



**ipb**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
**Escola Superior de Saúde**

# **Satisfação com o Suporte Social nos Utentes de Cuidados Continuados**

Elisabete Cristina Mota Leite

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de  
Bragança para obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados**

Orientado por:

Professora Doutora Gorete Batista

Bragança, 2014

# **Satisfação com o Suporte Social nos Utentes de Cuidados Continuados**

Elisabete Cristina Mota Leite

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de  
Bragança para obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados**

Orientado por:

Professora Doutora Gorete Batista

Bragança, 2014



## **Pensamento**

*“O importante não é por quanto tempo viverás mas a qualidade de vida que terás”*

Sêneca

---

**Dedicatória**

**Aos meus pais**

## **Agradecimentos**

É com muita satisfação que expresso aqui os meus sinceros agradecimentos à professora Gorete Batista pela dedicação prestada, pelos conselhos, acompanhamento, incentivo e disponibilidade.

À professora Isabel Ribeiro, pela disponibilidade, por possibilitar que este relatório de estágio se realizasse e pelas orientações prestadas.

Um agradecimento especial às pessoas que me acompanharam no estágio, pois foram parte integrante deste trabalho, os seus conhecimentos e sensibilidade para com os utentes da unidade facilitou a aproximação necessária à realização de um trabalho como este.

Não posso deixar de agradecer aos meus pais que sempre me acompanharam neste percurso tao importante para mim, sem eles nada disto seria possível.

Ao meu namorado, que foi incansável no apoio e incentivo que me prestou.

E por fim, um agradecimento em geral, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este trabalho se realizasse.

## RESUMO

O presente relatório pretende dar a conhecer as atividades desenvolvidas no estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Vila Verde-Braga, onde, a par da intervenção direta com os utentes, como educadora social no seio da equipa multidisciplinar, efetuámos um trabalho de investigação com o objetivo de avaliar a satisfação dos utentes com o Suporte Social. Estudámos a aplicabilidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Ribeiro (1999) sendo a população-alvo os utentes internados na unidade no período de Fevereiro a Maio de 2013.

A ESSS foi aplicada a uma amostra de 29 pessoas. A Análise de Componentes Principais seguida de confirmação através da validade convergente-discriminante confirmou a estrutura conceptual apresentada pelo autor com 4 domínios (satisfação com amigos/amizades; intimidade; satisfação com a família e atividades sociais), embora a amostra documentasse uma tendência para associar a satisfação com os amigos/amizades à satisfação com a família. A escala mostrou uma boa fidelidade em todos os domínios (coeficiente alpha de Cronbach com um total de 0,78), porém é a subescala da satisfação com amigos/amizades, aquela que melhor explica a variância total da escala (com 33,2%).

Podemos assim considerar que a ESSS constitui um instrumento fiável, válido e adaptado para o estudo de pessoas idosas internadas em cuidados continuados.

Os resultados obtidos permitem-nos inferir que os elementos da amostra se encontram, na generalidade, satisfeitos com o suporte social que estão a usufruir, sendo o suporte amigos/amizades o que lhes dá maior satisfação (17,03). Sentem-se razoavelmente satisfeitos com o apoio recebido pela família (11,82) e com a intimidade (13,75) e, pelo contrário, pouco satisfeitos com as atividades sociais (9,7). Este padrão parece concordante com o que se supõe ser a vida de um utente de cuidados continuados neste grupo etário.

Palavras-chave: Suporte Social; Satisfação.

## ABSTRACT

This report aims to present the activities performed on stage in Continuing Care Unit of Vila Verde, Braga, where, along with the direct intervention of users such as social educator within the multidisciplinary team, we made a research with to evaluate user satisfaction with social support. We studied the applicability of the Scale of Satisfaction with Social Support (ESSS) Ribeiro (1999) being the target population users hospitalized in the period February to May 2013.

ESSS was applied to a sample of 29 persons. The Principal Component Analysis followed by confirmation by convergent-discriminant validity confirmed the conceptual framework presented by the author with 4 domains (satisfaction with family / friends; intimacy, satisfaction with family and social activities), although the sample to document a tendency to associate satisfaction with friends / acquaintances to satisfaction with family. The scale showed good fidelity in all domains (Cronbach's alpha coefficient with a total of 0.78), but is the subscale 'satisfaction with family / friends, that best explains the total variance of the scale (with 33.2%).

Next we consider the ESSS is a reliable, valid and adapted for the study of older people admitted to continuing care instrument. The results allow us to infer that the sample elements are in general satisfied with the social support they are enjoying, with the support friends / acquaintances which gives them greater satisfaction (17,03). Feel reasonably satisfied with the support received by the family (11.82) and intimacy (13.75) and, conversely, little satisfied with social activities (9.7). This pattern seems consistent with what is supposed to be the life of a user of ongoing care for this age group.

Keywords: Social Support; Satisfaction.

## **SIGLAS**

**UCCI** - Unidade de Cuidados Continuado Integrados

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**ESSS** - Escala de Satisfação com o Suporte Social

**QdV** - Qualidade de Vida

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**AIVD** - Atividades Instrumentais da Vida Diária

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	13
PARTE 1-DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO EM CUIDADOS CONTINUADOS..15	
1- UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VILA VERDE.....	17
2-ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO .....	25
2.1-Integração na equipa de saúde.....	25
2.2-Atividades Desenvolvidas com os Utentes .....	27
2.3-Atividades de Investigação.....	28
PARTE 2 -TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO .....	31
<i>SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL NOS UTENTES DE CUIDADOS CONTINUADOS .....</i>	<i>31</i>
1-A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL.....	33
2-SATISFAÇÃO COM A VIDA .....	39
-O Bem-estar subjetivo.....	39
-O processo dinâmico da Satisfação Com a Vida .....	40
-Bem-estar e Qualidade de Vida no Idoso.....	41
3- CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....	45
a. Objetivos do Estudo .....	46
b. Questões de Investigação.....	46
c. Material .....	47
d. Procedimentos .....	48
e. População e Amostra .....	49
4-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	51
4.1 Análise Descritiva .....	51
4.2 - Validade de constructo .....	53
4.3. Fidelidade da Escala .....	56
5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	59
CONCLUSÕES, SUGESTÕES E LIMITAÇÕES NO ESTÁGIO/RELATÓRIO.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	63
ANEXOS.....	67
ANEXO I - AUTORIZAÇÕES.....	68
ANEXO II- PLANIFICAÇÕES SEMANAIS DAS ATIVIDADES .....	71

ANEXO III- QUESTIONÁRIO ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS).....	80
ANEXO VI- QUESTIONÁRIO PARA O CONHECIMENTO DAS DIFICULDADES DOS CUIDADORES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS .....	82
ANEXO V- CONHECIMENTO DAS DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS DEPENDENTES E PLANO DE INTERVENÇÃO .....	87

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 - Distribuição da amplitude, média e desvio padrão das diferentes subescalas da ESSS e escala global (N= 29) .....	51
Quadro 2 - Análise dos Componentes Principais da escala ESSS, variância e consistência interna de cada fator. ....	54
Quadro 3 - Validade convergente-discriminante dos itens da escala ESSS1.....	55
Quadro 4 - Fidelidade da escala ESSS na amostra em estudo e a apresentada pelo autor..	56
Quadro 5 - Pontos de corte das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	57

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 - Média e desvio Padrão da Satisfação com Amizades.....	51
Gráfico 3 - Média e desvio padrão da Satisfação com a Família.....	52
Gráfico 4 - Média e Desvio Padrão com Atividades Sociais .....	52
Gráfico 5 - Média e Desvio Padrão da Escala Global de Satisfação Social.....	53





## INTRODUÇÃO

No âmbito de Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (ESSa-IPB) foi proposto a elaboração de um projeto de Integrados (RNCCI), como estrutura de missão relativamente recente nos cuidados de saúde em Portugal.

estágio e respetivo relatório científico, uma vez que se optou por realizar estágio curricular numa Unidade de Cuidados Continuado Integrados (UCCI). A nossa opção pelo estágio deveu-se ao facto de esta modalidade nos ter parecido a mais adequada em termos de aplicabilidade prática dos conhecimentos teóricos adquiridos durante as unidades curriculares do curso de mestrado. Por outro lado, o facto de sermos licenciadas em Educação Social ainda com escassa experiência profissional (que se resume apenas a estágios realizados), o contexto estágio apresentava a possibilidade de desenvolver essa mesma experiência na prática clínica específica. Com o estágio pretendemos também compreender melhor a realidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados O estágio curricular do Mestrado de Cuidados Continuados desenvolveu-se de acordo com o cronograma inicial e decorreu no período de 26 de Fevereiro de 2013 a 31 de Maio de 2013 na Unidade de Cuidados Continuados de média duração e reabilitação da Santa casa de Misericórdia de Vila Verde.

O objetivo inicial de conhecer as práticas clínicas e a metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar permitiu desenvolver gradualmente uma consciência reflexiva sobre o processo de aprendizagem que visou conhecer essa mesma realidade.

Assim, durante o período em que nos deslocamos à Unidade, verificamos que o estágio foi de encontro às nossas expectativas, e sanou dúvidas que continuariam a existir se não conseguíssemos constatá-las e ultrapassá-las através de vivências e contacto direto com a dinâmica de uma Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação.

Dentro do contexto de estágio desenvolvemos dois projetos de investigação, um acerca do cuidador informal e os cuidados em que sentem mais dificuldades, e outro onde aplicamos a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Pais Ribeiro (1999), com o objetivo de verificar os níveis de suporte social deste grupo populacional bem como conhecer a adaptação do questionário ao mesmo.

Assim sendo, este relatório encontra-se dividido em três partes fundamentais. Numa primeira parte abordamos o desenvolvimento do estágio em cuidados continuados, a integração na equipa multidisciplinar e as atividades realizadas com os utentes da unidade.

Numa segunda parte apresentamos o trabalho de investigação onde se desenvolveu o enquadramento teórico do estudo e a investigação empírica.

Finalmente, em termos conclusivos, fazemos uma reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas durante o estágio, o qual sem dúvida permitiu aquisição de conhecimentos relativos aos cuidados continuados, bem como oportunidades ao nível da formação, melhoria e desenvolvimento de competências ao nível da investigação.

## **PARTE 1**

### **DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO EM CUIDADOS CONTINUADOS**

Face à situação do considerável aumento de pessoas idosas, com idades avançadas (envelhecimento progressivo), às mudanças epidemiológicas consequentes das doenças crónicas, ao aumento das pessoas que vivem sozinhas, ao aumento constante por parte da sociedade da procura de novas respostas aos problemas do envelhecimento e da dependência, impôs-se a prioridade de desenvolver intervenções que pudessem dar resposta a necessidades mistas que combinam problemas ou circunstâncias de saúde e sociais.

A RNCCI constitui-se como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006), é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, passando a formalizar-se uma estratégia nacional única para Portugal Continental. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. A RNCCI tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (RNCCI- Ministério da Saúde,2010).

Dessa forma, a RNCCI vem facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribua para dar uma resposta coerente e integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada. Esta Rede pretende avançar num sistema de prestações, adaptadas às necessidades do cidadão e centradas no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos, pelo prestador mais adequado. As principais motivações que deram origem a este projeto foram os desafios apresentados pelas novas realidades sociais e epidemiológicas resultantes, entre outros factores, do aumento da esperança de vida e o consequente agravamento de doenças crónicas e incapacitantes (RNCCI- Ministério da Saúde,2010)



## **1- UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VILA VERDE**

A unidade de média duração e reabilitação de Vila Verde, onde desenvolvemos o estágio, é uma unidade de internamento com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (art. 13º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho). A R.N.C.C.I. vem possibilitar a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. A concretização deste protocolo permite assegurar capacidade de resposta a uma carência social cada vez mais premente na sociedade atual, seja em meios urbanos ou rurais, com pessoas de terceira idade que perderam a sua autonomia e sem possibilidade de receber dos familiares o apoio necessário. No atual contexto do desenvolvimento social e fortemente marcado pela pressão económica e laboral que se abate sobre as famílias, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde mantém-se fiel aos seus princípios e valores de fundamentalmente praticar o bem. O objetivo da Santa Casa da Misericórdia de vila verde é ir ao encontro das necessidades da população e assegurar a prestação de um serviço de qualidade, sendo hoje a maior instituição do concelho e um referencial de dinamismo, graças à forte diversidade de serviços na área social e ao nível da saúde. Conta com 65 anos de história e de capacidade de resposta para superar as necessidades da população, marcada pela ruralidade e pela interioridade da região (RNCCI- Ministério da Saúde,2010).

### **Objetivos**

Pretende-se, com esta unidade, responder a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde e:

- Evitar permanências desnecessárias em hospitais de agudos;
- Contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos;
- Reduzir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença e de longa duração;
- Promover a reabilitação e a independência dos utentes.

### **Caracterização**

A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, que presta cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão (RNCCI- Ministério da Saúde,2010)

### **Destinatários**

Os utilizadores das unidades de média duração e reabilitação são doentes oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados.

Podem, ainda, existir unidades de média duração e reabilitação, com características próprias, destinadas a grupos específicos de doentes. O regime de unidade de dia destina-se a pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares lhes permitem a permanência no domicílio, mediante a prestação de cuidados em regime de dia (RNCCI- Ministério da Saúde,2010).

### **Serviços**

A unidade de média duração e reabilitação é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- Cuidados médicos diários;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Apoio psicossocial;
- Higiene, conforto e alimentação;

- Convívio e lazer

### **Tipo de cuidados**

Os cuidados a prestar nas Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação destinam-se, fundamentalmente, à reabilitação, manutenção e apoio social e à rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida, em condições da maior autonomia possível.

As Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação promovem o treino de funções cognitivas, sensoriais, e motoras, ressocialização e atividades sócio ocupacionais. Para tal, a Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação da Santa casa de Misericórdia de Vila Verde dispõe de:

- Serviços médicos presenciais, pelo menos duas vezes por semana, com revisão semanal do plano terapêutico;
- Serviços de enfermagem;
- Serviços de reabilitação diários;
- De ajuda à interação entre o utilizador e a família, promovendo a participação dos familiares ou outros diretos conviventes ou voluntários organizados;
- Serviços de desenvolvimento de atividades lúdico-ocupacionais;
  - Preparação da alta e respetivo encaminhamento

### **Equipa Multidisciplinar**

Cada Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação deve dispor de uma equipa técnica multidisciplinar das áreas da saúde e da ação social, determinada pela natureza dos cuidados que presta e tendo em conta o fim a que se destina.

A equipa multidisciplinar, da Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação da Santa casa de Misericórdia é constituída, pelos seguintes **profissionais de saúde**:

- Médico;
- Enfermeiro;
- Fisioterapeuta;
- Terapeuta ocupacional;
- Psicólogo clínico;

- Nutricionista;
- Auxiliares de ação médica.

A equipa multidisciplinar, no âmbito da Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação, é constituída, pelos seguintes **profissionais de ação social**:

- Técnico de serviço social
- Pessoal com perfis profissionais que garantam o funcionamento dos componentes logísticos da Unidade de Convalescença (serviços internos ou de *outsourcing*).

O número de profissionais está de acordo com o estabelecido no contrato.

A Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação pode contar, também, com:

- Voluntários, devidamente preparados e enquadrados;
- Prestadores informais de cuidados, devendo-se promover e facilitar a sua formação e treino adequados, bem como a sua integração na equipa e no contexto sociofamiliar

### **Estrutura Orgânica**

A Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação é composta por áreas funcionais que constituem a sua estrutura orgânica.

Entende-se por áreas funcionais o conjunto de espaços, articulados entre si, necessários à realização de determinadas funções específicas, por forma a possibilitar um funcionamento de qualidade.

São áreas funcionais da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação:

- Acesso/receção;
- Área de internamento com zona de convívio contígua;
- Áreas de prestação de cuidados, nomeadamente, de tratamento e de reabilitação;
- Áreas de apoio às áreas técnicas e de convívio;
- Serviços de direção e serviços técnicos;
- Áreas de apoio geral, nomeadamente, à alimentação, lavandaria/rouparia, esterilização e armazém;

- Instalações de pessoal (RNCCI- Ministério da Saúde,2010).

### **Organização**

A Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação visa garantir cuidados integrados, individualizados e humanizados.

A Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação funciona tendo em vista a reabilitação, manutenção e apoio social tendentes à rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida.

A Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação organiza-se como:

- Serviço autónomo, em espaço próprio;
- Serviço integrado numa estrutura existente, desde que esta garanta as condições necessárias ao desenvolvimento deste tipo de resposta.

Para cada doente admitido na Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação deve ser constituído um processo que integre os componentes administrativos, sociais e clínicos.

Componentes administrativos:

- Identificação e residência do doente;
- Identificação, residência e telefone de familiar ou outra pessoa a contactar em caso de necessidade;
- Identificação da entidade referenciadora;
- Identificação do médico assistente e respectivos contactos;
- Data de início e fim da prestação de serviços.

Componentes sociais e clínicos:

- Diagnóstico das necessidades clínicas e sociais;
- Plano individual de intervenção, expressando os cuidados a prestar de acordo com os objetivos a atingir;
- Consentimento Informado;
- Registo sistemático dos cuidados prestados por cada elemento interventor, datado e rubricado;
- Avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção;
- Nota de alta (RNCCI- Ministério da Saúde,2010).

### **Funcionamento**

O funcionamento da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação processa-se de acordo com regras a definir em Regulamento Interno.

Do Regulamento Interno deve constar:

- Critérios de admissão e de alta dos utilizadores;
- Definição das competências e funções de cada um dos profissionais e outros prestadores;
- Horários de funcionamento;
- Outros (RNCCI- Ministério da Saúde,2010).

### **Critérios de admissão**

São critérios de admissão na Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa de Misericórdia de Vila Verde:

- Necessidade de controlo de sintomas difícil de realizar no domicílio;
- Necessidade de cuidados de reabilitação que exijam internamento, para melhoria e/ou manutenção de capacidades;
- Necessidade de cuidados de manutenção que exijam internamento;
- Necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais.
- Impossibilidade, por ausência de recursos sociofamiliares, de uma pronta reinserção na comunidade.

A admissão nas Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação é efetuada mediante a intervenção da Equipa Coordenadora Local (RNCCI- Ministério da Saúde,2010)

### **Critérios de alta**

São critérios de alta da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação:

- Obtenção dos objetivos clínicos e de reabilitação;
- Necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação;
- Necessidade de resposta isolada do âmbito da saúde ou de apoio social.

A preparação da alta da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação compete à Equipa da Unidade e obedece a um processo sistemático que garanta a

continuidade de tratamento e apoio, se necessário, noutros níveis da rede de cuidados continuados integrados.

### **Implementação**

As Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação deverão situar-se, em instalações próprias, podendo ser considerada a reconversão e adaptação de instalações já existentes.

O número das Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação a contratualizar é, em primeira linha, estimado em função das características sociodemográficas da zona de implementação.

O local para implementação das Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação deve obedecer aos seguintes requisitos:

- Ter acessibilidades;
- Ser implantado em zona de boa salubridade, longe de estruturas ou infraestruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros, fumos ou outros poluentes considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem, ou interfiram, no quotidiano dos utilizadores;
- Estar inserido na comunidade de modo a permitir a integração social dos utilizadores.

### **Avaliação**

A avaliação da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação resulta:

- De um processo interno de avaliação sistemática, devidamente documentado;
- De um processo externo de avaliação periódica, qualitativa, segundo critérios a definir pela UCCI.



## **2-ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO**

Neste capítulo descrevemos as atividades realizadas de acordo com o projeto de estágio, elaborado no início do mesmo, tendo em conta os objetivos propostos.

Começamos por descrever a integração na equipa de saúde e damos a conhecer as oportunidades que surgiram ao nível de aprendizagem e colaboração em atividades e projetos.

### ***2.1 -Integração na equipa de saúde***

Neste subcapítulo descrevemos a maneira como se desenrolou o processo e integração na equipa de saúde, de forma a dar resposta a um dos objetivos inicialmente inculcados. No primeiro dia do estágio acompanhamos a assistente social, proposta como coorientadora de estágio, fomos apresentados a todos os colaboradores da instituição, os quais se viriam a tornar verdadeiros agentes de integração e aprendizagem ao longo do estágio. O processo de integração na equipa de trabalho foi excelente, deixando à vista um ambiente de colaboração, disponibilidade e, desde logo, propício à participação nas atividades desta unidade. Obtivemos informações sobre o seu funcionamento e atividades que se poderiam realizar com os utentes, através de documentos existentes na unidade e ainda de forma informal com elementos da equipa multidisciplinar.

O processo de inclusão na equipa da unidade contribuiu para percebermos como são acolhidos os utentes; como se realiza a avaliação e identificação dos problemas/necessidades maior; quais os procedimentos durante o tratamento e também com se prepara, de uma forma personalizada, a alta do utente, em colaboração com os familiares.

Para que o acolhimento seja próximo do ideal é cumprido rigorosamente o seguinte Protocolo de Admissão de Utentes da Unidade de média duração e reabilitação da Santa Casa de Misericórdia de Vila Verde, o qual passo a descrever:

À chegada do utente, devem, sempre que possível, estar presentes o técnico de serviço social, o enfermeiro responsável, e uma auxiliar, para que logo à chegada, os utentes e suas famílias, possam ter contacto com a maior diversidade de profissionais que a unidade coloca ao seu dispor. É importante também promover, o mais cedo possível, o contacto do utente e família com o conjunto de profissionais da unidade (Fisioterapeuta, Educador Social, Psicólogo, Administrativos, etc.).

O contacto inicial é de extrema importância, não só em termos humanos, mas também com vista ao conhecimento do espaço físico das instalações. É fundamental haver disponibilidade para mostrar à família, e sempre que possível ao utente, as instalações que estarão ao seu dispor durante a sua estadia na unidade, com objetivo de proporcionar-lhe uma bom acolhimento e integração.

A instalação e acomodação do utente no respetivo quarto é da responsabilidade do pessoal de enfermagem e auxiliar, que procurarão, neste primeiro contacto realizar uma primeira avaliação dos cuidados que o utente requer.

Durante o período de admissão, instalação e acomodação do utente, o técnico de serviço social reúne com os familiares recolhendo toda informação que considere necessária e pertinente. Dá-se início a um trabalho de preparação da família para uma futura alta do utente, seja para o domicílio, seja para uma outra resposta social adequada. Procura-se também potenciar a participação da família envolvendo-a no processo terapêutico.

Terminado o processo de instalação do utente, a família é conduzida ao quarto deste concedendo-lhes alguns momentos de privacidade, para que em conjunto possam iniciar a adaptação a esta nova realidade. Neste primeiro contacto a equipa de enfermagem recolhe informações necessárias ao planeamento dos cuidados usando a metodologia científica do processo de enfermagem. Se o utente não vier acompanhado aquando da admissão, é agendada para as 48 horas seguintes uma reunião com o cuidador/responsável de internamento. São registadas as expectativas para o internamento na UCCI e entregue o guia de acolhimento. O processo de admissão numa unidade da Rede deverá verificar-se em observância preferência e ao critério de proximidade da área de domicílio do utente. Ultrapassados estes procedimentos, considera-se concluído o processo de admissão.

Este estágio veio proporcionar um conhecimento e crescimento pessoal, na perspetiva profissional, uma vez que tivemos a oportunidade de acompanhar a equipa multidisciplinar, no desenvolvimento de atividades e na forma como contornaram todos os obstáculos que surgiram.

## ***2.2-Atividades Desenvolvidas com os Utentes***

Todas as atividades foram sempre realizadas em colaboração com a Técnica Superior de Educação Social da unidade. Das diversas atividades desenvolvidas ao longo do estágio existiram algumas em que os utentes tiveram maior participação, as quais iremos salientar.

Uma das primeiras atividades que realizamos, na semana de quatro de Março a oito de Março, foram alusivas ao dia da mulher nomeadamente alguns preparativos, a escolha desta atividade foi pertinente pois a unidade comemora sempre este dia, os materiais que foram utilizados foram papel de cenário, tintas, lápis de cor, cola e desenhos, esta atividade teve como objetivo a valorização e promoção da autoestima da mulher; promoção de atividades de desenvolvimento da criatividade e imaginação relativamente à temática do Dia da Mulher. Uma outra atividade realizada nas semanas seguintes, dezoito de Março a vinte e dois de Março, foi também a da realização de decoração alusiva à páscoa, utilizando rolos de papel, cola tesouras, lápis de cor, tintas acrílicas, cola, desenhos e papel, concluindo assim um coelhinho da páscoa com suporte para amêndoas, pretendia-se com esta atividade o desenvolvimento de destreza manual, desenvolvimento da motricidade fina, desenvolvimento da criatividade e imaginação. Realizaram-se também lembranças para o Dia do Pai, com o objetivo de desenvolver a criatividade e imaginação e também a motricidade fina. Foram necessários recursos, tais como cartolina, tesoura e tintas acrílicas.

A maioria dos utentes que participaram nestas atividades eram mulheres, sendo que os homens reuniam-se em quatro e jogavam cartas, sendo este jogo conhecido pela maioria dos idosos, este facto permitiu estabelecer uma maior relação de proximidade entre eles, para além de promover a socialização, com esta atividade pretendia-se também trabalhar a memória recente, o raciocínio lógico e a concentração, ao nível cognitivo. Uma outra atividade que incrementamos na semana de vinte e cinco a trinta e um, esta foi realizada devido à tradição que vem da instituição há muitos anos, trata-se da decoração da Cruz da Páscoa, com flores de papel crepe, foi necessário nomeadamente papel crepe, arame e tesouras esta atividade teve como objetivo, assinalar o dia da Páscoa sendo que todos os utentes eram religiosos.

Nas semanas de um a cinco e oito a doze de Abril, executamos flores em tecido para decoração de gabinetes, quartos e sala de convívio, esta atividade teve muita adesão por parte do sexo feminino, tivemos como objetivo assinalar a primavera e decorar a unidade, os recursos necessários foram tecidos, tesoura, linhas, agulhas e lápis de cor.

A seguinte atividade foi realizada na semana de vinte e dois a vinte e seis de Abril, e executamos colares para o Dia da Mãe, com o objetivo de assinalar o dia, foram necessários tecidos, tesoura, linhas, agulhas e lápis de cor. Houve também nesta mesma semana a elaboração de cravos para o vinte e cinco de Abril, com o mesmo objetivo que a atividade anterior, assinalar o Dia.

Mais à frente na semana de seis a dez de Maio fizemos a semana de atividades livres, realizamos jogos tais como a sopa de letras, formação de palavras, jogos de memória e puzzles, bem como pintura e desenhos, tiveram como objetivo desenvolver competências cognitivas e desenvolver a motricidade fina.

Nas semanas de vinte a vinte e quatro e de vinte sete a trinta e um de Maio, efetuou-se a decoração alusiva ao Stº António, com o objetivo de expandir a criatividade, utilizando cartão, cartolinas, papel crepe, cola, tesoura e lápis de cor, pinturas de desenhos, a fim de desenvolver a motricidade fina e cânticos tradicionais, sendo que de todas estas atividades os cânticos tradicionais tiveram uma grande adesão por parte dos idosos, as músicas eram escolhidas por eles, e todos os utentes que estavam na sala de convívio participaram, esta atividade teve como objetivo promover momentos de lazer entre eles.

### ***2.3-Atividades de Investigação***

A realização do estágio, integrado na unidade curricular do Mestrado em Cuidados Continuados, tem ainda como objetivo o desenvolvimento de um estudo de investigação. Apresentamos à orientadora responsável, um pré projeto do estudo que pretendíamos desenvolver durante o estágio, cujo tema principal é “Satisfação com o Suporte Social nos Utentes de Cuidados Continuados”, o qual se apresenta na parte 2 deste relatório.

Ainda, durante o estágio, tivemos conhecimento da existência de um projeto que a equipa da unidade de Cuidados Continuados Média Duração e Reabilitação da Santa Casa de Misericórdia de Vila Verde queria desenvolver, mas, por falta de tempo não o conseguiam concretizar. Por tal motivo, decidimos dar consecução ao mesmo.

Propuseram aplicação de um questionário elaborado pela equipa da unidade (Anexo IV), com o objetivo de conhecer as dificuldades dos Cuidadores Informais quanto à prestação de cuidados a pessoas dependentes, e a posteriori, com os resultados, elaborar ações de formação para os familiares com menos conhecimentos e dificuldades. Esta

atividade ia sendo realizada a quando das visitas dos utentes, não houve muita adesão ao estudo pois dos trinta e três utentes na unidade apenas doze cuidadores participaram. Este estudo, não sendo a principal investigação, encontra-se em anexo (Anexo V).



**PARTE 2**

---

**TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

***SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL NOS UTENTES DE CUIDADOS  
CONTINUADOS***



## **1-A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL**

O estudo do suporte social não é muito recente. O conceito surgiu na literatura nos anos 70 do século XX e parecia indicar uma associação entre problemas psiquiátricos e variáveis sociais genéricas tais como desintegração social, mobilidade geográfica e estatuto matrimonial. Na maioria dos estudos detetou-se que o elemento comum dessas variáveis situacionais era a ausência de laços de apoios sociais adequados e a rutura das redes sociais previamente existentes (Kessler et al., 1985)

Podemos salientar dois períodos diferenciados, um que iria desde o início do século XX até ao final da década de 60, e o outro que se estenderia dos anos 70 do século XX até aos nossos dias.

No primeiro período destaca-se o trabalho de Durkeim, o seu “clássico” estudo no âmbito do “suicídio anónimo”. Tenta-se, aí, demonstrar como o debilitamento dos laços sociais (família, comunidade, etc) se relaciona com o suicídio através do estado de anomia que se produz. Resultado da ausência de forças coletivas e a uma desorganização da sociedade. São também de referir, nesta fase, as investigações ecológicas sobre o meio social e a saúde.

Como já foi referido, só nos anos 70 do século XX, em pleno movimento da desinstitucionalização e com o reconhecimento da importância dos sistemas de suporte comunitários é que se deu corpo á teoria propriamente dita do suporte social. Nesta conformidade é importante distinguir as grandes contribuições de Cassel (1974), o qual tenta compreender a natureza e os efeitos protetores do suporte social de Caplan (1974) que clarificou a natureza do suporte social do grupo primário e a sua importância para o bem-estar dos indivíduos. A partir destes autores iniciam-se estudos quanto aos efeitos sobre a saúde e o bem-estar dos diversos tipos de relações, em seus diferentes níveis de análise, desde a integração social até às relações íntimas, passando pelas redes sociais. Investigando-se, neste âmbito, tanto os aspetos estruturais como os funcionais.

A partir da década de 70 do século XX o conceito de suporte social começou a ganhar relevo na literatura, tendo ocorrido desde então um aumento da investigação a ele associado, o que mostra o crescente interesse pela temática (Winemiller, Mitchell, Sutliff & Cline, 1993). Existem várias definições de suporte social, dando-se aqui destaque às de Cobb, de Sarason e de Thoits.

Cobb (1976) define o suporte social como a informação pertencente a três classes: a informação que conduz o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; a que leva o sujeito a acreditar que é apreciado e que tem valor; e a que conduz a pessoa a crer que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas.

De acordo com Sarason e col., o suporte social é geralmente definido como a existência, ou a disponibilidade, de pessoas em quem se confia, as quais se preocupam com a pessoa, a valorizam e amam (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983).

Thoits (cit. em Barrón, 1996), por sua vez, refere que o suporte social corresponde ao grau em que as necessidades básicas do indivíduo (necessidades de afiliação, afeto, pertença, segurança, identidade e aprovação) são satisfeitas através da interação com os outros e dos apoios recebidos, designadamente apoio socio emocional, apoio em relação à família ou ao trabalho e apoio económico. Segundo Sarason e col. (Sarason, Shearin, & Pierce, 1987), a avaliação que as pessoas fazem sobre o suporte social que lhes é fornecido pode ser ainda mais importante do que as suas relações interpessoais. Tal pode ser explicado não só pelas diferenças individuais no que se refere à necessidade de contacto com os outros, como pelo facto de os significados ligados a esses contactos variarem de pessoa para pessoa.

De acordo com Cobb (1976), o suporte social denota um estado transitório já que a percepção, ou convicção, de ser acarinhado ou amado pode mudar rapidamente depois de a pessoa receber novas informações, para além de que esta percepção poderá refletir ou não de forma fidedigna as relações atuais. Silverman (cit. por Morgan, 2002) considera mesmo que o suporte social implica *feedback*, continuidade e conexão e que deve ser fornecido conscientemente de modo a possibilitar o reconhecimento, por parte da pessoa que o recebe, de que ela é parte da comunidade que faculta esse mesmo suporte.

A perspetiva de que o suporte social é multidimensional é relativamente consensual na literatura, sobressaindo também que aspetos diferentes deste suporte têm um impacto distinto nos indivíduos ou grupos (Ribeiro, 1999). O suporte social como um constructo multidimensional integra vários aspetos estruturais como a rede social e o apoio recebido e percebido (e.g., Barrera, 1986; Cramer, Henderson, & Scott, 1997; Sarason et al., 1990). O suporte social recebido diz respeito ao suporte que foi objetivamente recebido por alguém, correspondendo o suporte social percebido ao apoio que o indivíduo percebe como disponível, se precisar dele. Sarason e col. referem que, apesar de na literatura se identificarem várias facetas do suporte social, os resultados dos estudos empíricos não

apontam para diferenças relevantes, captando-se antes que a percepção de disponibilidade de apoio e a satisfação com o mesmo são os componentes principais (Sarason et al., 1987).

Alguns autores identificam três tipos de suporte social: o suporte emocional (existência de pessoas disponíveis para escutar o sujeito, conversar com ele, e transmitir-lhe confiança); suporte instrumental (apoio nas tarefas domésticas, medicamentos, dinheiro); suporte de informação (conselhos, informações e orientações fornecidas ao sujeito), sendo estes os tipos de apoio mais relevantes para os adolescentes (e.g., Helgeson, 2003; Barrón, 1996).

De acordo com Dunst e Trivette (1990, cit. por Ribeiro, 1999) o suporte social tem cinco componentes que estão interligados. São eles o constitucional (inclui necessidades e congruência entre estas e o suporte existente), relacional (estatuto familiar, profissional e tamanho da rede social), funcional (suporte disponível, tipo de suporte, e qualidade e quantidade do apoio), estrutural (proximidade física e psicológica, frequência de contactos, nível da relação) e satisfação (utilidade e ajuda fornecida). Por sua vez, Weiss (cit. por Ribeiro, 1999) refere que o suporte social possui seis dimensões, sendo elas a intimidade, a integração social, o suporte afetivo, o mérito, a aliança e a orientação.

Serra (1999) identifica, com base em vários autores, seis tipos de suporte social: *apoio afetivo* – contribui para que o indivíduo se sinta estimado e aceite, independentemente dos seus defeitos, e aumenta a sua autoestima; *apoio emocional* – remete para os sentimentos de apoio e segurança recebidos, que ajudam a pessoa a ultrapassar os problemas; *apoio percetivo* – prende-se com ajudar a pessoa a reavaliar o seu problema e a dar-lhe outro significado; *apoio informativo* – refere-se a informações e conselhos que auxiliam o sujeito na compreensão de situações complexas e que o ajudam a tomar decisões; *apoio instrumental* – diz respeito ao auxílio objetivo que a pessoa recebe (ajuda material ou de serviços) que contribui para a resolução do problema; *apoio de convívio social* – remete para o convívio através de atividades de lazer/culturais e que ajudam a aliviar tensões, fazendo com que a pessoa participe de determinada rede social e se sinta integrada.

O suporte social tem vindo a ser relacionado com a personalidade, a saúde e a adaptação dos indivíduos, constituindo uma das áreas de maior crescimento na investigação e aplicação em psicologia (Sarason, Sarason, & Pierce 1990). Com efeito, tem-se demonstrado de forma consistente que o suporte social é um fator importante na proteção do indivíduo contra a deterioração da sua saúde e bem-estar.

O suporte social é um conceito complexo, dinâmico e percebido de acordo com as circunstâncias e os seus intervenientes. Tem sido muito estudado nas últimas décadas, quer na sua conceitualização, quer na sua aplicação à investigação. No entanto, os instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação são ainda muito díspares (Hupcey, 1998). Ribeiro (1999) refere que o suporte social é um dos conceitos fundamentais para a Psicologia da Saúde, e parafraseando Rodin e Salovey (1989) reforça que “*o suporte social alivia o stress em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença*” (p. 547). O interesse atual no estudo do suporte social diverge ainda para vertentes importantes como as transações sociais negativas, a reciprocidade no suporte e as implicações do suporte no seu provedor (Hupcey, 1998; Navalhas, 1998).

Os referenciais teóricos clássicos indicam como fatores primordiais no aparecimento do processo de crise (como o estado de dependência), o desequilíbrio entre a dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para a sua resolução. A resolução do processo de crise depende de fatores pessoais (internos) como a sua personalidade, a vulnerabilidade e a aprendizagem; e dos recursos do meio (externos) como o suporte social. O suporte social funciona assim como um “recurso de *coping*”, atuando essencialmente na diminuição das exigências da situação *stressante*. Nesta perspetiva, o suporte social é visualizado como um processo transacional em que o indivíduo interage continuamente com o meio sempre em mudança, influenciando-o e sendo por ele influenciado (Lazarus & Folkman, 1986).

Também a satisfação com o suporte social, nomeadamente o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade), parece ter um papel determinante na resistência psicológica ao stress da doença, manifestada através da perceção subjetiva de bem-estar (Coelho & Ribeiro, 2000).

Segundo Underwood (2000), apesar do crescimento exponencial dos estudos empíricos no âmbito do suporte social e dada a sua complexidade, a avaliação persiste de modo geral simplista, não sendo ainda tomadas em consideração as complexas interações inerentes ao conceito.

A satisfação com o suporte social contém um julgamento pessoal sobre as suas necessidades de suporte, o que recebe para as satisfazer, bem como o custo estimado desse apoio, mediando assim as relações entre o stress percebido e os resultados em saúde.

A relevância da inclusão de uma medida de suporte social como variável mediadora em todos os estudos que pretendam analisar a relação entre os fatores psicossociais e a

saúde, descrita por McNally e Newman (1999), define claramente a necessidade de criação de instrumentos fiéis, válidos e adaptados às populações que pretendemos analisar. Ribeiro (1999) desenvolveu uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social, que permite avaliar o suporte percebido (da família, amigos, intimidade e ainda com as atividades sociais), na assunção de que esta dimensão subjetiva é fundamental para o bem-estar e qualidade de vida, tanto em populações saudáveis como doentes.



## **2-SATISFAÇÃO COM A VIDA**

A Satisfação Com a Vida define-se como uma avaliação global, por parte do indivíduo, sobre a qualidade de vida, considerando critérios escolhidos por si (Shin & Jonhson, 1978; citado por Neto, Barros & Barros, [1990]). Desta forma, componentes tidos como importantes, como ter saúde e boas relações pessoais, podem adquirir pesos diferentes consoante o indivíduo (Pavot & Diener, 1993).

A Satisfação Com a Vida, apesar de se correlacionar com a componente afetiva do bem-estar subjetivo, forma um fator separado (Pavot & Diener, 2008). Nos julgamentos previstos em escalas sobre a Satisfação Com a Vida (e.g., *Satisfaction With Life Scale* de Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985) verificou-se que estes são pelo menos em parte independentes de medidas afetivas (Pavot & Diener, 1993). Esta afirmação, segundo Pavot e Diener (1993), parece sustentar-se em argumentos como os que se seguem.

Em primeiro lugar, os itens referentes à Satisfação Com a Vida, parecem formar um fator unificado, correlacionando-se de forma única com variáveis preditoras da Satisfação Com a Vida (Pavot & Diener, 1993). Segundo, as reações afetivas são geralmente respostas a fatores imediatos e de curta duração enquanto que os valores de Satisfação Com a Vida podem refletir uma perspetiva a longo prazo. Em terceiro a avaliação consciente sobre a vida pode indicar objetivos e valores em contraste com a componente afetiva que pode refletir motivos inconscientes e influências de humor (Pavot & Diener, 1993). A Satisfação Com a Vida parece, assim, ter uma moderada estabilidade temporal, apesar de se modificar em reação a situações de vida.

### ***-O Bem-estar subjetivo***

Em contraste com a psicologia tradicional focada nas emoções negativas como a depressão e a ansiedade, um grande número de investigadores começou a focalizar os seus esforços no espectro de emoções positivas (Pavot & Diener, 2008). Deste modo, a Psicologia Positiva foi emergindo e ganhando um espaço importante na Psicologia.

Estudos proeminentes desta vertente focam-se na experiência com a felicidade e no bem-estar subjetivo (Diener, 1984; Pavot & Diener, 2008). A definição destes conceitos tem mostrado uma grande interligação entre ambos (e.g., Marcus Aurelius: “nenhum homem é feliz se não pensar que é feliz”; p. 543, Diener, 1984). Com o intuito de demarcar o bem-estar subjetivo de outros conceitos, três aspetos serão aqui explanados. Em primeiro lugar,

tem-se verificado uma grande tendência das sociedades a focarem-se no “individual”, a importância de diferentes visões subjetivas sobre a avaliação da vida e o reconhecimento de que o bem-estar inclui elementos positivos (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) e não apenas a ausência de aspetos negativos. Estas noções permitem considerar a saúde, o conforto ou a riqueza como potenciais influências e não propriamente como inerentes ao bem-estar subjetivo. Segundo (Diener,1984), o bem-estar subjetivo inclui medidas positivas, não se demarcando apenas pela ausência de fatores negativos, mas como uma tentativa de complementar o entendimento que existe sobre estudos com constructos mais negativistas. Em terceiro lugar os instrumentos sobre o bem-estar subjetivo avaliam, de um modo geral, todos os aspetos na vida de uma pessoa. Este autor salienta também que apesar do afeto ou da satisfação sobre um certo domínio ser realçado, aquando da utilização de medidas, o ênfase é usualmente colocado no julgamento que a pessoa faz sobre a sua vida, não existindo *a priori* um momento melhor para se avaliar o bem-estar.

De um modo sucinto, o bem-estar subjetivo pode ser definido como multifacetado, tendo uma componente afetiva e outra cognitiva (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Esta última, referente à Satisfação Com a Vida, tem sido identificada como um construto distinto (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Pavot & Diener 2008). Seguidamente abordar-se-á este componente com maior detalhe.

### ***-O processo dinâmico da Satisfação Com a Vida***

Inicialmente, a natureza da relação, Satisfação Com a Vida e o que se entende por “critério de satisfação” permanecia pouco claro (Pavot & Diener, 2008). Alguns investigadores seguiam modelos *top-down*, onde a personalidade ou o temperamento individual, assumem um papel preponderante no julgamento da Satisfação Com a Vida, sobre diversos domínios específicos da vida do indivíduo (Pavot & Diener, 2008). Outros investigadores defendiam modelos *bottom-up* encarando o julgamento, Satisfação Com a Vida, como sendo determinado por um somatório de domínios salientes e significantes da satisfação, i. e., a(s) situação(ões) induziria(m) a mudança no domínio da satisfação e consequentemente o julgamento para determinar a Satisfação Com a Vida seria diferente (Pavot & Diener, 2008).

Heller, Watson e Illies (2006) realizaram uma meta-análise para testar a viabilidade de vários modelos *top-down* e *bottom-up*. Os resultados destes autores revelaram evidências substanciais sobre as variáveis intra individuais na Satisfação Com a Vida e na forma como

estas podem se relacionar com as mudanças nos domínios de vida (e.g., satisfação marital e profissional). Contudo, Heller, Watson e Illies (2006) concluem que os fatores situacionais em conjunto com o temperamento, influenciam o julgamento relativo à Satisfação Com a Vida, mencionando a necessidade de se conduzirem atividades de investigação que vão além destes modelos, devendo surgir propostas integrativas! No entanto, o esforço de articulação entre a natureza do julgamento da Satisfação Com a Vida e este construto parece ter uma consequência pequena caso a validade e utilidade destes julgamentos não sejam comprovadas. É desta forma que Pavot e Diener (2008) questionam a relevância destes julgamentos definindo a importância de dois níveis de análise 1)- o de acesso a este julgamento e 2)- se a experiência de Satisfação Com a Vida realmente importa, no sentido de alterar o comportamento das pessoas.

Apesar da controvérsia entre metodologia de acesso à Satisfação Com a Vida, vários estudos têm mostrado a importância deste construto (Pavot & Diener; 2008).

### ***-Bem-estar e Qualidade de Vida no Idoso***

Com o avançar da idade, para além de todas as transformações que lhe estão subjacentes, o tempo despendido com as atividades físicas vai sendo reduzido, podendo causar dores e desconforto, diminuição da mobilidade e dependência física, influenciando de forma negativa a QdV (Conte & Lopes, 2005).

Os mesmos autores referem, que no final do século passado e início do novo milénio, verificou-se uma crescente preocupação com a QdV das pessoas de todas as faixas etárias, nomeadamente nos idosos. Esta preocupação encontra-se associada a fatores como a satisfação no trabalho, as relações familiares, a espiritualidade, a dignidade, a disposição, o bem-estar físico, psicológico, social e cognitivo e as relações familiares. Pese embora o referido, tudo leva a crer que o conceito de QdV para um jovem será diferente quando comparado a um idoso. Se considerarmos que uma boa QdV é caracterizada por um sentimento de bem-estar, por uma emotividade equilibrada, por uma integração social, por um bom estado físico, poderemos colocar a questão se tudo o que foi mencionado fará sentido para as pessoas mais idosas (Cassou, 2001). Verdadeiramente, os idosos estão sujeitos a um processo de envelhecimento que se reflete na sua qualidade de vida, podendo acarretar diversas consequências, nomeadamente: (i) cessação da atividade profissional, implicando a perda dos papéis sociais e levando a uma diminuição da autoestima; (ii) reformas insuficientes para fazer face às necessidades alimentares e de saúde; (iii) solidão

a que estão sujeitos, tanto pelos familiares como pela própria sociedade; (iv) o abandono do meio habitacional, sendo com frequência institucionalizados num lar (Rocha, Rodrigues, Coutinho & Monteiro, 2002). Paschoal (2006) considera que é universalmente aceite que a presença de estereótipos relativamente aos idosos pode condicionar, de alguma forma, a qualidade da sua existência. A pessoa idosa é vista como chata, rabugenta, triste, implicante, demente e incómoda, havendo uma tendência para generalizar as características a todas elas. Esta visão estereotipada associada à dificuldade de discernir entre o envelhecimento normal e o patológico, entre a senescência e a senilidade, leva à negação da velhice, ou negligência das suas necessidades, vontades e desejos. Ramos (2001, p.228) refere que quando se aprecia a qualidade de vida dos idosos, tem-se tendência para sobrevalorizar os aspetos relacionados com a saúde. Mas quando se investiga o modo como as pessoas avaliam a sua própria situação, em termos de aspetos positivos e negativos da sua vida quotidiana, verifica-se que, não obstante a saúde ser um fator importante, o que mais conta são as relações com os outros, o modo como usam o seu tempo e as emoções positivas que podem leva-las a aceitar os lados negativo da sua saúde e a suportar os eventuais molestos dos tratamentos. O mesmo autor acrescenta ainda, que a QdV do idoso depende fundamentalmente dos seguintes fatores:

- Saúde e capacidade funcional, nomeadamente no seu reflexo sobre as atividades da vida diária e das atividades instrumentais da vida quotidiana;

- Relações interpessoais que o façam sentir acompanhado e querido;

- Independência, entendida como capacidade de organizar o seu dia-adia e de escolher as atividades a realizar;

- Ausência de condições económicas asfixiantes (Ramos, 2001, 226). Schipper, Clinch e Olweny (1996), salientam cinco abordagens que contribuíram para as recentes conceções de QdV do ponto de vista gerontológico: psicológica, utilitarista, centrada na comunidade, funcional e a lacuna de Calman. A abordagem psicológica, assenta na distinção entre ter uma doença e sentir-se doente. Relativamente à abordagem utilitarista, esta confronta o tempo de vida com viver a vida com qualidade. A abordagem centrada na comunidade, examina as variáveis inerentes ao funcionamento biológico e familiar, considerando o impacto da doença na comunidade. No que concerne à abordagem funcional, esta assenta no conceito de reintegração na vida normal, atribuindo importância aos aspetos funcionais, físicos, psicológicos e sociais de ajustamento e adaptação à doença. Por último, e relativamente à abordagem de Calman, reflete a lacuna entre as expectativas do doente e o que ele de fato conseguiu realizar. À medida que esta lacuna diminui,

aumenta a QdV (Schipper *et al.*, 1996). Os idosos, por norma, apresentam um comprometimento na capacidade de participar em atividades e também na satisfação que daí advém (Lau & McKenna, 2001).

A perda da capacidade funcional foi a razão principal encontrada na decisão de institucionalização de indivíduos (Paúl, 1997). Segundo Hankey, Jamrozik, Broadhurst, Forbes e Anderson (2002) os maiores preditores da institucionalização dos sujeitos são, designadamente: baixa atividade e episódios recorrentes de doenças.

A perda de autonomia nas ABVD (Atividades Básicas da Vida Diária) correlaciona-se fortemente com a capacidade funcional. Dependere de outros no autocuidado, designadamente no vestir, alimentar-se e tomar banho, encontrasse associado a uma diminuição da QdV (Lau & McKenna, 2001). Por sua vez, as AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária) referem-se a atividades mais complexas, mas necessárias à sobrevivência, que compreendem a preparação de alimentos, fazer compras, usar o telefone, tomar a medicação, usar meios de transporte, pagar contas, entre outros (Lawton & Brody, 1969). De salientar que as AIVD podem também estar relacionadas com a perda da capacidade funcional, como por exemplo, não poder fazer compras devido a problemas de deambulação. Todavia, outros fatores como o défice na capacidade cognitiva poderão estar na base do comprometimento destas atividades.



### 3- CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Uma pesquisa empírica ou investigação empírica “é uma investigação em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar” (Hill & Hill, 2005, p. 19). A investigação científica permite a aquisição de novos conhecimentos através da atribuição de respostas a questões previamente formuladas, permitindo assim estabelecer conhecimentos com uma base científica, alargando os campos de conhecimentos de várias disciplinas facilitando o desenvolvimento destas como ciência, conduzindo também ao aumento de saberes específicos. Permite também reforçar as bases de qualquer profissão contribuindo para o desenvolvimento destas (Fortin, Côté & Vissandjée, 1999).

Segundo Underwood (2000), apesar do crescimento exponencial dos estudos empíricos no âmbito do suporte social, e dada a sua complexidade, a avaliação persiste de modo geral simplista, não sendo ainda tomadas em consideração as complexas interações inerentes ao conceito. Continua, referindo que existem ainda poucas medidas que avaliem a satisfação com o suporte social, a sua reciprocidade, as necessidades do provedor de suporte bem como os aspetos negativos da interação social. Assim sendo, parece-nos insuficiente uma simples listagem dos possíveis provedores de suporte, ou da presença ou ausência de alguém significativo (ou um confidente), dado que esta medida em nada nos informa sobre a qualidade ou satisfação com essas relações. A satisfação com o suporte social contém um julgamento pessoal sobre as suas necessidades de suporte, o que recebe para as satisfazer, bem como o custo estimado desse apoio, mediando assim as relações entre o stress percebido e os resultados em saúde.

A relevância da inclusão de uma medida de suporte social como variável mediadora em todos os estudos que pretendam analisar a relação entre os fatores psicossociais e a saúde, descrita por McNally e Newman (1999), define claramente a necessidade de criação de instrumentos fiéis, válidos e adaptados às populações que pretendemos analisar na assunção de que esta dimensão subjetiva é fundamental para o bem-estar e qualidade de vida, tanto em populações saudáveis como doentes.

A escolha do tema para a presente investigação – “Satisfação com o Suporte Social nos utentes de Cuidados Continuados”- baseou-se nessa constatação e pela escassez de investigações no contexto dos cuidados continuados.

Neste sentido e para dar resposta à finalidade da investigação, procedeu-se à realização de um estudo de carácter Descritivo Simples, Pollit & Hungler (1994), referem

que o estudo descritivo, "traduz-se pela procura descritiva, isto é uma procura que se encaminha principalmente na descrição dos fenómenos..." (p.18).

### ***a. Objetivos do Estudo***

O suporte social é uma variável importante para a saúde mas não há uniformidade quanto à maneira de o avaliar, nem é clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas para o avaliar. A variedade destas técnicas refletem a complexidade da conceção de suporte social. Existem inúmeras técnicas de avaliação que, cada uma por si, consideram os diversos aspetos componentes ou dimensões, mas nenhuma, só por si, resolveu o problema de contemplar o suporte social na sua globalidade. Como dizem Sarason e Sarason (1984, p.288)."importante como parece, não há concordância acerca da maneira de avaliar o nível pessoal de suporte social".

Heitzmann e Kaplan (1988), numa revisão acerca das técnicas de avaliação do suporte social que são utilizadas em contexto de saúde, verificaram que as propriedades psicométricas dos instrumentos revistos eram, na generalidade fracas, e que as técnicas avaliavam diferentes conceções de suporte social.

A definição do objetivo significa, primeiramente, a meta, o fim. Para FORTIN (1999a), o objetivo é um enunciado declarativo que evidencia as variáveis utilizadas, a população e o assunto da investigação.

Complementarmente, Freixo (2010) acrescenta que o objetivo indica o que o investigador pretende fazer ao longo do processo de investigação. Deve ser elaborado «...com grande economia de palavras, ou seja, [...] deve estabelecer uma relação causa/efeito que se pretende obter com o projeto de intervenção» (Freixo, 2010: p.164)

Assim a presente investigação propõe avaliar a satisfação com o suporte social dos utentes da unidade de Cuidados Continuados de Vila Verde.

### ***b. Questões de Investigação***

No que diz respeito às questões de investigação, estas traduzem a necessidade de compreender e obter uma explicação, através da investigação, de um determinado fato ou situação.

Esta fase pode ser considerada a mais difícil em todo o processo de investigação, uma vez que é necessário que de todo um trabalho lógico e progressivo de várias ideias, argumentos ou fatos, convirja numa só ideia que possa ser desenvolvida no estudo delineado. Esta formulação deve ser o mais clara possível e deve resultar de observação de

fatos, de forma a deixar transparecer as necessidades, valores e interesses que na realidade existem (Freixo, 2010).

Em todos os trabalhos de investigação é importante ser-se o mais realista possível, e que este mostre relevância para justificar todo o tempo e os meios necessários à sua execução (Freixo, 2010). Assim, para este estudo foi delimitado a seguinte questão de investigação:

- ✓ Qual a Satisfação com o suporte social nos utentes da unidade de Cuidados Continuados De Vila Verde?

### *c. Material*

Para concretizarmos o objetivo do estudo, utilizámos a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida e validada por Ribeiro (1999). Consiste numa escala de autopreenchimento, composta por 15 frases que permitem ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (se a frase se aplica ou não à sua situação individual), apresentada numa escala de tipo Likert com 5 posições de resposta, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”.

A ESSS permite extrair quatro dimensões ou fatores: Satisfação com amigos/amizades (SA); Intimidade (IN); Satisfação com a família (SF) e Atividades sociais (AS). A escala permite ainda a obtenção de um score global (ESSS), correspondendo as notas mais altas a uma perceção de maior satisfação com o suporte social. Esta escala já tinha sido utilizada com outras populações doentes evidenciando propriedades métricas idênticas às da escala original (Pais-Ribeiro & Guterres, 2001).

Para o Autor a ESSS, demonstra boas qualidades métricas e inclui quatro sub-escalas com valores de consistência interna (alfa de Cronbach) variando entre 0,64 e 0,83, com um valor de 0,85 para a escala total. As subescalas estão de acordo com os constructos para que os itens foram gerados, e medem os diversos aspetos do suporte social:

O primeiro fator, “satisfação com os amigos”, mede a satisfação com as amizades/amigos que tem; inclui cinco itens (3,12,13,14,15), que têm uma consistência interna de 0,83. Este fator explica 8,7% da variância total. A dimensão Satisfação com amizades (SA), pode assumir um score mínimo de 5,00 e um score máximo de 25. Uma pontuação elevada nesta dimensão mostra que o sujeito está satisfeito com as suas amizades/amigos.

O segundo fator, “intimidade”, mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (1,4,5,6), que têm uma consistência interna de 0.74; e o fator explica 12,1% da variância total, podendo assumir um score mínimo de 4,00 e um máximo de 20.

O terceiro fator, “satisfação com a família”, mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (9,10,11), que têm uma consistência interna de 0,74 e o fator explica 8,7% da variância total, sendo o score mínimo de 3,00 e o máximo de 15, nesta subescala uma pontuação elevada indica que o sujeito se encontra satisfeito com o suporte social familiar existente.

O último fator, “atividades sociais”, mede a satisfação com as atividades sociais que se realizam. Inclui três itens (2,7,8), que tem uma consistência interna de 0,64 e o fator explica 7,3 da variância total tendo um score mínimo de 3,00 e um máximo de 15, uma pontuação elevada indica uma satisfação com as atividades sociais que realiza. (Ribeiro 1999). A satisfação social pode variar entre o score mínimo de 15 e o score máximo de 75. Nesta subescala uma pontuação elevada indica que o sujeito considera ter um bom suporte social a todos os níveis. Para um alto nível de satisfação social será necessário que os utentes obtenham um score alto em todas as dimensões (SA, I, SF, AS). Um nível médio de *Satisfação Social* é representado por valores de scores intermédios nas quatro subescalas, o mesmo acontece com o nível baixo, terá de apresentar valores de scores baixos nas quatro subescalas.

#### ***d. Procedimentos***

Após aprovação da unidade, iniciou-se a recolha de dados. Todos os elementos da amostra (utentes da unidade de Cuidados Continuados de Média duração e reabilitação da Santa casa de Misericórdia de Vila Verde) foram informados individualmente dos objetivos do estudo e a sua confidencialidade, após essa informação os utentes forneceram ao investigador o seu consentimento. Os participantes foram abordados e convidados a participar enquanto estavam na sala de convívio da unidade, todos os questionários foram preenchidos pelos utentes durante a realização do estágio no período de Fevereiro a Maio de 2013. Depois da recolha de dados, os questionários foram cotados de acordo com as indicações dos autores, descritas nos seus manuais específicos e adaptados à amostra em estudo (Fayers et al., 2001; Watson et al., 1989).

O conjunto de informação recolhida foi armazenada e posteriormente processada e recodificada, para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa estatístico

SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Versão 20. Com vista a conhecer a organização de conteúdos da escala ESSS, procedemos á análise dos componentes principais, no sentido de maximizar a saturação dos itens, através da rotação Varimax com normalização de Kaiser. Calculou-se também tendo por base a organização dos itens, os níveis de consistência interna (alpha de Cronbach).

#### *e. População e Amostra*

No desenvolver de um trabalho de investigação existe a necessidade de definir o universo ou a população a estudar. Segundo Freixo (2010, p.181), a população “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

Assim, a população alvo do estudo são todos os utentes que se encontravam internados na unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e reabilitação da Santa casa de Misericórdia de Vila Verde, durante os meses de fevereiro e maio de 2013.

Para a determinação dos participantes no estudo, tivemos em consideração alguns critérios de exclusão, determinados de acordo com o objetivo do estudo e as características dos instrumentos de colheita de dados:

- ✓ Idosos com patologia psiquiátrica (demência etc...) que não conseguissem responder conscientemente ao questionário

A amostra não é mais do que um pequeno conjunto de indivíduos que pertencem à população escolhida para estudo (Freixo, 2010)

Assim, dos 33 utentes da unidade, a nossa amostra é constituída por 29 utentes (87,9%), da unidade de Cuidados Continuados de média duração da Santa casa de Misericórdia de Vila Verde, dos quais 11 são do sexo masculino, tendo estes uma média de idade de (65,55 anos), sendo a idade máxima de (87 anos) e a mínima de (49 anos). A amostra em estudo é maioritariamente feminina com 18 utentes, com uma média de idade (79,06), sendo a idade mínima de (51 anos) e máxima de (94 anos). O que dá o total da amostra de 29 utentes com uma média de idade (73,93 anos), sendo a idade mínima de 49 anos e a máxima de 94 anos.

**Quadro 1- Caracterização da Amostra**

	<b>Nº</b>	<b>Idade Mínima</b>	<b>Idade Máxima</b>	<b>Média de Idades</b>
Feminino	18	51 Anos	94 Anos	<b>79,06 Anos</b>
Masculino	11	49 Anos	87 Anos	<b>65,55 Anos</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>49 Anos</b>	<b>94 Anos</b>	<b>73,93 Anos</b>

## 4-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a descrição dos pressupostos metodológicos, passamos à apresentação da análise descritiva dos resultados que dão resposta aos objetivos da investigação.

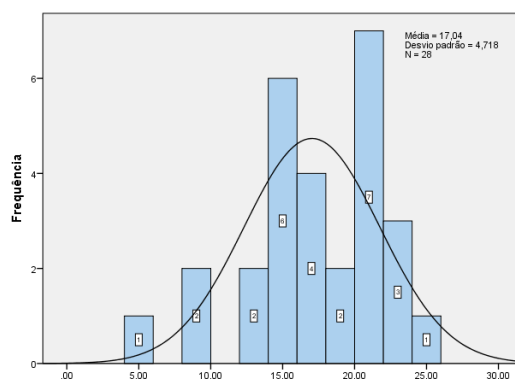
### 4.1 Análise Descritiva

No sentido de conhecermos a satisfação com o suporte social nos utentes de Cuidados Continuados, obtivemos resultados através da escala em análise, calculamos a média e desvio padrão nos diferentes domínios propostos pelo autor e na escala global, conforme se apresenta no Quadro 2, Gráficos 1,2,3,4 e 5.

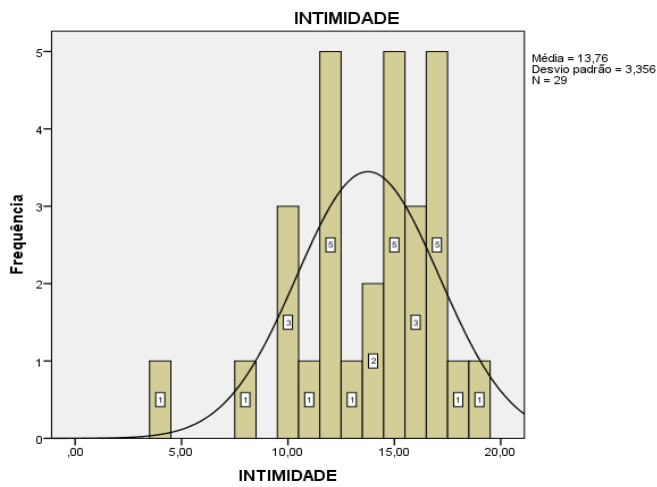
**Quadro 2 - Distribuição da amplitude, média e desvio padrão das diferentes subescalas da ESSS e escala global (N= 29)**

Subescalas e Escala Global	N.º de Itens	Média	Desvio Padrão
Satisfação com os amigos (SA)	5	17,03	4,72
Intimidade (IN)	4	13,75	3,51
Satisfação com a família (SF)	3	11,82	3,56
Atividades Sociais (AS)	3	9,07	3,57
Escala Global (ESSS)	15	51,82	10,54

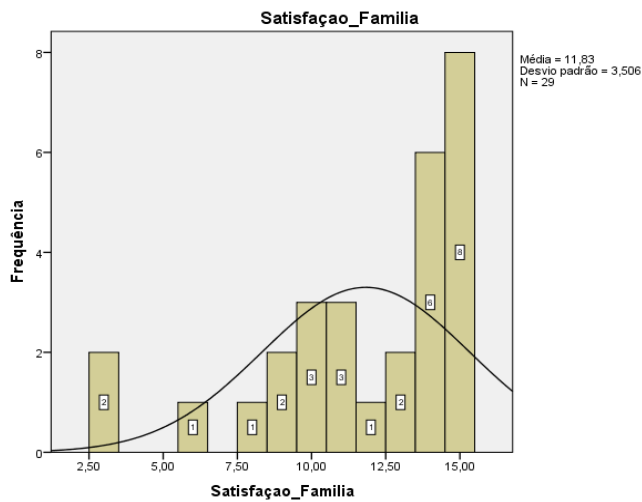
**Gráfico 1 - Média e desvio Padrão da Satisfação com Amizades**



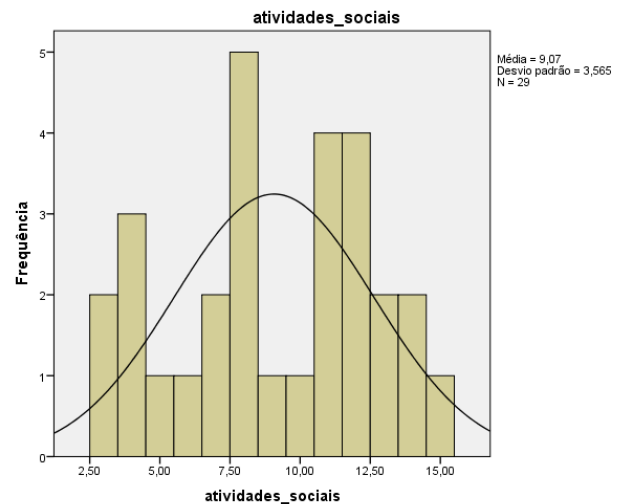
**Gráfico 2- Média e desvio padrão na Intimidade**



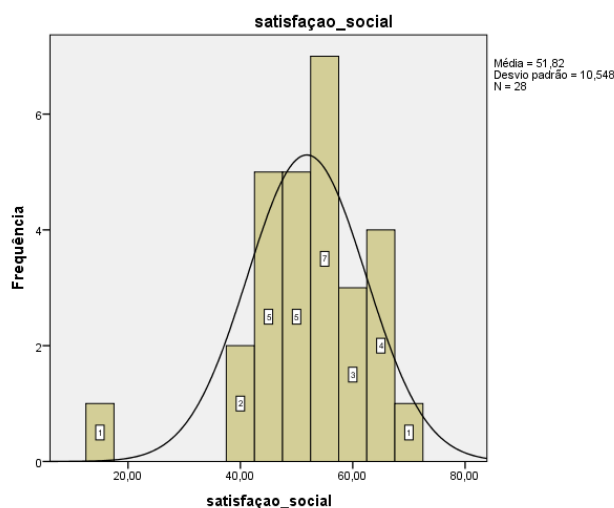
**Gráfico 3 - Média e desvio padrão na Satisfação com a Família**



**Gráfico 4 - Média e Desvio Padrão com Atividades Sociais**



**Gráfico 5 - Média e Desvio Padrão da Escala Global de Satisfação Social**



A análise do quadro 2 e dos gráficos (1, 2, 3, 4 e 5) permite-nos inferir que os elementos da amostra se encontram, na generalidade, satisfeitos com o suporte social que estão a usufruir, sendo o suporte amigos/amizades o que lhes dá maior satisfação com 17,03 como se pode verificar no (quadro 2) e (gráfico 1). Sentem-se razoavelmente satisfeitos com o apoio recebido pela família 11,82 e com a intimidade 13,75 e pelo contrário pouco satisfeitos com as atividades sociais 9,7. Este padrão parece concordante com o que se supõe ser a vida de um utente de Cuidados Continuados neste grupo etário.

#### ***4.2 - Validade de constructo***

Com vista a conhecer a organização de conteúdos da escala, procedemos à análise de componentes principais, selecionando os itens com carga fatorial superior a 0,40. No sentido de maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação Varimax com normalização de Kaiser. A solução fatorial assim obtida inclui quatro fatores que explicam 74,37 da variância total da escala, como se pode ver no Quadro 3. Tendo por base a organização dos itens, foram calculados os valores de consistência interna (*alpha de Cronbach*).

**Quadro 3 - Análise dos Componentes Principais da escala ESSS, variância e consistência interna de cada fator.**

Itens	SA	SF	IN	AS
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	<b>0,61</b>			
9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família.	<b>0,72</b>			
10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	<b>0,81</b>			
11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família.	<b>0,81</b>			
12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho.	<b>0,79</b>			
13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	<b>0,86</b>			
14. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	<b>0,86</b>			
15. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho.	<b>0,77</b>			
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.		<b>0,81</b>		
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.		<b>0,82</b>		
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.		<b>0,73</b>		
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.		<b>0,79</b>		
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.			<b>0,90</b>	
8. Gostaria de participar mais em atividades de organizações sociais.			<b>0,91</b>	
4. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.				<b>0,64</b>
Valores próprios e específicos (Eigenvalue)	<b>4,98</b>	<b>2,67</b>	<b>2,03</b>	<b>1,47</b>
Variância (Total= <b>74,37%</b> )	<b>33,2%</b>	<b>17,8%</b>	<b>13,6%</b>	<b>9,8%</b>
Consistência Interna (Alfa de Cronbach) Total= <b>0,78</b>	<b>0,73</b>	<b>0,84</b>	<b>0,35</b>	<b>0,78</b>

*Nota.* Rotação pelo método Varimax; Itens com carga superior a 0,40. Legenda: SA – Satisfação com amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com a família; AS – Atividades Sociais.

A análise do quadro anterior permite-nos concluir que a estrutura fatorial da escala ESSS não mantém uma distribuição semelhante à preconizada pelo autor.

Apenas 7 itens (itens 1,6) – Intimidade, (Item7) – Satisfação com a Família (itens 12,13,14,15) -Satisfação com amigos/amizades se mantêm na mesma subescala a que

inicialmente pertenciam. No entanto, todos os itens apresentam uma carga fatorial elevada (superior a 0,50).

O fator que melhor explica o resultado da escala é o da “satisfação com amigos/amizades” com 33,2% da variância total, trata-se de uma correlação estatisticamente significativa positiva e forte, seguido da “satisfação com a família” com 17,8% da sua variância. Procedemos então à confirmação da estrutura da escala, através do estudo da validade convergente-discriminante dos itens, ou seja, a análise das diferenças entre as correlações de cada item com a subescala a que pertencem e do mesmo item com as restantes subescalas, devendo as primeiras ser superiores às restantes. Os resultados obtidos são apresentados no Quadro 4.

**Quadro 4 - Validade convergente-discriminante dos itens da escala ESSS1**

Itens	SA	SF	IN	AS
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	<b>0,68</b>	0,01	0,37	0,35
9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono coma minha família.	<b>0,82</b>	0,02	0,28	0,24
10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	<b>0,84</b>	0,17	0,13	0,18
11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família.	<b>0,86</b>	0,02	0,07	0,10
12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho.	<b>0,76</b>	0,16	0,19	0,10
13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	<b>0,81</b>	0,22	0,15	0,38
14. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	<b>0,80</b>	0,21	0,22	0,43
15. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho.	<b>0,80</b>	0,04	0,27	0,09
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	0,22	<b>0,63</b>	0,51	0,27
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	0,09	<b>0,84</b>	0,12	0,24
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	0,19	<b>0,71</b>	0,18	0,18
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	0,16	<b>0,72</b>	0,28	0,17
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	0,23	0,56	<b>0,68</b>	0,14
8. Gostaria de participar mais em atividades de organizações sociais.	0,18	0,45	<b>0,73</b>	0,29
4. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.	0,24	0,12	0,03	<b>0,60</b>

Nota: Correlações <0,10 não são significativas; correlações  $\geq 0,10$  e <0,20 são significativas ao nível de 0,05; Correlações  $\geq 0,20$  são significativas ao nível de 0,01.

A observação do quadro anterior mostra que todos os itens apresentam uma correlação elevada, estes valores confirmam uma boa estabilidade dos itens com as suas subescalas. É notório o baixo poder discriminativo entre a satisfação com o suporte social proporcionado pela família e o suporte íntimo, o que pode sugerir que a amostra em estudo apresenta uma determinada tendência para associar estes dois constructos. No entanto, após verificação do conteúdo de cada item e tendo em conta a conceptualização teórica definida pelo autor, consideramos mais adequada a sua manutenção nas subescalas inicialmente propostas.

Assim, e apesar de carecer de outras análises posteriores, parece-nos ser possível afirmar que a estrutura da escala, segundo a organização preconizada pelo autor, se adapta às características da população em estudo.

#### **4.3. Fidelidade da Escala**

Tendo em conta os fatores apresentados pelo autor, e consolidados pela nossa amostra, analisámos a fidelidade da escala ESSS através do coeficiente *alpha de Cronbach* (Almeida & Freire, 1997; Anastasi, 1999). No Quadro 4 apresentamos os resultados para as diferentes subescalas e escala global, tendo em conta a amostra em estudo (incluindo os itens propostos pelo autor) e os valores de referência do estudo de validação inicial.

**Quadro 5 - Fidelidade da escala ESSS na amostra em estudo e a apresentada pelo autor**

Factores/Sub-Escalas	Nº de Itens (Amostra) N=29	Alpha de Cronbach (Autor) N=609	Alpha de Cronbach
Satisfação com amigos/amizades	5	0,81	0,73
Intimidade	4	0,66	0,35
Satisfação com a família	3	0,89	0,84
Atividades Sociais	3	0,76	0,73
Escala Total	15	0,83	0,79

O coeficiente de consistência interna global da escala, na nossa amostra foi de 0,79, semelhante ao encontrado na validação original (0,83), e considerado como uma boa consistência interna (Ribeiro, 1999). Em todas as dimensões encontraram-se valores considerados aceitáveis, acima de 0,7 exceto no fator “Intimidade” situando-se com a nota

mínima de 0,35 considerada uma consistência baixa, tendo uma consistência máxima de 0,84 na “satisfação com a família”. As subescalas apresentam inclusivamente valores inferiores aos do estudo de validação original, facto que parece prender-se com as características da amostra (com mais idade), e também com o facto de esta amostra ser muito mais pequena.

A análise da consistência interna da escala segundo a organização fatorial por nós encontrada (apresentada no Quadro 2), não parece aumentar de forma significativa os valores de fidelidade das diferentes subescalas, nomeadamente a “intimidade” que apresenta os valores mais baixos. Esta constatação confirma a similitude entre constructos nas duas amostras.

Os fatores “satisfação com amigos”, “Intimidade”, “satisfação com a família”, “atividades sociais” são variáveis que podem ser experienciadas em termos de grau (reduzido, moderado e elevado), ou seja, são uma variável contínua (quadro 5).

**Quadro 6- Pontos de corte das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

	<b>Dimensões</b>	Satisfação com amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais	Total de satisfação social
<b>Pontos de Corte</b>	Abaixo do moderado	5,00-12,24	4,00-9,79	3,00-7,34	3,00-7,34	15-36,74
	Moderado	12,25-17,24	9,80-13,79	7,35-10,34	7,35-10,34	36,75-51,74
	Acima do moderado	17,25-25	13,80-20	10,35-15	10,35-15	51,75-75

Como podemos observar no (quadro 6), a dimensão Satisfação com amigos (SA), assume um score mínimo de 5,00 e um score máximo de 25. Uma pontuação elevada nesta dimensão mostra que o sujeito está satisfeito com as suas amizades/amigos. A dimensão da Intimidade (I) assume um score mínimo de 4,00 e um máximo de 20. A dimensão satisfação com a família (SF) apresenta um score mínimo de 3,00 e o máximo de 15, nesta subescala uma pontuação elevada indica que o sujeito se encontra satisfeito com o suporte social familiar existente. Por último a dimensão atividades sociais (AS) é nos apresentada com um score mínimo de 3,00 e um máximo de 15, uma pontuação elevada indica uma

satisfação com as atividades sociais que realiza. O que podemos concluir é que a satisfação social pode variar entre o score mínimo de 15 e o score máximo de 75. Nesta subescala uma pontuação elevada indica que o sujeito considera ter um bom suporte social a todos os níveis. Para um alto nível de satisfação social será necessário que os utentes obtenham um score alto em todas as dimensões (SA, I, SF, AS). Um nível médio de *Satisfação Social* é representado por valores de scores intermédios nas quatro subescalas, o mesmo acontece com o nível baixo, terá de apresentar valores de scores baixos nas quatro subescalas.

## 5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Estudamos uma amostra de 29 utentes de várias idades que se encontravam na unidade de cuidados continuados de Vila Verde, todos deparados em situação de dependência, os referenciais teóricos indicam esta fase como uma fase de crise em que as pessoas necessitam de grande suporte, em especial de tipo emocional, para poderem enfrentar esta situação, tornando-a menos lesiva para o seu bem-estar e identidade pessoal (Samarel et al., 1998; Santos et al., 1994; Ward et al., 1991). Pretendemos com este estudo, verificar se este grupo se encontra satisfeito com o suporte social.

A análise da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) mostrou que o constructo teórico nas suas diferentes dimensões, se aplicava às características de um utente de cuidados continuados. No entanto, a valorização atribuída à dimensão da satisfação com os amigos/amizades e a sua estreita relação com a subescala da intimidade, foi superior à esperada, colocando-nos algumas questões sobre a possível fusão interpretativa entre amigos/familiares. No entanto, esta hipervalorização atribuída aos amigos em situação de crise não é nova, descobrindo-se algumas referências na bibliografia encontrada. Para Antonucci (1985; descrito por Hupcey, 1998), a família e os amigos, como provedores de suporte, são avaliados na sua eficácia de acordo com diferentes standards, e a este propósito refere: “... *family members are supposed to provide support especially in times of crisis. Support given by friends is judged more positively because it is given without the obligation inherent in family support. If friends fail to provide support it would not be considered as negatively as families failing to provide support*” (p. 1234). O suporte familiar, embora mais acessível e previsível em situação de crise, pode mostrar-se menos funcional nesta fase, graças à situação de *distress* que envolve não só o doente, mas todo o núcleo familiar. Esta necessidade conjunta de apoio pode causar um desequilíbrio entre o dar e o receber, minimizando a sua sensação de eficácia (Sollner et al., 1999). No entanto, os resultados globais da aplicação da ESSS à amostra em estudo indicam que esta se encontra razoavelmente satisfeitos com o suporte recebido, nomeadamente da família e muito pouco satisfeitos com o fator das Atividades Sociais (AS).

Estes resultados parecem ser fundamentais para o planeamento de estratégias de intervenção em saúde, no sentido de melhorar a eficácia do suporte social dispensado ao utente de cuidados continuados, para que, em conjunto com os objetivos atuais de aumentar a esperança de vida, seja também beneficiada a sua qualidade. É, no entanto,

indispensável que se realizem novas avaliações sobre a aplicabilidade da escala ESSS, nomeadamente em amostras diferentes e realizadas em dependências específicas.

## **CONCLUSÕES, SUGESTÕES E LIMITAÇÕES NO ESTÁGIO/RELATÓRIO**

Com este relatório pretendemos apresentar de forma sistematizada as vivências experienciadas ao longo do estágio que realizamos numa unidade de cuidados continuados de Média duração e reabilitação. Neste relatório descrevemos a unidade e o modo como decorreu a integração na equipa de saúde, dando assim cumprimento a um dos objetivos iniciais. Descrevemos ainda os procedimentos na admissão dos utentes, os principais objetivos durante o processo de internamento e a preparação para a alta. Tivemos oportunidade de nos envolvermos em projetos que a unidade estava a desenvolver, nomeadamente o projeto de estudo que realizamos “Conhecimento das Dificuldades dos Cuidadores Informais na Prestação de Cuidados a Pessoas Dependentes” proposto pela instituição, onde os resultados obtidos quanto aos cuidados que sentem mais dificuldade a maioria referiu que era na higiene, seguindo-se dos posicionamentos.

Damos também a conhecer a investigação realizada na temática “A importância do suporte social no bem-estar dos utentes de cuidados continuados” que incidiu também sobre a população total de utentes que foram referenciados para a unidade e que nela estiveram internados durante o nosso período de estágio. Para a elaboração deste trabalho, foi necessário recolher várias informações, tanto através de pesquisa bibliográfica como recolha de dados existentes no arquivo da unidade. Pretendeu-se com este estudo, conhecer a satisfação com o suporte social de um grupo populacional, nomeadamente utentes de uma unidade de Cuidados Continuados de média duração e reabilitação. A análise da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) mostrou que o constructo teórico nas suas diferentes dimensões, se aplicava às características de um utente de cuidados continuados, mostrou ser um instrumento fiável, válido e adaptado para o estudo desta população.

Todavia, o reduzido tamanho da amostra implica que não se podem inferir resultados para a população em geral. Assim, este trabalho permitiu também obter uma melhor visão da realidade dos idosos que frequentam a unidade. É, no entanto, indispensável que se realizem novas avaliações sobre a aplicabilidade da escala ESSS, nomeadamente em amostras diferentes, e numa população mais geral.

A realização do estágio e das investigações que realizámos, onde esteve sempre presente o contacto com a díade cuidador familiar e doente, foram uma grande oportunidade de aprendizagem e uma forte motivação para o início da nossa atividade profissional.



## **BIBLIOGRAFIA**

Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology, 14*, 13-445.

Barrón, A. (1996). *Apoyo Social Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España editores, SA.

Caplan, G., (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.

Cassel, J. (1974). Psychosocial process and “stress”. Theoretical formulations. *International Journal of Health Services, 4*, 475-478.

Cassou, B. (2001). Medir a qualidade de vida numa idade avançada. *Servir, 49*(5), pp. 237-238.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38* (5), 300-314.

Coelho, & Ribeiro (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjetiva de Bem-estar em mulheres submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1*(1), 79-87.

Conte, E., & Lopes, A. (2005). Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, pp. 61-75.

Diener, E., Suh, E. M, Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.

Diener, E., (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.

Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Brussels: *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*.

- Fortin, M.-F., Prud'homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczk. (1999). *Noções de Ética em Investigação*. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação* (1ª ed., pp. 113- 129). Loures: Lusociência.
- Hankey, G., Jamrozik, K., Broadhurst, R., Forbes, S., & Aanderson, C. (2002). Long-term disability after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Studt. *Stroke*, 33, pp. 103-1040.
- Heller, D., Watson, D. & Illies, R. (2006) The dynamic process of life satisfaction. *Journal of Personality*, 74, 1421-1450.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 25-31.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Hupcey, J.E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241.
- Kessler, R.C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopatology: *stress, social support, and coping process*. *Annual review of Psychology*, 26, 531-572.
- Lau, A., & Mckenna, K. (2001). Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. *Disability and Rehabilitation*, 23(6), pp. 227-238.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *The Gerontologist*, 9, pp. 179- 186.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés e Procesos Cognitivos*. Spain: Ed. Martínez
- McNally, S., & Newman, S. (1999). Objective and Subjective Conceptualizations of Social Support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 309-314.
- Morgan, J. (2002). Social support and human nature. In J. D. Morgan (Ed.), *Social support: A reflection of humanity*. New York: Baywood.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida et al. (Eds.). *A acção educativa: análise psicossocial* (pp. 105-117). Leiria: ESEL/APPORT.

- Pais-Ribeiro, J., & Guterres, C. (2001). Social support and quality of life in chronic mental disease patients submitted to different housing treatment programs. *Quality of Life Research*, 10(7), 275.
- Paschoal, S. (2006). Qualidade de vida na Velhice. In E. Freitas, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida. Coimbra: Livraria Almedina. Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 2, 164-172.
- Pavot, W. & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 137-152.
- Ramos, H. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald, & M. Renaud, *Novos desafios a bioética* (pp. 225- 231). Porto: Porto Editora.
- Ribeiro, J. L., (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, XVII(3), 547-558.
- Rocha, A., Rodrigues, M., Coutinho, A., & Monteiro, C. (2002). Qualidade de Vida do Idoso: Área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras. *Revista Sinais Vitais*, 43, pp. 47-50.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R., (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1984). Life changes, moderators of stress, and health. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 279-300). *New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.*

Samarel, N., Fawcett, J., Krippendorf, K., Piacentino, J.C., Eliasof, B., Hughes, P., Kowitski, C., & Ziegler, E. (1998). Women's perceptions of group support and adaptation to breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1259-1268.

Santos, M.J.H., Costa, F.L., Watson, M., Geer, S., Haes, J., Knippenberg, F.V., Pruyn, J., & Borne, B.V. (1994). Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos: Escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 15(1), 25-36.

Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Ed. de Autor.

Schipper, H., Clinch, J., & Olweny, C. (1996). Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. In B. Spilker, *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (pp. 11-23). New York: Lippincott Raven.

Sollner, W., Zschocke, I, Zing-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., & Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40(3), 239-250.

Ward, S., Leventhal, H., Easterling, D., Luchterhand, C., & Love, R. (1991). Social Support, Self-Esteem and Communication in Patients Receiving Chemotherapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 95-116.

Winemiller, D., Mitchell, E., Sutliff, J., & Cline, D. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 638-648.

## **ANEXOS**

---

**ANEXO I**



**AUTORIZAÇÕES**



MEDALHA DE MÉRITO MUNICIPAL  
EM OURO  
19 DE OUTUBRO 2000

Irmandade  
da  
Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde

DE:	253 310 180	PARA:		
<b>PROVEDORIA</b> Bento Morais		<b>ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA</b> A/C Professora Maria Gorete de Jesus Baptista Av. D. Afonso V 5300-121 <b>BRAGANÇA</b>		
<b>OFÍCIO</b> O.DRH.009.13	VILA VERDE, 30 de Janeiro de 2013			
	<b>ASSUNTO:</b> Diferimento Estágio Curricular			
	V. Ref.ª:	000045 de 22 de Janeiro de 2013	Página 1 de 1	

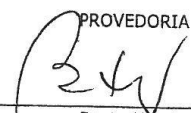
Exmo.(a) Sr.(a),

Em resposta ao v/ ofício de 03/01/2013, informamos da disponibilidade da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde para acolher a aluna **Elisabete Cristina da Mota Leite** do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados.

Lembramos que no início do estágio, semana de 18 de Fevereiro, a aluna deve dirigir-se ao departamento de Recursos Humanos.

Sem outros assuntos de momento, com os melhores cumprimentos,

SCMVV.239.0

PROVEDORIA  
  
Bento Morais

Rua Dr. Bernardo Brito Ferreira, 77 • 4730 - 716 Vila Verde • Fax 253 310 121  
Telef. Administração: 253 310 120 • Lar: 253 310 187/8 • Creche jardim: 253 310 185 • C.A.O.: 253 310 186 • Hospital: 253 310 126

## DESPACHO

Atendendo à existência de:

- 1) Unidades curriculares de estágio, incluídas no último semestre (para unidades curriculares semestrais) ou no último ano curricular (para unidades curriculares anuais) de planos de ciclos de estudos de licenciatura;
- 2) Unidades curriculares de dissertação ou trabalho de projecto ou estágio profissional objecto de relatório final de planos de ciclos de estudos de mestrado;

Determino que as datas limite para a submissão e discussão pública das dissertações ou trabalhos ou relatórios finais são:

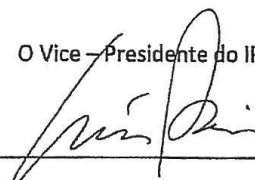
- a) Para edições de ciclos de estudos cujo plano curricular se conclua no final do 2º semestre lectivo:
  - i) Submissão nos Serviços Académicos do IPB: **31 de Outubro**;
  - ii) Discussão pública na Escola que confere o grau: **15 de Dezembro**;
- b) Para edições de ciclos de estudo cujo plano curricular se conclua no final do 1º semestre lectivo:
  - i) Submissão nos Serviços Académicos do IPB: **31 de Maio**;
  - ii) Discussão pública na Escola que confere o grau: **15 de Julho**.

Mais determino que os estudantes que não concluíam o ciclo de estudos nas datas limite definidas anteriormente deverão efectuar inscrição no próximo ano lectivo até às datas limite de, respectivamente:

- a) **30 de Dezembro**;
- b) **30 de Julho**.

Instituto Politécnico de Bragança, 17 de Fevereiro de 2010

O Vice-Presidente do IPB

  
Prof. Doutor Luís Manuel Santos Pais

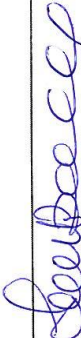
*Com o conhecimento  
do Director da  
Escola de S.B.  
2010/02/22  
Luís Pais*

## **ANEXO II**


---

### **PLANIFICAÇÕES SEMANAIS DAS ATIVIDADES**

SEMANA		18/03/2013 a 22/03/2013			
	ATIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	REPOSNÁVEL	
SEGUNDA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conclusão das lembranças para o Dia do Pai;</li> <li>Pintura de ovos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver a criatividade e imaginação;</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartolina, tesouras, tintas acrílicas.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
TERÇA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distribuição das lembranças do Dia do Pai;</li> <li>Pintura de desenhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assinalar o Dia do Pai;</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenhos, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
QUARTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de decoração alusiva à Páscoa;</li> <li>Puzzles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver a criatividade e imaginação;</li> <li>Desenvolver a concentração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tintas acrílicas, cartão, cartolina, cola, tesouras, puzzles.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
QUINTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de decoração alusiva à Páscoa;</li> <li>Pintura de desenhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver a criatividade e imaginação;</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tintas acrílicas, cartão, cartolina, cola, tesouras, desenhos, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
SEXTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de decoração alusiva à Páscoa;</li> <li>Pintura de desenhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver a criatividade e imaginação;</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tintas acrílicas, cartão, cartolina, cola, tesouras, desenhos, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo

RESP. APROVAÇÃO / DIREÇÃO TÉCNICA: 

## PLANIFICAÇÃO SEMANAL ATIVIDADES

		SEMANA	25/03/2013 a 31/03/2013		
		ATIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	REPOSNÁVEL
SEGUNDA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de flores para a Cruz da Páscoa;</li> <li>Pintura de desenhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assinalar o dia da Páscoa;</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel crepe, arame, tesouras, desenhos, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
TERÇA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de flores para a Cruz da Páscoa;</li> <li>Jogos de memória.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assinalar o dia da Páscoa;</li> <li>Desenvolver competências cognitivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel crepe, arame, jogos.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
QUARTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de flores para a Cruz da Páscoa;</li> <li>Puzzles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assinalar o dia da Páscoa;</li> <li>Desenvolver a concentração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel crepe, tesouras, puzzles.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
QUINTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distribuição das amêndoas da Páscoa;</li> <li>Pintura de desenhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assinalar o dia da Páscoa;</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel crepe, arame, tesouras, desenhos, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
SEXTA	Manhã				Andreia Silva
	Tarde				Ana Novo

RESP. APROVAÇÃO / DIREÇÃO TÉCNICA:

*Luís Beirão*




		SEMANA		01/04/2013 a 05/04/2013					
		ATIVIDADES		OBJETIVOS		RECURSOS		RESPONSÁVEL	
SEGUNDA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Pintura de desenhos.		· Assinalar a primavera; · Desenvolver a motricidade fina.		· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, lápis de cor.		Andreia Silva	
	Tarde	· Atividade livre.						Ana Novo	
TERÇA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Jogos de memória.		· Assinalar a primavera; · Desenvolver competências cognitivas.		· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, jogos.		Andreia Silva	
	Tarde	· Atividade livre.						Ana Novo	
QUARTA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Puzzles.		· Assinalar a primavera; · Desenvolver a concentração.		· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, puzzles.		Andreia Silva	
	Tarde	· Atividade livre.						Ana Novo	
QUINTA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Pintura de desenhos.		· Assinalar a primavera; · Desenvolver a motricidade fina.		· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, lápis de cor.		Andreia Silva	
	Tarde	· Atividade livre.						Ana Novo	
SEXTA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Pintura de desenhos.		· Assinalar a primavera; · Desenvolver a motricidade fina.		· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, lápis de cor.		Andreia Silva	
	Tarde	· Atividade livre.						Ana Novo	

RESP. APROVAÇÃO / DIRECÇÃO TÉCNICA: 

		SEMANA		08/04/2013 a 12/04/2013			
	ATIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	REPOSNÁVEL			
SEGUNDA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Pintura de desenhos.	· Assinalar a primavera/decorar a unidade; · Desenvolver a motricidade fina.	· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, lápis de cor.	Andreia Silva		
	Tarde	· Atividade livre.			Ana Novo		
TERÇA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Jogos de memória.	· Assinalar a primavera/decorar a unidade; · Desenvolver competências cognitivas.	· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, jogos.	Andreia Silva		
	Tarde	· Atividade livre.			Ana Novo		
QUARTA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Puzzles.	· Assinalar a primavera/decorar a unidade; · Desenvolver a concentração.	· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, puzzles.	Andreia Silva		
	Tarde	· Atividade livre.			Ana Novo		
QUINTA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Pintura de desenhos.	· Assinalar a primavera/decorar a unidade; · Desenvolver a motricidade fina.	· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, lápis de cor.	Andreia Silva		
	Tarde	· Atividade livre.			Ana Novo		
SEXTA	Manhã	· Execução de flores em tecido; · Pintura de desenhos.	· Assinalar a primavera/decorar a unidade; · Desenvolver a motricidade fina.	· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, lápis de cor.	Andreia Silva		
	Tarde	· Atividade livre.			Ana Novo		

RESP. APROVAÇÃO / DIREÇÃO TÉCNICA: Luísa Bessa

# PLANIFICAÇÃO SEMANAL ATIVIDADES

		SEMANA	22/04/2013 a 26/04/2013		
		ATIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	REPOSNÁVEL
SEGUNDA	Manhã	· Realização de colares para o Dia da Mãe; · Pintura de desenhos.	· Assinalar o Dia da Mãe; · Desenvolver a motricidade fina.	· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, lápis de cor.	Andreia Silva
	Tarde	· Atividade livre.			Ana Novo
TERÇA	Manhã	· Realização de colares para o Dia da Mãe; · Jogos de memória.	· Assinalar o Dia da Mãe; · Desenvolver competências cognitivas.	· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, jogos.	Andreia Silva
	Tarde	· Atividade livre.			Ana Novo
QUARTA	Manhã	· Elaboração de cravo alusivo ao 25 de Abril; · Puzzles.	· Assinalar o 25 de Abril; · Desenvolver a concentração.	· Tecidos, tesoura, linhas, agulhas, puzzles.	Andreia Silva
	Tarde	· Atividade livre.			Ana Novo
QUINTA	Manhã	 Feriado			Andreia Silva
	Tarde				Ana Novo
SEXTA	Manhã	· Atividade livre.			Andreia Silva
	Tarde	· Atividade livre.			Ana Novo

RESP. APROVAÇÃO / DIREÇÃO TÉCNICA:

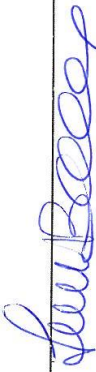
*Luísa*

		SEMANA		06/05/2013 a 10/05/2013	
		ATIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	RESPONSÁVEL
SEGUNDA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de jogos (sopa de letras, formação de palavras, jogos de memória, puzzles);</li> <li>Pintura de desenhos.</li> <li>Atividade livre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver competências cognitivas.</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sopa de letras, letras, jogos de memória, puzzles, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde				
TERÇA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboração de flores em tecidos (costura);</li> <li>Pintura de desenhos.</li> <li>Atividade livre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decorar a unidade.</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tecidos, tesoura, linha, agulhas, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde				
QUARTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboração de flores em tecidos (costura);</li> <li>Pintura de desenhos.</li> <li>Atividade livre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decorar a unidade.</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tecidos, tesoura, linha, agulhas, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde				
QUINTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Andreia Silva
	Tarde				
SEXTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>			Andreia Silva
	Tarde				

RESP. APROVAÇÃO / DIREÇÃO TÉCNICA: *Amberley*

## PLANIFICAÇÃO SEMANAL ATIVIDADES

		SEMANA	20/05/2013 a 24/05/2013	RECURSOS	REPOSNÁVEL
		ATIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	REPOSNÁVEL
SEGUNDA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Realização de decoração alusiva ao St<sup>a</sup> António;</li> <li>· Pintura de desenhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Expandir a criatividade/decorar a ucci;</li> <li>· Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Cartão, cartolinas, papel crepe, cola, tesoura, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
TERÇA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Cântico de músicas tradicionais;</li> <li>· Pintura de desenhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Promover momentos de lazer;</li> <li>· Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Lápis de cor, músicas tradicionais.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
QUARTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Realização de decoração alusiva ao St<sup>a</sup> António;</li> <li>· Puzzles, sopa de letras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Expandir a criatividade/decorar a ucci;</li> <li>· Desenvolver a concentração e raciocínio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Cartão, cartolinas, papel crepe, cola, tesoura, lápis de cor, puzzles, sopa de letras.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
QUINTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Realização de decoração alusiva ao St<sup>a</sup> António;</li> <li>· Cântico de músicas tradicionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Expandir a criatividade/decorar a ucci;</li> <li>· Promover momentos de lazer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Cartão, cartolinas, papel crepe, cola, tesoura.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo
SEXTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Realização de decoração alusiva ao St<sup>a</sup> António;</li> <li>· Pintura de desenhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Expandir a criatividade/decorar a ucci;</li> <li>· Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Cartão, cartolinas, papel crepe, cola, tesoura, lápis de cor.</li> </ul>	Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atividade livre.</li> </ul>			Ana Novo

RESP. APROVAÇÃO / DIRECÇÃO TÉCNICA: 

**PLANIFICAÇÃO SEMANAL ATIVIDADES**



		SEMANA		27/05/2013 a 31/05/2013				
		ATIVIDADES		OBJETIVOS		RECURSOS		
						REPONSÁVEL		
SEGUNDA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de decoração alusiva ao Stª Antónia;</li> <li>Pintura de desenhos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Expandir a criatividade/decorar a ucci;</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartão, cartolinas, papel crepe, cola, tesoura, lápis de cor.</li> </ul>		Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>						Ana Novo
TERÇA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de decoração alusiva ao Stª Antónia;</li> <li>Pintura de desenhos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Expandir a criatividade/decorar a ucci;</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Lápis de cor, músicas tradicionais.</li> </ul>		Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>						Ana Novo
QUARTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cântico de músicas tradicionais;</li> <li>Puzzles, sopa de letras.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover momentos de lazer;</li> <li>Desenvolver a concentração e raciocínio.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartão, cartolinas, papel crepe, cola, tesoura, lápis de cor, puzzles, sopa de letras.</li> </ul>		Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>						Ana Novo
QUINTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de decoração alusiva ao Stª Antónia;</li> <li>Cântico de músicas tradicionais.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Expandir a criatividade/decorar a ucci;</li> <li>Promover momentos de lazer.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartão, cartolinas, papel crepe, cola, tesoura.</li> </ul>		Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>						Ana Novo
SEXTA	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de decoração alusiva ao Stª Antónia;</li> <li>Pintura de desenhos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Expandir a criatividade/decorar a ucci;</li> <li>Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartão, cartolinas, papel crepe, cola, tesoura, lápis de cor.</li> </ul>		Andreia Silva
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade livre.</li> </ul>						Ana Novo

RESP. APROVAÇÃO / DIRECÇÃO TÉCNICA: *Cláudia*

**ANEXO III**

---

**QUESTIONÁRIO ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)**

## SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**. SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**ANEXO VI**

---

**QUESTIONÁRIO PARA O CONHECIMENTO DAS DIFICULDADES DOS  
CUIDADORES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE E AGREGADO FAMILIAR

NOME		DATA NASC.	
CONTACTO			
MORADA			

Nome	Idade	Parentesco	Estado Civil	Habilitações	Situação Profissional	Rendimentos	Apoio na Prestação de Cuidados

### IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL

NOME		IDADE	
PARENTESCO		ESTADO CIVIL	
TIPO DE APOIO PRESTADO			

1. Tem outros apoios para a prestação de cuidados?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

SE RESPONDEU SIM  
QUAL? \_\_\_\_\_

2. CONSIDERA SUFICIENTES?

3. SENTE O SEU TRABALHO RECONHECIDO PELA PESSOA DE QUEM CUIDA E PELOS FAMILIARES?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_ ÀS VEZES \_\_\_

4. SENTE-SE CANSADO?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

5. SENTE NECESSIDADE DE TER MAIS TEMPO PARA SI?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

6. TEM POR HÁBITO GOZAR FÉRIAS?

SIM\_\_\_\_ NÃO\_\_\_\_

SE RESPONDEU SIM:

ONDE? \_\_\_\_\_

COM QUEM? \_\_\_\_\_

QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

7. SENTE-SE DESMOTIVADO/A?

SIM\_\_\_\_ NÃO\_\_\_\_

8. TEM VIGIADO A SUA SAÚDE?

SIM\_\_\_\_ NÃO\_\_\_\_

SE RESPONDEU SIM:

COMO? \_\_\_\_\_

9. TEM CONFIDENTE?

SIM\_\_\_\_ NÃO\_\_\_\_

SE SIM, QUEM? \_\_\_\_\_

10. A PESSOA DEPENDENTE RECEBE FREQUENTEMENTE VISITAS DE FAMILIARES E AMIGOS?

SIM\_\_\_\_ NÃO\_\_\_\_ ÀS VEZES\_\_\_\_

11. A SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA DO SEU FAMILIAR VEIO ALTERAR A SUA RELAÇÃO COM OS RESTANTES FAMILIARES?

## 2. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

1. HÁ QUANTO TEMPO PRESTA CUIDADOS?

\_\_\_\_\_

2. JÁ CUIDOU DE OUTRAS PESSOAS?

SIM\_\_\_\_ NÃO\_\_\_\_

SE SIM, QUEM? \_\_\_\_\_

3. COMO APRENDEU A PRESTAR CUIDADOS?

---

---

---

4. A QUEM RECORRE EM CASO DE DUVIDA?

---

5. QUAIS OS CUIDADOS QUE TEM MAIS DIFICULDADE EM PRESTAR?

---

---

6. JÁ ALGUMA VEZ PEDIU APOIO PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?

SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

SE SIM, QUEM?

---

---

7. GOSTAVA DE TER FORMAÇÃO SOBRE CUIDADOS A PRESTAR A PESSOAS DEPENDENTES?

SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

SE SIM, SOBRE O QUÊ?

---

---

---

8. ESTÁ INTERESSADO EM INTEGRAR ACÇÕES DE FORMAÇÃO E DE APOIO AOS CUIDADORES?

SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

9. TEM DISPONIBILIDADE EM COMPARECER MENSALMENTE EM VILA VERDE, NOS PERIODOS DA TARDE, EM ACÇÕES DE FORMAÇÃO E DE APOIO AOS CUIDADORES ?

SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

ID DO ENTREVISTADOR

DATA



**ANEXO V**

---

**CONHECIMENTO DAS DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS NA  
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS DEPENDENTES E PLANO DE  
INTERVENÇÃO**



## **INDICE**

<u>CONHECIMENTO DAS DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS DEPENDENTES E PLANO DE INTERVENÇÃO</u> .....	89
<u>RESUMO</u> .....	91
<u>ABSTRACT</u> .....	93
<u>INTRODUÇÃO</u> .....	95
<u>1-CONTEXTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO</u> .....	97
<u>2-INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS</u> .....	97
<u>3-POPULAÇÃO E AMOSTRA</u> .....	98
<u>4- TRATAMENTO DE DADOS</u> .....	98
<u>5- RESULTADOS</u> .....	99
<u>5.1- Caracterização do cuidador informal</u> .....	99
<u>5.2- Dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados</u> .....	100
<u>6-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES</u> .....	105
<u>7-PLANO DE INTERVENÇÃO/ ENSINO AO CUIDADOR INFORMAL</u> .....	107
<u>7.1-Higiene e conforto</u> .....	107
<u>7.2- Vestir e Despir:</u> .....	111
<u>7.3- Alimentação</u> .....	113
<u>7.4- Mobilização, Transferências e Deambulação</u> .....	116
<u>7.4.1- Mobilização</u> .....	117
<u>7.4.2- Transferências</u> .....	120
<u>7.4.3- Deambulação</u> .....	121
<u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	123



# **CONHECIMENTO DAS DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS DEPENDENTES E PLANO DE INTERVENÇÃO**

## **RESUMO**

O objetivo do cuidar é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana; envolve uma relação interpessoal, que inclui comportamentos e sentimentos, nomeadamente o assistir, o ajudar, o ouvir, o respeito, mostrar capacidade de empatia em relação às experiências e individualidade do outro. Um cuidador bem formado pode ajudar o paciente e será uma mais-valia na qualidade de vida deste.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento das dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência. Para tal ressaui um estudo descritivo e analítico de carácter transversal, tendo-se aplicado um questionário, a uma amostra de 12 cuidadores informais, cujos familiares são utentes da Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da Santa casa de Misericórdia de Vila Verde.

Os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, casados, filhos da pessoa dependente, a idade média apresentada é de 56,33 anos, a maior representatividade recai nas pessoas que têm idade maior ou igual a 41 anos.

Os resultados obtidos revelam que na totalidade os cuidadores informais entrevistados no que diz respeito á sobrecarga sentem-se cansados 100%, e apenas uma pequena percentagem não tem necessidade de ter mais tempo para si 17% o que demonstra o quão exigente é a prestação de cuidados em si. No que diz respeito ás dificuldades sentidas pelos cuidadores permite-se verificar que a maioria (67%), sente dificuldade na prestação de cuidados de higiene.

**Palavras-chave:** Cuidador Informal, Dificuldades na Prestação de Cuidados.



## ABSTRACT

The goal of care is to protect , enhance and preserve human dignity; involves an interpersonal relationship , which includes behaviors and feelings , and in particular assist , help , hearing , respect , show ability to empathize with the experiences and individuality of the other . A well trained caregiver can help the patient and will be an asset of this quality of life.

The present study aims to assess the knowledge of the difficulties of informal caregivers in providing care to people in situations of dependency . To this ressau a descriptive and analytical study of transversal , having applied a questionnaire to a sample of 13 informal caregivers whose family members are users of the Unit -term care and rehabilitation of medium duration of Santa Casa de Vila Verde. Caregivers are mostly female , married sex, children of the dependent person , the average age is presented 56.45 years, the most representative falls on people who have greater than or equal to 41 years.

The results show that respondents in all informal caregivers regarding overcharging will feel tired , and only a small percentage have no need to have more time for yourself which shows how demanding is the care itself . Regarding the difficulties experienced by caregivers is allowed to see that most ( 67 % ) , have difficulty in hygiene.



## INTRODUÇÃO

O homem é um ser que se vai construindo que se vai realizando no tempo com o apoio da família. Ela é a célula base da sociedade é a primeira escola de solidariedade, um pequeno “estado social”. É essencialmente na família e com a família que nos desenvolvemos e socializamos e onde cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do ciclo vital. Neste sentido, a família é um conjunto de relações que ajudam o movimento de vida e de crescimento da pessoa.

O atual perfil demográfico e epidemiológico, caracterizado pelo envelhecimento da população e o aumento da incidência de doenças-degenerativas, evidência o aparecimento de pessoas com limitações nas suas atividades diárias.

Segundo o Conselho da Europa (1998), citado por Figueiredo et al (2007) o conceito de dependência é definido como *“um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal.”*

Uma pessoa dependente é aquela que necessita de transferir para terceiros as atividades tendentes à satisfação das necessidades humanas básicas, no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência. Neste contexto surge o conceito de prestação de cuidados, definido como *“um ato de promover assistência a um membro da família, amigo ou doente, permitindo a manutenção de um bom nível de independência”*. (Mata, 2012).

O papel de cuidador pode ser informal, quando assumido por um membro da família ou da comunidade, e formal, quando assumido por um profissional com formação específica ou contratado.

O termo cuidar é entendido como *“um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”*. (Collière (1999), citado por Mata(2012)).

O objetivo do cuidar é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana; envolve uma relação interpessoal, que inclui comportamentos e sentimentos, nomeadamente o

assistir, o ajudar, o ouvir, o respeito, mostrar capacidade de empatia em relação às experiências e individualidade do outro.

O cuidar constitui uma característica inata do ser humano, está de facto enraizada na sua natureza, no entanto, a educação acerca do cuidado é essencial, porque o cuidador necessita de treino quanto aos procedimentos diários com o doente, beneficiando das instruções práticas de como levantá-lo e administrar-lhe a medicação.

Um familiar bem formado pode ajudar o paciente e será uma mais-valia na qualidade de vida deste.

No âmbito da unidade Curricular de Trabalho de Projeto/ Estágio, lecionada do curso Mestrado em Cuidados Continuados, no ano letivo 2012/2013 na Escola Superior de Saúde de Bragança, surgiu a oportunidade de desenvolver em estágio uma investigação acerca de uma temática pertinente, inserida no ambiente em que o mesmo se desenvolve.

Esta investigação realizou-se em âmbito de estágio, o tema escolhido para investigar centra-se no “conhecimento das dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados a pessoas dependentes”, esta insere-se no tipo exploratório, descritivo, de carácter quantitativo.

Esta temática suscitou interesse porque existe uma tendência de intervenção centralizada no idoso, esquecendo muitas vezes a intervenção do cuidador informal.

Este trabalho projeta o estudo inclui-se a metodologia utilizada para a concretização dos objetivos definidos. Procede-se de seguida à apresentação dos resultados obtidos bem como à discussão dos mesmos contrapondo-os com outros resultados alcançados noutras investigações. Seguidamente colocam-se em evidência as principais conclusões decorrentes do presente estudo.

## **1-CONTEXTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO**

No desenvolvimento do estágio, decorrido durante o período de Fevereiro a Maio de 2013 na unidade de Cuidados Continuados de Média Duração da Santa casa de Misericórdia de Vila Verde, foi-nos proposto, pela instituição, o presente tema de investigação que já tinha em vista desenvolver, tendo então abraçado a oportunidade de o incrementar. Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, de carácter quantitativo, com os seguintes objetivos:

- Identificar as características dos cuidadores informais e principais dificuldades na prestação de cuidados;
- Elaborar um plano de formação/ ensino com instruções para o cuidador informal

## **2-INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

O instrumento de recolha de dados utilizado na presente investigação foi desenvolvido pela equipa da unidade de cuidados continuados de Vila Verde, consistindo de um questionário, aplicado mediante entrevista e que engloba duas partes distintas. A primeira incluiu questões de caracterização do utente e do seu agregado familiar, enquanto a segunda aborda as questões relativas às dificuldades que os cuidadores informais dos utentes sentem na prestação de cuidados.

Foram realizados os procedimentos ético-legais, sendo solicitada autorização à UMCC Vila Verde para aplicação do questionário. Fortin (1999, p.114) “(...) define ética como o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

Para iniciar a investigação procedemos à abordagem dos familiares, solicitando a colaboração dos cuidadores diretos. Após tomarem conhecimento e concordarem colaborar no estudo, foram aplicados os questionários individualmente. Ao longo da entrevista foram sendo feitas clarificações das questões.

A aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi realizada na Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e reabilitação de Vila Verde durante o mês de Abril e Maio. A generalidade da recolha de dados teve a duração média de vinte minutos.

### **3-POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Com o objetivo de obtermos a participação voluntária no estudo, começamos por abordar as famílias dos utentes da Unidade de Cuidados Continuados de Vila Verde, com o intuito de conhecer o cuidador direto do utente. A colheita de dados foi realizada entre os meses de Abril e Maio de 2013. Explicavam-se os objetivos do estudo e solicitava-se a sua participação. Conseguiu-se desta forma, uma amostra de 12 cuidadores que voluntariamente decidiram participar. Assim sendo, consideramos que a amostra foi obtida através do tipo de amostragem não probabilística acidental.

A amostragem não probabilística é aquela em que a probabilidade de qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro, 2010).

Os critérios de inclusão deste estudo foram cuidadores diretos do utente, daí a amostra ser tao reduzida, pois os utentes tinham algumas visitas mas muitas delas não eram os seus cuidadores principais.

### **4- TRATAMENTO DE DADOS**

Para dar resposta aos objetivos da investigação, o tratamento dos dados foi efetuado através da utilização do programa informático Statistical Program for Social Sciences (SPSS versão 20.0), tendo-se recorrido à seguinte metodologia estatística:

- Estatística descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e de dispersão.

Nas questões abertas foi feita análise de conteúdo e criadas categorias com análise quantitativa.

## 5- RESULTADOS

No sentido de conhecermos as dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados, bem como as suas características, apresentamos os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

### *5.1- Caracterização do cuidador informal*

A população alvo da investigação compreendeu 12 cuidadores, cujas características são apresentadas na seguinte tabela (1).

**Tabela 1- Caracterização do Cuidador Principal**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Feminino</b>	7	62,0
<b>Masculino</b>	5	38,0
<b>Idade</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>35-45</b>	3	25
<b>46-55</b>	4	33
<b>56-65</b>	1	8
<b>66-75</b>	2	17
<b>76-85</b>	2	17
X= 56,45 (±18,14 anos); min:30 anos; máx:83 anos; Mediana=53 anos		
<b>Estado civil (n=12)</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Solteiro</b>	1	8
<b>Casado</b>	11	92
<b>Parentesco com a pessoa que Cuida</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Filha/o</b>	6	50
<b>Conjuge</b>	5	42
<b>Noras</b>	1	8

Como podemos observar na tabela 1, a grande maioria dos cuidadores (62%) pertence ao género feminino e 38% são representados pelo género masculino.

Apresentam uma média de idades de 56,45 anos (min:30 anos; máx: 83 anos), um desvio padrão de 18,14 anos. Como podemos também verificar, a maior representatividade recai nas pessoas com 45 anos. Na distribuição dos cuidadores por grupo etário verifica-se que o mais prevalente é o grupo entre os 46 aos 55 anos (33%) e com menor representatividade é o grupo dos 56-65 anos com 8%.

A prevalência de cuidadores recai nas pessoas casadas (92%) e a prestação de cuidados é realizada maioritariamente (50%) pelos filhos, seguindo-se os cônjuges (42%).

### ***5.2- Características das Dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados***

Com vista a darmos resposta ao objetivo principal da investigação, apresentamos nas tabelas 2 e 3 os dados relativos ao contexto da prestação de cuidados onde podemos identificar e analisar as características das dificuldades sentidas pelos cuidadores informais.

**Tabela 2- Características das dificuldades do cuidador informal na Prestação de cuidados**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sente o seu trabalho reconhecido pela pessoa de quem cuida e pelos familiares</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Sim</b>	10	83
<b>Não</b>	0	0
<b>Às vezes</b>	2	17
<b>Sente-se cansado</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Sim</b>	12	100
<b>Não</b>	0	0
<b>Sente necessidade de ter mais tempo para si</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Sim</b>	10	83
<b>Não</b>	2	17

<b>Tem por hábito gozar férias</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Sim	2	17
Não	10	83
<b>Se respondeu sim: onde?</b>	0 respostas	
<b>Com quem?</b>	Família	
<b>Quanto tempo?</b>	Máx 2 semanas	
<b>Sente-se desmotivado</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Sim	12	100%
Não	0	0%
<b>Tem vigiado a sua saúde</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Sim	12	100%
Não	0	0%
<b>Se respondeu sim: como?</b>	exames regulares	
<b>Tem confidente</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Sim	10	83
Não	2	17
<b>Se sim quem</b>	Família	
<b>A pessoa dependente recebe frequentemente visitas de familiares e amigos</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Sim	10	83
Não	0	0
<b>Às vezes</b>	2	17
<b>A situação de dependência do seu familiar veio alterar a sua relação com os restantes familiares</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Sim	4	31
Não	9	69

Como podemos observar na tabela 2, a totalidade dos inquiridos (100%) demonstra cansaço, o que se reflecte também na percentagem elevada (83%) de necessidade de obter mais tempo para si, visto que (83%) dos cuidadores não conseguem tirar férias e os que o fazem limitam-se a cerca de duas semanas. Uma grande percentagem (83%) sente o seu trabalho reconhecido pela pessoa de quem cuida e seus familiares, e apenas (17%) não o sente. A desmotivação está bem presente nesta tabela com (92 %) dos cuidadores a demonstrar que realmente não se sentem motivados para realizar o seu trabalho. A nível de saúde todos os inquiridos são regularmente vigiados. Existe confiança entre os cuidadores e algum elemento familiar, isto é demonstrado com (83%) das respostas á pergunta sobre o respectivo tema. As pessoas que são dependentes são visitadas frequentemente por familiares e amigos tendo uma percentagem de (83%). Relativamente á pergunta “A situação de dependência do seu familiar veio alterar a relação com os restantes familiares?” (69%) responderam que não tem qualquer tipo de alteração enquanto cerca de (31%) demonstram existir alterações nas respectivas relações familiares.

Na seguinte tabela (3), apresentamos outros dados relativos ao contexto das dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados aos seus doentes.

**Tabela 3- Dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados**

	N	%
<b>Qual o tempo exercido como cuidador</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Menos de 1 ano	4	33
Entre 1 a 5 anos	3	26
Entre 5 a 10 anos	4	33
Mais de 10 anos	1	8
<b>Já cuidou de outras pessoas? (n=12)</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Sim	6	50
Não	6	50
<b>Se sim de quem</b>		
Pais	3	50
Filhos	1	17
Outros	2	33

<b>Como aprendeu a prestar cuidados</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Aprendeu perante as necessidades	2	17
Observando Profissionais	4	33
Faz o que acha melhor	6	50
<b>A quem recorre em caso de dúvida</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Profissionais de saúde	7	59
Familiares	4	33
Vizinhos	1	8
<b>Tem outros apoios para a prestação de cuidados</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Sim	0	0
Não	12	100
<b>Quais os cuidados que sente mais dificuldade</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Higiene	9	53
Alimentação	2	12
Posicionamentos	4	23
Não tem dificuldades	2	12
<b>Já alguma vez pediu apoio para a prestação de cuidados</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Sim	8	67
Não	4	33
<b>Se sim a quem</b>		
Familiares	11	92
Amigos	1	8

Os resultados encontrados na tabela 3 evidenciam que o tempo de cuidado mais prevalente varia entre menos de 1 ano (33%) e 5 a 10 anos (33%) e a menor representatividade incide em mais de 10 anos.

Os cuidadores em igual percentagem (50%) já cuidaram de outras pessoas, as outras (50%) nunca cuidaram. Uma média proporção de cuidadores (50%) faz o que acha melhor quanto a como aprendeu a prestar cuidados, (33%) aprendeu observando profissionais e (17%) aprendeu consoante as necessidades. Em caso de dúvida (59%)

respondeu que recorre a profissionais de saúde, (33%) recorre a familiares e apenas (8%) recorre a vizinhos.

Como podemos observar na tabela 4, a maioria da amostra (53%) demonstrou sentir mais dificuldades associadas á higiene, (23%) sente mais dificuldade nos posicionamentos e com igual percentagem vem a alimentação e aqueles que não sentem qualquer dificuldade.

Maioritariamente (67%) respondeu que já pediu apoio nos cuidados a prestar e esse auxílio é pedido (92%) á família e apenas 8% a amigos.

## **6-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES**

A amostra é constituída por cuidadores familiares, A maioria dos cuidadores do presente estudo pertence ao género feminino (62%), com uma idade média de 56,45 anos. A maior representatividade recai nas pessoas com 45 anos. A prevalência recai nas pessoas casadas (92%).A prestação de cuidados é realizada maioritariamente (50%) pelos filhos, predominando o género feminino (62%). Igual situação é referida no estudo de Rodríguez, Echanagorria & Castello (2005), onde a maioria dos cuidadores familiares é do género feminino (83,6%) e 16,4% pertence ao género masculino. O estudo desenvolvido por Prieto (2007) identificou 85,71% cuidadoras do sexo feminino, o sexo masculino é representado por 14,29%. No estudo levado a cabo por Mata, Pimentel & Sousa (2012) predomina o género feminino como cuidador familiar (88,4%) e 11,6% corresponde ao género masculino.

Os cuidadores familiares apresentam uma média de idade de 56,45 anos (min.30, máx. 83). A maior representatividade recai nas pessoas com 45 anos. Igual situação é referida por Mata et al. (2012), que obtiveram uma média de idades bastante semelhante (57,96 anos). Porém o valor da moda obtido por Mata et al. (2012) difere do presente estudo, representando maior prevalência e pessoas com 76 anos. No estudo de Gimeno e Lampré (2008) os cuidadores familiares obtiveram uma idade média de 65,71 anos. Por outro lado, no estudo de Rodríguez et al. (2005), os cuidadores familiares apresentam uma idade média de 52,9 anos, diferente da média encontrada na presente investigação.

O presente estudo evidencia que a maioria dos cuidadores familiares é casada 92%. Igual situação é referida no estudo de Mata et al. (2012) onde o estado civil mais prevalente é o de casado com 79,3%. Também os resultados apresentados por Rodríguez, et al. (2005), corroboram o presente estudo, apresentando maioritariamente os cuidadores familiares casados (76,2%). Estes resultados diferem no entanto dos apresentados por Prieto (2007), revelando que a maioria dos cuidadores familiares são solteiros (38%).

A maioria dos cuidadores do presente estudo são filho/a (50%) da pessoa dependente, valor inferior ao encontrado por Artaso et al. (2003), no qual identificaram as filhas com um percentual de 71%. O estudo efetuado por Rodriguez, et al. (2005), corrobora o presente estudo, apresentando a filha (50%) a prestadora de cuidados do idoso dependente. Ainda no estudo levado a cabo por Mata et al. (2012), apresenta maioritariamente as filhas (46,6%) cuidadoras do idoso dependente.

Relativamente ao tempo exercido como cuidador, existe maior prevalência (33%) entre 5 a 10 anos e com igual percentagem os que cuidam á menos de 1ano, os dados apresentados por Lavoz, Villarroel, Jaque & Caamaño (2009), referem que 76% dos cuidadores prestam cuidados ao idoso dependente entre 5 ou mais anos.

Os resultados obtidos quanto aos cuidados que sentem mais dificuldade 53% referiram que era na higiene que sentiam mais dificuldades seguindo-se dos posicionamentos 23%.

Em termos conclusivos podemos dizer que o cuidador deverá ter sempre presente a frase “*Cuidar-se para poder cuidar*”, devendo servir como orientação nas tarefas do cuidador familiar. O seio familiar e social ajudará a conseguir uma maior qualidade de vida tanto para a pessoa em situação de dependência como para o cuidador familiar. Porém, o cuidador familiar deverá implicar a família na prestação de cuidados, assim como planificar o tempo de cuidados e do descanso.

No desenvolvimento deste trabalho pudemos conhecer a realidade dos prestadores de cuidados na sua árdua tarefa de cuidar. Estes devem ser alvo de uma intervenção em diferentes áreas, no sentido de proporcionar ferramentas que possam utilizar no dia-a-dia na prestação de cuidados aos seus.

## **7-PLANO DE FORMAÇÃO/ ENSINO AO CUIDADOR INFORMAL**

Para dar resposta ao segundo objetivo do estudo, apresentamos de seguida o plano de intervenção aos cuidadores informais.

### ***7.1-Higiene e Conforto***

A higiene corporal além de proporcionar conforto e bem-estar constitui um fator importante para a recuperação da saúde. O banho é a lavagem de toda a superfície corporal de forma a satisfazer as necessidades de higiene e conforto do paciente. O banho no chuveiro é o ideal mas, caso haja impossibilidade do paciente sair da cama, pode ser substituído pelo banho no leito.

#### **Antes de proceder aos cuidados de higiene:**

- Separe antecipadamente as roupas pessoais, que devem ser adequadas para a estação do ano, bem como próprias para cada situação do paciente.
- Prepare a casa de banho e coloque os objetos pessoais e do banho em local de fácil acesso.
- Regule a temperatura da água.
- Mantenha fechadas portas e janelas para evitar as correntes de ar.
- Retire a roupa da pessoa ainda no quarto e proteja-a com um roupão ou toalha.

#### **Banho no chuveiro:**

##### **Objetos necessários ao banho:**

- Tolha ou roupão;
- Esponja ou luva;
- Luvas de látex;
- Sabão dermoprotetor;
- Cadeira de banho;
- Tapete antiderrapante para chuveiro/ banheira,
- Objetos de uso pessoal (secador, escova de dentes, lamina de barbear, pente, entre outros);
- Óleo de amêndoas doces ou creme hidratante.

### **Banho propriamente dito:**

- Estimule, oriente, supervisione e auxilie o paciente a executar a sua higiene. Só faça aquilo que ele não é capaz de fazer.
- Após o banho, ajude a pessoa a enxugar-se. Seque bem as partes íntimas, dobras dos joelhos, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos.
- Hidrate a pele com creme hidratante ou óleo de amêndoas doces e ajude a vestir o paciente. Se necessário proceda à secagem do cabelo com o secador.
- A higiene dos cabelos deve ser feita no mínimo três vezes por semana. Diariamente inspecione o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos, coceira ou áreas de quedas de cabelo.
- Os cabelos curtos facilitam a higiene, mas lembre-se de consultar a pessoa antes de cortar os seus cabelos, pois ela pode não concordar por questões religiosas ou outros motivos.
- Observe se há necessidade de cortar as unhas dos pés e das mãos. Se sim, corte-as retas, com todo o cuidado, especialmente nos pacientes diabéticos.
- Observe também os ouvidos. Não deve usar cotonetes, devendo proceder à higiene dos ouvidos utilizando uma esponja e secando com a toalha.
- O banho no chuveiro pode ser dado com a pessoa sentada numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre um tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos, disponíveis no mercado.

### **Banho no leito/cama Objetos necessários para o banho**

- Roupa para mudar a cama;
- Separar a roupa do paciente, a qual deve ser fácil de vestir, sem etiquetas, costuras e preferencialmente de algodão, assim previne que o paciente fique marcado;
- Toalhas;
- Plástico para cobrir o colchão;
- Esponja ou luva;
- Luvas de látex;
- Sabão dermoprotetor;

- Bacia com água quente;
- Óleo de amêndoas doces ou creme hidratante;
- Objetos de uso pessoal

### **O banho propriamente dito:**

- Antes de iniciar o banho cubra o colchão com plástico.
- Inicie a higiene corporal pela cabeça. Na lavagem dos cabelos, cubra com plástico um travesseiro e coloque o paciente com o pescoço apoiado neste, o qual deve estar na borda da cama. Ponha, por baixo da cabeça do paciente, uma bacia para receber a água. De seguida molhe a cabeça do paciente e passe um pouco de champô, massajando o couro cabeludo. Passe novamente por água, aos poucos, até retirar toda a espuma. Por fim, seque bem o cabelo.
- Com uma esponja ou luva molhadas e com pouco sabonete, faça a higiene do rosto. Primeiro os olhos e de seguida a cara, orelhas e pescoço. Enxague a esponja em água limpa e passe na pele até retirar toda a espuma. Por fim, seque bem.
- De seguida proceda à lavagem do tronco. Esta deve ser iniciada pelas mãos, seguindo para as axilas, tórax e barriga. Seque bem, passe creme hidratante e cubra o corpo da pessoa com lençol ou toalha. Nas mulheres e pessoas obesas é preciso secar muito bem a região por baixo das mamas e as pregas da barriga, de forma a evitar assaduras e micoses.
- Faça da mesma forma a higiene das pernas, secando-as e cobrindo-as com um lençol. Por fim, coloque os pés da pessoa numa bacia com água morna e sabonete, lavando bem entre os dedos e secando.
- Posteriormente, ajude o paciente a deitar-se de lado para realizar a higiene das costas. Seque e massage-as com óleo ou creme hidratante para ativar a circulação.
- Por fim, deve deitar novamente a pessoa de barriga para cima e proceder à higiene das partes íntimas. Na mulher a lavagem deve ser realizada do sentido do púbis para o ânus (da frente para trás). No homem é importante descobrir a cabeça do pénis para que se possa lavar e seque bem. A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e também após a pessoa urinar e evacuar, de forma a evitar humidade, assaduras e feridas (escaras).

### **Recomendações Finais:**

- Algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidade podem, às vezes, recusar-se a tomar banho. É preciso que o cuidador identifique as causas. Pode ser que a pessoa tenha dificuldade para locomover-se, tenha medo da água ou de cair. Pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta à outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto. Respeite os costumes da pessoa cuidada e lembre-se que a confiança conquista-se com carinho, tempo e respeito.
- Evite olhar fixamente para o corpo despido da pessoa, a fim de não a constranger.
- Não deixe o paciente sozinho, de forma a evitar quedas.
- Se durante a higiene observar alterações na cor e na temperatura da pele, inchaços, manchas ou feridas deve comunicar esses factos à equipa de saúde. Alterações da cor, consistência e cheiro das fezes e da urina, devem também ser comunicadas.
- O banho no chuveiro e no leito tem o mesmo objetivo, alguns passos foram descritos apenas num, mas aplica-se a ambos.

### **Higiene da boca:**

- Com o avanço da idade ocorrem alterações da mucosa oral, perda de dentes, próteses mal ajustadas, inflamação das gengivas (gengivites), bem como diminuição do fluxo salivar, o que pode levar ocasionalmente a infeções da cavidade oral. É muito importante fazer a higiene da boca das pessoas acamadas e idosas para evitar doenças da cavidade oral como por exemplo as cáries. Se a pessoa consegue escovar os dentes sozinha, deve ser encorajada a fazê-lo. O cuidador deve providenciar o material necessário e ajudá-la no que for preciso.

### **Objetos necessários:**

- Escova de dentes ou espátula com compressa;
- Copo com água ou com solução antisséptica;
- Pasta dos dentes;
- Bacia;
- Espelho de mão.

### **Lavagem dos dentes:**

- Para a lavagem bucal do idoso parcial ou semi independente, é necessário que ele fique numa posição confortável, com a coluna reta, de frente para a pia com espelho ou com bacia e espelho de mão. O cuidador deve ficar por trás do paciente para o auxiliar. Antes de escovar os dentes, devem ser retiradas eventuais próteses dentárias.
- Para o idoso totalmente dependente, que não consegue realizar a higienização bucal, o cuidador pode utilizar abridores de boca para facilitar a limpeza, como por exemplo, o gargalo de uma garrafa de água descartável. A ponta do gargalo é colocada na boca do idoso para que ele a morda. Dessa forma o paciente fica com a boca aberta facilitando a escovagem dos dentes.
- Coloque uma pequena quantidade de pasta dos dentes na escova, a qual deve ser pequena e macia. Após a limpeza, deve-se pedir ao paciente que realize vários bochechos com água, e se este não conseguir, pedir apenas para que cuspa.
- Na inexistência de dentes deve-se usar uma “bonequinha” feita de compressas envolvendo uma espátula de madeira embebida em solução antisséptica.

### **Recomendações Finais:**

- As próteses dentárias devem ser retiradas após cada refeição, higienizadas fora da boca e colocadas após limpeza da cavidade oral.
- Em pacientes muito confusos as próteses devem ser retiradas à noite, colocadas em solução antisséptica e, após limpeza da cavidade oral, recolocadas de manhã. Alguns pacientes não devem permanecer com a prótese mesmo durante o dia, pela possibilidade de a engolirem. Nestes casos é recomendado colocá-la apenas no momento da refeição.

### ***7.2- Vestir e Despir:***

A pessoa idosa pode ter diminuída a capacidade de perceber ou de expressar as sensações de frio ou calor. Por isso, é importante que o cuidador fique atento às mudanças de temperatura e não esperar que o paciente refira querer vestir ou despir uma peça de roupa. As roupas devem ser simples, confortáveis e de tecidos apropriados ao clima,

dando-se preferência aos tecidos naturais, como o algodão. Sempre que possível é importante deixar o paciente escolher a sua própria roupa, pois isso ajuda a preservar a sua personalidade, elevar a sua autoestima e independência.

### **Recomendações finais:**

- O uso de chinelos sem apoio no calcanhar deve ser evitado, pois esse tipo de calçado pode prender-se nos tapetes ou soltar-se dos pés, provocando quedas.
- Os sapatos devem ter sola de borracha antiderrapante e com atacadores na parte superior, pois não escorregam e são mais fáceis de tirar e calçar.
- As roupas com botões e presilhas são mais difíceis de vestir, por isso deve dar preferência a roupas com abertura na frente, elástico na cintura e fechos com velcro.
- As roupas de algodão são melhores e mais práticas, pois são mais resistentes, ventiladas e podem ser lavadas em água quente.
- O paciente que permanece por longos períodos de tempo em cadeiras de rodas, poltrona e no leito, precisam de vestir roupas confortáveis e mais largas nos quadris e de preferência abertas atrás. É preciso verificar se as roupas não ficam dobradas ao sentar, pois isso pode provocar feridas.
- Sempre que possível, a pessoa deverá vestir-se sentada numa cadeira, com os pés bem assentes no chão
- Ao vestir uma pessoa com um membro comprometido, deve vestir primeiro o lado afetado. Ao despir, deve começar pelo lado saudável.
- O paciente com demência tem mais dificuldade na tomada de decisões. Dê-lhe uma peça de roupa de cada vez, na sequência que ele se deve vestir, falando clara e pausadamente o nome da peça. Para que a pessoa com demência possa encontrar o que precisa mais facilmente, organize os objetos de uso pessoal, colando figuras de peças de roupas e objetos pessoais na parte externa das gavetas ou nas prateleiras.

### 7.3- Alimentação

#### **Importância da alimentação e hidratação**

Muitas vezes ouvimos a frase "*nós somos o que comemos*", revelando que a alimentação merece uma atenção redobrada. A alimentação tem um papel fulcral na nossa vida. Para além de ser uma necessidade básica, a alimentação é um dos fatores que mais afetam a saúde. A quantidade de alimentos bem como a maneira como se cozinham devem ser adequadas às condições gerais de cada um. a alimentação tem um papel fulcral na nossa vida. Para além de ser uma necessidade básica, a alimentação é um dos fatores que mais afetam a saúde.

É também muito importante que as pessoas criem o hábito de ingerir sempre água. Para se habituar com este consumo, podemos começar a ingerir, por exemplo, alimentos que contenham mais líquidos como as frutas ou sumos de frutas, legumes e verduras, além de chás, ou até mesmo apenas colocar folhas de hortelã ou alecrim na água para ela ficar com um sabor leve a fim de estimular o consumo de água, até que a ingestão de água se torne habitual.

- Para uma **alimentação equilibrada** devemos respeitar a “*regra das porções*” para a qual a roda dos alimentos nos alerta: Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas, batatas);
- Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- Coma feijão pelo menos, 5 vezes por semana.
- Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carne, peixe ou ovos.
- Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
- Beba pelo menos entre 1,5 a 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia.

#### **Tenha ainda em conta:**

- Evite sumos, bolos recheados, sobremesas, salgadinhos (como regra da alimentação), e evitar sobretudo, “petiscar” entre refeições;
- Diminua a quantidade de sal na comida;

- Evitar fritos e comida com muitos molhos;
- Evite bebidas alcoólicas.

### **Fatores que afetam a nutrição**

Há inúmeros fatores que influenciam a alimentação sobretudo na pessoa idosa que, geralmente apresentam condições peculiares que condicionam o seu estado nutricional. Alguns desses condicionantes são devidos às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, enquanto outros são influenciados pelas doenças que surgem.

Deve ter-se o cuidado de adequar a alimentação ao gosto e à condição de cada um, por exemplo:

- Se há **alterações na capacidade de mastigar** os alimentos, a comida deve ser bem cozinhada ou triturada. Os alimentos escolhidos devem ser mais tenros, optar, por exemplo, por fruta cozida. A confeção de comidas com molhos ou a adição destes à refeição pode ajudar a contornar este fator.

Estimular a produção de saliva facilita este problema: bebidas de sabor intenso ou ligeiramente salgados aumentam a produção de saliva.

- - Se há **perda de apetite**:
- Pode “estimular” o apetite: confeccionando pratos variados tendo em conta os gostos de cada um, adaptando também a sua textura (líquida, triturada e semilíquida);
- Repartir as refeições, apresentar pratos atrativos;
- Proporcionar ambiente tranquilo e acolhedor;
- A companhia é um fator muito importante, bem como a paciência no ato de alimentar;
- Aliviar a dor e o desconforto pode ser uma forma para facilitar a alimentação. A pessoa que tem dor muito dificilmente tem vontade de comer. Se a posição adotada para a alimentação não for confortável, a refeição poderá também estar comprometida.
-

## **Doenças Associadas**

### **.Hipertensão**

Nos doentes hipertensos é de extrema importância uma dieta sem sal. Existem inúmeras especiarias que tornam a comida saborosa, tornando mais fácil o abandono do sal (Ex: alho, alecrim, hortelã, orégãos, noz-moscada...).

Evitar refeições ricas em gordura, especialmente de origem animal, estes devem ser ingeridas com moderação. Moderar a ingestão de bebidas alcoólicas.

### **Diabetes**

- Fracione as refeições: coma pouco várias vezes ao dia (+/-6 vezes/dia);
- Beber muita água;
- Restringir a ingestão de açúcares: mel, doces, chocolates e sumos;
- Cuidado com os produtos light. Não são necessariamente dietéticos;
- Recomenda-se uma dieta rica em fibras e o consumo de uma maior quantidade de frutos e vegetais;
- Evitar gorduras de origem animal;
- Não fazer um jejum superior a 7horas.

### **Colesterol**

- Prefira carnes brancas, como por exemplo aves. Opte por peixes sem pele;
- Evitar a gema do ovo. Opte por ingerir apenas as claras;
- Evite o consumo de gorduras de origem animal (banha, nata, manteiga e maionese);
- Substitua os refrigerantes por batidos de fruta naturais;
- Retire toda a gordura visível da carne ou peixe antes de confeccionar;
- Dê preferência aos grelhados e cozidos. Fritos e guisados devem ser evitados.

### **Ideias chave:**

1. Tome sempre o pequeno-almoço;
2. Evite jejuns superiores a 7h.
3. Coma várias vezes ao dia, pouco de cada vez;
4. Aposte numa alimentação variada;

5. Beba pelo menos 1,5litros de água por dia;
6. Evite gorduras de origem animal;
7. Prefira cozidos e grelhados;
8. Substitua o sal por ervas aromáticas;
9. Coma devagar em boa companhia;

#### ***7.4- Mobilização, Transferências e Deambulação***

Para o ser humano, o movimento é essencial, pois é com base nele que podemos executar cada uma das atividades da vida diária. As alterações que surgem com o envelhecimento interferem no desempenho de habilidades motoras de forma eficiente, podendo tornar a pessoa idosa gradualmente mais limitada. Estas alterações aumentam o risco de desenvolvimento de doenças crônicas e de incapacidades, as quais reduzem substancialmente as atividades do idoso, com sério prejuízo na sua qualidade de vida.

As atividades assistenciais do cuidador envolvem os posicionamentos (mudança de posição), a transferência da pessoa idosa de um lado para o outro e a própria deambulação (caminhar). Na realização destas atividades, o cuidador deve seguir uma série de princípios a fim de evitar a ocorrência de lesões tanto para si como para o próprio familiar.

#### **Recomendações ao cuidador:**

Relativamente aos posicionamentos, transferências e deambulação de pessoas idosas mais dependentes, antes de iniciar qualquer um destes procedimentos, o cuidador deve planejar cuidadosamente o que irá ser feito.

A colocação de um resguardo (lençol dobrado em quatro) por baixo do utente, de um lado ao outro da cama, pode revelar-se bastante útil na execução destas tarefas. Este deve acompanhar toda a região das costas até ao início das coxas.

O cuidador deve lembrar-se constantemente que a prevenção de problemas de coluna é sempre mais eficiente que o seu tratamento.

Aquando da prestação destes cuidados, o cuidador deve:

- Manter o alinhamento do corpo ou uma postura adequada, pois evita o esforço indevido;
- Afastar os pés e flexionar o quadril e os joelhos, a fim de reduzir o esforço realizado;
- Manter uma postura ereta (costas direitas), sempre que possível;
- Utilizar os músculos dos braços e das pernas nas atividades que exijam maior força, em vez dos das costas;
- Colocar-se o mais próximo possível do objeto ou pessoa a ser levantado ou posicionado;
- Balançar os pés ou inclinar-se para a frente e para trás, de modo a utilizar o peso do próprio corpo como força para puxar ou empurrar algo;
- Utilizar mecanismos como o escorregar, rolar, empurrar ou puxar em vez de tentar levantar um objeto pesado ou pessoa, por forma a diminuir o esforço necessário;
- Utilizar roupa que permita a liberdade de movimentos e sapatos adequados (sem salto e com sola antiderrapante);
- Pedir ajuda a terceiros sempre que necessário.

#### **7.4.1- Mobilização**

##### **Posicionamentos:**

Saber como posicionar o idoso de forma correta é essencial, pois ajuda não só na preservação do seu bem-estar, como também evita deformações e o aparecimento de escaras. O tempo que o idoso está na mesma posição não deve exceder as 4 horas.

A aplicação de creme hidratante e a realização de massagens no corpo do paciente, devem ser realizadas aquando do posicionamento do utente, pois são benéficas para o relaxamento, circulação sanguínea e a perceção do próprio corpo.

##### **Mobilização na cama:**

Na presença de duas pessoas, devem:

- Colocar-se do mesmo lado, de frente para a pessoa idosa, com uma das pernas à frente e os joelhos e quadril fletidos, deixando os braços ao nível da cama;

- A primeira pessoa coloca um dos braços sob a cabeça do idoso e o outro sob a região lombar;
- A segunda põe um braço também sob a região lombar e o outro na região posterior da coxa;
- Ao mesmo tempo, devem trazer o idoso para o lado da cama em que estão.

**Na presença de uma só pessoa, deve:**

- Realizar a atividade em etapas, utilizando o peso corporal como contrapeso e o resguardo;
- Colocar os braços do idoso sobre o corpo dele;
- Trazer os membros inferiores para o lado em que está posicionada e segurar o resguardo;
- Aproximar do seu corpo o idoso;
- Reorganizar o idoso na nova posição.

**Decúbitos**

**Decúbito Dorsal (de barriga para cima):**

- O idoso deve ficar no centro da cama, com uma postura semelhante à de pé;
- Colocar uma almofada grande, não muito cheia, desde a coxa até aos calcanhares;
- Colocar outra almofada grande e grossa contra os pés de forma a evitar a sua queda para a frente e evitar a pressão sobre os dedos.

**Decúbito lateral (“virado para o lado direito/esquerdo”):**

- Colocar-se do lado para o qual o idoso se vai virar;
- Cruzar o braço e a perna dele no sentido em que será virado;
- Posicionar a cabeça da pessoa na direção para que se vai virar;
- Rolar o idoso para o lado desejado suavemente, utilizando o ombro e joelho como alavancas;
- As costas devem ficar apoiadas por almofadas ou um rolo (cobertor enrolado);

- Os joelhos devem ficar ligeiramente dobrados (o que fica por cima deve ficar um pouco mais dobrado e com uma almofada por baixo a apoiar a coxa);
- O braço que fica por cima deve ser mantido à altura do ombro, com o cotovelo um pouco dobrado e apoiado por uma almofada;
- Puxar o ombro que fica por baixo para fora, de forma a evitar que o peso do corpo fique sobre ele;
- O braço que fica junto à cama deve ficar dobrado, com a mão ao lado do rosto.
- Se utilizar a ajuda do resguardo, deve seguir os mesmos passos mencionados anteriormente com exceção dos quatro primeiros, devendo:
- Colocar-se do lado oposto ao que o idoso se vai virar;
- Puxar o resguardo de modo a trazer a pessoa na sua direção (para a beira da cama);
- Levantar o lençol cuidadosamente, de modo a que o idoso se vire para o lado oposto, tendo em atenção que não caia ao chão.

#### **Subir o idoso na cama:**

Esta manobra deve ser realizada por duas pessoas, uma de cada lado da cama;

- Colocar a almofada na cabeceira da cama;
- Utilizar o resguardo, segurando firmemente o lençol com as duas mãos e, simultaneamente, movimentar o idoso no sentido da cabeceira.

#### **Sentar na cama:**

Se o idoso ajudar parcialmente:

- Colocar-se de frente para ele com um dos joelhos no nível do quadril do idoso e sentando-se sobre o próprio tornozelo;
- Segurar no cotovelo do idoso;
- Simultaneamente, ambos devem fazer força para se aproximar, permitindo que o idoso se sente;
- Colocar almofadas de apoio nas costas do idoso.

#### **Se o idoso não colabora:**

- Efetuar este procedimento com a ajuda de outra pessoa, uma de cada lado da cama, olhando na direção da cabeceira;

- Colocar um dos joelhos no nível do quadril do idoso e sentar-se sobre o próprio tornozelo;
- Utilizar o lençol móvel ou uma toalha resistente sob as costas do idoso e puxá-lo ao mesmo tempo, elevando-o;
- Colocar almofadas de apoio nas costas do idoso.

#### **7.4.2- Transferências**

Mesmo dependente, o idoso não deve manter-se constantemente na cama. O seu levantar diário para uma cadeira de rodas, cadeirão ou sofá, melhora não só a circulação e a respiração, mas também permite o convívio com a restante família às refeições e a satisfação das necessidades na casa de banho.

Existem à venda dispositivos auxiliares que facilitam este tipo de transferências como é o caso das gruas, quando o utente não colabora, ou de uma tábua de transferência se colaborar.

#### **Como transferir da cama para a cadeira de rodas:**

- Preparar a cadeira de rodas, colocando uma almofada no assento e um resguardo;
- Colocar a cadeira de rodas ao lado da cama com a frente voltada para o cuidador (se o utente tiver sofrido um AVC ou uma queda, esta deve ser colocada do lado são do utente, por onde este se deverá levantar);
- Travar as rodas e manter os apoios de pés levantados e abertos para o lado;
- Sentar o idoso na cama, colocando um dos braços por baixo dos joelhos e o outro nas costas junto à omoplata, levantando-o suavemente e rodando de forma a ficar sentado na beira da cama, com as pernas pendentes;
- Com o idoso sentado na cama, calçá-lo com sapatos ou chinelos antiderrapantes;
- Colocar-se de frente ao seu familiar, de forma a segurá-lo com ambas as mãos, travando-lhe os joelhos com as suas pernas e aguardando dois a três minutos (se ele não tiver tonturas, visão turva ou dores de cabeça, pode transferi-lo);

- Puxar ligeiramente para que fique com os pés no chão, mas ainda encostado à cama;
- Colocar os seus braços por baixo dos braços do seu familiar, abraçando-o e rodando sobre os pés, até que fique com as nádegas junto à cadeira de rodas, sentando-o de seguida.

### **Como transferir da cadeira de rodas para a cama:**

Os passos a seguir são os mesmos mencionados anteriormente mas de forma inversa, colocando a cadeira de rodas junto da cama.

### **7.4.3- Deambulação**

Se o idoso puder e conseguir andar, o cuidador deve colocar-se bem próximo dele, do lado em que apresenta alguma limitação/deficiência, colocando um braço em volta da sua cintura e o outro apoiando a sua mão.

Existem ainda dispositivos auxiliares de marcha, os quais podem ser bastante úteis ao paciente. Este deve usar aquele que lhe for mais adequado e com que se sinta mais seguro. Há uma altura correta para bengalas e andarilhos e uma forma correta de os utilizar, devendo consultar o seu Centro de Saúde.

#### ***Atenção!***

Antes de iniciar estes cuidados, deverá ter sempre em conta:

- O piso não deve ser escorregadio;
- As camas não devem estar colocadas por baixo das janelas;
- A iluminação e ventilação devem ser adequadas;
- Retirar tapetes soltos, ou qualquer outro objeto que possa provocar uma queda;
- Instalar barras de apoio na casa de banho;
- Deixar a luz acesa durante a noite facilitando as idas à casa de banho;
- Evitar que o seu familiar use chinelos, sendo de preferir o sapato fechado e com sola antiderrapante.



## BIBLIOGRAFIA

Artraso, B., Goñi, A., & Biurrun, A., (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Esp. Geriatria y Gerontología*, Pamplona vol. 38, nº 4 pp. 212-218

Consejo de Europa (1998): Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de Septiembre de 1998.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidadores familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

Fortin, F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gimeno, A., & Lampré, M. (2008), Grado de tolerância de los cuidadores ante los problemas de sus familiares com demencia. *Revista Espanhola de Geriatria Gerontologia*, nº 3, vol. 43 pp. 146- 152

Lavoz, E., Villarroel, V., Jaque, R., & Caamaño, P., (2009), Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes. *Redalyc*. vol. 18, nº1, p.69-79

Mata, A., & Gomes, M., (2012) A família provedora de cuidados ao idoso dependente, In Pereira, F., (coord.) *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. Viseu, 1ª ed. Psicossoma.

Mata, A., & Rodriguez, T., (2012) Autoeficácia do cuidador informal de idosos In Pereira, F., (coord.) *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. Viseu, 1ª ed. Psicossoma.

Prieto, A., (2007), Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado en la ciudad de Cartagena, vol. XXV, Nº 2 *Avances en enfermería* pp.1-11

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

Rodríguez, P. Echanagorriá, A., & Castiello, M., (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares Españoles: El entorno familiar: Madrid: IMSERSO consultado em 17 de Setembro de 2012 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf>

