obter para o seu comportamento resulta da sua própria iniciativa e envolve-se mais facilmente no seu processo de recuperação, sendo que habitualmente afirma “sou diretamente responsável pelo meu estado de saúde” (Ogden, 2004, p. 35). Já a pessoa com *locus* de controlo externo assume uma atitude passiva face ao cuidado e considera que o que lhe acontece é devido ao acaso ou à influência de fatores externos a ela própria. Normalmente esta comenta “estou nas mãos do destino... o facto de eu estar ou não bem de saúde é uma questão de sorte . . . apenas . . . posso fazer aquilo que o médico me manda” (Ogden, 2004, p. 35).

Percebeu-se, assim, que os indicadores - *Acredita que a sua recuperação está maioritariamente dependente de si próprio; e considera que a sua recuperação será mais uma questão de sorte do que de trabalho*, seriam importantes e representavam, respetivamente um *locus* de controlo interno e um *locus* de controlo externo. Almeida (2009), percebeu que a presença de um *locus* de controlo interno se assume, efetivamente, impulsionador do processo de recuperação da autonomia face ao autocuidado.

Autoeficácia

Em relação à autoeficácia, esta pode ser explicada como um sentimento pessoal de sucesso em resposta às exigências colocadas por uma dada situação (Burbank, Reibe, Padula & Nigg, 2002; Kasikçi & Alberto, 2007). Almeida (2009) assegura que uma elevada perceção de autoeficácia permite à pessoa dependente desempenhar mais atividades e aumenta o seu envolvimento no processo de recuperação. Da mesma forma, Bandura (1999) acrescenta que a perceção de autoeficácia influencia o quanto a pessoa se torna vulnerável ao stresse e à depressão originados pela presença de situações ameaçadoras.

Decidiu-se, aqui, colocar dois indicadores representativos deste conceito. O primeiro deles é figurativo de uma elevada perceção de autoeficácia e o segundo é tradutor de uma baixa autoeficácia - *Acredita ser uma pessoa desenrascada e que facilmente resolve os seus problemas; e quando não consegue realizar determinada tarefa de autocuidado desiste facilmente.*

Autoestima

Conforme o ICN (2017) a autoestima diz respeito à

opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva ([s.p.]).

A autoestima revela-se facilitadora da reconstrução da autonomia face ao autocuidado, logo, facilitadora do potencial, pois uma vez com autoestima a pessoa sente mais confiança na sua capacidade para enfrentar problemas e melhora o seu desempenho (Almeida, 2009; Balsmeyer, 1984). Por outro lado, há que ter em ponderação que ao longo de uma transição podem ser frequentes os casos de autoestima diminuída associados “à dependência funcional e à perda do papel desempenhado no interior da família” (Almeida, 2009, p. 86).

Face ao exposto, elaborou-se o indicador - *Acredita no seu mérito pessoal, tem orgulho de si mesmo(a) e uma visão positiva das suas qualidades*, por forma a averiguar acerca da estima que a pessoa dependente no autocuidado tem sobre si própria, isto é, se respeita as suas necessidades e desejos e se se valoriza (Dias & Sá, 2008).

Crença cultural, de saúde, espiritual e religiosa

A crença cultural, isto é, a “convicção pessoal baseada nos valores da própria cultura” (ICN, 2017, [s.p.]), influencia a forma como a pessoa vivencia o processo de

transição (Meleis et al., 2000). De forma similar, Backman e Hentinen (1999) referem que a avaliação da pessoa acerca do seu estado de saúde é, não raras vezes, mais valorizada do que a opinião dos próprios profissionais de saúde. A existência de crenças errôneas sobre a saúde pode dificultar o envolvimento da pessoa no seu processo de reconstrução da autonomia, impondo-lhe medos que devem ser desmistificados (Almeida, 2009).

A crença espiritual, ou espiritualidade, entendida como “algo maior que nós e que nos leva a manter a vida e a lutar pela sua manutenção com coragem, fé e esperança” (Dias & Sá, 2008, p. 146), tem um efeito salutogénico no que diz respeito à capacitação da pessoa, à forma como esta tira o máximo partido da sua vida e, assim, descobre um novo significado e propósito na mesma. Pelo contrário, se a pessoa perde a sua espiritualidade, pode perder também a vontade de viver e de lutar pela vida (Dias & Sá, 2008; Encarnação, 2016). Resultante da espiritualidade, a fé permite que a pessoa alcance um novo equilíbrio, promove o seu processo de recuperação e faz com que esta melhor supere os seus problemas (Encarnação, 2017).

Por sua vez, a crença religiosa, ou religiosidade, relacionada com a participação da pessoa em práticas religiosas e/ou oração pessoal, “ressalta a dimensão intelectual da espiritualidade” (Encarnação, 2016, p. 85) e, por isso, torna-se também “uma convicção e disposição pessoal para manter e abandonar ações” (ICN, 2017, [s.p]). Encarnação (2017) verificou que “ir à missa; . . . rezar o terço; orar; pagar promessas, ir a procissões; caminhadas para locais religiosos . . . , cantar nos coros das igrejas” (p. 44) ajuda a diminuir o sofrimento da pessoa com esclerose múltipla, faz com que esta não pense tanto sobre a doença e permite que a mesma se sinta mais acompanhada.

Tornou-se assim pertinente, na avaliação deste indicador, perceber “em que medida a pessoa é independente para satisfazer as suas necessidades espirituais ou se precisa de assistência para cumprir rituais religiosos” (Martins & Gomes, 2016, p. 46). Deste modo, e através do indicador - *Existem crenças de natureza cultural, espiritual, religiosa e/ou de saúde que estão a dificultar o seu envolvimento*, ponderou-se perceber a influência que determinadas crenças possam estar a assumir sobre o potencial que a pessoa tem para melhorar.

Expetativa

A expetativa que a pessoa tem em relação ao futuro ostenta, identicamente, um papel preponderante, já que “a motivação pessoal para a mudança, que envolve o desenvolvimento de expetativas e o traçar de metas realistas a atingir” (Almeida, 2009, p. 132) facilitam o envolvimento da pessoa no seu processo de reconstrução da autonomia (Petronilho, 2012). Para além disso, expetativas irrealistas de recuperação são, não raras vezes, geradoras de ansiedade e de desconforto (Nair, 2013). Brito (2012) releva que é

essencial neste processo de recuperação o enfermeiro ajudar a pessoa a reorientar os seus objetivos. *Tem uma expectativa realista das suas possibilidades de recuperação e do tempo que o processo demorará*, pareceu representar aquilo que se pretendia mensurar.

Volição

A volição é, também ela, uma atitude que se caracteriza por uma escolha consciente pelo bem-estar próprio e que compreende, entre outros, o autocontrolo, a vontade de viver, a iniciativa e a força de vontade (ICN, 2017).

Autocontrolo

Referindo-se ao autocontrolo, Almeida (2009) comprova que este facilita a reconstrução da autonomia face ao autocuidado e que são muitas as solicitações a que a pessoa tem de dar resposta a fim de manter o controlo sobre o evento gerador de dependência. Percebeu-se que o indicador - *Entende que consegue fazer o necessário para controlar as suas ações e assim alcançar as metas estabelecidas*, seria capaz de traduzir as “disposições tomadas . . . pela pessoa . . . para cuidar do necessário para a sua própria manutenção” (ICN, 2017, [s.p.]).

Vontade de viver

Já o indicador - *Relata a sensação de que não vale a pena continuar a viver*, expressa na *toolkit* a vontade de viver, caracterizada pela presença de “pensamentos e desejos de continuar a viver, apesar das circunstâncias difíceis; forte ímpeto de viver; fazer escolhas ou agir no sentido de continuar a viver” (ICN, 2017, [s.p.]).

Iniciativa e força de vontade

Através do indicador - *Tem iniciativa e apresenta-se empenhado(a) no desempenho das atividades de autocuidado*, tentou perceber-se acerca da iniciativa e da força de vontade expressas e demonstradas pela pessoa. Para o ICN (2017), a iniciativa é caracterizada por uma “disposição para empreender uma ação e para introduzir ideias ou tomar decisões e agir em conformidade” ([s.p.]), ao passo que a força de vontade traduz a disposição da pessoa para manter ou abandonar ações tendo em conta os seus próprios desejos e intenções.

Do estudo de Almeida (2009) verificou-se que a força de vontade promove a autonomia no autocuidado, diminui o compromisso nos processos corporais, promove sentimentos de esperança e diminui sentimentos de impotência, ajuda a desenvolver confiança, promove o envolvimento da pessoa e ajuda a desenvolver estratégias de *coping* centradas no problema.

3.2.3 Formulação dos indicadores relativos à dimensão “Emoção”

A emoção é um processo psicológico que se caracteriza pela presença de “sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos . . . que . . . podem aumentar com o stresse ou com a doença” (ICN, 2017, [s.p.]). A face humana trata-se de uma região privilegiada no que diz respeito à expressão não-verbal de emoções, sendo estas capazes de modificar funções como a percepção, a memória, o pensamento, a atenção e a capacidade da pessoa para se concentrar (Serra, 2007).

De acordo com o ICN (2017), e de entre outras, a esperança, a confiança e a emoção negativa derivam da emoção. A emoção negativa reúne, por sua vez, uma série de conceitos, entre os quais, a ansiedade, a insegurança, a tristeza, o desespero, o humor depressivo, o medo, o desamparo e a solidão, expressos na Figura 8. As emoções tanto podem facilitar como dificultar o processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado (Almeida, 2009).

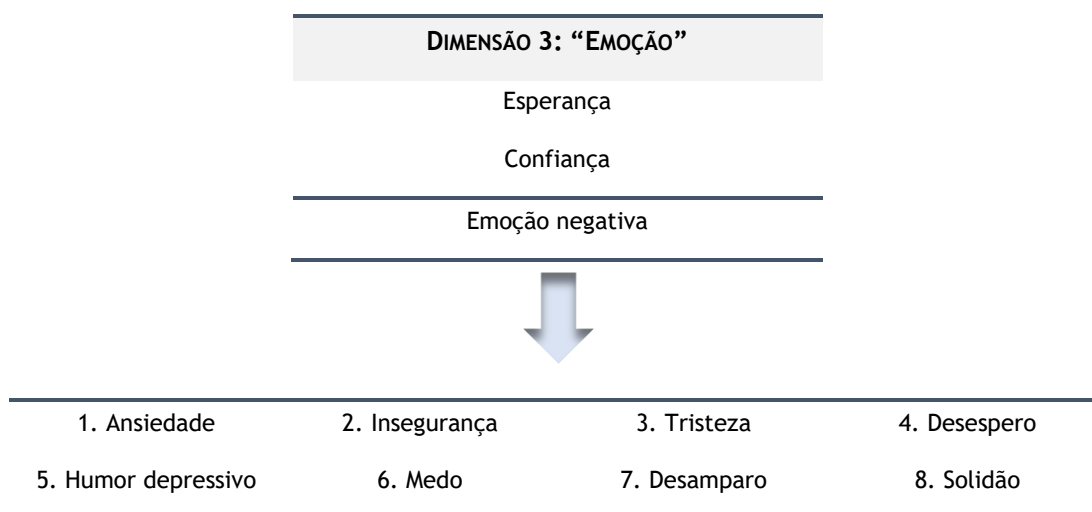


FIGURA 8: Componentes da dimensão “Emoção”.

Esperança e confiança

A esperança, habitualmente, manifesta-se quando “a pessoa pensa poder vir a obter um resultado positivo, que ainda não foi conseguido, de alguma circunstância que usualmente apresenta perspectivas desfavoráveis” (Serra, 2007, p. 246). Esta, assume um papel terapêutico, é mais forte que o otimismo, trata-se de uma estratégia de *coping* relevante e tem influência sobre o bem-estar da pessoa (Querido, 2005). A esperança é um tipo de emoção que, uma vez presente, permite que a pessoa lide com a situação stressante de forma mais eficaz (Pinto, Caldeira & Martins, 2012). Ao enunciar o indicador - *Expressa sentimentos de esperança relacionados com a sua recuperação* , espera-se que a pessoa dependente no autocuidado manifeste sentimentos de entusiasmo pela vida, de confiança no futuro e de vontade de viver; se encontre disposta a traçar objetivos e se envolva no seu processo de recuperação (ICN, 2017).

A confiança encontra-se, indubitavelmente, associada à esperança, na medida em que esta última se relaciona com a confiança que a pessoa tem “de ver os seus problemas a ser resolvidos a curto ou médio prazo” (Almeida, 2009, p. 95). Esta pode, também, revelar-se importante na relação que a pessoa dependente no autocuidado estabelece com a equipa de saúde “acreditar na . . . solidez e fiabilidade dos outros” (ICN, 2017, [s.p.]). Uma relação baseada na confiança pode aumentar a motivação da pessoa para assumir o controlo sobre o seu processo de recuperação (Bell & Duffy, 2009). A confiança é expressa no instrumento através do indicador - *Demonstra confiança na realização das tarefas de autocuidado* .

Emoção negativa

Estudos de Izard (1971) e de Ekman (1982) divulgam que o ser humano tem um maior número de emoções negativas do que positivas e que dá uma maior importância a essas mesmas (citado por Serra, 2007).

Ansiedade, insegurança, tristeza e desespero
--

A ansiedade, a insegurança, a tristeza e o desespero são quatro das emoções percebidas como emoções negativas (ICN, 2017) e que influenciam negativamente o potencial que a pessoa tem para melhorar o autocuidado. Estas foram consideradas através do indicador - *Revela sinais tradutores de ansiedade, insegurança, tristeza e/ou desespero* .

A ansiedade caracteriza-se pela presença de sentimentos de ameaça ou de perigo e pode manifestar-se quando a pessoa se encontra expectante em relação ao futuro (Almeida,

2009; ICN, 2017). A pessoa quando se sente insegura revela sentimentos de incerteza, de falta de confiança ou de vergonha e desiste ou muda de opinião facilmente quando confrontada com a opinião dos outros (ICN, 2017). A tristeza, por sua vez, pode expor-se quando a pessoa avalia a situação como uma perda irreparável (Serra, 2007). Já o desespero é compatível com sentimentos de demérito ou de vazio, de desencorajamento ou de profunda falta de esperança (ICN, 2017). Geralmente, este surge como resultado da presença constante de outras emoções negativas e impossibilita que a pessoa se concentre na recuperação das atividades de autocuidado (Almeida, 2019).

Humor depressivo

A presença de sentimentos de tristeza e de melancolia em associação com perda de apetite e/ou insónia, assim como diminuição da concentração, são características de um estado de humor depressivo, também este considerado pelo ICN (2017) como uma emoção negativa e traduzido no instrumento pelo indicador - *Apresenta-se melancólico(a), com perda de apetite e insónia*.

Medo

Manifesta medo, é outro dos indicadores enunciados. Serra (2007), declara que uma vez com medo a pessoa pode “gerar estratégias de evitamento ou de fuga que permitem evitar ou fugir de uma ameaça real” (p. 248). Apesar de considerado pelo ICN (2017) como uma emoção negativa, caracterizada por um sentimento de “sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas” ([s.p]), o medo pode ser também apreciado como uma emoção ambivalente. Habitualmente, a pessoa sente medo, e.g., de ter uma recaída, de cair, de complicações, do hospital, de ter dor ou do que está para vir (Almeida, 2009).

Desamparo e solidão

O desamparo e a solidão são as últimas duas emoções negativas distinguidas no instrumento através do indicador - *Expressa desamparo e tristeza associado a falta de companhia*. A pessoa uma vez desamparada sente-se incapaz de assumir o controlo ou de agir de forma independente, manifestando-se indefesa (ICN, 2017). Frequentemente o desamparo surge em associação com a presença de um *locus* de controlo externo (Almeida, 2009). A solidão, por sua vez, associa-se a sentimentos de falta de pertença, de exclusão e de melancolia e tristeza associado a falta de companhia. Geralmente, relaciona-se com sentimentos de perda de sentido, de vazio, de baixa autoestima e de afastamento.

3.2.4 Formulação dos indicadores relativos às dimensões “Disponibilidade para aprender”, “Experiências anteriores” e “Significados atribuídos”

“Disponibilidade para aprender”

Tal como já foi mencionado no Subcapítulo 3.1 (p. 70), a disponibilidade para aprender encontra-se estritamente relacionada com o envolvimento da pessoa no processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado. Traduz, desta forma, o nível de implicação e o interesse da pessoa pelo processo de mudança (Meleis et al., 2000).

O envolvimento é um dos fatores intrínsecos destacado como potenciador do autocuidado (Barlow, Wright & Cullen, 2002) e é perceptível quando a pessoa apresenta preocupação com o seu estado de saúde, quando procura informação e quando adere às propostas de mudança de forma proactiva (Almeida, 2009). Maciel (2013) acrescenta que a pessoa se encontra envolvida quando demonstra iniciativa, quando expressa vontade de participar nas atividades de autocuidado e quando projeta planos para o futuro.

Pelo conseguinte, e por forma a concretizar a avaliação da dimensão “Disponibilidade para aprender”, formularam-se os seguintes indicadores - *Verbaliza disposição para aprender; procura informação junto de outros doentes que apresentam uma condição semelhante; faz perguntas relacionadas com a evolução da sua condição de saúde; e estabelece metas para o futuro.*

“Experiências anteriores”

Relativamente aos indicadores concernentes à dimensão “Experiências anteriores”, Folkman e Lazarus (1991) predizem que, com base nas experiências prévias, a pessoa pode desenvolver determinados comportamentos automáticos que, por vezes, são dificultadores do processo de reconstrução da autonomia (citado por Almeida, 2009). Por outro lado, a forma mais eficaz da pessoa conseguir desenvolver uma elevada perceção de autoeficácia é através do saber adquirido em experiências anteriores, ou então com recurso à observação de pares a executar a mesma tarefa ou tarefas similares (Bandura, 1997).

Resultante destas premissas, e com o intuito de objetivar esta quinta dimensão, designaram-se os indicadores - *Vivenciou anteriormente uma experiência que está a dificultar a aquisição de competências para o autocuidado; e recorre a comportamentos que o(a) ajudam a manter o bem-estar alicerçado pela vivência de uma experiência anterior.*

“Significados atribuídos”

No que diz respeito à dimensão “Significados atribuídos” emerge do estudo de Maciel (2013) que a pessoa dependente no autocuidado pode atribuir à condição de dependência significados positivos ou negativos. Relativamente a estes últimos, a autora verificou que “a categoria *“Inutilidade”* e a categoria *“Ser um fardo”*” (p. 78) são as mais registadas. A pessoa pode, assim, sentir-se inútil por se encontrar incapaz de desempenhar as suas atividades de autocuidado e, conseqüentemente, sentir-se “um peso” para os seus familiares (Maciel, 2013).

Já a atribuição de um significado positivo à condição de dependência, é tradutor de que a pessoa se encontra a aprender novas formas de lidar com a situação (Kralik, Price & Telford, 2010). Quando a ajuda prestada à pessoa dependente no autocuidado é facultada por alguém que lhe é bastante significativo, tal pode sustentar um significado positivo e até contribuir para o fortalecimento dos laços gerados pela vivência do processo (Brito, 2016).

Para além do significado atribuído à condição de dependência, a pessoa pode também conferir significados positivos ou negativos ao uso de equipamentos. O significado positivo e facilitador da transição exposto por Maciel (2013) relacionou-se com o que “remete para a recuperação da *“Autonomia”*” (p. 79). A pessoa percebe que ao usar determinado equipamento pode conseguir compensar o défice motor e, desta forma, ser autónoma. O significado negativo, logo dificultador da transição, orienta-nos, por sua vez, para “a categoria *“Invalidez”*” (p. 79), pois a pessoa percebe que terá vergonha de usar um equipamento para fazer aquilo que já não consegue fazer sozinha.

Perante o exposto, consideraram-se ajustados e pertinentes para a mensuração desta última dimensão teórica os seguintes indicadores - *Expressa sentir-se um “fardo” para as pessoas das quais depende para a concretização das atividades de vida diária; admite que está na altura de serem os outros a substituí-lo(a) na concretização das atividades de vida diária; quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho(a) fica visivelmente triste e/ou verbaliza “já não servir para nada”; e refere não ter qualquer problema em recorrer a ajudas técnicas se essa for a solução para melhorar o autocuidado.*

Após formulado cada um dos indicadores obteve-se a versão *draft* do instrumento de avaliação, constituída por um total de 39 indicadores distribuídos do modo que se apresenta na Figura 9.

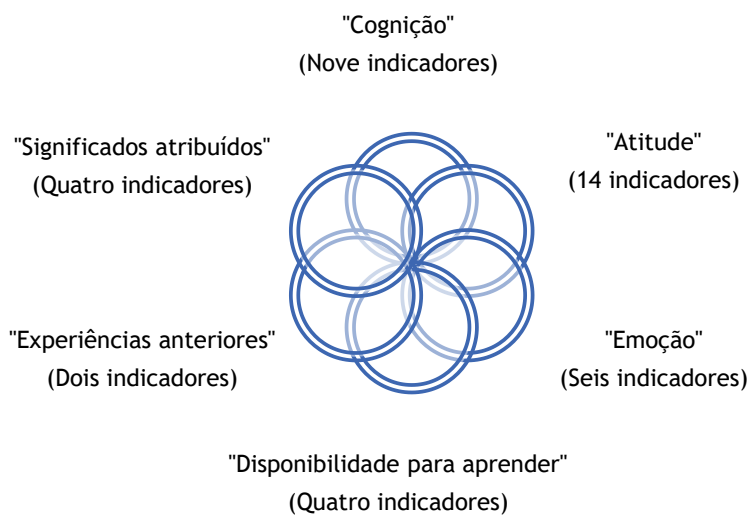


FIGURA 9: Alocação dos indicadores às respectivas dimensões: versão *draft*.

3.3 Estudo da validade de conteúdo do instrumento

A validade de conteúdo do instrumento, tal como foi referido no Subcapítulo 2.4 (pp. 59-61), foi avaliada por um grupo de elementos peritos no campo do conhecimento em questão. Estes, por norma, classificam os *itens* do instrumento, tendo em conta a sua relevância para a medição do construto, e comentam, se aplicável, a necessidade de *itens* adicionais (Polit & Beck, 2019).

A reunião com o grupo de peritos desenvolveu-se no dia 11 de fevereiro de 2019 na Sala de Reuniões dos Órgãos de Gestão da ESEP e teve uma duração aproximada de duas horas. Para início de sessão, foi fornecido um exemplar da versão *draft* da *toolkit* a cada um dos enfermeiros e foram disponibilizados aproximadamente 30 minutos para que cada um deles tivesse oportunidade de ler e de retirar apontamentos acerca do instrumento. No Quadro 4 encontram-se descritas as modificações que os elementos que constituíram o grupo consideraram, por consenso, fazer sentido.

QUADRO 4: Alterações sugeridas pelo grupo de peritos ao instrumento de avaliação.

PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Questão 5 - Profissão Atual	Substituir “Profissão atual” por “Situação laboral” e dentro desta discriminar “Ativo” e “Não ativo”.
PARTE II - DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	
Questão 1 - Situação que originou a dependência no autocuidado	Remover a opção “Envelhecimento”, substituir “Acidente rodoviário ou de trabalho” por “Acidente” e acrescentar a opção “Demência”.
Questão 5 - Capacidade para mobilizar-se	Às opções “Curtas distâncias” e “Longas distâncias” acrescentar “Subir e descer escadas”.
PARTE III - PROCESSOS PSICOLÓGICOS	
Indicador 2.2.	Substituir “Considera ter capacidade para ultrapassar o desafio colocado pela situação de dependência” por “Considera ter disponíveis os recursos necessários para enfrentar o desafio colocado pela situação de dependência”.
Indicador 2.10.	Substituir “Tem uma expectativa realista das suas possibilidades de recuperação e do tempo que o processo demorará” por “Tem uma expectativa realista das suas possibilidades de recuperação”.
Indicador 3.4.	Substituir “Apresenta-se melancólico(a), com perda de apetite e insónia” por “Apresenta-se melancólico(a), com perda de apetite e/ou insónia”.
Indicador 4.2.	Substituir “Procura informação junto de outros doentes que apresentam uma condição semelhante” por “Procura informação (junto de outros doentes com uma condição de saúde semelhante, profissionais, internet...)”.
Dimensão 5 - Experiências anteriores	Acrescentar aos indicadores existentes o seguinte - “Tem conhecimento ou aprendizagens prévias que estão a facilitar o seu processo de recuperação”.

Relativamente à aplicação, ou não aplicação, da *toolkit* a pessoas com perturbação da linguagem, nomeadamente à pessoa com afasia motora, o grupo de peritos sugeriu que seria importante estas pessoas não serem excluídas em fases posteriores do estudo, no entanto corroborou que, para isso, teriam, efetivamente, que se encontrar estratégias de forma a permitir a inclusão das mesmas.

(Perito 2) - “Se for um doente com uma afasia global, não! Se for um doente com uma afasia motora, sim, pela via do comportamento! Porque muitas vezes eles conseguem forma de comunicação alternativa e essa é uma forma de se trabalhar. Claro que não é num doente que ontem falava e que hoje está afásico que nós vamos conseguir, mas, efetivamente, este é um doente que não é por ter alterações de linguagem que não deixa de ser um doente trabalhado... aliás, tem mais um motivo para ser trabalhado”.

(Perito 7) - “Eu acho que desde o momento que a gente consiga estabelecer uma comunicação eficaz com o doente ele deva ser incluído. Por exemplo, nós temos doentes com esclerose lateral amiotrófica que não falam e, no entanto, eu falo com eles através do *MagicKey*, e é uma forma de comunicação eficaz. Portanto, desde que haja uma forma de comunicação eficaz, devem ser incluídos...”.

Uma vez questionados acerca da amplitude de escolhas que a *toolkit* deveria comportar para a mensuração dos indicadores, os peritos referiram fazer-lhes sentido a discriminação das quatro categorias apresentadas.

(Moderador) - “Acham que quatro categorias nesta escala são as adequadas?”

(Perito 7) - “Faz-me sentido estas quatro... sim e não é demasiado redutor”.

(Perito 6) - “O sempre ou nunca também não nos diz nada... quatro do ponto de vista da aplicabilidade é aplicável, do ponto de vista da investigação dizem sempre que deve ser mais, até 10, mas do ponto de vista da aplicabilidade...”.

Optou-se, assim, por manter a *toolkit* sob a forma de uma escala de Likert com uma amplitude de respostas a variar de um a quatro valores. O instrumento de avaliação comporta, portanto, tal como se pode verificar no Quadro 5, um conjunto de quatro categorias para mensuração que o enfermeiro deve responder tendo em conta aquilo que a pessoa diz e/ou tendo em conta aquilo que observa. A cada um dos indicadores apenas poderá corresponder uma categoria.

QUADRO 5: Amplitude de escolhas da *toolkit*.

Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
----------------------	---------------	---------------------	------------------------

Por forma a diminuir a ambiguidade das categorias,

(Perito 6) - “O que é isto de Algumas vezes? Sendo diferentes pessoas a avaliar e a implementar isto, tem que existir um correto treino e devem encontrar-se claramente identificados os critérios”.

ponderou-se a correspondência entre indicadores e categorias e entendeu-se que a mesma poderia ser feita tendo por base os seguintes critérios:

- “**Nunca ou quase nunca**” - quando nunca se verifica ou se verifica em menos de metade do tempo ou das vezes (até 25% das vezes);
- “**Algumas vezes**” - quando se verifica em aproximadamente metade do tempo ou das vezes (até 50% das vezes);
- “**A maioria das vezes**” - quando se verifica em mais de metade do tempo ou das vezes (até 75% das vezes);
- “**Quase sempre ou sempre**” - quando se verifica quase na totalidade ou na totalidade do tempo ou das vezes (em mais de 75% das vezes).

Percebeu-se, também, que as categorias pré-determinadas tinham que ser relacionadas com o potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado,

(Perito 6) - “É desejável para uma avaliação positiva do potencial que seja cotado como quase sempre ou sempre e era assim que eu diminuía a subjetividade”.

decorrente disso, estabeleceu-se o seguinte:

- As categorias “**a maioria das vezes**” e “**quase sempre ou sempre**” afiguram-se facilitadoras do potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado;
- As categorias “**algumas vezes**” e “**nunca ou quase nunca**” manifestam-se dificultadoras do potencial da pessoa. Tal relação pode ser evidenciada no Quadro 6.

QUADRO 6: Relação entre as categorias e o potencial.

Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
DIFICULTADORAS DO POTENCIAL DA PESSOA DEPENDENTE PARA MELHORAR O AUTOUIDADO		FACILITADORAS DO POTENCIAL DA PESSOA DEPENDENTE PARA MELHORAR O AUTOUIDADO	

Há a considerar, no entanto, que para os indicadores 2.1., 2.6., 2.8., 2.11., 2.13., 3.3., 3.4., 3.5., 3.6., 5.1., 6.1., 6.2. e 6.3. a associação será concebida de forma inversa, apresentando-se, tal como sugerido no Quadro 7, as categorias “**nunca ou quase nunca**” e “**algumas vezes**” a concorrer de forma facilitadora para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado. Tal, aparece em consonância com o referido por Polit el al. (2004, p. 257) “são atribuídos os . . . scores . . . mais altos à concordância com as afirmações formuladas positivamente e à discordância com as formuladas negativamente”.

QUADRO 7: Relação entre as categorias e o potencial (*itens* invertidos).

Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
FACILITADORAS DO POTENCIAL DA PESSOA DEPENDENTE PARA MELHORAR O AUTOCUIDADO		DIFICULTADORAS DO POTENCIAL DA PESSOA DEPENDENTE PARA MELHORAR O AUTOCUIDADO	

Em relação à sistematização da aplicação da *toolkit* foi consensual pelo grupo de peritos que se deveria proceder a uma avaliação do potencial de forma regular e contínua, de maneira a se trabalhar com a pessoa alguns dos aspetos que se encontrassem a dificultar o potencial para melhorar o autocuidado.

(Perito 2) - “A questão é, até porque há coisas que são variáveis, que variam ao longo do tempo, não é? Esta questão “Demonstra confiança na realização das tarefas de autocuidado”, inicialmente, numa negação que precisa de alguém, a pessoa pode ter uma extrema confiança, que até nem é compatível com o quadro clínico”.

(Perito 6) - “Considero que são *itens* super relevantes a serem avaliados, tenho algumas dúvidas do *timing* de avaliação, do quando é que devem ser avaliados. Se há aspetos que acredito que tenham que ser imediatos, e com base naquilo eu vou ter que trabalhar ou não, não é? Se o doente não estiver consciencializado há certas coisas que eu não vou poder fazer, não é? E que vai exigir logo uma intervenção ao nível da consciencialização... [pausa para pensar] ou seja, há uma série de aspetos que têm que ser trabalhados para nós conseguirmos passar para outros. E a questão é esta, é mesmo permitir aos enfermeiros tomar uma decisão sobre aquela pessoa. E é por isso que nós, não é?... nós queremos é a resposta, conseguir! Queremos que isto se afigure uma solução... [pensativa] que nos permita decidir! Que seja um apoio à tomada de decisão. Se invisto mais naquele ou invisto menos”.

(Perito 3) - “Avaliar várias vezes, em vários momentos, de uma forma sistemática porque a condição pode mudar”.

3.4 Desenvolvimento do manual de procedimentos

O desenvolvimento de instruções é também uma etapa considerada fundamental no que concerne à construção de um instrumento de avaliação (Fortin, 2009; LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Este foi, similarmente, um dos conselhos sugeridos pelo grupo de peritos por forma a diminuir a subjetividade do instrumento. Com efeito, desenvolveu-se um manual de procedimentos¹, com o objetivo de clarificar todo o enfermeiro que preencha o instrumento acerca de cada uma das questões integrantes da *toolkit*. Tal facto, permitirá uma mais efetiva recolha de dados. No manual elaborado, encontra-se detalhado cada um dos indicadores que compõem o instrumento de avaliação. É sugerida uma forma de

¹ Manual de Procedimentos (Anexo VIII).

avaliação de cada um deles e é também expressa a relação do indicador com o potencial que a pessoa tem para melhorar o autocuidado. Na parte inicial do manual, encontram-se igualmente presentes orientações relativas ao preenchimento das partes correspondentes aos Dados Sociodemográficos e à Dependência no Autocuidado.

Para além do manual de procedimentos, considerou-se que a elaboração de um folheto informativo² poderia ser vantajoso. O intuito da composição do mesmo relacionou-se com o facto de o manual de procedimentos ser extenso e de o enfermeiro, no âmbito da prática clínica, poder beneficiar de um documento sucinto que apresentasse apenas breves instruções sobre a forma como poderia, junto da pessoa dependente, recolher os dados relativos à avaliação de cada um dos indicadores.

3.5 Pré-teste do instrumento e estudo-piloto

Uma vez aplicada a *toolkit* junto de 10 pessoas que comportavam os critérios de inclusão e de exclusão delimitados para o estudo e que se encontravam em regime de internamento numa das UMDR's acessíveis, percebeu-se que os participantes, na generalidade, compreendiam as questões que lhe eram colocadas e era facilmente relacionável a verbalização da pessoa com o indicador descrito no instrumento. Não se considerou, nesta fase, nenhuma questão demasiadamente difícil nem inútil. Relativamente à aplicabilidade do instrumento, percebeu-se que este é exequível, no entanto deve também comportar, para facilitar a sua aplicação, um conhecimento prévio do enfermeiro que o utiliza acerca das dimensões incluídas no mesmo, situação que se tentou colmatar com a elaboração do manual de procedimentos.

Uma vez que não se julgou pertinente fazer mais reajustes face ao instrumento desenvolvido até esta altura, determinou-se que se estaria perante a *toolkit* na sua versão definitiva. Desta forma, e com o propósito de se deliberar acerca da qualidade da mesma, prosseguiu-se com a realização do estudo-piloto (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Para o efeito, procedeu-se ao estudo da validade e da fidelidade do instrumento, nomeadamente a uma estimativa da análise fatorial exploratória e ao estudo da sua consistência interna. Ressalva-se, porém, que o estudo da validade da *toolkit* já se iniciou no Subcapítulo 3.3. (pp. 86-90).

² Folheto Informativo Processos Psicológicos (Anexo IX).

3.6 Análise fatorial exploratória

Olhando aos valores de KMO de cada uma das dimensões integrantes da *toolkit* constantes da Tabela 2, verificou-se que a análise de componentes principais poderia ser efetuada para todas as dimensões. O valor de KMO mais baixo observado foi relativo à dimensão “Significados atribuídos”, tendo-se situado nos 0,56. De acordo com Almeida (2017) e Marôco (2011), este valor é considerado mau, mas, ainda assim, aceitável.

Tabela 2: Valor de KMO e recomendação face à análise fatorial.

DIMENSÃO DA <i>TOOLKIT</i>	VALOR DE KMO	RECOMENDAÇÃO FACE À ANÁLISE FATORIAL
“Cognição”	0,78	Média
“Atitude”	0,86	Boa
“Emoção”	0,75	Média
“Disponibilidade para aprender”	0,78	Média
“Experiências anteriores”	0,75	Média
“Significados atribuídos”	0,56	Má

Já na interpretação do teste de esfericidade de Bartlett é importante perceber-se que a hipótese nula, que prediz que não há correlação entre as variáveis, deve ser rejeitada (Almeida, 2017). Posto isto, é relevante visualizar-se a Tabela 3 que demonstra, efetivamente, o nível de significância (sig.) inferior a 0,05 em todas as dimensões da *toolkit*, ou seja, a hipótese nula foi sempre rejeitada.

Tabela 3: Teste de esfericidade de Bartlett.

DIMENSÃO DA TOOLKIT	TESTE DE ESFERICIDADE DE BARTLETT
	(sig.)
“Cognição”	0,00
“Atitude”	0,00
“Emoção”	0,00
“Disponibilidade para aprender”	0,00
“Experiências anteriores”	0,00
“Significados atribuídos”	0,00

Incidindo, agora, apenas sobre a dimensão “Cognição”, e ao observar-se a Tabela 4 discriminativa dos resultados da análise fatorial, sucedeu-se que a análise dos componentes principais sugeriu dois componentes que explicavam cerca de 68,99% do total da variância. “Em termos práticos, o valor de 50% da variância total é um valor que deve ser considerado como o mínimo aceitável” (Marôco, 2011, p. 483), embora existam autores que referem que o valor limiar nunca deverá ser inferior a 60% (Pereira & Patrício, 2016)³.

Tabela 4: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Cognição”.

COMPONENTE	VALORES PRÓPRIOS INICIAIS “INITIAL EIGENVALUES”			SOMAS DE EXTRAÇÃO DE CARREGAMENTOS AO QUADRADO		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	5,07	56,35	56,35	3,12	34,71	34,71
2	1,14	12,64	68,99	3,08	34,28	68,99
3	0,77	8,59	77,58			
4	0,69	7,67	85,25			
...			
9	0,08	0,87	100			

³ Todas as tabelas relacionadas com os resultados da análise fatorial foram resumidas de forma a permitir uma melhor visualização das mesmas.

Após isto, e ao observar-se a matriz das componentes rodadas ilustrada na Tabela 5, que apresenta as cargas fatoriais superiores a 0,30 para cada um dos indicadores da dimensão, verificou-se, numa primeira leitura, que o Componente 1 incluía os *itens* 1.8. e 1.9. e o Componente 2 os *itens* 1.1., 1.2., 1.3. e 1.4. Confirmou-se, deste modo, que a maior parte dos indicadores apresentava uma boa definição do fator a que pertencia, no entanto, os *itens* 1.5., 1.6. e 1.7. apresentavam cargas fatoriais nos Componentes 1 e 2.

No entender de Almeida (2017, p. 149), “as variáveis em cada fator são escolhidas com base no valor dos pesos fatoriais: onde está o maior valor é onde a variável pertence a este fator”. Contudo, e na perspetiva de Pereira e Patrício (2016), existem diferentes autores que, efetivamente,

optam por reter o item que apresentar a carga fatorial mais elevada num determinado fator . . . outros autores consideram que a diferença entre os valores das cargas fatoriais deve exceder o valor de 0,20 para se decidir a qual dos fatores pertence (p. 108).

Assumindo este ponto de vista, os indicadores 1.6. e 1.7. integraram também o Componente 1 e o indicador 1.5. era passível de ser removido da *toolkit*, uma vez que a diferença entre os valores das cargas fatoriais é de 0,12.

Tabela 5: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Cognição”.

INDICADORES DA DIMENSÃO “COGNIÇÃO”	COMPONENTES	
	1	2
1.1. Mantém a sua atenção focalizada.		0,60
1.2. Identifica a sua condição de saúde atual.		0,66
1.3. Reconhece as limitações para o autocuidado decorrentes da atual condição de saúde.		0,87
1.4. Solicita ajuda quando necessário.		0,84
1.5. Reconhece o significado de uma ideia que lhe é transmitida.	0,63	0,51
1.6. Identifica e explica as diferenças entre dois objetos.	0,74	0,51
1.7. É capaz de escolher entre duas ou mais alternativas.	0,74	0,51
1.8. Recorda acontecimentos ou experiências recentes com precisão.	0,84	
1.9. Recorda acontecimentos ou experiências passadas com precisão.	0,86	

Em relação à dimensão “Atitude”, os resultados da análise fatorial demonstraram, tal como se pode confirmar na Tabela 6, que a análise dos componentes principais propôs três componentes que explicavam 66,48% do total da variância.

Tabela 6: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Atitude”.

COMPONENTE	VALORES PRÓPRIOS INICIAIS “INITIAL EIGENVALUES”			SOMAS DE EXTRAÇÃO DE CARREGAMENTOS AO QUADRADO		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
	1	7	50	50	5,93	42,36
2	1,25	8,94	58,94	1,94	13,88	56,24
3	1,05	7,53	66,48	1,43	10,23	66,48
4	0,89	6,39	72,87			
...			
14	0,10	0,75	100			

Ao analisar-se a matriz das componentes rodadas presente na Tabela 7, constatou-se que os indicadores 2.3., 2.4., 2.5., 2.6., 2.7., 2.8., 2.12. e 2.14. integravam o Componente 1, o indicador 2.13. integrava o Componente 2 e o indicador 2.11. o Componente 3. De acordo com a indicação de Pereira e Patrício (2016) os *itens* 2.1., 2.2., 2.9. e 2.10., pela diferença entre os valores das cargas fatoriais não exceder o valor de 0,20, eram passíveis de ser removidos do instrumento.

Tabela 7: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Atitude”.

INDICADORES DA DIMENSÃO “ATITUDE”	COMPONENTES		
	1	2	3
2.1. Encara a situação de dependência como um dano/perda.	0,57	0,42	
2.2. Considera ter disponíveis os recursos necessários para enfrentar o desafio colocado pela situação de dependência.	0,61	0,46	
2.3. Manifesta sensação de controlo e de conforto psicológico.	0,71	0,41	
2.4. Mostra-se capaz de responder de forma positiva aos estímulos a que está exposto(a).	0,72	0,48	
2.5. Acredita que a sua recuperação está maioritariamente dependente de si próprio.	0,81		
2.6. Considera que a sua recuperação será mais uma questão de sorte do que de trabalho.	0,62		
2.7. Acredita ser uma pessoa desenrascada e que facilmente resolve os seus problemas.	0,82		
2.8. Quando não consegue realizar determinada tarefa de autocuidado desiste facilmente.	0,81		
2.9. Acredita no seu mérito pessoal, tem orgulho de si mesmo(a) e uma visão positiva das suas qualidades.	0,51		0,61
2.10. Tem uma expectativa realista das suas possibilidades de recuperação.	0,48	0,54	
2.11. Existem crenças de natureza cultural, espiritual, religiosa e/ou de saúde que estão a dificultar o seu envolvimento.			0,92
2.12. Entende que consegue fazer o necessário para controlar as suas ações e assim alcançar as metas estabelecidas.	0,82		
2.13. Relata a sensação de que não vale a pena continuar a viver.		0,83	
2.14. Tem iniciativa e apresenta-se empenhado(a) no desempenho das atividades de autocuidado.	0,82		

Com respeito à dimensão “Emoção”, e observando o resultado da análise fatorial constante da Tabela 8, notou-se que para esta dimensão também foram propostos dois componentes que explicavam 70,04% do total da variância.

Tabela 8: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Emoção”.

COMPONENTE	VALORES PRÓPRIOS INICIAIS “INITIAL EIGENVALUES”			SOMAS DE EXTRAÇÃO DE CARREGAMENTOS AO QUADRADO		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
	1	3,14	52,30	52,30	2,25	37,54
2	1,06	17,74	70,04	1,95	32,50	70,04
3	0,72	12,04	82,08			
4	0,52	8,75	90,83			
5	0,39	6,59	97,42			
6	0,15	2,58	100			

Ao analisar-se a Tabela 9, que expõe a matriz das componentes rodadas para esta dimensão, concluiu-se que o Componente 1 era composto pelos indicadores 3.1. e 3.2. e o Componente 2 integrava os indicadores 3.4., 3.5. e 3.6. Uma vez mais, o item 3.3. era passível de ser excluído dado a diferença entre as cargas fatoriais ser apenas de 0,09.

Tabela 9: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Emoção”.

INDICADORES DA DIMENSÃO “EMOÇÃO”	COMPONENTES	
	1	2
3.1. Expressa sentimentos de esperança relacionados com a sua recuperação.	0,92	
3.2. Demonstra confiança na realização das tarefas de autocuidado.	0,93	
3.3. Revela sinais tradutores de ansiedade, insegurança, tristeza e/ou desespero.	0,63	0,54
3.4. Apresenta-se melancólico(a), com perda de apetite e/ou insónia.	0,31	0,57
3.5. Manifesta medo (de ter uma recaída, da solidão, de cair, de ter dor, do estigma social...).		0,83
3.6. Expressa desamparo e tristeza associado a falta de companhia.		0,76

Relativamente à quarta dimensão da *toolkit* - “Disponibilidade para aprender”, comprovou-se na Tabela 10 que esta dimensão era constituída por apenas um componente que explicava 80,92% do total da variância.

Tabela 10: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Disponibilidade para aprender”.

COMPONENTE	VALORES PRÓPRIOS INICIAIS “INITIAL EIGENVALUES”			SOMAS DE EXTRAÇÃO DE CARREGAMENTOS AO QUADRADO		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
	1	3,24	80,92	80,92	3,24	80,92
2	0,38	9,60	90,53			
3	0,29	7,14	97,67			
4	0,09	2,33	100			

Em relação à dimensão “Experiências anteriores” confirmou-se, tal como consta da Tabela 11, que também esta dimensão era constituída por apenas um componente que explicava 93,69% do total da variância.

Tabela 11: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Experiências anteriores”.

COMPONENTE	VALORES PRÓPRIOS INICIAIS “INITIAL EIGENVALUES”			SOMAS DE EXTRAÇÃO DE CARREGAMENTOS AO QUADRADO		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
	1	2,81	93,69	93,69	2,81	93,69
2	0,14	4,80	98,49			
3	0,04	1,51	100			

Ao observar-se a Tabela 12 verificou-se, na verdade, que todos os indicadores constantes da dimensão “Disponibilidade para aprender” apresentavam uma boa definição do valor da carga fatorial associado à única componente definida.

Tabela 12: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Disponibilidade para aprender”.

INDICADORES DA DIMENSÃO “DISPONIBILIDADE PARA APRENDER”	COMPONENTE 1
4.1. Verbaliza disposição para aprender.	0,87
4.2. Procura informação (junto de outros doentes com uma condição de saúde semelhante, profissionais, internet...).	0,93
4.3. Faz perguntas relacionadas com a evolução da sua condição de saúde.	0,92
4.4. Estabelece metas para o futuro.	0,87

A mesma situação se sucedera quando se observou a matriz das componentes rodadas para a dimensão “Experiências anteriores”, constante da Tabela 13.

Tabela 13: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Experiências anteriores”.

INDICADORES DA DIMENSÃO “EXPERIÊNCIAS ANTERIORES”	COMPONENTE 1
5.1. Vivenciou anteriormente uma experiência que está a dificultar a aquisição de competências para o autocuidado.	0,95
5.2. Tem conhecimento ou aprendizagens prévias que estão a facilitar o seu processo de recuperação.	0,98
5.3. Recorre a comportamentos que o(a) ajudam a manter o bem-estar alicerçado pela vivência de uma experiência anterior.	0,98

Por último, e ao atentar-se sobre a Tabela 14, relativa aos resultados da análise fatorial para a dimensão “Significados atribuídos”, percebeu-se que a análise dos componentes principais sugeria dois componentes que explicavam 78,34% do total da variância.

Tabela 14: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Significados atribuídos”.

COMPONENTE	VALORES PRÓPRIOS INICIAIS “INITIAL EIGENVALUES”			SOMAS DE EXTRAÇÃO DE CARREGAMENTOS AO QUADRADO		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
	1	2,03	50,71	50,71	2,03	50,71
2	1,10	27,63	78,34	1,10	27,64	78,34
3	0,55	13,68	92,01			
4	0,32	7,99	100			

Em relação à matriz das componentes rodadas, a mesma propôs, tal como consta da Tabela 15, que os indicadores 6.1., 6.2. e 6.3. constituíam o Componente 1 e o Componente 2 era formado pelo item 6.4.

Tabela 15: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Significados atribuídos”.

INDICADORES DA DIMENSÃO “SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS”	COMPONENTES	
	1	2
6.1. Expressa sentir-se um “fardo” para as pessoas das quais depende para a concretização das atividades de vida diária.	0,79	
6.2. Admite que está na altura de serem os outros a substituí-lo(a) na concretização das atividades de vida diária.	0,86	
6.3. Quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho(a) fica visivelmente triste e/ou verbaliza “já não servir para nada”.	0,82	
6.4. Refere não ter qualquer problema em recorrer a ajudas técnicas se essa for a solução para melhorar o autocuidado.		0,97

3.7 Estudo da consistência interna do instrumento

Da análise da Tabela 16, valida-se que a *toolkit*, na sua globalidade, obteve um valor estimado de alfa de Cronbach de 0,93, o que é tradutor de que a mesma apresenta uma consistência interna muito boa (Pestana & Gageiro, 2014).

Tabela 16: Alfa de Cronbach global.

ALFA DE CRONBACH	NÚMERO DE ITENS
0,93	40

Uma vez que o instrumento em estudo é multidimensional pretendeu-se averiguar, identicamente, a consistência interna combinando os indicadores correspondentes a cada uma das seis dimensões. Confirmou-se, da forma que se pode analisar na Tabela 17, que as dimensões “Atitude”, “Disponibilidade para aprender” e “Experiências anteriores” revelaram uma consistência interna muito boa dado terem apresentado valores de alfa superiores a 0,90, enquanto as dimensões “Cognição” e “Emoção” apontaram para uma boa consistência interna, uma vez que o alfa se encontrava entre os 0,80 e os 0,90. Da análise em questão sobressaiu o alfa de 0,57 que se obteve para a dimensão “Significados atribuídos”. Na perspetiva de Pestana e Gageiro (2014), todo o alfa com um valor inferior a 0,60 é considerado uma estimativa de consistência interna inadmissível.

Tabela 17: Alfa de Cronbach por dimensões.

DIMENSÃO DA TOOLKIT	ALFA DE CRONBACH	NÚMERO DE ITENS
“Cognição”	0,89	9
“Atitude”	0,91	14
“Emoção”	0,81	6
“Disponibilidade para aprender”	0,92	4
“Experiências anteriores”	0,95	3
“Significados atribuídos”	0,57	4

Face ao exposto, resolveu-se averiguar acerca do alfa de Cronbach para cada uma das dimensões caso qualquer um dos *itens* que as integra fosse eliminado. Pretendeu-se, assim, analisar a pertinência de cada item individualmente (Pereira & Patrício, 2016).

Relativamente às dimensões “Cognição”, “Atitude”, “Emoção”, “Disponibilidade para aprender” e “Experiências anteriores” verificou-se que, pelo facto de estas dimensões já terem apresentado valores de alfa de Cronbach tradutores de uma consistência interna boa ou muito boa, nenhuma delas acabava por beneficiar de uma forma significativa da exclusão de indicadores. Considerou-se assim pertinente a manutenção de todos os *itens* formulados relativos a estas cinco dimensões. Os resultados alusivos à estatística de cada item para a Dimensão 1: “Cognição”, para a Dimensão 2: “Atitude”, para a Dimensão 3: “Emoção”, para a Dimensão 4: “Disponibilidade para aprender” e para a Dimensão 5: “Experiências anteriores”, podem ser consultados no Anexo X - Estudo da consistência interna da *toolkit*: Análise da pertinência de cada item.

No que diz respeito à Dimensão 6: “Significados atribuídos”, e após ter-se verificado que a estimativa de consistência interna desta dimensão se situava nos 0,57, o valor mais baixo por nós encontrado, averiguou-se, tal como consta na Tabela 18, que ao ser eliminado o indicador 6.4. - *Refere não ter qualquer problema em recorrer a ajudas técnicas se essa for a solução para melhorar o autocuidado*, o valor do alfa de Cronbach da dimensão passaria a ser de 0,76. De acordo com a caracterização efetivada por Pestana e Gageiro (2014) tal tornava-se bastante significativo, pois o alfa da dimensão deixava de apresentar-se como inadmissível e passava a ser classificado como razoável.

Tabela 18: Estatística de cada item para a dimensão “Significados atribuídos”.

DIMENSÃO 6: “SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS”		ALFA DE CRONBACH
ALFA DE CRONBACH DA DIMENSÃO - 0,57		SE O
		ITEM FOR EXCLUÍDO
6.1. Expressa sentir-se um “fardo” para as pessoas das quais depende para a concretização das atividades de vida diária.		0,30
6.2. Admite que está na altura de serem os outros a substituí-lo(a) na concretização das atividades de vida diária.		0,43
6.3. Quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho(a) fica visivelmente triste e/ou verbaliza “já não servir para nada”.		0,36
6.4. Refere não ter qualquer problema em recorrer a ajudas técnicas se essa for a solução para melhorar o autocuidado.		0,76

Pelo descrito, e uma vez que o pretendido com a realização do estudo-piloto era determinar a qualidade do instrumento construído, considerou-se que, para se obter um

instrumento com um bom nível de consistência interna, era incontornável a exclusão do indicador 6.4.

Uma vez excluído tal item, a *toolkit* que era composta por 40 indicadores passava, a partir deste momento, a integrar apenas 39 deles. Assim, considerou-se oportuno novo cálculo do alfa de Cronbach do instrumento na sua globalidade. Verificou-se, pois, como apresentado na Tabela 19, que a consistência interna passou a assumir o valor de 0,94 (tradutor de muito boa consistência interna) (Pestana & Gageiro, 2014).

Tabela 19: Alfa de Cronbach global (para 39 indicadores).

ALFA DE CRONBACH	NÚMERO DE ITENS
0,93	40
0,94	39

Sabendo que os resultados obtidos pelo estudo da consistência interna do instrumento “devem ser comparados com os resultados da análise fatorial” (Pereira & Patrício, 2016, p. 117), procedeu-se, de novo, ao estudo da análise fatorial exploratória para a dimensão “Significados atribuídos”, desta feita sem a presença do indicador excluído.

Convém lembrar que, uma vez efetuada uma estimativa da análise fatorial com os quatro indicadores constantes da *toolkit*, se havia verificado que a matriz das componentes rodadas propunha dois componentes para a dimensão. O Componente 1 integrava os *itens* 6.1., 6.2. e 6.3. e do Componente 2 fazia parte o item 6.4. Tal situação pode ser explicada pelo facto do indicador 6.4. se relacionar com o significado que a pessoa atribui ao uso de equipamentos, ao passo que os demais se restringem ao significado que a pessoa faculta à dependência.

Desta forma, ao realizar-se novamente o teste de KMO para a dimensão, confirmou-se, assim como comporta a Tabela 20, uma melhoria do valor de KMO que passou de ditar uma recomendação má face à análise fatorial, para uma recomendação razoável com um valor de 0,67.

Tabela 20: Valor de KMO para a dimensão “Significados atribuídos” após exclusão do indicador 6.4.

DIMENSÃO DA TOOLKIT	VALOR DE KMO	RECOMENDAÇÃO FACE À ANÁLISE FATORIAL
“Significados atribuídos” (4 <i>itens</i>)	0,56	Má
“Significados atribuídos” (3 <i>itens</i>)	0,67	Razoável

Ao efetuar-se nova análise dos componentes principais verificou-se, tal como já seria expetável, que a dimensão passava a apresentar-se unidimensional. Foi sugerido, conforme a Tabela 21, apenas um componente que explicava cerca de 67,61% do total da variância.

Tabela 21: Resultado da análise fatorial para a dimensão “Significados atribuídos” após a exclusão do indicador 6.4.

COMPONENTE	VALORES PRÓPRIOS INICIAIS “INITIAL EIGENVALUES”			SOMAS DE EXTRAÇÃO DE CARREGAMENTOS AO QUADRADO		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,03	67,61	67,61	2,03	67,61	67,61
2	0,57	19,16	86,76			
3	0,40	13,23	100			

A nova matriz das componentes rodadas para a dimensão “Significados atribuídos” após a exclusão do indicador 6.4. pode ser, similarmente, observada na Tabela 22.

Tabela 22: Matriz das componentes rodadas para a dimensão “Significados atribuídos” após a exclusão do indicador 6.4.

INDICADORES DA DIMENSÃO “SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS”	COMPONENTE 1
6.1. Expressa sentir-se um “fardo” para as pessoas das quais depende para a concretização das atividades de vida diária.	0,78
6.2. Admite que está na altura de serem os outros a substituí-lo(a) na concretização das atividades de vida diária.	0,86
6.3. Quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho(a) fica visivelmente triste e/ou verbaliza “já não servir para nada”.	0,82

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo apresenta-se uma discussão sobre os principais resultados expostos nos capítulos anteriores. Considerou-se que seria pertinente proceder-se a uma reflexão face ao que foi construir o instrumento de avaliação e após prosseguir-se para a consecução do estudo-piloto. Ao longo do desenvolvimento do trabalho de investigação foram surgindo algumas questões que mereceram atenção e reflexão particulares.

A construção de um instrumento trata-se, efetivamente, de uma tarefa complexa. Os estudos do tipo metodológico, assumem uma perspetiva distinta dos restantes desenhos de investigação e dispõem de um ponto de vista diferente para recolher, analisar e interpretar os dados obtidos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Ao consultar-se a evidência disponível sobre a construção de instrumentos de medida, cedo se percebeu a orientação que a investigação tinha que assumir. Compreenderam-se as etapas que se tinham que percorrer e tal tornou-se uma mais valia para o desenvolvimento da investigação. Inicialmente, ponderou-se a construção e validação do instrumento, contudo tal afigurava-se inconcebível para o período de tempo que se tinha determinado. Visualizou-se, pois, que o mais importante nesta fase seria perceber a qualidade do instrumento construído e, por isso, a execução do estudo-piloto demonstrou ser efetiva para atingir este objetivo.

A definição do construto a ser medido foi um trabalho importante e basilar. Foi sobre a definição do construto e das dimensões teóricas que lhe estão subjacentes que se percebeu quais as dimensões e os indicadores que o instrumento haveria de comportar. A consulta da evidência disponível na área do conhecimento em questão, aqui apresentada sob a forma de enquadramento teórico constante no Capítulo 1, determinou-se uma mais-valia para o entendimento dos principais conceitos que se tinham em estudo.

Foi, assim, fundamental a compreensão da envolvimento do autocuidado no atual panorama da enfermagem em Portugal. A reconstrução da autonomia no autocuidado é uma realidade que tem merecido, cada vez mais, a atenção do enfermeiro. Relaciona-la com o limite do potencial da pessoa dependente, concretamente com os fatores que se relacionam com os processos psicológicos, foi um trabalho bastante enriquecedor do ponto de vista pessoal, profissional e, concretamente, para a investigação em causa. O maior conhecimento que se desenvolveu acerca do papel da RNCCI no contexto da dependência no autocuidado foi, similarmente, importante e revelou-se um benefício aquando da ocasião em que se procedeu à recolha de dados.

A colaboração de um grupo de peritos neste campo de ação foi, da mesma forma, essencial para o desenvolvimento da investigação. Em fevereiro de 2019 já se dispunha de uma versão *draft* do instrumento de medida e, por isso, seria a altura indicada para se agendar o 2º *focus group* para se proceder ao estudo da validade de conteúdo da *toolkit*. Esta seria a segunda reunião efetiva com o grupo de peritos no âmbito do projeto “*Selfcare@Potential*”, mas a primeira realizada na extensão da dissertação do nosso mestrado.

Após o *focus group* surgiram diversas sugestões do grupo de peritos que se revelaram oportunas para a construção da versão final do instrumento de avaliação. Pelo facto de os elementos do grupo trabalharem diariamente com a pessoa dependente no autocuidado, os exemplos clínicos que mencionaram justificaram a pertinência, ou não pertinência, da inclusão de determinado indicador. Confirmou-se, também, a importância e a necessidade que a construção de um instrumento de avaliação do potencial no domínio dos processos psicológicos assumia no contexto da prática clínica, dada a motivação com que os mesmos participaram na reunião.

Dados sociodemográficos e dependência no autocuidado

Os resultados deste estudo relativos à caracterização sociodemográfica dos 67 participantes que integraram a amostra, e que se encontram presentes no Quadro 8, surgiram em consonância com estudos prévios realizados em contexto português junto da pessoa com dependência no autocuidado (Brito, 2012; Lourenço, 2015; Maciel, 2013; Petronilho et al., 2017). Tratou-se, desta forma, de uma amostra onde predominou o sexo feminino, em que os participantes tinham uma média de idades de 74,1 anos (DP=11,4) e o primeiro ciclo do ensino básico concluído. A maior proporção destes apresentavam-se viúvos, no entanto havia também uma elevada frequência de casados. Em relação à situação laboral, e face à média de idades apresentada, 86,6% dos participantes encontravam-se reformados.

QUADRO 8: Caraterização da amostra em estudo.

CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM ESTUDO				
Sexo	Idade	Escolaridade	Estado civil	Situação laboral
Feminino (65,7%)	74,1 anos (DP=11,4)	4,9 anos (DP=3,7)	Viúvos (38,8%) e casados (28,4%)	Reformados (86,6%)

De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI (ACSS, 2018), a nível nacional, os dois principais diagnósticos associados aos motivos de referência são a doença vascular cerebral (18,5%), com particular destaque para o AVC e a fratura do colo do fémur (8,3%). Tal, vai ao encontro do revisto neste estudo, já que se constatou que a patologia neurológica, assim como o acidente, foram as situações mais verificadas. Dos acidentes documentados salienta-se a alta frequência das quedas, reconhecidas como o principal motivo de fraturas no idoso (Rubenstein, 2006).

A demência tinha sido uma das indicações referidas pelo grupo de peritos para incluir no conjunto das situações que originaram a dependência no autocuidado. No entanto, na amostra em estudo, esta nunca foi referida como fator causal da dependência. Tal situação pode ser explicável face ao contexto onde se procedeu a recolha de dados. A demência trata-se de uma doença neurodegenerativa, com particular relevância, que assume efetivas repercussões na vida da pessoa. Habitualmente, a pessoa com demência apresenta uma necessidade crescente de cuidados de outrem e “parte significativa ou a totalidade dos cuidados ficam . . . sob a responsabilidade do familiar cuidador” (Sequeira, 2018, p. 164). Desta forma, e face ao conjunto de alterações comportamentais, cognitivas e de conduta psicológica e social que a pessoa com demência apresenta (Sequeira, 2018), seria pouco exatável encontrarem-se em UC’s e em UMDR’s pessoas cujo motivo de referência para a RNCCI houvesse sido este.

Da análise dos dados alusivos à dependência no autocuidado, outra das situações que originou a nossa reflexão, relacionou-se com o facto de os participantes apresentarem em média, à data da recolha de dados, 453,6 dias (DP=1184,3) de dependência no autocuidado, o que corresponde a aproximadamente 15 meses de dependência. Percebeu-se, assim, que apesar de na maioria das pessoas a forma de instalação da dependência ter sido súbita, algumas delas já eram dependentes há vários anos, houve inclusivamente uma pessoa que já apresentava 19 anos de dependência no autocuidado.

Esta situação pode ser justificável uma vez que a média, apesar de ser a medida de tendência central mais utilizada, apresenta como desvantagem ser facilmente influenciada por valores extremos (Almeida, 2017). Ao atentar-se sobre a mediana, verifica-se que esta se reporta a 122 dias, cerca de quatro meses. Ressalva-se, desta maneira, que “a mediana é menos sensível a valores extremos que a média e deverá ser preferida . . . com valores extremos muito elevados” (Almeida, 2017, p. 4).

No que diz respeito à caracterização da dependência no autocuidado, confirmou-se que, em média, os participantes necessitavam de ajuda de pessoa e necessitavam de ajuda de equipamento para a realização das atividades de autocuidado. Este resultado encontra-se, também, em concordância com o referido por Petronilho et al. (2017), que comprovou que na alta clínica o nível de dependência “variou entre necessita de ajuda de pessoas e necessita de equipamentos” (p. 45). Sabendo que, em média, uma pessoa referenciada na

Região Norte do país demora 38,2 dias até que lhe seja identificada uma vaga numa UMDR (ACSS, 2018) e que os internamentos nas UMDR's contemplam entre 30 a 90 dias consecutivos (ISS, 2018), percebeu-se pela mediana de 122 dias que a maior parte das pessoas que integraram a amostra em estudo estariam, também elas, perto do momento da alta clínica.

Convém esclarecer-se, contudo, que o facto de a pessoa necessitar de ajuda de equipamento para a realização das atividades de autocuidado é já tradutor de que a mesma será autónoma. Tal como refere Lourenço (2015, p. 136),

ser autónomo está relacionado com a capacidade percebida para controlar, lidar com a situação e tomar decisões de acordo com o gerir e manter as estratégias adaptativas eficazes e ou os dispositivos de apoio, de acordo com as próprias regras e preferências pessoais no sentido de, sozinha, a pessoa poder desenvolver as atividades de autocuidado.

Pela análise dos dados notou-se, ainda, relativamente à capacidade dos participantes se mobilizarem, que para longas distâncias 62,7% (n=42) faziam uso da cadeira de rodas e 11,9% (n=8) andavam com auxiliar de marcha. Para curtas distâncias 41,8% (n=28) usavam cadeira de rodas e 26,9% (n=18) andavam com auxiliar de marcha. Estes dados afiguram-se bastante significativos, uma vez que tal pode denotar “que em certos casos, com recurso a dispositivos de apoio, a pessoa poderá ser autónoma em determinadas atividades do autocuidado” (Lourenço, 2015, p. 136). Não se pode aqui esquecer a preponderância que esta dimensão assume no potencial de reconstrução de autonomia da pessoa, já que “os focos diferenciais mais significativos para a reconstrução da autonomia dos doentes inserem-se no domínio da atividade física, com particular relevância para transferir-se e andar” (Petronilho et al., 2010, p. 46).

Em relação ao transferir-se, verificou-se, a par do vestir-se e despir-se e do tomar banho, que estes continuam, como constatado em investigações anteriores (Lourenço, 2015), a ser os requisitos onde a pessoa evidencia uma maior necessidade de ajuda de pessoa. Tal pode justificar-se pelo facto do transferir-se ser uma atividade que implica que a pessoa possua um maior equilíbrio corporal e uma maior coordenação motora (Petronilho et al., 2010). Enquanto que o tomar banho e o vestir-se e despir-se, pelas tarefas que têm inerentes: obter objetos para o banho, abrir a torneira, lavar o corpo, vestir as roupas na parte inferior do corpo, abotoar as roupas, usar cordões para amarrar e calçar as meias (Pereira, 2014), são também atividades que potencialmente requerem da pessoa uma “maior coordenação motora, maior destreza manual para realizar os movimentos finos e maior força muscular” (Petronilho et al., 2010, p. 45).

Estudo-piloto: análise fatorial exploratória

Uma vez concretizada a análise fatorial exploratória da *toolkit*, compreendeu-se que das seis dimensões que compõem o instrumento três eram unidimensionais - “Disponibilidade para aprender”, “Experiências anteriores” e “Significados atribuídos” -, duas bidimensionais - “Cognição” e “Emoção” - e uma tridimensional - “Atitude”.

Percebeu-se, também, que existiam alguns indicadores que não podiam ser alocados a nenhum dos componentes designados por apresentarem valores de cargas fatoriais em mais que um dos componentes, com uma diferença entre eles que não excedia o valor de 0,20 (Pereira & Patrício, 2016). Verificou-se, no entanto, que esta é uma questão que gera ainda alguma controvérsia no meio científico e a prova disso é Almeida (2017) que menciona que

em cada componente, as variáveis que assumem valores de correlação superiores ou iguais a 0,5 podem fazer parte da componente. Se nenhum valor numa variável alcançar o valor de 0,5, pode optar-se pelo valor mais lato que existe para a variável ou simplesmente colocar a variável na componente que fizer mais sentido para o investigador (p. 149).

Como este trabalho se reporta a um estudo-piloto, tal como já foi previamente mencionado, apenas 67 pessoas dependentes no autocuidado participaram. Assim, para que a análise fatorial da *toolkit* fosse efetiva, julgou-se que não faria sentido, nesta fase do estudo, a exclusão de indicadores. “Sendo o objetivo da análise encontrar fatores subjacentes num grupo de variáveis, é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 519). Portanto, ponderou-se que existe a necessidade de uma análise mais profunda a este nível e que o mais exequível nesta fase seria que todos os *itens* que foram referidos no Subcapítulo 3.6 (pp. 92-100) como passíveis de serem removidos do instrumento, passassem, a partir deste momento, a ser designados como “*itens* possivelmente problemáticos”.

Face aos resultados da análise fatorial exploratória apresentados no capítulo anterior, fazia sentido a atribuição de nomes/designações aos componentes selecionados (Almeida, 2017).

Desta forma, ao observar-se o Quadro 9 referente à dimensão “Cognição”, que havia sido considerada bidimensional, e relembrando a definição originária do ICN (2017, [s.p.]), “processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória”, considerou-se congruente denominar o Componente 1, que inclui os indicadores relacionados com o processamento de informação, o processo de tomada de decisão, a memória de curto prazo e a memória de longo prazo, por “Raciocínio e memória” e o

Componente 2, que compreende os indicadores discriminativos da concentração e da consciencialização, por “Perceção”.

Quadro 9: “Cognição”: dimensão bidimensional.

“COGNIÇÃO”	
Componente 1: <i>RACIOCÍNIO E MEMÓRIA</i>	1.6. Identifica e explica as diferenças entre dois objetos. 1.7. É capaz de escolher entre duas ou mais alternativas. 1.8. Recorda acontecimentos ou experiências recentes com precisão. 1.9. Recorda acontecimentos ou experiências passadas com precisão.
Componente 2: <i>PERCEÇÃO</i>	1.1. Mantém a sua atenção focalizada. 1.2. Identifica a sua condição de saúde atual. 1.3. Reconhece as limitações para o autocuidado decorrentes da atual condição de saúde. 1.4. Solicita ajuda quando necessário.
Item possivelmente problemático	1.5. Reconhece o significado de uma ideia que lhe é transmitida.

Relativamente à dimensão “Atitude”, e na mesma lógica do que foi realizado na dimensão anterior, recordou-se que a atitude envolve “modelos mentais e opiniões” (ICN, 2017, [s.p.]). A análise fatorial exploratória apontou para que esta dimensão fosse tridimensional, pelo que se pode verificar no Quadro 10 que o Componente 1 foi discriminado por “Atitudes e Opiniões”, por englobar a observação de atitudes e de comportamentos e a opinião que a pessoa tem, e.g., em relação ao seu *locus* de controlo e à sua perceção de autoeficácia. O Componente 2, por sua vez, por comportar apenas o item demonstrativo da vontade de viver designou-se por “Vontade de viver”. E ao Componente 3, por ser representativo de crenças de saúde ou de natureza cultural, religiosa ou espiritual, atribuiu-se a designação de “Convicções e fé”.

Quadro 10: “Atitude”: dimensão tridimensional.

“ATITUDE”	
Componente 1: <i>ATITUDES E OPINIÕES</i>	<p>2.3. Manifesta sensação de controlo e de conforto psicológico.</p> <p>2.4. Mostra-se capaz de responder de forma positiva aos estímulos a que está exposto(a).</p> <p>2.5. Acredita que a sua recuperação está maioritariamente dependente de si próprio.</p> <p>2.6. Considera que a sua recuperação será mais uma questão de sorte do que de trabalho.</p> <p>2.7. Acredita ser uma pessoa desenrascada e que facilmente resolve os seus problemas.</p> <p>2.8. Quando não consegue realizar determinada tarefa de autocuidado desiste facilmente.</p> <p>2.12. Entende que consegue fazer o necessário para controlar as suas ações e assim alcançar as metas estabelecidas.</p> <p>2.14. Tem iniciativa e apresenta-se empenhado(a) no desempenho das atividades de autocuidado.</p>
Componente 2: <i>VONTADE DE VIVER</i>	2.13. Relata a sensação de que não vale a pena continuar a viver.
Componente 3: <i>CONVICÇÕES E FÉ</i>	2.11. Existem crenças de natureza cultural, espiritual, religiosa e/ou de saúde que estão a dificultar o seu envolvimento.
Itens possivelmente problemáticos	<p>2.1. Encara a situação de dependência como um dano/perda.</p> <p>2.2. Considera ter disponíveis os recursos necessários para enfrentar o desafio colocado pela situação de dependência.</p> <p>2.9. Acredita no seu mérito pessoal, tem orgulho de si mesmo(a) e uma visão positiva das suas qualidades.</p> <p>2.10. Tem uma expectativa realista das suas possibilidades de recuperação.</p>

Em relação à dimensão “Emoção”, esta foi considerada bidimensional. Pela análise do Quadro 11, e tendo em conta que a emoção reflete “sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos” (ICN, 2017, [s.p.]), designou-se o Componente 1 por “Emoção positiva” e o Componente 2 por “Emoção negativa”.

Quadro 11: “Emoção”: dimensão bidimensional.

“EMOÇÃO”	
Componente 1: <i>EMOÇÃO POSITIVA</i>	3.1. Expressa sentimentos de esperança relacionados com a sua recuperação. 3.2. Demonstra confiança na realização das tarefas de autocuidado.
Componente 2: <i>EMOÇÃO NEGATIVA</i>	3.4. Apresenta-se melancólico(a), com perda de apetite e/ou insónia. 3.5. Manifesta medo (de ter uma recaída, da solidão, de cair, de ter dor, do estigma social...). 3.6. Expressa desamparo e tristeza associado a falta de companhia.
Item possivelmente problemático	3.3. Revela sinais tradutores de ansiedade, insegurança, tristeza e/ou desespero.

Nas restantes três dimensões da *toolkit* não houve necessidade de serem atribuídas designações aos componentes indicados, pois as mesmas, tal como ilustra o Quadro 12, foram consideradas unidimensionais.

Quadro 12: Dimensões unidimensionais: “Disponibilidade para aprender”, “Experiências anteriores” e “Significados atribuídos”.

“DISPONIBILIDADE PARA APRENDER”
<p>4.1. Verbaliza disposição para aprender.</p> <p>4.2. Procura informação (junto de outros doentes com uma condição de saúde semelhante, profissionais, internet...).</p> <p>4.3. Faz perguntas relacionadas com a evolução da sua condição de saúde.</p> <p>4.4. Estabelece metas para o futuro.</p>
“EXPERIÊNCIAS ANTERIORES”
<p>5.1. Vivenciou anteriormente uma experiência que está a dificultar a aquisição de competências para o autocuidado.</p> <p>5.2. Tem conhecimento ou aprendizagens prévias que estão a facilitar o seu processo de recuperação.</p> <p>5.3. Recorre a comportamentos que o(a) ajudam a manter o bem-estar alicerçado pela vivência de uma experiência anterior.</p>
“SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS”¹
<p>6.1. Expressa sentir-se um “fardo” para as pessoas das quais depende para a concretização das atividades de vida diária.</p> <p>6.2. Admite que está na altura de serem os outros a substituí-lo(a) na concretização das atividades de vida diária.</p> <p>6.3. Quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho(a) fica visivelmente triste e/ou verbaliza “já não servir para nada”.</p>

Estudo-piloto: estudo da consistência interna do instrumento

Após efetivado o estudo da consistência interna da *toolkit* verificou-se que, na sua globalidade, esta apresentava um valor de alfa de Cronbach tradutor de uma consistência interna muito boa - 0,94². A exceção foi a dimensão “Significados atribuídos”, que havia apresentado um alfa inicial de 0,57. Perante tal valor, o alfa da dimensão apresentava-se inadmissível (Almeida, 2017; Pestana & Gageiro, 2014; Ribeiro, 2010), o que não se afigurava benéfico para a determinação da qualidade do instrumento construído.

¹ Após a exclusão do item 6.4.

² Após a exclusão do item 6.4.

Ao proceder-se à análise da estatística de cada item para a referida dimensão, objetivou-se que ao ser excluído o item 6.4. - *Refere não ter qualquer problema em recorrer a ajudas técnicas se essa for a solução para melhorar o autocuidado*, o alfa da dimensão passava a assumir o valor de 0,76, sendo esta uma diferença bastante significativa do ponto de vista estatístico. Mediante este resultado optou-se por efetivar a exclusão do item e a dimensão passou a comportar apenas os três restantes indicadores.

Contudo, da revisão da literatura previamente concretizada, tinha-se percebido a relevância teórica do indicador discriminado. Da investigação de Maia (2012) havia-se concluído que

pelas notas de campo, depreende-se que a última razão para a não utilização dos referidos equipamentos . . . radica em significados e atitudes dificultadoras . . . que os clientes têm, face aos equipamentos. Apercebemo-nos que alguns entrevistados sentiam que aqueles equipamentos comprometiam, por exemplo, a sua auto-estima (p. 64).

De acordo com a autora, a não utilização dos equipamentos pode representar um grande impacto no desenvolvimento do potencial de autonomia da pessoa dependente, daí a importância de, com ela, se debaterem os significados existentes para assim se reestruturarem atitudes face aos mesmos.

Para além disso, constatou-se que a pessoa com dependência no autocuidado, apesar de não dispensar o uso de alguns equipamentos, como é o caso dos que se relacionam com o andar (e.g. andarilhos e bengalas), tem, ainda assim, tendência a recorrer “a pouco mais de metade dos equipamentos considerados necessários” (Gonçalves, 2013, p. 144). De modo similar, na investigação de Lourenço (2015) a autora havia reconhecido que a utilização de equipamentos (e.g. canadianas, cadeira de banho e alteador de sanita) se revelou um recurso fundamental na concretização de forma autónoma de determinadas tarefas de autocuidado.

Face ao apresentado, verificou-se que os três indicadores que acabavam por permanecer nesta dimensão,

- *Expressa sentir-se um “fardo” para as pessoas das quais depende para a concretização das atividades de vida diária;*
- *Admite que está na altura de serem os outros a substituí-lo(a) na concretização das atividades de vida diária;*
- *Quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho(a) fica visivelmente triste e/ou verbaliza “já não servir para nada”,*

não são tradutores do significado relativo ao uso de equipamentos, mas antes do significado que a pessoa faculta à dependência. Pelo conseguinte, considera-se que, aquando da próxima fase do estudo relativa à avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, faz todo o sentido a formulação de um novo indicador que traduza o significado que a pessoa atribui ao uso de equipamentos. Como tal, sugere(m)-se o(s) seguinte(s),

- *Considera que terá vergonha de usar um equipamento para fazer aquilo que já não consegue fazer sozinho(a);*
- *Admite que o uso de equipamentos o(a) faz ser mais autónomo(a) e lhe possibilita, sem ajuda de outra pessoa, “chegar lá”.*

Tendo em conta os resultados obtidos, e após ter-se concluído que a *toolkit* tem uma boa fidelidade e que as correlações existentes entre as variáveis são de boa qualidade, de tal maneira que é seguro prosseguir-se com a execução da análise fatorial numa futura validação do instrumento, sugere-se uma nova versão da *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado com algumas alterações face à versão testada no estudo-piloto³.

³ Versão da *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado após o estudo-piloto (Anexo XI).

CONCLUSÃO

Nesta etapa final da elaboração do trabalho de investigação surge a necessidade de se produzir uma síntese objetiva das principais ideias retratadas e do seu significado e interesse. Torna-se assim, e desde já, importante ressaltar o papel determinante que o autocuidado assume no atual panorama dos cuidados de saúde. Tal como menciona Paiva (2016, p. 6),

apesar da necessidade da máxima competência dos enfermeiros face ao exercício do seu papel colaborativo com a medicina no diagnóstico e tratamento da doença, as necessidades de cuidados das pessoas apelam, cada vez mais, à enfermagem exposta nos modelos teóricos e, assim, à valorização do conceito de autocuidado.

É importante, neste seguimento, perceber-se a influência que os dois modelos teóricos tornados referenciais deste estudo assumiram sobre a investigação entretanto consumada. De Dorothea Orem, e da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, destacam-se, sobretudo, os vários domínios sobre os quais, e perante as necessidades de autocuidado da pessoa, a intervenção do enfermeiro se pode situar. Já com esta teoria se havia compreendido que o autocuidado é influído por alguns fatores condicionantes básicos e isto foi, mais tarde, também confirmado através da Teoria de Médio-Alcance do Autocuidado na Doença Crónica, em que melhor se entendeu o que estas autoras designaram por barreiras ou processos facilitadores do autocuidado. Tais barreiras, ou processos facilitadores, vão ao encontro dos demais referidos na revisão documental efetuada e aos agora constantes do instrumento construído. Uma outra questão importante que aqui se ressalva é a de que o autocuidado parte de um processo de tomada de decisão e de reflexão e que, para ser efetivo, deverá ser intencional, reflexivo, suficiente e fundamentado (Riegel et al., 2012). Esta situação apenas se verificará se no cuidado à pessoa dependente todos os fatores críticos, nomeadamente os que se relacionam com os processos psicológicos, forem considerados.

Ao longo do trabalho foi mencionado, por diversas vezes, que a construção da *toolkit* era efetivamente algo emergente e através do qual o enfermeiro conseguiria obter indicadores suscetíveis de traduzir a resposta da pessoa a uma condição de saúde de dependência no autocuidado. Tentou-se, que a construção desta comportasse o maior rigor possível e por isso consultou-se a bibliografia que se considerou mais relevante na área em estudo e recorreu-se a um grupo de enfermeiros peritos neste domínio. Com estes percebeu-se, que mais do que a questão de se conseguir avaliar o potencial da pessoa dependente

para melhorar o autocuidado, é haver uma cultura do ponto de vista da enfermagem que acredite que há, de facto, potencial para a pessoa recuperar a sua autonomia no autocuidado.

Entendeu-se, que as seis dimensões que sustentam o instrumento - “Cognição”, “Atitude”, “Emoção”, “Disponibilidade para aprender”, “Experiências anteriores” e “Significados atribuídos” -, são significativas para uma avaliação efetiva do potencial ao nível dos processos psicológicos. Os trabalhos de investigação prévios desenvolvidos na área do autocuidado, particularmente os direcionados para o potencial de reconstrução da autonomia, foram uma mais valia neste âmbito. O recurso à CIPE® e à NOC foi também orientador e uma preocupação, pois, sempre que possível, tentou-se que o instrumento fosse suportado pela linguagem classificada.

Relativamente ao estudo-piloto, considera-se que os resultados que com ele se obtiveram têm bastante significado e interesse para esta área de estudo. Em relação à análise fatorial, e apesar de o instrumento ter sido aplicado a uma amostra de reduzidas dimensões, o valor de KMO foi tradutor de que seria seguro prosseguir-se com a execução da mesma. Foi, assim, feito um ensaio da análise fatorial exploratória da *toolkit* tendo-se percebido, tal como esperado, que as dimensões mais pequenas eram unidimensionais e as que se compunham por um maior número de indicadores eram também formadas por mais que um componente. Existiram alguns *itens* que, pelo peso da carga fatorial associada, não se conseguiram fazer pertencer a nenhum dos componentes designados e, por isso, foram denominados de “*itens* possivelmente problemáticos”. Se esta investigação retratasse a validação do instrumento, e os resultados assim se mantivessem, estes eram *itens* que provavelmente seriam excluídos. Como não é o caso, optou-se pela sua permanência no estudo pois os resultados podem vir a ser algo diferentes se também o tamanho da amostra aumentar.

Após ter sido aplicado junto de 67 pessoas com dependência no autocuidado, percebeu-se que o instrumento apresentava, também, uma consistência interna muito boa, quer quando a escala era considerada na sua globalidade - com um alfa de Cronbach de 0,94, quer cada dimensão *per si*. A exceção foi a dimensão “Significados atribuídos”, em que se teve que eliminar o item 6.4. por forma a aumentar o valor do alfa de Cronbach da dimensão e, conseqüentemente a qualidade do instrumento.

Um dos principais constrangimentos que acabou por surgir ao longo do desenvolvimento do trabalho relacionou-se, exatamente, com a questão da exclusão do item referido. Este era um indicador que apresentava, de acordo com a revisão da literatura efetivada, bastante relevância a nível teórico. Como tal, considerou-se que o instrumento, com a exclusão do item, comportava uma grande lacuna a este nível. Para colmatar esta situação, e uma vez que o problema poderia encontrar-se na formulação do item, optou-se

por enunciar dois novos indicadores tradutores da mesma ideia e sugere-se a sua inclusão no instrumento de avaliação em estudos futuros que se desenvolvam no seguimento deste.

Relativamente ao nível de eficácia ao analisar os objetivos previamente definidos, e após o exposto anteriormente, constatou-se que tal foi uma realidade. Da maneira que foi objetivado, construiu-se, e determinou-se a qualidade, de um instrumento de avaliação que permite perceber, ao nível dos processos psicológicos, o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar. Relembrando o que outrora Lourenço (2015) referenciara “o processo de recuperação da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado é influenciado pelas respostas humanas à transição face à dependência no autocuidado” (p. 270), sendo que “as dimensões de dados iniciais mais relevantes, nesta perspetiva das respostas humanas às transições, centram-se no “Processo Psicológico” (p. 270). A *toolkit* possibilita, assim, que o enfermeiro, no contexto da prática clínica, direcione as suas intervenções no sentido de, e.g., melhorar a perceção de autoeficácia da pessoa e a sua autoestima, tendo esta, conseqüentemente, uma oportunidade inerente para desenvolver o seu potencial para melhorar o autocuidado.

Ao falar-se de eficiência, e ao relacionar os objetivos atingidos com os recursos utilizados, percebeu-se que a procura científica efetuada foi dirigida para as áreas que se pretendiam. O recurso ao *focus group* revelou-se um método bastante importante, tendo sido relevantes, para a construção do instrumento e validação do seu conteúdo, os contributos procedentes de quem já tinha realizado trabalhos de investigação e de quem exerce a sua prática clínica junto da pessoa com dependência no autocuidado. O facto de quase a totalidade da recolha de dados ter sido efetivada pela investigadora principal e pela coordenadora do projeto e orientadora da dissertação de mestrado também se afigurou benéfico para o estudo. Contudo, e para as situações em que a recolha de dados foi suportada pelos enfermeiros do serviço de ortopedia, o recurso ao desenvolvimento do manual de procedimentos também se revelou facilitador.

Limitações do estudo

Fazendo referência às limitações que se associam a este estudo, salienta-se a questão do espaço temporal disponível para a concretização da investigação que, inevitavelmente, teve influência sobre o tamanho da amostra alcançado e sobre a opção de não se progredir para a Fase II relativa à exploração das propriedades psicométricas do instrumento. A segunda principal limitação que se evidencia foi o facto de se ter optado por excluir do estudo a pessoa com perturbação da linguagem. Tal como foi referido por um dos elementos que compôs o grupo de peritos, “desde o momento que a gente consiga estabelecer uma comunicação eficaz com o doente ele deve ser incluído”. No entanto, esta

era uma opção que iria ter também implicações sobre a questão temporal e sobre as escolhas metodológicas entretanto assumidas. Percebe-se, porém, a hipótese de em investigações futuras se reconsiderar o critério de exclusão por agora definido.

Implicações para a investigação, para o ensino e para a prática clínica

A pesquisa em enfermagem tem como principais finalidades “obter dados confiáveis sobre temas importantes para a profissão, incluindo prática, ensino, administração e informatização” (Polit & Beck, 2011, p. 22). Pensa-se que este estudo pode vir a comportar, assim, importantes implicações para a investigação, para o ensino e para a prática clínica.

Do ponto de vista da investigação perspetivou-se este estudo como um ponto de partida. Neste momento, pode considerar-se que já existe, no domínio dos processos psicológicos, um instrumento de avaliação que permite perceber o potencial que a pessoa dependente no autocuidado tem para melhorar. Também se compreendeu, pelo estudo da sua validade e fidelidade, que o instrumento tem qualidade. Posto isto, e para que o mesmo possa ser utilizado de forma efetiva no contexto da prática clínica, será importante que se dê continuidade a esta investigação e se progrida para a Fase II do estudo respeitante à exploração das propriedades psicométricas da *toolkit*.

Relativamente ao ensino, com este estudo pretende-se voltar a sensibilizar para a importância que a educação ao nível dos processos psicológicos assume na formação dos estudantes de enfermagem. Do estudo de Silva (2011), a autora tinha já apurado que

os estudantes não solicitaram dados que lhes permita avaliar em que medida o doente tem consciência . . . sobre o autocuidado que pode realizar . . . o potencial de autonomia, como deve participar durante o processo adaptativo tendo em vista adquirir a mestria que concretiza o seu máximo potencial de autonomia. Igualmente, não solicitaram dados iniciais que lhes permita perceber quais os significados e as crenças associados à condição de saúde e ao processo terapêutico. Os dados iniciais e os diagnósticos de enfermagem da dimensão “Processo psicológico” centram-se e circunscrevem-se às emoções que o doente sente, sem promover os processos e as estratégias de *coping* focados no problema, na mudança e na diferença e na “promoção da autonomia” (p. 343).

Em relação às implicações para a prática clínica, observa-se este instrumento como um importante “*kit* de ferramentas” para o enfermeiro que exerce a sua atividade junto da pessoa dependente no autocuidado. O processo de enfermagem é complexo e exige uma necessidade constante de tomada de decisão (Polit et al., 2004). Acredita-se que a *toolkit* orientará o enfermeiro na recolha de dados e permitirá a formulação de diagnósticos de enfermagem mais exatos, diretamente relacionados com as reais necessidades de cuidados da pessoa, auxiliando, também, o planeamento e a execução de intervenções mais dirigidas aos processos psicológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2018). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º semestre 2018*. Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-1-semester-18-vFINAL-v2.pdf>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Almeida, A. M. G. (2009). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – Estudo exploratório no contexto domiciliar*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10507>
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde – Um guia com o SPSS*. Loures: Lusodidacta.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x
- Balsmeyer, B. (1984). Locus of control and the use of strategies to promote self-care. *Journal of Community Health Nursing*, 1(3), 171-179. doi: 10.1207/s15327655jchn0103_6
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-205. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 21-41. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00024>

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660

Barlow, J., Wright, C., & Cullen, L. (2002). A job-seeking self-efficacy scale for people with physical disabilities: Preliminary development and psychometric testing. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30(1), 37-53. doi: 10.1080/030698880220106500

Bartlett, J. E., Kotrlik, J. W., & Higgins, C. C. (2001). Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research. *Information, Technology, Learning and Performance Journal*, 19(1), 43-50. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.486.8295&rep=rep1&type=pdf>

Baydoun, M., Barton, D. L., & Arslanian-Engoren, C. (2018). A cancer specific middle-range theory of symptom self-care management: A theory synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2935-2946. doi: 10.1111/jan.13829

Bell, L., & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse – Patient trust. *British Journal of Nursing*, 18(1), 46-51. doi: 10.12968/bjon.2009.18.1.32091

Bidwell, J. T., Vellone, E., Lyons, K. S., D'Agostino, F., Riegel, B., Juárez-Vela, R., . . . Lee, C. S. (2015). Determinants of heart failure self-care maintenance and management in patients and caregivers: A dyadic analysis. *Research in Nursing & Health*, 38(5), 392-402. doi: 10.1002/nur.21675

- Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado – Uma teoria explicativa*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>
- Brito, M. A. C. (2016). Reconstrução da autonomia – Uma teoria explicativa. In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 59-71). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Burbank, P. M., Reibe, D., Padula, C. A., & Nigg, C. (2002). Exercise and older adults: Changing behavior with the transtheoretical model. *Orthopedic Nursing*, 21(4), 51-63. Recuperado de <https://professorricardopace.files.wordpress.com/2015/02/exercise-and-older-adults.pdf>
- Callaghan, D. M. (2006). The influence of growth on spiritual self-care agency in an older adult population. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(9), 43-51. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b6fc50e8-15d2-432e-bf99-08df0bbb8e2c%40sessionmgr101>
- Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K., & Stewart, S. (2010). Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(2), 92-100. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.10.004
- Chapple, A., & Rogers, A. (1999). Self-care and its relevance to developing demand management strategies: A review of qualitative research. *Health and Social Care in the Community*, 7(6), 445-454. doi: 10.1046/j.1365-2524.1999.00212.x
- Chen, A. M. H., Yehle, K. S., Albert, N. M., Ferraro, K. F., Mason, H. L., Murawski, M. M., & Plake, K. S. (2014). Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2), 378-386. doi: 10.1016/j.sapharm.2013.07.001

Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. 2.^a ed. Coimbra: Almedina.

Davidson, P. M., Macdonald, P., Moser, D. K., Ang, E., Paull, G., Choucair, S., . . . Dracup, K. (2007). Cultural diversity in heart failure management: Findings from the discover study (Part 2). *Contemporary Nurse*, 25(1-2), 50-61. doi: 10.5172/conu.2007.25.1-2.50

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República n.º 109 – I Série A*. Lisboa: Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social.

Department of Health. (2005). Self-care – a real choice: Self-care support – a practical option. *Supporting Self-care*, 1-11. Recuperado de https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124065355/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf

Dias, O. G., & Sá, A. C. (2008). *Psicologia aplicada à enfermagem*. Barueri: Manole.

Dickson, V., & Riegel, B. (2009). Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart Lung*, 38(3), 253-261. doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.12.001

Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008 de 7 de janeiro. *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Cuidados Continuados.

Driver, S., Rees, K., O'Connor, J., & Lox, C. (2006). Aquatics, health-promoting self-care behaviours and adults with brain injuries. *Brain Injury*, 20(2), 133-141. doi: 10.1080/02699050500443822

Duff, K., Mold, J. W., Roberts, M. M., & McKay, S. L. (2007). Medical burden and cognition in older patients in primary care: Selective deficits in attention. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(5), 569-575. doi: 10.1016/j.acn.2007.03.007

Encarnação, P. C. S. (2016). *Sufrimento e fé em pessoas com esclerose múltipla*. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/104538>

Encarnação, P. C. S. (2017, maio). A espiritualidade como fator protetor da pessoa na prevenção da doença oncológica: Desafios e perspetivas. Artigo apresentado no *10º Congresso Nacional Enfermagem Oncológica, SPEO/ ESECVPOA*, III Supl., 37-48. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/47111>

Folkman, S. (2011a). Stress, health, and coping: An overview. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 3-11). New York: Oxford University Press.

Folkman, S. (2011b). Stress, health, and coping: Synthesis, commentary, and future directions. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 453-462). New York: Oxford University Press.

Folkman, S., & Lazarus R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170. doi: 10.1037/0022-3514.48.1.150

Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *O inquérito – Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Gibello, B. (1999). *O pensamento incontido – Ensaio sobre o pensamento e as suas perturbações*. Lisboa: Climepsi Editores.

Global Self-Care Federation. (2019). *What is self-care?* Recuperado de <https://www.selfcarefederation.org/what-is-self-care>

Gomes, B., & Martins, M. M. (2016). Funcionalidade, autonomia e dependência. In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 29-39). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Gonçalves, P. J. P. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – Estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18580>

Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O stress: Emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.

Greenhalgh, T., Collard, A., Campbell-Richards, D., Vijayaraghavan, S., Malik, F., Morris, J., & Claydon, A. (2011). Storylines of self-management: Narratives of people with diabetes from a multiethnic inner city population. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(1), 37-43. doi: 10.1258/jhsrp.2010.009160

Høy, B., Wagner, L., & Hall, E. O. C. (2007). Self-care as a health resource of elders: An integrative review of the concept. *Nordic College of Caring Science*, 21(4), 456-466. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x

Instituto da Segurança Social, I. P. (2016). *Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

Instituto da Segurança Social, I. P. (2018). *Guia prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Recuperado de http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente em Portugal*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

International Council of Nurses. (2001). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Beta 2*. Geneva: ICN.

International Council of Nurses. (2017). *Browser CIPE*. Recuperado de <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>

International Organization for Standardization – ISO 18104. (2014). *Health informatics – Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*. 2.^a ed. Geneva: ISO.

International Self-Care Foundation. (s.d.). *What is self-care?* Recuperado de <https://isfglobal.org/what-is-self-care/>

Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., & Strömberg, A. (2017). Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: A literature update. *Current Heart Failure Reports*, 14(2), 71-77. doi: 10.1007/s11897-017-0324-1

Jenerette, C. M., & Murdaugh, C. (2008). Testing the theory of self-care management for sickle cell disease. *Research in Nursing & Health*, 31(4), 355-369. doi: 10.1002/nur.20261

- Kasikçi, M. K., & Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1468-1478. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01782.x
- Kidd, L., Kearney, N., O'Carroll, R., & Hubbard, G. (2008). Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 469-477. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04796.x
- Koç, Z. (2014). The investigation of factors that influence self-care agency and daily life activities among the elderly in the northern region of turkey. *Collegian*, 22(3), 251-258. doi: 10.1016/j.colegn.2014.01.002
- Kralik, D., Price, K., & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2(3), 197-204. doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01056.x
- Leal, I. (2006). *Perspetivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto. *Diário da República n.º 151 – I Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lourenço, M. C. G. (2015). *A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Um modelo de intervenção de enfermagem em cuidados continuados*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20685>
- Machado, M. M. P. (2015). *Estudo das necessidades em cuidados de enfermagem nos lares da Região Norte*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/23166>

Maciel, E. A. R. (2013). *O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: Estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9453>

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5.^a ed. Pero Pinheiro: ReportNumber.

Marques, P. A. O., Sousa, P. A. F., & Silva, A. A. P. (2013). Confusão aguda no idoso: Dados para a decisão do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência, Série III* (9), 37-43. doi: 10.12707/RIII1292

Martins, M. M., & Gomes, B. (2016). Avaliação multidimensional da pessoa. In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 41-57). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Martins, T., & Rocha, M. C. (2016). Autocuidado – Foco central para a prática de enfermagem. In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 13-28). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

McCabe, N., Dunbar, S. B., Butler, J., Higgins, M., Book, W., & Reilly, C. (2015). Antecedents of self-care in adults with congenital heart defects. *International Journal of Cardiology*, 201, 610-615. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.08.125

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Classificação dos resultados de enfermagem: Mensuração dos resultados em saúde*. 5.^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Mäkinen, S., Suominen, T., & Lauri, S. (2000). Self-care in adults with asthma: How they cope. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 557-565. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00429.x

Nair, S. (2003). Life goals: The concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 17(2), 192-202. doi: 10.1191/0269215503cr599oa

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Recuperado de <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/06/OPSS-Relat%C3%B3rio-de-Primavera-2015-16-06-2015.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio caminho andado. Relatório Primavera 2018*. Recuperado de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. 2.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Orem, D. E. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Orem, D. E. (1991). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson.

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6.^a ed. St. Louis: Mosby.
- Padilha, J. M., Cruz, A. G., Pinto, V. M., Queirós, P. J. P., Henriques, F. M. D, Alves, M. C. O., ... Costa, M. I. A. (2001). *Enfermagem em neurologia*. Coimbra: Formasau.
- Paiva, A. (2016). Prefácio. In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 5-7). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pereira, S. C. A. (2014). *Formulário de avaliação da dependência no autocuidado – Versão reduzida*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9737>
- Pereira, A., & Patrício, T. (2016). *Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 8.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 6.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos. Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa). Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10572>
- Petronilho, F. A. S., Magalhães, M. M. A., Machado, M. M. P., & Vieira M. N. M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico – Impacto da (in)capacidade

funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*, 41-47. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13637>

Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V., & Machado, M. M. P. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (14), 39-48. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn14/serIVn14a05.pdf>

Petronilho, F. A. S., Pereira, F. M. S., & Silva, A. P. (2014). Critérios de decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem, Série II* (8), 35-43. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32397>

Pinto, A. C. (2001). Memória, cognição e educação: Implicações mútuas. In B. Detry & F. Simas (Eds.), *Educação, cognição e desenvolvimento: Textos de psicologia educacional para a formação de professores* (pp. 17-54). Lisboa: Edinova.

Pinto, A. C. (2011). *Psicologia da aprendizagem e memória*. Porto: Livpsic/Legis Editora.

Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2012). A esperança da pessoa com cancro – Estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência, Série III* (7), 23-31. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a03.pdf>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7.^a ed. Porto Alegre: Artmed.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9.^a ed. Porto Alegre: Artmed.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5.^a ed. Porto Alegre: Artmed.

Pryor, J. (2009). Coaching patients to self-care: A primary responsibility of nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 4(2), 79-88. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00148.x

Querido, A. I. F. (2005). *A esperança em cuidados paliativos*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa). Recuperado de <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/120>

Regufe, J. R. F. (2015). *Processo diagnóstico focado no desempenho parental com crianças com necessidades especiais permanentes – Da formalização do conhecimento envolvido à definição de um modelo clínico de dados*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10770>

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3.^a ed. Porto: Livpsic.

Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S., & Regadas, S. C. R. S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (1), 25-36. doi: 10.12707/RIII12162

Riegel, B., Dickson, V. V., Kuhn, L., Page, K., & Worrall-Carter, L. (2010). Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 888-895. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.011

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. doi: 10.1097/ANS.0b013e318261b1ba

Rodrigues, S. M. L., Oliveira, M. C. C., & Silva, P. (2015). Perceções dos enfermeiros e doentes com AVC sobre a educação para a saúde. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (6), 87-95. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn6/serIVn6a10.pdf>

Ruas, J. (2017). *Manual de metodologias de investigação. Como fazer propostas de investigação, monografias, dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora.

Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: Epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35(Suppl 2), ii37-ii41. doi: 10.1093/ageing/afl084

Salgueiro, J. P. L. (2014). *Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78151/2/34066.pdf>

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. 2.^a ed. Lisboa: Lidel.

Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. 3.^a ed. Coimbra: Edição do autor.

Silva, M. A. T. C. P. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem: Estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>

Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em humanidade: Estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência, Série III* (6), 91-93. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a08.pdf>

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2011). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sok, S. R., Ryu, J. S., Park, S. H., & Seong, M. H. (2018). Factors influencing self-care competence in Korean woman with rheumatoid arthritis. *The Journal of Nursing Research*, 00(0), 1-7. doi: 10.1097/jnr.0000000000000279

Spar, L. E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Stamp, K. D. (2014). Women with heart failure: Do they require a special approach for improving adherence to self-care? *Current Heart Failure Reports*, 11(3), 307-313. doi: 10.1007/s11897-014-0199-3

Strömberg, A. (2005). The crucial role of patient education in heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7(3), 363-369. doi: 10.1016/j.ejheart.2005.01.002

Van Der Bijl, J. J., & Shortridge-Baggett, L.M. (2001). The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 15(3), 189-207. doi: 10.1891/0889-7182.15.3.189

Welmer, A., Arbin, M. V., Murray, V., Holmqvist, L. W., & Sommerfeld, D. K. (2007). Determinants of mobility and self-care in older people with stroke: Importance of somatosensory and perceptual functions. *Physical Therapy*, 87(12), 1633-1641. doi: 10.2522/ptj.20060349

World Health Organization. (2009). *Self-care in the context of primary health care*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206352/B4301.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2013). *Self-care for health: A handbook for community health workers & volunteers*. Recuperado de http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5084.pdf

World Health Organization. (2019). *WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: Sexual and reproductive health and rights*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf?ua=1>

ANEXOS

ANEXO I - Autorização para reimpressão das figuras



AUTORIZAÇÃO PARA REIMPRESSÃO DAS FIGURAS 1 E 2



Figura 1 - Elementos centrais do autocuidado na doença crônica (Riegel et al., 2012, p. 199).



Figura 2 - Relação entre a tomada de decisão e a reflexão no autocuidado (Riegel et al., 2012, p. 198).

WOLTERS KLUWER HEALTH, INC. LICENSE

TERMS AND CONDITIONS

Jul 26, 2019

This Agreement between Ms. Elisabete Silva ("You") and Wolters Kluwer Health, Inc. ("Wolters Kluwer Health, Inc.") consists of your license details and the terms and conditions provided by Wolters Kluwer Health, Inc. and Copyright Clearance Center.

License Number: 4636570381184

License date: Jul 26, 2019

Licensed Content Publisher: Wolters Kluwer Health, Inc.

Licensed Content Publication: Advances in Nursing Science

Licensed Content Title: A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness

Licensed Content Author: Barbara Riegel, Tiny Jaarsma, and Anna Strömberg

Licensed Content Date: Jul 1, 2012

Licensed Content Volume: 35

Licensed Content Issue: 3

Type of Use: Dissertation/Thesis

Requestor type: Individual

STM publisher name/Portion: Figures/table/illustration

Number of figures/tables/illustrations: 2

Figures/tables/illustrations used: Figure 1 and 2

Author of this Wolters Kluwer article: No

Title of your thesis / dissertation: THE DEPENDENT PERSON IN SELF-CARE WITH THE POTENTIAL TO IMPROVE: CONSTRUCTION AND VALIDATION OF AN EVALUATION INSTRUMENT OF POTENTIAL IN THE DOMAIN OF PSYCHOLOGICAL PROCESSES - PILOT STUDY -

Expected completion date: Oct 2019

Estimated size(pages): 100

Requestor Location: Ms. Elisabete Silva | Rua da Gandra nº 83 | Marco de Canaveses, Porto | 4575-452 | Portugal | Attn: Ms. Elisabete Silva

Publisher Tax ID: EU826013006

Total: 0.00 EUR

[Terms and Conditions](#)

Wolters Kluwer Health Inc. Terms and Conditions

1. **Duration of License:** Permission is granted for a one time use only. Rights herein do not apply to future reproductions, editions, revisions, or other derivative works. This permission shall be effective as of the date of execution by the parties for the maximum period of 12 months and should be renewed after the term expires.
 - i. When content is to be republished in a book or journal the validity of this agreement should be the life of the book edition or journal issue.
 - ii. When content is licensed for use on a website, internet, intranet, or any publicly accessible site (not including a journal or book), you agree to remove the material from such site after 12 months, or request to renew your permission license
2. **Credit Line:** A credit line must be prominently placed and include: For book content: the author(s), title of book, edition, copyright holder, year of publication; For journal content: the author(s), titles of article, title of journal, volume number, issue number, inclusive pages and website URL to the journal page; If a journal is published by a learned society the credit line must include the details of that society.
3. **Warranties:** The requestor warrants that the material shall not be used in any manner which may be considered derogatory to the title, content, authors of the material, or to Wolters Kluwer Health, Inc.
4. **Indemnity:** You hereby indemnify and hold harmless Wolters Kluwer Health, Inc. and its respective officers, directors, employees and agents, from and against any and all claims, costs, proceeding or demands arising out of your unauthorized use of the Licensed Material
5. **Geographical Scope:** Permission granted is non-exclusive and is valid throughout the world in the English language and the languages specified in the license.
6. **Copy of Content:** Wolters Kluwer Health, Inc. cannot supply the requestor with the original artwork, high-resolution images, electronic files or a clean copy of content.
7. **Validity:** Permission is valid if the borrowed material is original to a Wolters Kluwer Health, Inc. imprint (J.B Lippincott, Lippincott-Raven Publishers, Williams & Wilkins, Lea & Febiger, Harwal, Rapid Science, Little Brown & Company, Harper & Row Medical, American Journal of Nursing Co, and Urban & Schwarzenberg - English Language, Raven Press, Paul Hoeber, Springhouse, Ovid), and the Anatomical Chart Company
8. **Third Party Material:** This permission does not apply to content that is credited to publications other than Wolters Kluwer Health, Inc. or its Societies. For images credited to non-Wolters Kluwer Health, Inc. books or journals, you must obtain permission from the source referenced in the figure or table legend or credit line before making any use of the image(s), table(s) or other content.
9. **Adaptations:** Adaptations are protected by copyright. For images that have been adapted, permission must be sought from the rightsholder of the original material and the rightsholder of the adapted material.
10. **Modifications:** Wolters Kluwer Health, Inc. material is not permitted to be modified or adapted without written approval from Wolters Kluwer Health, Inc. with the exception of text size or color. The adaptation should be credited as follows: Adapted with permission from Wolters Kluwer Health, Inc.: [the author(s), title of book, edition, copyright holder, year of publication] or [the author(s), titles of article, title of journal, volume number, issue number, inclusive pages and website URL to the journal page].
11. **Full Text Articles:** Republication of full articles in English is prohibited.
12. **Branding and Marketing:** No drug name, trade name, drug logo, or trade logo can be included on the same page as material borrowed from Diseases of the Colon & Rectum, Plastic Reconstructive Surgery, Obstetrics & Gynecology (The Green Journal), Critical Care Medicine, Pediatric Critical Care Medicine, the American Heart Association publications and the American Academy of Neurology publications.
13. **Open Access:** Unless you are publishing content under the same Creative Commons license, the following statement must be added when reprinting material in Open Access journals: "The Creative Commons license does not apply to this content. Use of the material in any format is prohibited without written permission from the publisher, Wolters Kluwer Health, Inc. Please contact permissions@lww.com for further information."
14. **Translations:** The following disclaimer must appear on all translated copies: Wolters Kluwer Health, Inc. and its Societies take no responsibility for the accuracy of the translation from the published English original and are not liable for any errors which may occur.
15. **Published Ahead of Print (PAP):** Articles in the PAP stage of publication can be cited using the online publication date and the unique DOI number.
 - i. **Disclaimer:** Articles appearing in the PAP section have been peer-reviewed and accepted for publication in the relevant journal and posted online before print publication. Articles appearing as PAP may contain statements, opinions, and information that have errors in facts, figures, or interpretation. Any final changes in manuscripts will be made at the time of print publication and will be reflected in the final electronic version of the issue. Accordingly, Wolters Kluwer Health, Inc., the editors, authors and their respective employees are not responsible or liable for the use of any such inaccurate or misleading data, opinion or information contained in the articles in this section.
16. **Termination of Contract:** Wolters Kluwer Health, Inc. must be notified within 90 days of the original license date if you opt not to use the requested material.
17. **Waived Permission Fee:** Permission fees that have been waived are not subject to future waivers, including similar requests or renewing a license.

18. **Contingent on payment:** You may exercise these rights licensed immediately upon issuance of the license, however until full payment is received either by the publisher or our authorized vendor, this license is not valid. If full payment is not received on a timely basis, then any license preliminarily granted shall be deemed automatically revoked and shall be void as if never granted. Further, in the event that you breach any of these terms and conditions or any of Wolters Kluwer Health, Inc.'s other billing and payment terms and conditions, the license is automatically revoked and shall be void as if never granted. Use of materials as described in a revoked license, as well as any use of the materials beyond the scope of an unrevoked license, may constitute copyright infringement and publisher reserves the right to take any and all action to protect its copyright in the materials.
19. **STM Signatories Only:** Any permission granted for a particular edition will apply to subsequent editions and for editions in other languages, provided such editions are for the work as a whole in situ and do not involve the separate exploitation of the permitted illustrations or excerpts. Please view: STM Permissions Guidelines
20. **Warranties and Obligations:** LICENSOR further represents and warrants that, to the best of its knowledge and belief, LICENSEE's contemplated use of the Content as represented to LICENSOR does not infringe any valid rights to any third party.
21. **Breach:** If LICENSEE fails to comply with any provisions of this agreement, LICENSOR may serve written notice of breach of LICENSEE and, unless such breach is fully cured within fifteen (15) days from the receipt of notice by LICENSEE, LICENSOR may thereupon, at its option, serve notice of cancellation on LICENSEE, whereupon this Agreement shall immediately terminate.
22. **Assignment:** License conveyed hereunder by the LICENSOR shall not be assigned or granted in any manner conveyed to any third party by the LICENSEE without the consent in writing to the LICENSOR.
23. **Governing Law:** The laws of The State of New York shall govern interpretation of this Agreement and all rights and liabilities arising hereunder.
24. **Unlawful:** If any provision of this Agreement shall be found unlawful or otherwise legally unenforceable, all other conditions and provisions of this Agreement shall remain in full force and effect.

For Copyright Clearance Center / RightsLink Only:

1. **Service Description for Content Services:** Subject to these terms of use, any terms set forth on the particular order, and payment of the applicable fee, you may make the following uses of the ordered materials:
 - i. **Content Rental:** You may access and view a single electronic copy of the materials ordered for the time period designated at the time the order is placed. Access to the materials will be provided through a dedicated content viewer or other portal, and access will be discontinued upon expiration of the designated time period. An order for Content Rental does not include any rights to print, download, save, create additional copies, to distribute or to reuse in any way the full text or parts of the materials.
 - ii. **Content Purchase:** You may access and download a single electronic copy of the materials ordered. Copies will be provided by email or by such other means as publisher may make available from time to time. An order for Content Purchase does not include any rights to create additional copies or to distribute copies of the materials

Other Terms and Conditions:

v1.18

Questions? customercare@copyright.com or +1-855-239-3415 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.

AUTORIZAÇÃO PARA REIMPRESSÃO DA FIGURA 3

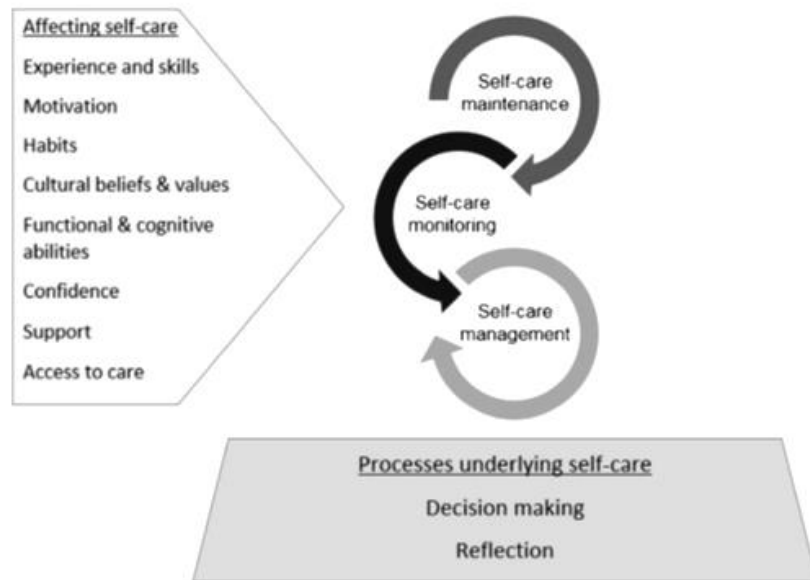


Figura 3 - Fatores que influenciam o autocuidado e os processos subjacentes ao autocuidado (Jaarsma et al., 2017, p. 72).

"This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC BY](#) license, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited."

**ANEXO II - *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para
Melhorar o Autocuidado**



Parte III - Processos Psicológicos

Indicar, de acordo com aquilo que observa e/ou de acordo com aquilo que a pessoa dependente no autocuidado lhe refere, de entre as categorias disponíveis - “nunca ou quase nunca/algumas vezes/a maioria das vezes/quase sempre ou sempre” -, aquela que mais se apropria.

1	COGNIÇÃO			
INDICADORES	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
1.1. Mantém a sua atenção focalizada. (Concentração)	0	0	0	0
1.2. Identifica a sua condição de saúde atual. (Consciencialização)	0	0	0	0
1.3. Reconhece as limitações para o autocuidado decorrentes da atual condição de saúde. (Consciencialização)	0	0	0	0
1.4. Solicita ajuda quando necessário. (Consciencialização)	0	0	0	0
1.5. Reconhece o significado de uma ideia que lhe é transmitida. (Pensamento)	0	0	0	0
1.6. Identifica e explica as diferenças entre dois objetos. (Processamento de informação)	0	0	0	0
1.7. É capaz de escolher entre duas ou mais alternativas. (Processo de tomada de decisão)	0	0	0	0
1.8. Recorda acontecimentos ou experiências recentes com precisão. (Memória de curto prazo)	0	0	0	0
1.9. Recorda acontecimentos ou experiências passadas com precisão. (Memória de longo prazo)	0	0	0	0
2	ATITUDE			
INDICADORES	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
2.1. Encara a situação de dependência como um dano/perda. ([Avaliação primária])	0	0	0	0
2.2. Considera ter disponíveis os recursos necessários para enfrentar o desafio colocado pela situação de dependência. ([Avaliação secundária])	0	0	0	0
2.3. Manifesta sensação de controlo e de conforto psicológico. (Aceitação)	0	0	0	0
2.4. Mostra-se capaz de responder de forma positiva aos estímulos a que está exposto(a). (Adaptação)	0	0	0	0
2.5. Acredita que a sua recuperação está maioritariamente dependente de si próprio. ([Locus de controlo interno])	0	0	0	0
2.6. Considera que a sua recuperação será mais uma questão de sorte do que de trabalho. ([Locus de controlo externo])	0	0	0	0
2.7. Acredita ser uma pessoa desenrascada e que facilmente resolve os seus problemas. (Autoeficácia)	0	0	0	0
2.8. Quando não consegue realizar determinada tarefa de autocuidado desiste facilmente. (Autoeficácia)	0	0	0	0
2.9. Acredita no seu mérito pessoal, tem orgulho de si mesmo(a) e uma visão positiva das suas qualidades. (Autoestima)	0	0	0	0
2.10. Tem uma expectativa realista das suas possibilidades de recuperação. (Expectativa)	0	0	0	0
2.11. Existem crenças de natureza cultural, espiritual, religiosa e/ou de saúde que estão a dificultar o seu envolvimento. (Crença)	0	0	0	0
2.12. Entende que consegue fazer o necessário para controlar as suas ações e assim alcançar as metas estabelecidas. (Autocontrolo)	0	0	0	0

2.13. Relata a sensação de que não vale a pena continuar a viver. (Vontade de viver)		0	0	0	0	
2.14. Tem iniciativa e apresenta-se empenhado(a) no desempenho das atividades de autocuidado. (Iniciativa/força de vontade)		0	0	0	0	
3	EMOÇÃO					
INDICADORES		Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre	
3.1. Expressa sentimentos de esperança relacionados com a sua recuperação. (Esperança)		0	0	0	0	
3.2. Demonstra confiança na realização das tarefas de autocuidado. (Confiança)		0	0	0	0	
3.3. Revela sinais tradutores de ansiedade, insegurança, tristeza e/ou desespero. (Emoção negativa)		0	0	0	0	
3.4. Apresenta-se melancólico(a), com perda de apetite e/ou insónia. (Humor depressivo)		0	0	0	0	
3.5. Manifesta medo (de ter uma recaída, da solidão, de cair, de ter dor, do estigma social...). (Medo)		0	0	0	0	
3.6. Expressa desamparo e tristeza associado a falta de companhia. (Desamparo/solidão)		0	0	0	0	
4	DISPONIBILIDADE PARA APRENDER					
INDICADORES		Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre	
4.1. Verbaliza disposição para aprender.		0	0	0	0	
4.2. Procura informação (junto de outros doentes com uma condição de saúde semelhante, profissionais, internet...).		0	0	0	0	
4.3. Faz perguntas relacionadas com a evolução da sua condição de saúde.		0	0	0	0	
4.4. Estabelece metas para o futuro.		0	0	0	0	
5	EXPERIÊNCIAS ANTERIORES					
INDICADORES		Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre	Não aplicável
5.1. Vivenciou anteriormente uma experiência que está a dificultar a aquisição de competências para o autocuidado.		0	0	0	0	0
5.2. Tem conhecimento ou aprendizagens prévias que estão a facilitar o seu processo de recuperação.		0	0	0	0	0
5.3. Recorre a comportamentos que o(a) ajudam a manter o bem-estar alicerçado pela vivência de uma experiência anterior.		0	0	0	0	0
6	SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS					
INDICADORES		Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre	
6.1. Expressa sentir-se um “fardo” para as pessoas das quais depende para a concretização das atividades de vida diária.		0	0	0	0	
6.2. Admite que está na altura de serem os outros a substituí-lo(a) na concretização das atividades de vida diária.		0	0	0	0	
6.3. Quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho(a) fica visivelmente triste e/ou verbaliza “já não servir para nada”.		0	0	0	0	
6.4. Refere não ter qualquer problema em recorrer a ajudas técnicas se essa for a solução para melhorar o autocuidado.		0	0	0	0	

ANEXO III - Folheto informativo sobre o estudo



FOLHETO INFORMATIVO SOBRE O ESTUDO

TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: A pessoa dependente no autocuidado com potencial para melhorar: Construção de um instrumento de avaliação

Antes de aceitar ou recusar participar neste estudo de investigação torna-se fundamental que perceba as suas características, a finalidade do mesmo, bem como os riscos e os benefícios associados à sua participação.

Elisabete Sofia Araújo Silva, aluna do 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a realizar a sua dissertação de mestrado intitulada “A pessoa dependente no autocuidado com potencial para melhorar: Construção de um instrumento de avaliação”.

Tal Estudo de Investigação apresenta dois objetivos principais:

- Construir um instrumento denominado “*Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Psicológicos”;
- Determinar a qualidade do instrumento através da concretização de um estudo-piloto.

Participantes: será incluída no estudo a pessoa dependente no autocuidado que, após a devida referenciação pela Equipa de Gestão de Altas, se encontra no hospital a aguardar ingresso em Unidades de Convalescença ou Unidades de Média Duração e Reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Farão igualmente parte da amostra pessoas que já se encontrem em regime de internamento em Unidades de Média Duração e Reabilitação.

Instrumento de avaliação: o instrumento comporta um conjunto de seis dimensões - “Cognição”; “Atitude”; “Emoção”; “Disponibilidade para Aprender”; “Experiências Anteriores” e “Significados Atribuídos”. Cada uma das dimensões é constituída por um conjunto de indicadores que as caracterizam. Além disso, existe um espaço destinado à recolha de dados sociodemográficos e um outro alusivo à caracterização da dependência no autocuidado do participante.

Riscos por participar no estudo: não existem quaisquer riscos para os participantes no estudo.

Benefícios por participar no estudo: não se preveem benefícios imediatos, no entanto após a sua validação pretende-se que o instrumento facilite o processo de diagnóstico do enfermeiro, tornando-o sustentado num conjunto de dados que permitem o estabelecimento de ações centradas na real necessidade de cuidados da pessoa dependente.

Confidencialidade: objetiva-se conduzir o estudo de uma forma responsável e competente zelando pelo bem-estar e dignidade dos participantes. É importante que estes percebam que a sua participação no estudo não é obrigatória e que os cuidados que lhes são prestados não serão influenciados caso recusem integrar a amostra. Após devidamente informados e esclarecidos, e caso aceitem participar no estudo, será requerido aos participantes, ou ao seu representante legal, para assinarem o termo de consentimento informado.

Obrigada pela colaboração,

A Mestranda, Elisabete Sofia Araújo Silva

u11935@chporto.min-saude.pt | ep1346@esenf.pt

**ANEXO IV - Termo de consentimento informado para participação no
estudo**

(Aprovado pela Comissão de Ética de um hospital da Região Norte do país. Ref.^a
2019.059(051-DEFI/052-CE))



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: A pessoa dependente no autocuidado com potencial para melhorar: Construção de um instrumento de avaliação

Eu, abaixo-assinado _____

(NOME COMPLETO DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO)

ou Eu, abaixo-assinado _____,

(NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO)

na qualidade de representante legal de _____

(NOME COMPLETO DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO) [conforme o caso]:

fui informado(a) de que o estudo acima mencionado, inserido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, contempla um estudo-piloto acerca da construção de um instrumento de avaliação denominado “*Toolkit de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Psicológicos*”.

Foi-me explicado em que é que o estudo consiste e sei que no mesmo está prevista a aplicação do instrumento a pessoas que, por motivo de dependência no autocuidado, se encontram internadas em Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ou se encontram no Hospital a aguardar ingresso na Rede.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o seu anonimato, assim como sei que posso recusar-me a participar ou a interromper a qualquer momento a minha participação sem nenhum tipo de penalização por este facto.

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

[continua no verso]

Aceito participar de livre vontade e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Nome do participante no estudo ou nome do representante legal

Data

Assinatura

___/___/___

Nome do investigador/mestranda

Data

Assinatura

___/___/___

[Feito em duplicado: uma via para o participante, outra para a investigadora]

ANEXO V - Operacionalização das variáveis da *toolkit*



OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DA TOOLKIT

DESIGNAÇÃO DA VARIÁVEL	TIPO DE VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO DA VARIÁVEL
ID	Nominal	_____
Parte I - Dados Sociodemográficos		
Sexo (sexo)	Nominal (dicotómica)	(1) Masculino (2) Feminino
Idade (idade)	Escalar	Anos completos
Estado civil (estado_civil)	Nominal	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/União de facto (3) Divorciado(a)/Separado(a) (4) Viúvo(a)
Anos que estudou (anos_estudo)	Escalar	Anos completos
Situação laboral (situacao_laboral)	Nominal (dicotómica)	(1) Ativo (0) Não ativo
Se situação laboral “Ativo” - Profissão (ativo_profissao)	Nominal	(1) Membros das forças armadas (2) Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos (3) Especialistas das atividades intelectuais e científicas (4) Técnicos e profissões de nível intermédio (5) Pessoal administrativo (6) Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (7) Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e floresta (8) Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (9) Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem (10) Trabalhadores não qualificados (11) Não aplicável
Se situação laboral “Não ativo” - Situação atual (n_ativo_situacao_atual)	Nominal	(1) Doméstica (2) Desempregado (3) Reformado/pensionista (4) Estudante (5) Não aplicável

Parte II - Dependência no Autocuidado

Situação que originou a dependência no autocuidado (origem_dependencia)	Nominal	(1) Acidente (2) Demência (3) Patologia neurológica (4) Patologia osteoarticular (5) Patologia cardiorrespiratória (6) Outra
Outra situação que originou a dependência no autocuidado (outra_origem)	Nominal	Qualquer outra situação que não se encontre especificada.
Forma de instalação da dependência (instalacao_dependencia)	Nominal (dicotômica)	(1) Súbita (0) Gradual
Tempo de dependência (tempo_dependencia)	Escalar	Dias
Dependência no autocuidado (requisitos universais) (ac_transferir) (ac_virar) (ac_elevar) (ac_usar_sanitario) (ac_alimentar) (ac_arranjar) (ac_vestir_despir) (ac_tomar_banho)	Ordinais	(1) Dependente e não participa (2) Necessita de ajuda de pessoa (3) Necessita de equipamento (4) Completamente independente
Capacidade para mobilizar-se: Curtas distâncias (mob_cd)	Ordinal	(1) Necessita de ajuda de pessoa (2) Usa cadeira de rodas (3) Anda com auxiliar de marcha (4) Anda sem apoio
Capacidade para mobilizar-se: Longas distâncias (mob_ld)	Ordinal	(1) Necessita de ajuda de pessoa (2) Usa cadeira de rodas (3) Anda com auxiliar de marcha (4) Anda sem apoio
Capacidade para mobilizar-se: Subir e descer escadas (mob_sde)	Ordinal	(1) Necessita de ajuda de pessoa (2) Sobe/desce com auxiliar de marcha (3) Sobe/desce sem apoio (0) Não se aplica
Contexto de internamento (contexto)	Nominal	(1) No hospital a aguardar ingresso na RNCCI (2) Em regime de internamento na RNCCI

Parte III - Processos Psicológicos

Dimensão 1: Cognição

(cog_1.1) (cog_1.2) (cog_1.3) (cog_1.4) (cog_1.5) (cog_1.6) (cog_1.7) (cog_1.8) (cog_1.9)	Ordinais	(1) Nunca ou quase nunca (2) Algumas vezes (3) A maioria das vezes (4) Quase sempre ou sempre
---	----------	---

Dimensão 2: Atitude

(att_2.1) (att_2.2) (att_2.3) (att_2.4) (att_2.5) (att_2.6) (att_2.7) (att_2.8) (att_2.9) (att_2.10) (att_2.11) (att_2.12) (att_2.13) (att_2.14)	Ordinais	(1) Nunca ou quase nunca (2) Algumas vezes (3) A maioria das vezes (4) Quase sempre ou sempre
--	----------	---

Dimensão 3: Emoção

(emo_3.1) (emo_3.2) (emo_3.3) (emo_3.4) (emo_3.5) (emo_3.6)	Ordinais	(1) Nunca ou quase nunca (2) Algumas vezes (3) A maioria das vezes (4) Quase sempre ou sempre
---	----------	---

Dimensão 4:

Disponibilidade para aprender

(dpa_4.1) (dpa_4.2) (dpa_4.3) (dpa_4.4)	Ordinais	(1) Nunca ou quase nunca (2) Algumas vezes (3) A maioria das vezes (4) Quase sempre ou sempre
--	----------	---

Dimensão 5: Experiências anteriores

(expa_5.1) (expa_5.2) (expa_5.3)	Ordinais	(1) Nunca ou quase nunca (2) Algumas vezes (3) A maioria das vezes (4) Quase sempre ou sempre (0) Não aplicável
-------------------------------------	----------	---

Dimensão 6: Significados atribuídos

(sign_6.1) (sign_6.2) (sign_6.3) (sign_6.4)	Ordinais	(1) Nunca ou quase nunca (2) Algumas vezes (3) A maioria das vezes (4) Quase sempre ou sempre
--	----------	---

ANEXO VI - Termo de consentimento informado para participação no 2º
focus group





Projeto de Investigação “Selfcare@Potential”

UNIESEP - Enfermagem Porto

Autores: Elisabete S. Araújo Silva*; Maria do Carmo Rocha**; Marisa Lourenço***; Paula Encarnação****; Teresa Silva Martins*****

TITULO DO PROJETO

Determinantes do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação, “Selfcare@Potential”

A Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) encontra-se a desenvolver um projeto de investigação intitulado “Determinantes do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação”. Tal instrumento designar-se-á por *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente Melhorar o Autocuidado.

Finalidade:

Contribuir para os modelos de cuidados de enfermagem que visam perceber o potencial que a pessoa dependente tem para melhorar o autocuidado.

Objetivos:

1. Identificar os fatores que influenciam a pessoa dependente no processo de recuperação e manutenção do autocuidado;
2. Construir um instrumento de avaliação denominado *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado, constituído por dois domínios:
 - a) Domínio dos Processos Psicológicos (projeto integrante da dissertação de mestrado da mestranda Elisabete Sofia Araújo Silva);
 - b) Domínio dos Processos Corporais.
3. Analisar as propriedades psicométricas do instrumento *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado.

* Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Porto

** Professora Coordenadora da ESEP, RN, MScN, PhD

*** Professora Adjunta da ESEP, RN, MScN, PhD (Coordenadora do projeto “Selfcare@Potential”)

**** Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, RN, MScN, PhD

***** Professora Coordenadora da ESEP, RN, MScN, PhD

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DADOS RELATIVOS AO PARTICIPANTE NO 2º FOCUS GROUP:

Nome do Enfermeiro: _____

Habilitações Académicas: _____

Categoria Profissional: _____

Afiliação Profissional: _____

Eu, abaixo assinado, fui informado(a) de que o estudo mencionado contempla a construção de um instrumento de avaliação denominado *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado.

Foi-me explicado em que é que o estudo consiste e sei que o meu contributo, enquanto perito na área, será deveras importante para a avaliação da qualidade e aplicabilidade do instrumento.

Compreendi a informação que me foi transmitida, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Aceito participar no estudo de livre vontade e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Porto, 11 de fevereiro do 2019

Assinatura

(Participante no 2º focus group)

**ANEXO VII - Parecer das Comissões de Ética/Conselhos de Administração
referente ao Projeto de Investigação**



Exma. Sra. Enf.ª Elisabete Silva

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - “A pessoa dependente no autocuidado com potencialidade para melhorar - construção e validação de um instrumento de avaliação da potencialidade no domínio dos processos psicológicos” – N/ REF.ª 2019.059(051-DEFI/052-CE)

O Conselho de Administração do CH autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar nos Serviços Neurologia e Ortopedia desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Enf.ª Elisabete Silva.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética, pelo Serviço de Investigação Clínica, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CH, pela Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
5/6/2019

Dr. PAULO BARBOSA	Dr.ª ÉLIA GOMES
Presidente	Vogal Executiva
Prof. Doutor JOSÉ BARROS	Dr.ª RITA MOREIRA
Diretor Clínico	Vogal Executiva
Enf.º EDUARDO ALVES	
Enfermeiro Diretor	

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - Mestrado

Título: "A pessoa dependente no autocuidado com potencialidade para melhorar - construção e validação de um instrumento de avaliação da potencialidade no domínio dos processos psicológicos"	Ref.º: 2019.059(051-DEFI/052-CE)
	Investigador: Enf.ª Elisabete Silva

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 30/5/2019 EDUARDO ALVES Epidemiólogo Diretor	PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 31/05/2019 DR. PAULO BARBOSA Presidente do Conselho de Administração do CH
--	--

Em conformidade. Pode ser autorizado

CH ~~G. GESTÃO DEFI~~
ANTÓNIO MANUEL SILVA Hora 17.15
Enf. Supervisor 09.05.2019
Nº Ordem 16656 Ass.



APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 24.4.2019	Órgão: Reunião Plenária
-------------	-----------------	-------------------------

Título: "A pessoa dependente no autocuidado com potencialidade para melhorar - construção e validação de um instrumento de avaliação da potencialidade no domínio dos processos psicológicos"		Ref.ª: 2019.059(051-DEFI/052-CE)
Protocolo/Versão: TA-Mestrado	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador / Local: Elisabete Sofia Araújo Silva – Enfermeira e Aluna do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A Comissão de Ética CH ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de Outubro, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **TA-Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética CH presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo

Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Dr.ª Cármen de Carvalho, Dr.ª Fernanda Manuela Costa, Dr. Gonçalo Senra, Prof. Doutor José António Pinho, Dr.ª Helena Ramos, Prof.ª Doutora Maria Manuel Jorge, Prof.ª Doutora Maria Strecht, Prof. Doutor Paulo Costa.

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data 24.4.2019

A Presidente da Comissão de Ética CH



Dr.ª Luisa Bernardo

PARECER FAVORÁVEL

 31-05-2019
Dr. SEVERO TORRES

Assessor do Presidente do Conselho de Administração



Projeto de Investigação “Selfcare@potencial”

UNIESEP- Enfermagem Porto

Ex.^{mo(a)}

Administração

.....

.....

V

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito do projeto de investigação Selfcare@potencial: *Determinantes na potencialidade da pessoa dependente melhorar o autocuidado - Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação.*

O projeto de investigação referido insere-se no âmbito de atividades da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) e integra um outro projeto na extensão do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Marisa da Conceição Gomes Lourenço, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Paula Encarnação, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, e Elisabete Sofia Araújo Silva, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela ESEP, veem por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para proceder à recolha de dados, na Instituição acima designada, junto de doentes dependentes no autocuidado em regime de internamento na Unidade de Média Duração e Reabilitação.

A dependência para o autocuidado define-se pela necessidade de ajuda de pessoa para realizar as atividades de vida diária devido a um compromisso da capacidade individual, sendo esta uma realidade das sociedades desenvolvidas. Os enfermeiros, de modo a estabelecerem planos de ação adequados à pessoa e no sentido de alcançarem objetivos exequíveis em cada situação, devem encontrar-se sensibilizados para a avaliação da potencialidade que a pessoa dependente tem para melhorar o autocuidado e assim reconstruir a sua autonomia.

Finalidade do estudo:

- Contribuir para os modelos de cuidados de enfermagem que visam perceber a potencialidade que a pessoa dependente tem para melhorar o autocuidado.

.....

.....

.....

Objetivos do estudo:

1. Identificar os fatores que influenciam a pessoa dependente no processo de recuperação e manutenção do autocuidado;
2. Construir e validar um instrumento de recolha de dados denominado *Toolkit* de Avaliação da Potencialidade da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Psicológicos;
3. Construir e validar um instrumento de recolha de dados denominado *Toolkit* de Avaliação da Potencialidade da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Corporais.

Recolha de dados:

A recolha de dados será da responsabilidade da professora responsável pelo projeto e da mestranda, sendo também solicitada a colaboração dos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional nas unidades incluídas no estudo. Comprometemo-nos, a respeitar os princípios éticos de sigilo dos dados, garantindo que a identidade dos clientes implicados na pesquisa não será revelada em nenhum momento da investigação e que os dados consultados serão usados com o objetivo meramente académico.

Para qualquer esclarecimento adicional encontramos-nos disponíveis através dos endereços de correio eletrónico marisa@esenf.pt e bete_silva6@hotmail.com.

Na certeza de que este contributo será importante para o desenvolvimento do estudo de investigação aguarda-se uma resposta e agradece-se, antecipadamente, a colaboração e disponibilidade manifestadas.

Pede deferimento,

08/03/2019 Marisa Lourenço (Marisa Lourenço, orientadora)

08/03/2019 Paula Encarnação (Paula Encarnação, coorientadora)

08/03/2019 Elisabete Sofia Araújo Silva (Elisabete Silva, mestranda)

Autonomizamos a recolha de dados para fins de investigação científica

.....
VALENTIM J.A.



Projeto de Investigação "Selfcare@potencial"

UNIESEP- Enfermagem Porto

Ex.^{mo(a)}

SN. DR. Jorge Pinheiro - autorizado Ah -
Sra Dña Ivone Fozzelo - e' de interesse p' o seu
Srs Suf p' - for res - para a opor

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito do projeto de investigação Selfcare@potencial: *Determinantes na potencialidade da pessoa dependente melhorar o autocuidado - Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação.*

O projeto de investigação referido insere-se no âmbito de atividades da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) e integra um outro projeto na extensão do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Marisa da Conceição Gomes Lourenço, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Paula Encarnação, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, e Elisabete Sofia Araújo Silva, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela ESEP, veem por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para proceder à recolha de dados, na Instituição acima designada, junto de doentes dependentes no autocuidado em regime de internamento na Unidade de Média Duração e Reabilitação.

A dependência para o autocuidado define-se pela necessidade de ajuda de pessoa para realizar as atividades de vida diária devido a um compromisso da capacidade individual, sendo esta uma realidade das sociedades desenvolvidas. Os enfermeiros, de modo a estabelecerem planos de ação adequados à pessoa e no sentido de alcançarem objetivos exequíveis em cada situação, devem encontrar-se sensibilizados para a avaliação da potencialidade que a pessoa dependente tem para melhorar o autocuidado e assim reconstruir a sua autonomia.

Finalidade do estudo:

- Contribuir para os modelos de cuidados de enfermagem que visam perceber a potencialidade que a pessoa dependente tem para melhorar o autocuidado.

Objetivos do estudo:

1. Identificar os fatores que influenciam a pessoa dependente no processo de recuperação e manutenção do autocuidado;
2. Construir e validar um instrumento de recolha de dados denominado *Toolkit* de Avaliação da Potencialidade da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Psicológicos;
3. Construir e validar um instrumento de recolha de dados denominado *Toolkit* de Avaliação da Potencialidade da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Corporais.

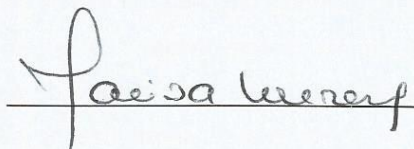
Recolha de dados:

A recolha de dados será da responsabilidade da professora responsável pelo projeto e da mestranda, sendo também solicitada a colaboração dos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional nas unidades incluídas no estudo. Comprometemo-nos, a respeitar os princípios éticos de sigilo dos dados, garantindo que a identidade dos clientes implicados na pesquisa não será revelada em nenhum momento da investigação e que os dados consultados serão usados com o objetivo meramente académico.

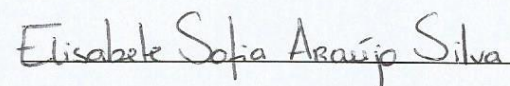
Para qualquer esclarecimento adicional encontramos-nos disponíveis através dos endereços de correio eletrónico marisa@esenf.pt e bete_silva6@hotmail.com.

Na certeza de que este contributo será importante para o desenvolvimento do estudo de investigação aguarda-se uma resposta e agradece-se, antecipadamente, a colaboração e disponibilidade manifestadas.

Pede deferimento,

08/03/2019  (Marisa Lourenço, orientadora)

08/03/2019 PAULA CRISTINA SOARES DE ENCARNÇÃO Assinado de forma digital por PAULA CRISTINA SOARES DE ENCARNÇÃO
Data: 2019.03.08 08:42:36 Z (Paula Encarnação, coorientadora)

8/3/2019  (Elisabete Silva, mestranda)

Objetivos do estudo:

1. Identificar os fatores que influenciam a pessoa dependente no processo de recuperação e manutenção do autocuidado;
2. Construir e validar um instrumento de recolha de dados denominado *Toolkit* de Avaliação da Potencialidade da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Psicológicos;
3. Construir e validar um instrumento de recolha de dados denominado *Toolkit* de Avaliação da Potencialidade da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Corporais.

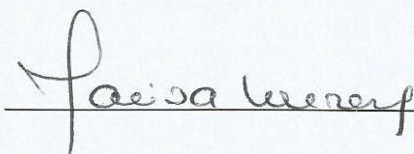
Recolha de dados:

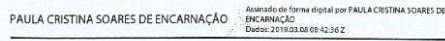
A recolha de dados será da responsabilidade da professora responsável pelo projeto e da mestranda, sendo também solicitada a colaboração dos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional nas unidades incluídas no estudo. Comprometemo-nos, a respeitar os princípios éticos de sigilo dos dados, garantindo que a identidade dos clientes implicados na pesquisa não será revelada em nenhum momento da investigação e que os dados consultados serão usados com o objetivo meramente académico.

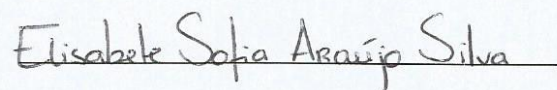
Para qualquer esclarecimento adicional encontramos-nos disponíveis através dos endereços de correio eletrónico marisa@esenf.pt e bete_silva6@hotmail.com.

Na certeza de que este contributo será importante para o desenvolvimento do estudo de investigação aguarda-se uma resposta e agradece-se, antecipadamente, a colaboração e disponibilidade manifestadas.

Pede deferimento,

08/03/2019  (Marisa Lourenço, orientadora)

08/03/2019  (Paula Encarnação, coorientadora)

8/3/2019  (Elisabete Silva, mestranda)

ANEXO VIII - Manual de Procedimientos





Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elisabete S. Araújo Silva, Mestranda | Professora Doutora
Marisa Lourenço, Orientadora | Professora Doutora Paula
Encarnação, Coorientadora

MANUAL DE PROCEDIMENTOS

**TOOLKIT DE AVALIAÇÃO DO POTENCIAL DA PESSOA DEPENDENTE PARA
MELHORAR O AUTOUIDADO**

| DOMÍNIO DOS PROCESSOS PSICOLÓGICOS |

Para uma mais efetiva recolha de dados apresenta-se, de forma discriminada, o que se pretende avaliar com cada uma das questões que compõem a *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Psicológicos.

O instrumento de avaliação é constituído por três partes distintas:

- Parte I - Dados Sociodemográficos;
- Parte II - Dependência no Autocuidado;
- Parte III - Processos Psicológicos.

A Parte I e a Parte II são compostas por um conjunto de parâmetros que vão proporcionar a caracterização da amostra, ao passo que a Parte III reúne os indicadores de processo que circunscrevem as condições necessárias, no domínio dos processos psicológicos, para determinar que a pessoa dependente tem potencial para melhorar o autocuidado.

1. Sexo:

O enfermeiro deve indicar se a pessoa dependente no autocuidado é do sexo masculino ou do sexo feminino.

2. Idade:

O enfermeiro deve questionar a pessoa dependente no autocuidado, ou consultar no processo clínico, sobre o número de anos que esta possui.

3. Estado civil:

O enfermeiro deve questionar a pessoa dependente no autocuidado sobre qual o seu estado civil. Para tal pode usar o seguinte quadro de referência:

Solteiro(a)	Que ou quem não é casado nem vive junto com outra pessoa. (Texto Editores, 2015).
Casado(a)	“Que ou quem se casou” (Texto Editores, 2015, p. 112).
União de facto	“Estado de duas pessoas que vivem juntas sem serem casadas” (Texto Editores, 2015, p. 604).
Divorciado(a)	“Que ou quem deixou de estar casado” (Texto Editores, 2015, p. 219).
Separado(a)	“Que se separou” (Texto Editores, 2015, p. 553).
Viúvo(a)	“Pessoa a quem morreu o cônjuge” (Texto Editores, 2015, p. 620).

4. Anos completos que estudou com sucesso académico:

O enfermeiro deve questionar e registar quantos anos a pessoa dependente no autocuidado concluiu com sucesso académico a sua formação. Para tal pode usar o seguinte quadro de referência:

Sem qualquer habilitação académica	0 anos de escolaridade
1º ciclo do ensino básico (até ao 4º Ano)	4 anos de escolaridade

2º ciclo do ensino básico (até ao 6º Ano)	6 anos de escolaridade
3º ciclo do ensino básico (até ao 9º Ano)	9 anos de escolaridade
Ensino secundário (até ao 12º Ano)	12 anos de escolaridade
Curso tecnológico/profissional/outros (nível III - com equivalência ao ensino secundário)	12 anos de escolaridade
Bacharelato	(acrécimo de 3 anos após o 12º Ano)
Licenciatura	(acrécimo de 3-4 anos após o 12º Ano)
Mestrado	(acrécimo de 2 anos após a Licenciatura)
Doutoramento	(acrécimo de 3-5 anos após a Licenciatura)

5. Situação laboral:

Relativamente à situação laboral o enfermeiro deve mencionar se a pessoa dependente no autocuidado se encontra no Ativo ou Não Ativo.

Uma vez considerada no Ativo deve questionar a pessoa sobre qual a sua profissão. Para tal pode usar como referência a classificação portuguesa das profissões 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2011):

SITUAÇÃO LABORAL: ATIVO	
Profissões das forças armadas	<ul style="list-style-type: none"> - Oficiais; - Sargentos; - Outro pessoal das forças armadas.
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigentes superiores da administração pública; - Dirigentes de organizações especializadas; - Diretores e gestores de empresas; - Diretores de serviços administrativos e comerciais; - Diretores de produção e de serviços especializados; - Diretores de hotelaria, restauração, comércio e de outros serviços.
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	<ul style="list-style-type: none"> - Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins;

	<ul style="list-style-type: none"> – Profissionais de saúde; – Professores; – Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais; – Especialistas em tecnologias de informação e comunicação; – Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais.
Técnicos e profissões de nível intermédio	<ul style="list-style-type: none"> – Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio; – Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde; – Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios; – Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares; – Técnicos das tecnologias de informação e comunicação.
Pessoal administrativo	<ul style="list-style-type: none"> – Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados; – Pessoal de apoio direto a clientes; – Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo; – Outro pessoal de apoio de tipo administrativo.
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	<ul style="list-style-type: none"> – Trabalhadores de serviços pessoais; – Vendedores; – Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares; – Pessoal dos serviços de proteção e segurança.
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	<ul style="list-style-type: none"> – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado; – Trabalhadores qualificados da floresta, pesca e caça, orientados para o mercado; – Agricultores, criadores de animais, pescadores, caçadores e coletores, de subsistência.

Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhadores qualificados da construção e similares, exceto eletricista; - Trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares; - Trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesão e similares; - Trabalhadores qualificados em eletricidade e em eletrónica; - Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato.
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	<ul style="list-style-type: none"> - Operadores de instalações fixas e máquinas; - Trabalhadores de montagem; - Condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis.
Trabalhadores não qualificados	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhadores de limpeza; - Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta; - Trabalhadores não qualificados da indústria extrativa, construção, indústria transformadora e transportes; - Assistentes na preparação de refeições; - Vendedores ambulantes (exceto de alimentos) e prestadores de serviços na rua; - Trabalhadores de resíduos e de outros serviços elementares.
Outra	<ul style="list-style-type: none"> - Qualquer outra profissão não discriminada na Classificação Portuguesa das Profissões 2010.

Uma vez considerada no Não Ativo deve questionar a pessoa dependente no autocuidado sobre qual a sua situação laboral. Para tal pode usar o seguinte quadro de referência:

SITUAÇÃO LABORAL: NÃO ATIVO	
Doméstico(a)	“Que ou quem . . . se dedica a tratar da sua casa, sem ter outro emprego” (Texto Editores, 2015, p. 221).

Desempregado(a)	“Que ou quem não tem um trabalho . . .” remunerado. (Texto Editores, 2015, p. 193).
Reformado(a)/pensionista	“Que ou quem deixou de trabalhar por falta de saúde ou por ter atingido o limite de idade” (Texto Editores, 2015, p. 515).
Estudante	“Que ou quem estuda . . . e . . . frequenta um estabelecimento de ensino” (Texto Editores, 2015, p. 272).
Outra	Qualquer outra situação não discriminada nos parâmetros anteriores.

1. Situação que originou a dependência no autocuidado:

O enfermeiro deve questionar a pessoa, ou consultar no processo clínico, sobre a situação que motivou a dependência para o autocuidado. Para tal pode usar o seguinte quadro de referência:

Acidente	Por acidente pode entender-se acidente rodoviário, de trabalho, de lazer ou qualquer outro tipo de acidente (e.g. queda).
Demência	Síndrome que se caracteriza pela perda progressiva da capacidade intelectual, alterações de comportamento, dificuldades de comunicação e problemas motores que, em conjunto, podem diminuir a capacidade da pessoa para realizar as atividades de vida diária (Cruz, Barbosa, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011).
Patologia neurológica	Toda e qualquer patologia que se relacione com o sistema nervoso central e/ou periférico (e.g. patologia relacionada com a irrigação sanguínea do cérebro, lesões medulares e polineuropatias).
Patologia osteoarticular	Toda e qualquer patologia que se relacione com o sistema musculoesquelético.
Patologia cardiorrespiratória	Toda e qualquer patologia que se relacione com o sistema cardiovascular e/ou com o sistema respiratório.
Outra	Qualquer outra situação patológica não especificada anteriormente.

2. Instalação da dependência:

O enfermeiro deve questionar a pessoa se a dependência no autocuidado se instalou de uma forma súbita ou gradual. Para tal pode usar o seguinte quadro de referência:

Súbita	“Que aparece de forma inesperada” (Texto Editores, 2015, p. 568). Que se relaciona com o aparecimento de sintomas de uma doença de forma abrupta ou insidiosa.
--------	---

Gradual	Que se relaciona com uma “doença de longa duração . . . , com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante” (Despacho conjunto n.º 861/99 de 8 de outubro).
---------	---

3. Há quanto tempo se encontra dependente no autocuidado?

O enfermeiro deve questionar a pessoa sobre há quanto tempo esta se encontra dependente no autocuidado.

- O registo deverá ser feito em dias se a dependência se instalou há menos de um mês;
- O registo deverá ser feito em meses se a dependência se instalou há mais de um mês, mas há menos de um ano;
- O registo deverá ser feito em anos se a dependência se instalou há mais de um ano.

4. Dependência no autocuidado (requisitos universais):

Por autocuidado entenda-se “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (International Council of Nurses [ICN], 2017, [s.p.]).

O enfermeiro, tendo em conta os indicadores que a seguir se apresentam, integrantes do Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado - Versão reduzida (Pereira, 2014), deve referir se para os diferentes tipos de autocuidado discriminados a pessoa é:

<i>Dependente e não participa.</i>
<i>Necessita de ajuda de pessoa.</i>
<i>Necessita de equipamento.</i>
<i>Completamente independente.</i>

AUTOUIDADO	INDICADORES
Transferir-se	Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão. Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama.
Virar-se	Move o corpo, virando-o de um lado para o outro.
Elevar-se	Levanta parte do corpo.

Usar sanitário	Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira. Ergue-se da sanita. Ajusta as roupas após a higiene íntima.
Alimentar-se	Prepara os alimentos para ingestão. Abre recipientes. Pega no copo ou chávena. Leva os alimentos à boca com os utensílios.
Arranjar-se	Penteia ou escova os cabelos. Cuida das unhas. Aplica o desodorizante. Mantém a higiene oral.
Vestir-se e despir-se	Escolhe as roupas. Veste as roupas na parte inferior do corpo. Abotoa as roupas. Usa cordões para amarrar. Calça as meias.
Tomar banho	Obtém objetos para o banho. Abre a torneira. Lava o corpo.

É importante esclarecer que ao considerar-se que a pessoa Necessita de equipamento é suposto que esta seja autónoma, embora dependente de um dispositivo de apoio. No caso de a pessoa estar a ser treinada pelo enfermeiro para o uso do equipamento deve prevalecer que esta Necessita de ajuda de pessoa.

5. Capacidade para mobilizar-se:

Por Capacidade para mobilizar-se entenda-se “Capacidade: movimento voluntário do corpo” (ICN, 2017, [s.p.]).

O enfermeiro deve indicar se para se mobilizar em curtas distâncias, longas distâncias e subir e descer escadas (se aplicável) a pessoa dependente no autocuidado:

<i>Necessita de ajuda de pessoa.</i>
<i>Usa cadeira de rodas.</i>
<i>Anda com auxiliar de marcha.</i>
<i>Anda sem apoio.</i>

Para tal pode usar o seguinte quadro de referência:

Necessita de ajuda de pessoa	A ajuda pode ser unilateral (de um só lado) ou bilateral (dos dois lados).
Usa Cadeira de rodas	Se a pessoa se transfere em segurança de e para a cadeira de rodas e se movimenta e manobra a mesma (ICN, 2017).
Anda com auxiliar de marcha	Se a pessoa sustenta e move o corpo, passo a passo, de um lugar para o outro “com uma marcha eficaz, utilizando um ou mais auxiliares de marcha como calçado de correção; membro artificial; bengala; tala, canadianas ou andarilho” (ICN, 2017, [s.p.]).
Anda sem apoio	Se a pessoa sustenta e move o seu corpo, movendo as pernas passo a passo, de um lugar para o outro com uma marcha eficaz (ICN, 2017).
Não aplicável	Assinala-se não aplicável quando não é possível observar uma dada situação.

6. Contexto:

Por contexto percebe-se o “ambiente ou circunstâncias em que algo ocorre” (Texto Editores, 2015, p. 155). O enfermeiro deve registar em que contexto se encontra a pessoa com dependência no autocuidado. Para tal pode usar o seguinte quadro de referência:

<p><i>No hospital a aguardar ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</i></p>	<p>Quando a pessoa dependente no autocuidado se encontra em regime de internamento no hospital, mas já foi referenciada para Unidades de Convalescença ou Unidades de Média Duração e Reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.</p>
<p><i>Em regime de internamento numa Unidade de Média Duração e Reabilitação.</i></p>	<p>Quando a pessoa dependente no autocuidado se encontra em regime de internamento numa Unidade de Média Duração e Reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.</p>

A Parte III da *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado - Domínio dos Processos Psicológicos é constituída por seis domínios: “Cognição”, “Atitude”, “Emoção”, “Disponibilidade para aprender”, “Experiências anteriores” e “Significados atribuídos”. Cada um dos domínios é caracterizado por um conjunto de indicadores, devendo a sua avaliação ser concretizada com base naquilo que o enfermeiro observa e/ou de acordo com aquilo que a pessoa verbaliza.

O enfermeiro dispõe de quatro categorias para a mensuração,

Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
----------------------	---------------	---------------------	------------------------

sendo que a cada um dos indicadores apenas poderá corresponder uma categoria. A correspondência entre indicadores e categorias deverá ser feita tendo por base os seguintes critérios:

- “**Nunca ou quase nunca**” - quando nunca se verifica ou se verifica em menos de metade do tempo ou das vezes (até 25% das vezes);
- “**Algumas vezes**” - quando se verifica em aproximadamente metade do tempo ou das vezes (até 50% das vezes);
- “**A maioria das vezes**” - quando se verifica em mais de metade do tempo ou das vezes (até 75% das vezes);
- “**Quase sempre ou sempre**” - quando se verifica quase na totalidade ou na totalidade do tempo ou das vezes (em mais de 75% das vezes).

Ao relacionar as categorias pré-determinadas com o potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado é importante clarificar-se o seguinte:

- As categorias “**a maioria das vezes**” e “**quase sempre ou sempre**” afiguram-se como positivas e facilitadoras do potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado;
- As categorias “**algumas vezes**” e “**nunca ou quase nunca**” manifestam-se dificultadoras do potencial da pessoa.

Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
Dificultadoras do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado		Positivas e Facilitadoras do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado	

Há a considerar, no entanto, que para os indicadores **2.1, 2.6, 2.8, 2.11, 2.13, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 5.1, 6.1, 6.2 e 6.3** a associação será concebida de forma inversa, apresentando-se as categorias *“nunca ou quase nunca”* e *“algumas vezes”* a concorrer positivamente para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
Positivas e Facilitadoras do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado		Dificultadoras do Potencial da Pessoa Dependente para Melhorar o Autocuidado	

Importa também elucidar que na dimensão “Experiências anteriores”, para além das categorias discriminadas, existe a opção **“não aplicável”** que será pertinente nas situações em que a pessoa não teve uma experiência prévia de dependência no autocuidado.

Na Tabela que a seguir se expõe apresentam-se sugestões para a avaliação de cada um dos indicadores que constituem a *toolkit*, assim como a relação estabelecida entre o indicador e o potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado.

1	“COGNIÇÃO”
---	-------------------

A cognição refere-se a um “Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória” (ICN, 2017, [s.p.]).

(CONCENTRAÇÃO)

A atenção relaciona-se com a capacidade da pessoa se concentrar num determinado estímulo (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson 2016).

Indicador 1.1. - Mantém a sua atenção focalizada.

O facto de a pessoa manter a sua atenção focalizada “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” é positivo na avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- Observar se a realização de uma atividade básica (e.g. comer) ocorre de forma contínua e sequencial, ou seja, sem interrupções de maior devido à perda de atenção nessa atividade (e.g. parou de comer sem qualquer justificação, levando a pensar que se esqueceu do que estava a fazer);
- Soletrar a palavra “saúde”.

(CONSCIENCIALIZAÇÃO)

A consciencialização relaciona-se com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000).

Indicador 1.2. - Identifica a sua condição de saúde atual.

O facto de a pessoa identificar a sua condição de saúde atual “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” é positivo na avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Indicador 1.3. - Reconhece as limitações para o autocuidado decorrentes da atual condição de saúde.

O facto de a pessoa reconhecer as limitações que detém para o autocuidado “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” é positivo na avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Indicador 1.4. - Solicita ajuda quando necessário.

O facto de a pessoa solicitar ajuda quando necessário é positivo na avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação dos indicadores 1.2, 1.3 e 1.4:

- “O que mudou na sua condição de saúde?”
- “Que dificuldades sente para tomar banho, alimentar-se, vestir-se, transferir-se...?”
- “Já pensou sobre o que terá que mudar na sua vida?”
- Análise do discurso da pessoa nas conversas informais que se estabelecem durante a prestação de cuidados.

(PENSAMENTO)

O pensamento é construído a cada momento na medida em que se interpreta o sentido de tudo aquilo que se percebe (Gibello, 1999). Este reflete a “habilidade para reconhecer múltiplos significados e padrões de conceitos” (Moorhead et al., 2016, p. 441).

Indicador 1.5. - Reconhece o significado de uma ideia que lhe é transmitida.

O facto de a pessoa reconhecer o significado de uma ideia que lhe é transmitida “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” é positivo na avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- Pedir para levantar o braço e coçar o nariz e avaliar se a resposta da pessoa é coerente com o pedido.

(PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO)

Identificar objetos comuns e explicar a similaridade e a dissimilaridade entre eles são indicadores que permitem averiguar acerca do processamento de informações, isto é, da “capacidade para adquirir, organizar e usar informações” (Moorhead et al., 2016, p. 453).

Indicador 1.6. - Identifica e explica as diferenças entre dois objetos.

O facto de a pessoa identificar e explicar as diferenças entre dois objetos comuns “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” é positivo na avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- Face a dois objetos comuns (e.g. escova de cabelo e escova de dentes) solicitar à pessoa que os nomeie e que explique as diferenças entre eles em termos da sua funcionalidade.

(PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO)

A tomada de decisão reflete a capacidade de a pessoa “fazer julgamentos e escolher entre duas ou mais alternativas” (Moorhead et al., 2016, p. 510).

Indicador 1.7. - É capaz de escolher entre duas ou mais alternativas.

O facto de a pessoa ser capaz de escolher entre duas ou mais alternativas “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” é positivo na avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- Partindo das atividades básicas da vida diária, pedir à pessoa que faça uma escolha entre pelo menos duas opções (e.g. “*Quer comer doce ou uma peça de fruta?*”). Analisar se a justificação dada pela pessoa é lógica e coerente.

(MEMÓRIA DE CURTO PRAZO)

A memória de curto prazo é uma estrutura mental com capacidade e duração limitada, sendo que existe controvérsia quando se define qual a duração do curto prazo. Para uns, este tipo de memória “não vai além dos 20-30 segundos, . . . para outros, . . . a duração do curto prazo pode ir de alguns minutos a várias horas” (Pinto, 2011, pp. 206-207). De acordo com o ICN (2017, [s.p.]) a memória a curto prazo relaciona-se com a “capacidade de recordar acontecimentos ou experiências recentes”.

Indicador 1.8. - Recorda acontecimentos ou experiências recentes com precisão.

Recordar acontecimentos ou experiências recentes com precisão “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” concorre positivamente para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- “Vou dizer quatro palavras que peço que as recorde pela ordem em que as vou pronunciar: Pijama, prato, braço, colher. Pode repetir?”
- “Quais os alimentos que comeu na última refeição que fez?”
- “Teve visitas ontem? Quem foram os seus visitantes?” (se aplicável)

(MEMÓRIA DE LONGO PRAZO)

A memória a longo prazo “é aquela que corresponde mais de perto ao que a pessoa comum julga que a memória é. Esta agrega o conhecimento que a pessoa possui do mundo durante longos períodos de tempo” (Pinto, 2011, p. 223). De acordo com o ICN (2017, [s.p.]) a memória a longo prazo relaciona-se com a “capacidade de recordar acontecimentos ou experiências passadas”.

Indicador 1.9. - Recorda acontecimentos ou experiências passadas com precisão.

Recordar acontecimentos ou experiências passadas com precisão “a maioria das vezes” ou “quase sempre ou sempre” concorre positivamente para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- Questionar acerca da data e local de nascimento;
 - Questionar acerca da data e local do casamento (se aplicável);
 - Questionar acerca do número de filhos (se aplicável);
 - Questionar acerca do nome do Presidente da República atual ou anterior ao atual.
-

2	“ATITUDE”
---	------------------

A atitude é um “Processo psicológico: modelos mentais e opiniões” (ICN, 2017, [s.p.]) e reflete a tendência da pessoa para agir de determinada forma perante aquilo que a rodeia (Lourenço, 2015). O *Coping*, a Crença e a Volição são focos da prática de enfermagem que derivam ontologicamente da Atitude (ICN, 2017).

(*COPING*: [AVALIAÇÃO PRIMÁRIA])

Para Folkman e Lazarus (1985) o termo *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais que a pessoa faz aquando de uma determinada situação de stress por forma a, por exemplo, reduzir, controlar ou minimizar as exigências a que se encontra exposta. A avaliação de uma situação stressante sucede-se em dois momentos: avaliação primária e avaliação secundária.

Aquando da avaliação primária a pessoa tenta perceber se o acontecimento é ou não é importante, o significado que este tem para si e as consequências que podem advir do mesmo para o seu bem-estar (Serra, 2007). De acordo com Folkman e Lazarus (1985) o acontecimento pode ser encarado como:

- 1) Irrelevante: sem importância para o bem-estar da pessoa;
- 2) Benigno e positivo: a pessoa antecipa consequências positivas do acontecimento;
- 3) Nocivo e negativo (stressante):
 - Dano e perda: prejuízo já ocorrido relativo, e.g., ao dano que existe na doença ou numa lesão física;
 - Ameaça: antecipação de uma perda ou de um potencial dano;
 - Desafio: quando há possibilidade de dominar, de crescer, de progredir, de melhorar ou de ganhar, apesar das exigências e das dificuldades encontradas na situação.

Indicador 2.1. - Encara a situação de dependência como um dano/perda.

Encarar a situação de dependência como um dano/perda concorre negativamente para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado. Será facilitador a pessoa avaliar o acontecimento stressante como um desafio.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- “Como está a reagir a esta situação?”
-

(COPING: [AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA])

Uma vez avaliada a natureza da ameaça a pessoa avalia os seus recursos - pessoais e sociais - e realiza os esforços necessários para enfrentar e controlar a situação stressante (Graziani & Swendsen, 2007). Nesta etapa procura-se, geralmente, encontrar resposta para a questão “que posso fazer para resolver este problema?” (Serra, 2007, p. 100).

Indicador 2.2. - Considera ter disponíveis os recursos necessários para enfrentar o desafio colocado pela situação de dependência.

Se a pessoa considera que dispõe dos recursos necessários para enfrentar o desafio colocado pela situação de dependência este é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- “*Sente que tem capacidade para ultrapassar este desafio?*”
- “*Sente que tem quem o(a) ajude?*”
- “*O que considera que pode fazer para resolver este problema?*”

(ACEITAÇÃO)

A aceitação pode definir-se como “ *coping: reduzir ou eliminar as barreiras, apreensões ou tensões*” (ICN, 2017, [s.p.]).

Indicador 2.3. - Manifesta sensação de controlo e de conforto psicológico.

Se a pessoa manifesta sensação de controlo e de conforto psicológico, este é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- “*O que tem feito para se sentir melhor?*”
- “*Considera que essa estratégia está a ajudá-lo(a)?*”

(ADAPTAÇÃO)

A adaptação pode definir-se como “ *coping: gerir novas situações*” (ICN, 2017, [s.p.]). De acordo com Smeltzer, Bare, Hinkle e Cheever (2011) esta é um processo dinâmico e contínuo que acompanha o ciclo vital da pessoa, mas que se desenvolve principalmente perante eventos de saúde-doença, em que a meta da adaptação é o máximo bem-estar.

Indicador 2.4. - Mostra-se capaz de responder de forma positiva aos estímulos a que está exposto(a).

Se a pessoa responde positivamente a uma determinada situação ou a um dado estímulo (e.g. às limitações funcionais que apresenta), este é um indicador que concorre positivamente para o potencial para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- Análise do discurso da pessoa em conversas informais que surjam durante a prestação de cuidados;
- Observação dos comportamentos da pessoa para se ajustar aos problemas que vão surgindo no dia-a-dia.

([LOCUS DE CONTROLO])

Os indivíduos distinguem-se no que respeita à tendência para considerarem os acontecimentos controláveis por eles próprios (*locus* de controlo interno) ou não controláveis (*locus* de controlo externo) (Ogden, 2004).

A pessoa com *locus* de controlo interno aceita que aquilo que consegue obter para o seu comportamento resulta da sua própria iniciativa e envolve-se mais facilmente no seu processo de recuperação. Esta habitualmente afirma “sou diretamente responsável pelo meu estado de saúde” (Ogden, 2004, p. 35).

A pessoa com *locus* de controlo externo considera que o que lhe acontece é devido ao acaso ou à influência de outras pessoas mais poderosas. Normalmente a pessoa com *locus* de controlo externo diz “estou nas mãos do destino... O facto de eu estar ou não bem de saúde é uma questão de sorte . . . apenas . . . posso fazer aquilo que o médico me manda (Ogden, 2004, p. 35).

Indicador 2.5. - Acredita que a sua recuperação está maioritariamente dependente de si próprio.

A presença de um *locus* de controlo interno é positiva para a avaliação do potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

Indicador 2.6. - Considera que a sua recuperação será mais uma questão de sorte do que de trabalho.

A presença de um *locus* de controlo externo concorre negativamente na avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação dos indicadores 2.5 e 2.6:

- “Acredita que a sua recuperação está maioritariamente dependente de si?”
 - “O que acha que mais influencia a sua recuperação? Aquilo que faz por si? Ou o que outras pessoas fazem por si?”
-

- *“Considera que a sua recuperação é uma questão de sorte ou de trabalho?”*

(AUTOEFICÁCIA)

A autoeficácia reflete a opinião da pessoa acerca das suas próprias capacidades no desempenho de tarefas influentes na sua vida. A sua perceção influencia a forma como a pessoa pensa, se sente e comporta (Bandura, 1997).

Indicador 2.7. - Acredita ser uma pessoa desenrascada e que facilmente resolve os seus problemas.

Se a pessoa acredita nas suas próprias capacidades este é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial para melhorar o autocuidado.

Indicador 2.8. - Quando não consegue realizar determinada tarefa de autocuidado desiste facilmente.

Uma baixa autoeficácia concorre negativamente para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação dos indicadores 2.7 e 2.8:

- Análise do discurso da pessoa e observação da sua atitude e comportamento.
- *“Considera-se uma pessoa desenrascada e que resolve os seus problemas?”*
- *“Normalmente quando não consegue fazer as coisas à primeira insiste e continua a tentar até conseguir? Ou desiste facilmente?”*

(AUTOESTIMA)

Conforme o ICN (2017), a autoestima diz respeito à

“opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva” ([s.p.]).

Indicador 2.9. - Acredita no seu mérito pessoal, tem orgulho de si mesmo(a) e uma visão positiva das suas qualidades.

Uma baixa autoestima concorre negativamente para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- *“Quais as qualidades que mais salienta em si?”*
 - *“Sente que tem muito de que se orgulhar?”*
-

- *“Relativamente à sua autoestima, e usando uma escala de 1 a 10 (em que 1 é uma baixa autoestima e 10 uma autoestima elevada), como se classifica?”*

(EXPETATIVA)

De acordo com Almeida (2009, p. 132) “a motivação pessoal para a mudança, que envolve o desenvolvimento de expetativas e o traçar de metas realistas a atingir” facilitam o envolvimento da pessoa no seu processo de reconstrução da autonomia. Do mesmo modo, o autor refere que expetativas irrealistas de recuperação são, não raras vezes, geradoras de ansiedade e de desconforto.

Indicador 2.10. - Tem uma expetativa realista das suas possibilidades de recuperação.

Uma expetativa realista das suas possibilidades de recuperação concorre de forma positiva para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- *“Que expetativas tem para o seu futuro? O que espera conseguir?”*

(CRENÇA)

O comportamento da pessoa resulta de um conjunto de crenças centrais que “devem ser utilizadas para predizer a probabilidade de um determinado comportamento vir a ocorrer” (Ogden, 2004, p. 41).

Indicador 2.11. - Existem crenças de natureza cultural, espiritual, religiosa e/ou de saúde que estão a dificultar o seu envolvimento.

A existência de crenças que limitam o envolvimento da pessoa no seu processo de recuperação é dificultadora do potencial para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- *“Quais os aspetos que identifica como sendo facilitadores da sua recuperação?”*
- *“Quais os aspetos que considera que podem funcionar como obstáculos neste processo de recuperação?”*

(AUTOCONTROLO)

O autocontrolo reporta-se à “volição: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (ICN, 2017, [s.p.]).

Indicador 2.12. - Entende que consegue fazer o necessário para controlar as suas ações e assim alcançar as metas estabelecidas.

Um baixo autocontrolo é dificultador do potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- “O que faz normalmente quando quer muito uma coisa?”

(VONTADE DE VIVER)

A vontade de viver “é influenciada por pensamentos e desejos de continuar a viver, apesar das circunstâncias difíceis; forte ímpeto de viver; fazer escolhas ou agir no sentido de continuar a viver” (ICN, 2017, [s.p.]).

Indicador 2.13. - Relata a sensação de que não vale a pena continuar a viver.

Relatar a sensação de que não vale a pena continuar a viver “a maioria das vezes” ou “quase sempre ou sempre” é dificultador do potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- “A sua vida está de acordo com o que deseja para si?”
- Numa escala de 0-10 (em que 0 é não concordo nada e 10 concordo totalmente) perguntar à pessoa o quanto concorda com a seguinte afirmação: “Aprecio a vida e gosto de viver”.

(INICIATIVA/FORÇA DE VONTADE)

A iniciativa é caracterizada por uma “disposição para empreender uma ação e para introduzir ideias ou tomar decisões e agir em conformidade” (ICN, 2017, [s.p.]). Já a força de vontade traduz a disposição da pessoa para manter ou abandonar ações tendo em conta os seus próprios desejos e intenções (ICN, 2017).

Indicador 2.14. - Tem iniciativa e apresenta-se empenhado(a) no desempenho das atividades de autocuidado.

Se a pessoa tem iniciativa e se apresenta empenhada no desempenho das atividades de autocuidado “a maioria das vezes” ou “quase sempre ou sempre”, este é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial.

Sugestão para a avaliação do indicador:

- Análise do discurso da pessoa e observação de atitudes e comportamentos.
-

A Emoção é um processo psicológico que se caracteriza pela presença de “sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados . . . e que . . . podem aumentar com o stresse ou com a doença” (ICN, 2017, [s.p.]).

- As emoções podem definir-se como “fenómenos psicofisiológicos de curta duração que representam modos de adaptação às exigências colocadas pelo meio ambiente” (Serra, 2007, p. 236);
- O mesmo acontecimento pode “desencadear emoções diferentes em pessoas diferentes ou . . . emoções diferentes na mesma pessoa em ocasiões diferentes” (Salkovskis, 1996 citado por Graziani & Swendsen, 2007, p. 91);
- A face humana trata-se de uma região privilegiada no que diz respeito à expressão não-verbal de emoções, sendo que estas modificam funções como a percepção, a memória, o pensamento, a atenção e a capacidade da pessoa para se concentrar (Serra, 2007);
- Estudos de Izard (1971) e Ekman (1982) salientam que o ser humano tem um maior número de emoções negativas do que positivas e que dá uma maior importância a essas mesmas (citado por Serra, 2007);
- Em situações de stresse pondera-se uma relação inversa entre as emoções na medida em que “quanto maior é o número de emoções negativas presentes menor é o número de emoções positivas” (Serra, 2007, p. 237);
- Almeida (2009) referencia que as emoções tanto podem facilitar como dificultar o processo de reconstrução da autonomia para o autocuidado.

(ESPERANÇA)

A esperança manifesta-se quando “a pessoa pensa poder vir a obter um resultado positivo, que ainda não foi conseguido, de alguma circunstância que usualmente apresenta perspectivas desfavoráveis” (Serra, 2007, p. 246).

Indicador 3.1. - Expressa sentimentos de esperança relacionados com a sua recuperação.

A presença de esperança é facilitadora do potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

(CONFIANÇA)

A confiança é uma emoção positiva que se traduz pela demonstração de sensação de confiança (ICN, 2017). Esta pode, também, revelar-se importante na relação que a pessoa dependente no autocuidado estabelece com a equipa de saúde, uma vez que uma relação baseada na confiança pode aumentar a motivação da pessoa para assumir o controlo sobre o seu processo de recuperação (Bell & Duffy, 2009).

Indicador 3.2. - Demonstra confiança na realização das tarefas de autocuidado.

Ter confiança aquando da realização das tarefas de autocuidado é facilitador do potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

(EMOÇÃO NEGATIVA)

A ansiedade, a insegurança, a tristeza e o desespero são algumas das emoções percebidas pelo ICN (2017) como emoções negativas:

- A ansiedade caracteriza-se pela presença de sentimentos de ameaça, de angústia ou de perigo;
- A pessoa quando se sente insegura revela sentimentos de incerteza, de falta de confiança ou de vergonha e desiste ou muda de opinião facilmente quando confrontada com a opinião de outros;
- A tristeza pode manifestar-se quando a pessoa avalia uma situação como uma perda irreparável (Serra, 2007) e pode traduzir-se por sentimentos de desalento e de melancolia associados a falta de energia;
- O desespero é compatível com sentimentos de demérito ou vazio, de desencorajamento ou de profunda falta de esperança.

Indicador 3.3. - Revela sinais tradutores de ansiedade, insegurança, tristeza e/ou desespero.

A presença de ansiedade, de insegurança, de tristeza e/ou de desespero “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” é um indicador que concorre negativamente para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

(HUMOR DEPRESSIVO)

A presença de sentimentos de tristeza e de melancolia em associação com perda de apetite e/ou insónia, assim como diminuição da concentração, são características de um estado de humor depressivo, também este considerado pelo ICN (2017) como uma emoção negativa.

Indicador 3.4. - Apresenta-se melancólico(a), com perda de apetite e/ou insónia.

A presença de humor depressivo “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” é um indicador que concorre negativamente para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

(MEDO)

O medo é uma emoção negativa caracterizada por um sentimento de “sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas” (ICN, 2017, [s.p.]). Uma vez com medo a pessoa pode “gerar estratégias de evitamento ou de fuga que permitem evitar ou fugir de uma ameaça real” (Serra, 2007, p. 248).

Indicador 3.5. - Manifesta medo (de ter uma recaída, da solidão, de cair, de ter dor, do estigma social...).

A presença de medo “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” é um indicador que concorre negativamente para o potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

(DESAMPARO/SOLIDÃO)

A solidão associa-se a sentimentos de falta de pertença, de exclusão e de melancolia e tristeza associado a falta de companhia. Habitualmente relaciona-se com sentimentos de perda de sentido, de vazio, de baixa auto-estima e de afastamento. A pessoa uma vez desamparada sente-se incapaz de assumir o controlo ou de agir de forma independente, manifestando-se indefesa (ICN, 2017).

Indicador 3.6. - Expressa desamparo e tristeza associado a falta de companhia.

A presença de desamparo e/ou de solidão é dificultadora do potencial da pessoa dependente para melhorar o autocuidado.

Sugestão para a avaliação dos indicadores 3.1 ao 3.6:

- Análise do discurso da pessoa e observação de emoções manifestadas;
 - “*Que sentimentos esta situação lhe desencadeia? Como se sente em relação a isso?*”
(Avaliar os sentimentos não resolvidos e que sejam, no momento, obstáculo para a sua recuperação)
-

A disponibilidade indica “estar preparado ou disponível para ação ou progresso” (ICN, 2017, [s.p.]). Esta encontra-se estritamente relacionada com o envolvimento da pessoa no seu processo de transição (Meleis et al., 2000). A disponibilidade para aprender associa-se diretamente aos processos de aprendizagem, sendo extremamente significativa quando se pretendem enunciar diagnósticos de enfermagem tradutores de potencial (Regufe, 2015).

Indicador 4.1. - Verbaliza disposição para aprender.

O facto de a pessoa verbalizar disposição para aprender “a maioria das vezes” ou “quase sempre ou sempre” é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial.

Indicador 4.2. - Procura informação (junto de outros doentes com uma condição de saúde semelhante, profissionais, internet...).

Se a pessoa procura informação “a maioria das vezes” ou “quase sempre ou sempre” este é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial.

Indicador 4.3. - Faz perguntas relacionadas com a evolução da sua condição de saúde.

Fazer perguntas relacionadas com a evolução da sua condição de saúde “a maioria das vezes” ou “quase sempre ou sempre” é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial da pessoa dependente melhorar o autocuidado.

Indicador 4.4. - Estabelece metas para o futuro.

Se a pessoa estabelece metas para o futuro “a maioria das vezes” ou “quase sempre ou sempre” este é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial.

Sugestão para a avaliação dos indicadores 4.1 ao 4.4:

- Análise do discurso da pessoa e observação da disponibilidade para aprender que apresenta no dia-a-dia;
 - “Tem alguma dúvida relacionada com esta nova condição?”
 - “O que costuma fazer quando tem dúvidas? A quem recorre?”
 - “Está disposto(a) a colaborar com a equipa de saúde no sentido de tentarmos fazer com que fique mais independente?”
 - “Considera que é importante continuar a fazer reabilitação ou acha que isso não lhe tem trazido benefícios?”
-

As experiências anteriores são reconhecidas como facilitadoras do processo de reconstrução da autonomia, sendo que estas se encontram relacionadas com os saberes adquiridos pela pessoa que já vivenciou outra situação que a “obrigou a passar subitamente a depender de terceiros para desenvolver as atividades de vida diária” (Lourenço, 2015, p. 157).

Indicador 5.1. - Vivenciou anteriormente uma experiência que está a dificultar a aquisição de competências para o autocuidado.

O facto de a pessoa ter uma experiência anterior que está a dificultar a aquisição de competências para o autocuidado concorre negativamente para a avaliação do potencial.

E.g.: A pessoa teve um internamento anterior em que apresentou uma queda ao tentar passar da cama para o cadeirão. Neste momento não quer aprender novamente a técnica de transferência pois considera que vai cair ao tentar fazê-lo.

Indicador 5.2. - Tem conhecimento ou aprendizagens prévias que estão a facilitar o seu processo de recuperação.

Se a pessoa dependente no autocuidado tem conhecimento ou aprendizagens prévias este é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial.

Indicador 5.3. - Recorre a comportamentos que o(a) ajudam a manter o bem-estar alicerçado pela vivência de uma experiência anterior.

Se a pessoa dependente no autocuidado recorre a comportamentos que o(a) ajudaram a manter o bem-estar numa experiência anterior este é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial.

Sugestão para a avaliação dos indicadores 5.1 ao 5.3:

- “Já vivenciou uma situação anterior de dependência para o autocuidado?”
 - “Teve alguma experiência anterior que se encontre a interferir com o seu desempenho neste momento?”
 - “Como se sente desta vez em relação à situação de dependência?”
 - “Considera que os conhecimentos que já possui o(a) vão ajudar neste novo processo de recuperação?”
-

Podem existir significados positivos, neutros ou negativos acerca do valor e da importância de alguma coisa (Meleis et al., 2000). Se após o evento gerador de dependência a pessoa adota uma nova visão de si mesma, este é um fator positivo para a reconstrução da autonomia. Pelo contrário, se a pessoa atribui, e.g., um significado negativo à dependência ou à utilização de equipamentos, este é um fator negativo para a reconstrução da autonomia (Maciel, 2013). Do seu estudo a autora verificou que a “inutilidade”, o “*ser um fardo*”, a “*invalidez*” e a “*autonomia*”, são significados comumente atribuídos à dependência de outrem ou ao uso de equipamentos.

Indicador 6.1. - Expressa sentir-se um “fardo” para as pessoas das quais depende para a concretização das atividades de vida diária.

Se a pessoa refere sentir-se um “fardo” para aqueles de quem depende para a concretização das atividades de vida diária “*nunca ou quase nunca*” ou apenas “*algumas vezes*” este é um indicador que concorre positivamente para a avaliação do potencial. Se esta refere sentir-se um “fardo” “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” este é um indicador que concorre negativamente para a avaliação do potencial.

Indicador 6.2. - Admite que está na altura de serem os outros a substituí-lo(a) na concretização das atividades de vida diária.

Se a pessoa admite que está na altura de serem os outros a substituí-la na concretização das atividades de vida diária este é um indicador que concorre negativamente para a avaliação do potencial.

Indicador 6.3. - Quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho(a) fica visivelmente triste e/ou verbaliza “já não servir para nada”.

O facto de a pessoa ficar visivelmente triste quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho concorre negativamente para a avaliação do potencial.

Se a pessoa verbaliza “já não servir para nada”, “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*”, este é um indicador que concorre negativamente para a avaliação do potencial.

Indicador 6.4. - Refere não ter qualquer problema em recorrer a ajudas técnicas se essa for a solução para melhorar o autocuidado.

O facto de a pessoa referir “*a maioria das vezes*” ou “*quase sempre ou sempre*” não ter qualquer problema em recorrer a ajudas técnicas, concorre positivamente para a avaliação do potencial.

Sugestão para a avaliação dos indicadores 6.1 ao 6.4:

- Numa escala de 0-10 (em que 0 é não concordo nada e 10 concordo totalmente) perguntar à pessoa o quanto concorda com as seguintes afirmações:
 - “Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias”.
 - “Sinto que já não sirvo para nada”.
 - “O que significa para si depender dos outros para a concretização de atividades de vida diária?” (se aplicável)
 - “O que significa para si andar com cadeira de rodas/andarilho/bengala/canadiana? Considera-o uma forma de promover a sua autonomia? Ou julga-o demonstrativo de incapacidade e de dependência?” (se aplicável)
-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. M. G. (2009). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – Estudo exploratório no contexto domiciliar*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10507>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Bell, L., & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse – Patient trust. *British Journal of Nursing*, 18(1), 46-51. doi: 10.12968/bjon.2009.18.1.32091

Cruz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). *Cuidar com sentido(s): Guia para cuidadores de pessoas com demência*. Recuperado de <http://www.ua.pt/cs/ReadObject.aspx?obj=21116>

Despacho conjunto n.º 861/99 de 8 de outubro. *Diário da República n.º 235 – II Série*. Lisboa: Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.

Folkman, S., & Lazarus R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170. doi: 10.1037/0022-3514.48.1.150

Gibello, B. (1999). *O pensamento incontido – Ensaio sobre o pensamento e as suas perturbações*. Lisboa: Climepsi Editores.

Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O stress: Emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

International Council of Nurses. (2017). *Browser CIPE*. Recuperado de <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>

Lourenço, M. C. G. (2015). *A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Um modelo de intervenção de enfermagem em cuidados continuados*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20685>

Maciel, E. A. R. (2013). *O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9453>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Classificação dos resultados de enfermagem: Mensuração dos resultados em saúde*. 5.^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. 2.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, S. C. A. (2014). *Formulário de avaliação da dependência no autocuidado – Versão reduzida*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9737>

Pinto, A. C. (2011). *Psicologia da aprendizagem e memória*. Porto: Livpsic/Legis Editora.

Regufe, J. R. F. (2015). *Processo Diagnóstico focado no Desempenho Parental com Crianças com Necessidades Especiais Permanentes – Da formalização do conhecimento envolvido à definição de um modelo clínico de dados*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10770>

Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. 3.^a ed. Coimbra: Edição do autor.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2011). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Texto Editores. (2015). *Dicionário escolar 2.º ciclo português*. 3.^a ed. Lisboa: Texto Editores.

ANEXO IX - Folheto Informativo Processos Psicológicos



(Sugestões para a mensuração de cada um dos indicadores)

1	CONCENTRAÇÃO <ul style="list-style-type: none">– Observar se a realização de uma atividade básica (e.g. comer) ocorre de forma contínua e sequencial, ou seja, sem interrupções de maior devido à perda de atenção nessa atividade;– Soletrar a palavra “saúde”.	CONSCIENCIALIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none">– “O que mudou na sua condição de saúde?”– “Que dificuldades sente para tomar banho, alimentar-se, vestir-se, transferir-se...?”– “Já pensou sobre o que terá que mudar na sua vida?”– Análise do discurso da pessoa nas conversas informais que se estabelecem durante a prestação de cuidados.
	PENSAMENTO <ul style="list-style-type: none">– Pedir para levantar o braço e coçar o nariz e avaliar se a resposta da pessoa é coerente com o pedido. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO <ul style="list-style-type: none">– Partindo das atividades básicas de vida diária, pedir à pessoa que faça uma escolha entre pelo menos duas opções (e.g. “Quer comer doce ou uma peça de fruta?”). Analisar se a justificação dada pela pessoa é lógica e coerente.	PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO <ul style="list-style-type: none">– Face a dois objetos comuns (e.g. escova de cabelo e escova de dentes) solicitar à pessoa que os nomeie e que explique as diferenças entre eles em termos da sua funcionalidade. MEMÓRIA <ul style="list-style-type: none">– “Vou dizer quatro palavras que peço que as recorde pela ordem em que as vou pronunciar: Pijama, prato, braço, colher. Pode repetir?”– “Quais os alimentos que comeu na última refeição que fez?”– “Teve visitas ontem? Quem foram os seus visitantes?” (se aplicável)– Questionar acerca da data e local de nascimento; data e local do casamento (se aplicável); número de filhos (se aplicável); nome do Presidente da República atual ou anterior ao atual.
2	COPING <ul style="list-style-type: none">– “Como está a reagir a esta situação?”– “Sente que tem capacidade para ultrapassar este desafio?”– “Sente que tem quem o(a) ajude?”– “O que considera que pode fazer para resolver este problema?”	ACEITAÇÃO <ul style="list-style-type: none">– “O que tem feito para se sentir melhor?”– “Considera que essa estratégia está a ajudá-lo(a)?”

“COGNIÇÃO”

“ATTITUDE”

ADAPTAÇÃO

- Análise do discurso da pessoa em conversas informais que surjam durante a prestação de cuidados;
- Observação dos comportamentos da pessoa para se ajustar aos problemas que vão surgindo no dia-a-dia.

AUTOEFICÁCIA

- Análise do discurso da pessoa e observação da sua atitude e comportamento.
- “Considera-se uma pessoa desenrascada e que resolve os seus problemas?”
- “Normalmente quando não consegue fazer as coisas à primeira insiste e continua a tentar até conseguir? Ou desiste facilmente?”

EXPETATIVA

- “Que expetativas tem para o seu futuro? O que espera conseguir?”

AUTOCONTROLO

- “O que faz normalmente quando quer muito uma coisa?”

INICIATIVA, FORÇA DE VONTADE

- Análise do discurso da pessoa e observação de atitudes e comportamentos.

[LOCUS DE CONTROLO]

- “Acredita que a sua recuperação está maioritariamente dependente de si?”
- “O que acha que mais influencia a sua recuperação? Aquilo que faz por si? Ou o que outras pessoas fazem por si?”
- “Considera que a sua recuperação é uma questão de sorte ou de trabalho?”

AUTOESTIMA

- “Quais as qualidades que mais salienta em si?”
- “Sente que tem muito de que se orgulhar?”
- “Relativamente à sua autoestima, e usando uma escala de 1 a 10 (em que 1 é uma baixa autoestima e 10 uma autoestima elevada), como se classifica?”

CRENÇA

- “Quais os aspetos que identifica como sendo facilitadores da sua recuperação?”
- “Quais os aspetos que considera que podem funcionar como obstáculos neste processo de recuperação?”

VONTADE DE VIVER

- “A sua vida está de acordo com o que deseja para si?”
- Numa escala de 0-10 (em que 0 é não concordo nada e 10 concordo totalmente) perguntar à pessoa o quanto concorda com a seguinte afirmação: “Aprecio a vida e gosto de viver”.

<p>3</p> <p>“EMOÇÃO”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise do discurso da pessoa e observação de emoções manifestadas; - “Que sentimentos esta situação lhe desencadeia? Como se sente em relação a isso?” (Avaliar os sentimentos não resolvidos e que sejam, no momento, obstáculo para a sua recuperação)
<p>4</p> <p>“DISPONIBILIDADE PARA APRENDER”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise do discurso da pessoa e observação da disponibilidade para aprender que apresenta no dia-a-dia; - “Tem alguma dúvida relacionada com esta nova condição?” - “O que costuma fazer quando tem dúvidas? A quem recorre?” - “Está disposto(a) a colaborar com a equipa de saúde no sentido de tentarmos fazer com que fique mais independente?” - “Considera que é importante continuar a fazer reabilitação ou acha que isso não lhe tem trazido benefícios?”
<p>5</p> <p>“EXPERIÊNCIAS ANTERIORES”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Já vivenciou uma situação anterior de dependência para o autocuidado?” - “Teve alguma experiência anterior que se encontre a interferir com o seu desempenho neste momento?” - “Como se sente desta vez em relação à situação de dependência?” - “Considera que os conhecimentos que já possui o(a) vão ajudar neste novo processo de recuperação?”
<p>6</p> <p>“SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Numa escala de 0-10 (em que 0 é não concordo nada e 10 concordo totalmente) perguntar à pessoa o quanto concorda com as seguintes afirmações: <ul style="list-style-type: none"> “Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias”. “Sinto que já não sirvo para nada”. - “O que significa para si depender dos outros para a concretização de atividades de vida diária?” (se aplicável) - “O que significa para si andar com cadeira de rodas/andarilho/bengala/canadiana? Considera-o uma forma de promover a sua autonomia? Ou julga-o demonstrativo de incapacidade e de dependência?” (se aplicável)

ANEXO X - Estudo da consistência interna da *toolkit*: Análise da pertinência de cada item



ESTUDO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DA TOOLKIT: ANÁLISE DA PERTINÊNCIA DE CADA ITEM

Sabendo que o valor de consistência interna da dimensão “Cognição” foi de 0,89, pode observar-se que qualquer que fosse o item excluído, o valor do alfa de Cronbach não seria mais elevado, pelo que se percebeu a pertinência de manter cada um dos indicadores formulados.

Estatística de cada item para a dimensão “Cognição”.

DIMENSÃO 1: “COGNIÇÃO”	ALFA DE CRONBACH SE O ITEM FOR EXCLUÍDO
ALFA DE CRONBACH DA DIMENSÃO - 0,89	
1.1. Mantém a sua atenção focalizada.	0,89
1.2. Identifica a sua condição de saúde atual.	0,88
1.3. Reconhece as limitações para o autocuidado decorrentes da atual condição de saúde.	0,87
1.4. Solicita ajuda quando necessário.	0,87
1.5. Reconhece o significado de uma ideia que lhe é transmitida.	0,87
1.6. Identifica e explica as diferenças entre dois objetos.	0,87
1.7. É capaz de escolher entre duas ou mais alternativas.	0,86
1.8. Recorda acontecimentos ou experiências recentes com precisão.	0,87
1.9. Recorda acontecimentos ou experiências passadas com precisão.	0,88

O valor do alfa de Cronbach da dimensão “Atitude” foi de 0,91. Constatou-se que ao excluir-se o indicador 2.13. - *Relata a sensação de que não vale a pena continuar a viver*, a dimensão teria uma melhor consistência interna, pois o valor do alfa seria de 0,92. Como tal diferença não é significativa, e uma vez que esta dimensão já apresentava uma consistência interna muito boa, optou-se por manter o item discriminativo da vontade de viver.

Estatística de cada item para a dimensão “Atitude”.

DIMENSÃO 2: “ATITUDE”		ALFA DE CRONBACH
ALFA DE CRONBACH DA DIMENSÃO - 0,91		SE O ITEM FOR EXCLUÍDO
2.1. Encara a situação de dependência como um dano/perda.		0,90
2.2. Considera ter disponíveis os recursos necessários para enfrentar o desafio colocado pela situação de dependência.		0,90
2.3. Manifesta sensação de controlo e de conforto psicológico.		0,90
2.4. Mostra-se capaz de responder de forma positiva aos estímulos a que está exposto(a).		0,89
2.5. Acredita que a sua recuperação está maioritariamente dependente de si próprio.		0,90
2.6. Considera que a sua recuperação será mais uma questão de sorte do que de trabalho.		0,91
2.7. Acredita ser uma pessoa desenrascada e que facilmente resolve os seus problemas.		0,90
2.8. Quando não consegue realizar determinada tarefa de autocuidado desiste facilmente.		0,90
2.9. Acredita no seu mérito pessoal, tem orgulho de si mesmo(a) e uma visão positiva das suas qualidades.		0,90
2.10. Tem uma expectativa realista das suas possibilidades de recuperação.		0,90
2.11. Existem crenças de natureza cultural, espiritual, religiosa e/ou de saúde que estão a dificultar o seu envolvimento.		0,91
2.12. Entende que consegue fazer o necessário para controlar as suas ações e assim alcançar as metas estabelecidas.		0,89
2.13. Relata a sensação de que não vale a pena continuar a viver.		0,92
2.14. Tem iniciativa e apresenta-se empenhado(a) no desempenho das atividades de autocuidado.		0,89

No que concerne à dimensão “Emoção”, verificou-se que todos os indicadores se mostraram oportunos e que o valor do coeficiente alfa de Cronbach, que havia sido de 0,81, não se tornava mais elevado após a exclusão de nenhum dos *itens*.

Estatística de cada item para a dimensão “Emoção”.

DIMENSÃO 3: “EMOÇÃO”		ALFA DE CRONBACH
ALFA DE CRONBACH DA DIMENSÃO - 0,81		SE O
		ITEM FOR EXCLUÍDO
3.1. Expressa sentimentos de esperança relacionados com a sua recuperação.		0,75
3.2. Demonstra confiança na realização das tarefas de autocuidado.		0,77
3.3. Revela sinais tradutores de ansiedade, insegurança, tristeza e/ou desespero.		0,75
3.4. Apresenta-se melancólico(a), com perda de apetite e/ou insónia.		0,80
3.5. Manifesta medo (de ter uma recaída, da solidão, de cair, de ter dor, do estigma social...).		0,81
3.6. Expressa desamparo e tristeza associado a falta de companhia.		0,78

A mesma situação se sucedera quando se analisou a estatística de cada item para a dimensão “Disponibilidade para aprender”. O alfa de Cronbach da dimensão foi mais elevado - 0,92 - quando se consideraram todos os indicadores.

Estatística de cada item para a dimensão “Disponibilidade para aprender”.

DIMENSÃO 4: “DISPONIBILIDADE PARA APRENDER”		ALFA DE CRONBACH
ALFA DE CRONBACH DA DIMENSÃO - 0,92		SE O
		ITEM FOR EXCLUÍDO
4.1. Verbaliza disposição para aprender.		0,91
4.2. Procura informação (junto de outros doentes com uma condição de saúde semelhante, profissionais, internet...).		0,88
4.3. Faz perguntas relacionadas com a evolução da sua condição de saúde.		0,88
4.4. Estabelece metas para o futuro.		0,91

Na dimensão “Experiências anteriores”, observou-se que uma vez excluído o indicador 5.1. - *Vivenciou anteriormente uma experiência que está a dificultar a aquisição de competências para o autocuidado*, o coeficiente alfa de Cronbach passava de 0,95 para 0,98. Uma vez mais, não se considerou tal aumento da consistência interna significativo dado ambos os valores já traduzirem um alfa superior a 0,90. Pelo sucedido, julgou-se adequado manter os três *itens* discriminados.

Estatística de cada item para a dimensão “Experiências anteriores”.

DIMENSÃO 5: “EXPERIÊNCIAS ANTERIORES”		ALFA DE CRONBACH
ALFA DE CRONBACH DA DIMENSÃO - 0,95		SE O
		ITEM FOR EXCLUÍDO
5.1. Vivenciou anteriormente uma experiência que está a dificultar a aquisição de competências para o autocuidado.		0,98
5.2. Tem conhecimento ou aprendizagens prévias que estão a facilitar o seu processo de recuperação.		0,92
5.3. Recorre a comportamentos que o(a) ajudam a manter o bem-estar alicerçado pela vivência de uma experiência anterior.		0,91

**ANEXO XI - Versão da *Toolkit* de Avaliação do Potencial da Pessoa
Dependente para Melhorar o Autocuidado após o estudo-piloto**



Parte III - Processos Psicológicos

Indicar, de acordo com aquilo que observa e/ou de acordo com aquilo que a pessoa dependente no autocuidado lhe refere, de entre as categorias disponíveis - “nunca ou quase nunca/algumas vezes/a maioria das vezes/quase sempre ou sempre” -, aquela que mais se apropria.

1	COGNIÇÃO			
INDICADORES	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
1.1. Mantém a sua atenção focalizada. (Concentração)	0	0	0	0
1.2. Identifica a sua condição de saúde atual. (Consciencialização)	0	0	0	0
1.3. Reconhece as limitações para o autocuidado decorrentes da atual condição de saúde. (Consciencialização)	0	0	0	0
1.4. Solicita ajuda quando necessário. (Consciencialização)	0	0	0	0
1.5. Reconhece o significado de uma ideia que lhe é transmitida. (Pensamento)	0	0	0	0
1.6. Identifica e explica as diferenças entre dois objetos. (Processamento de informação)	0	0	0	0
1.7. É capaz de escolher entre duas ou mais alternativas. (Processo de tomada de decisão)	0	0	0	0
1.8. Recorda acontecimentos ou experiências recentes com precisão. (Memória de curto prazo)	0	0	0	0
1.9. Recorda acontecimentos ou experiências passadas com precisão. (Memória de longo prazo)	0	0	0	0
2	ATITUDE			
INDICADORES	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
2.1. Encara a situação de dependência como um dano/perda. ([Avaliação primária])	0	0	0	0
2.2. Considera ter disponíveis os recursos necessários para enfrentar o desafio colocado pela situação de dependência. ([Avaliação secundária])	0	0	0	0
2.3. Manifesta sensação de controlo e de conforto psicológico. (Aceitação)	0	0	0	0
2.4. Mostra-se capaz de responder de forma positiva aos estímulos a que está exposto(a). (Adaptação)	0	0	0	0
2.5. Acredita que a sua recuperação está maioritariamente dependente de si próprio. ([Locus de controlo interno])	0	0	0	0
2.6. Considera que a sua recuperação será mais uma questão de sorte do que de trabalho. ([Locus de controlo externo])	0	0	0	0
2.7. Acredita ser uma pessoa desenrascada e que facilmente resolve os seus problemas. (Autoeficácia)	0	0	0	0
2.8. Quando não consegue realizar determinada tarefa de autocuidado desiste facilmente. (Autoeficácia)	0	0	0	0
2.9. Acredita no seu mérito pessoal, tem orgulho de si mesmo(a) e uma visão positiva das suas qualidades. (Autoestima)	0	0	0	0
2.10. Tem uma expectativa realista das suas possibilidades de recuperação. (Expectativa)	0	0	0	0
2.11. Existem crenças de natureza cultural, espiritual, religiosa e/ou de saúde que estão a dificultar o seu envolvimento. (Crença)	0	0	0	0
2.12. Entende que consegue fazer o necessário para controlar as suas ações e assim alcançar as metas estabelecidas. (Autocontrolo)	0	0	0	0
2.13. Relata a sensação de que não vale a pena continuar a viver. (Vontade de viver)	0	0	0	0

2.14. Tem iniciativa e apresenta-se empenhado(a) no desempenho das atividades de autocuidado. (Iniciativa/força de vontade)		0	0	0	0	
3	EMOÇÃO					
INDICADORES		Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre	
3.1. Expressa sentimentos de esperança relacionados com a sua recuperação. (Esperança)		0	0	0	0	
3.2. Demonstra confiança na realização das tarefas de autocuidado. (Confiança)		0	0	0	0	
3.3. Revela sinais tradutores de ansiedade, insegurança, tristeza e/ou desespero. (Emoção negativa)		0	0	0	0	
3.4. Apresenta-se melancólico(a), com perda de apetite e/ou insónia. (Humor depressivo)		0	0	0	0	
3.5. Manifesta medo (de ter uma recaída, da solidão, de cair, de ter dor, do estigma social...). (Medo)		0	0	0	0	
3.6. Expressa desamparo e tristeza associado a falta de companhia. (Desamparo/solidão)		0	0	0	0	
4	DISPONIBILIDADE PARA APRENDER					
INDICADORES		Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre	
4.1. Verbaliza disposição para aprender.		0	0	0	0	
4.2. Procura informação (junto de outros doentes com uma condição de saúde semelhante, profissionais, internet...).		0	0	0	0	
4.3. Faz perguntas relacionadas com a evolução da sua condição de saúde.		0	0	0	0	
4.4. Estabelece metas para o futuro.		0	0	0	0	
5	EXPERIÊNCIAS ANTERIORES					
INDICADORES		Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre	Não aplicável
5.1. Vivenciou anteriormente uma experiência que está a dificultar a aquisição de competências para o autocuidado.		0	0	0	0	0
5.2. Tem conhecimento ou aprendizagens prévias que estão a facilitar o seu processo de recuperação.		0	0	0	0	0
5.3. Recorre a comportamentos que o(a) ajudam a manter o bem-estar alicerçado pela vivência de uma experiência anterior.		0	0	0	0	0
6	SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS					
INDICADORES		Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre	
6.1. Expressa sentir-se um “fardo” para as pessoas das quais depende para a concretização das atividades de vida diária.		0	0	0	0	
6.2. Admite que está na altura de serem os outros a substituí-lo(a) na concretização das atividades de vida diária.		0	0	0	0	
6.3. Quando não consegue desempenhar uma tarefa sozinho(a) fica visivelmente triste e/ou verbaliza “já não servir para nada”.		0	0	0	0	
6.4. Considera que terá vergonha de usar um equipamento para fazer aquilo que já não consegue fazer sozinho(a).		0	0	0	0	
6.5. Admite que o uso de equipamentos o(a) faz ser mais autónomo(a) e lhe possibilita, sem ajuda de outra pessoa, “chegar lá”.		0	0	0	0	

