

Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado*

LIVING OLDER IN THE FAMILY CONTEXT: DEPENDENCY IN SELF-CARE

VIVIR CON MÁS EDAD EN CONTEXTO FAMILIAR: DEPENDENCIA EN EL AUTOCUIDADO

Isabel Araújo¹, Constança Paúl², Manuela Martins³

RESUMO

A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem à pessoa dependente e sua família. O trabalho teve como objetivos: descrever o grau de dependência de idosos em contexto familiar; identificar características sociodemográficas dos idosos dependentes em contexto familiar; descrever a principal causa que originou a dependência nos idosos que se encontram no domicílio. A opção metodológica foi uma abordagem quantitativa de natureza exploratória descritiva. No período de outubro 2007 a junho de 2008 foram seleccionadas 108 famílias, de uma região norte de Portugal, com um idoso dependente. Foi uma amostra de conveniência. Para a colheita de informação recorremos a um inquérito onde incluímos o índice de Barthel. Os resultados mostraram que os idosos são predominantemente mulheres, viúvas, com média de idade de 81 anos, com nível grave de dependência, cuja principal causa foram as doenças do sistema circulatório.

DESCRIPTORIOS

Idoso
Idoso fragilizado
Família
Cuidadores
Atividades cotidianas
Enfermagem geriátrica

ABSTRACT

The purpose of this study is to help improve nursing care to dependent people and their families. The study objectives were: to describe the degree of dependency of the elderly in the family context; to identify the sociodemographic characteristics of the dependent elderly in the family context; to describe the main cause of dependency in the aged at home. This is a exploratory, descriptive study with a quantitative approach. In the period comprised between October 2007 and June 2008, 108 families from a northern region of Portugal were selected, with an elderly dependent. It was a convenience sample. For the collection of information, we used a questionnaire with the Barthel Index. Results showed that older people are predominantly women, widows, in average 81 years old, with severe level of dependence, and the leading cause of dependence was circulatory system diseases.

DESCRIPTORS

Aged
Frail elderly
Family
Caregivers
Activities of daily living
Geriatric nursing

RESUMEN

Este estudio objetiva contribuir con la mejora de la atención de enfermería a personas dependientes y sus familias. El trabajo tuvo como metas: describir grado de dependencia de ancianos dependientes en contexto familiar; describir la causa principal del origen de dependencia en ancianos que se encuentran en domicilio. La opción metodológica fue un abordaje cuantitativo de naturaleza exploratorio-descriptiva. En el período de octubre 2007 a junio 2008 fueron seleccionadas 108 familias del norte de Portugal, con un anciano dependiente. Fue una muestra de conveniencia. Para recoger la información recurrimos a un cuestionario donde incluímos el índice de Barthel. Los resultados mostraron que los ancianos son predominantemente mujeres, viudas, con media de edad de 81 años, con nivel grave de dependencia, la principal causa de dependencia fueron enfermedades del sistema circulatorio.

DESCRIPTORES

Anciano
Anciano frágil
Família
Cuidadores
Actividades cotidianas
Enfermería geriátrica

* Extraído da tese "Cuidar da Família com um Idoso Dependente: Formação em Enfermagem", Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007. ¹ Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora. Directora do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte. Vila Nova de Famalicão, Portugal. isabel.araujo@ipsn.cespu.pt ² Doutora em Ciências Biomédicas na Especialidade Gerontologia. Professora do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. paul@icbas.up.pt ³ Doutora em Ciências da Enfermagem. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. Portugal. mmartins@esenf.pt

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde, onde se inclui a Educação para a Saúde, facilitou transformações significativas na melhoria da saúde pública. A acrescentar os mais recentes avanços tecnológicos da medicina preventiva e curativa levou ao aumento da longevidade e redução da taxa de mortalidade. Paralelamente ao declínio da mortalidade, verifica-se o declínio da fecundidade o que acentua o processo de envelhecimento.

O envelhecimento consiste num processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, e um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Podendo ser analisado sob várias perspectivas, trata-se de um processo normal, universal, gradual e irreversível, onde ocorre deterioração endógena das capacidades funcionais do organismo.

Durante muito tempo foi percebido como um fenómeno patológico. No entanto, ser idoso não é sinónimo de ser doente. O declínio biológico do organismo, designado por processo de senescência, provoca o envelhecimento das estruturas e do aspecto geral do corpo humano e declínio das funções orgânicas, tornando-se dependente para a realização do autocuidado⁽¹⁻³⁾.

O termo *dependência*, na prática geriátrica, liga-se a *fragilidade* e, esta é vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do ambiente. Essa condição é observada, geralmente, em pessoas com uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem a capacidade de adaptar-se ao stress causado por doenças agudas ou crónicas⁽⁴⁾. Assim, a dependência é um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, necessitam de uma assistência e ou ajuda de outra pessoa para realizar os actos correntes de vida.

Para fazer face à vida as pessoas desenvolvem *Actividades de Vida Diárias* (AVD) e *Actividades Instrumentais da Vida Diária* (AIVD). As primeiras são consideradas pela comunidade científica como lavar-se, vestir-se, ir ao WC, ter controlo de esfíncteres e alimentar-se, as segundas como limpar, cozinhar, fazer compras, utilizar meios de transporte, lidar com dinheiro, tomar a medicação, usar o telefone entre outras. A perda destes actos que constituem as AIVD, pode ocorrer antes das AVDs, pois são mais complexas⁽⁵⁾.

Há distinção semântica nos termos Independência/Dependência, e não devem ser confundidas com autonomia. Deste modo o conceito de dependência deve desvincular-se do conceito de autonomia⁽⁶⁾. A primeira é funcional, implica a dependência de algo ou de alguém, está

circunscrita e relacionada com alteração na saúde que se traduz numa dificuldade ou impossibilidade de realizar as actividades básicas e instrumentais da vida diária. Autonomia tem origem em *autos* (eu próprio) e *nomoi* (lei), designando a capacidade, a liberdade e o direito de estabelecer as próprias leis e capacidades de se autogovernar. Autonomia refere-se à capacidade de decisão de uma pessoa sobre a sua vida, assim, o idoso pode ser dependente e gozar de total autonomia⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A avaliação do grau de dependência ajuda a determinar o tipo de cuidados necessários, constituindo assim indicadores para um diagnóstico mais preciso de cuidados, fundamentados na resposta funcional da pessoa traduzida por graus de dependência.

A dependência pode ocorrer em todas as idades mas aumenta a prevalência quando a idade aumenta pelo aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas que podem conduzir a diferentes tipos e níveis de dependência⁽¹¹⁾.

Considerando-se a pessoa um sistema aberto, poderemos reforçar a ideia de que existe a dependência física, psíquica, económica, social, sendo que cada uma delas inter-relaciona-se e constitui-se como um todo. O mais comum é classificar a dependência em diferentes níveis: total; grave; moderada; ligeira e independente.

Autores⁽²⁾ consideram que uma pessoa com ligeira dependência necessita apenas de supervisão ou vigilância, já que possui alguma independência e é capaz de realizar determinadas actividades de vida diárias. A pessoa com dependência moderada necessita de supervisão e o apoio de outra pessoa para o desempenho de algumas das actividades específicas. Por último, a pessoa com dependência grave necessita de ajuda permanente para a realização das AVD e AIVD, geralmente são acamados ou com graves restrições na mobilidade.

A dependência não é um fenómeno novo, sempre existiram pessoas dependentes, contudo hoje é um problema com implicações sociais, psicológicas, económicas, políticas e financeiras, não só para a pessoa dependente mas também para quem tem que dispor do seu tempo para ajudar a cuidar da pessoa dependente.

A convergência de diferentes factores tais como, o envelhecimento demográfico, o aumento da esperança de vida e as alterações na estrutura familiar, levam a que este fenómeno exija respostas urgentes e adequadas para fazer frente às questões políticas, tecnológicas, sociais, económicas, psicológicas e familiares^(4,12).

A família, na nossa sociedade é, indubitavelmente, um pilar fundamental de apoio. É a primeira unidade social onde a pessoa se insere, e também a primeira instituição

A dependência pode ocorrer em todas as idades mas aumenta a prevalência quando a idade aumenta pelo aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas...

que contribui para o seu desenvolvimento e socialização sendo uma realidade de chegada, permanência e partida do ser humano⁽¹¹⁾. A família continua a ser vista como uma instituição significativa para o suporte e realização efectiva da pessoa ou o garante da solidariedade necessária aos ascendentes aquando do envelhecimento^(11,13-14).

Entre os diferentes problemas de saúde que acometem as pessoas idosas, a dependência causa um forte impacto na família e na sociedade onde estão inseridas, pelo que justificam o estudo deste problema num distrito no norte de Portugal. Este trabalho reporta-se a uma dimensão em estudo de um projecto de doutoramento em Ciências de Enfermagem *Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. Neste artigo apenas fazemos alusão ao grau de dependência dos idosos assim como a principal patologia que originou a dependência.

OBJECTIVOS

Neste contexto, a finalidade do estudo foi (re)conhecer o perfil dos idosos dependentes em contexto familiar com o intuito de contribuir para a melhoria da assistência dos enfermeiros à pessoa dependente e à sua família. Deste modo definimos os seguintes objectivos:

- Descrever o grau de dependência de idosos em contexto familiar;
- Identificar características sociodemográficas dos idosos dependentes em contexto familiar;
- Descrever a principal causa que originou a dependência nos idosos que se encontram em contexto familiar;
- Validar consistência interna e fiabilidade da escala de Barthel.

MÉTODO

A opção metodológica que orientou este estudo foi uma abordagem quantitativa de natureza exploratória descritiva.

Elegemos para nossos participantes idosos em contexto familiar de um concelho da zona norte de Portugal. Este estudo teve autorização pela comissão ética da Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários onde os idosos estavam registados (Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar) e consentimento informado dos idosos e/ou famílias que se mostraram receptivas em participar no estudo.

População e amostra

Consideramos a população alvo todos os idosos dependentes, desse concelho, durante o período em que decorreu a colheita de informação (Outubro 2007 a Junho 2008).

Para minimizar as dificuldades de identificação, selecção e acesso às famílias, tivemos o contributo das equipas de enfermagem, dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar.

Para a selecção das famílias baseamo-nos seguintes critérios:

- Ser idoso (pessoa com idade igual ou superior a 65 anos de idade);
- O idoso residir no domicílio;
- O idoso ser dependente em pelo menos um auto-cuidado;
- Ter apoio domiciliário do centro de saúde ou unidade de saúde familiar.

Foram seleccionadas 108 famílias. A opção da amostra, não teve em conta e percentagem para o total da população, pois não tivemos acesso a estudos epidemiológicos actuais sobre esta população total no referido concelho, mas a possibilidade de acesso pelo que se tornou uma amostra de conveniência calculada em função dos instrumentos de colheita de dados utilizado.

Instrumento de colheita de dados

O inquérito de colheita de informação foi organizado em diferentes partes no sentido de colher dados sociodemográficos e variáveis clínicas.

Utilizou-se a escala de Barthel, que permitiu avaliar as AVD'S. Esta escala mede a independência funcional e a morbidade da pessoa com patologia crónica, indicando se esta necessita de cuidados ou não, e pretende avaliar se a pessoa é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. A escala é constituída por 10 itens: alimentação, banho, asseio pessoal, vestir-se, controle vesical e intestinal, movimentação, transferência cadeira/cama, mobilidade e subir escadas. A sua pontuação varia de 0-100 pontos, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 ligeira independência e 100 independente. A aplicação desta escala foi aplicada por observação directa e inquérito ao idoso ou familiar. Para caracterizar o idoso incluímos itens identificadores como: género, estado conjugal, diagnóstico médico que originou a dependência.

Durante o nosso percurso metodológico foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação com seres humanos (Parecer nº 003616/2007Mar02). Foi solicitado autorização às instituições envolvidas e solicitado o consentimento livre e informado aos participantes. No sentido de garantir o anonimato, cada inquérito foi codificado com um número.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa SPSS, versão 15. Os dados foram explorados através de estatística descritiva.

RESULTADOS

Com o objectivo de efectuar a caracterização dos 108 idosos, dependentes em contexto familiar, verificamos que a grande maioria dos idosos são do género feminino (62%). Com o estado de viúvo (52%) e casado/união de facto (44%) representam a quase totalidade dos idosos, apenas cerca de 4% eram solteiros sem representação para divorciados/separados como podemos ler na Tabela 1.

Tabela 1 - Estado Civil dos Idosos - Distrito no Norte de Portugal - 2008

Estado Civil	N	%
Casado/União de facto	48	44.4
Solteiro	4	3.7
Divorciado/Separado	0	0.0
Viúvo	56	51.9
Total	108	100.0

A distribuição da idade, como podemos verificar na Figura 1, é ligeiramente assimétrica negativa.

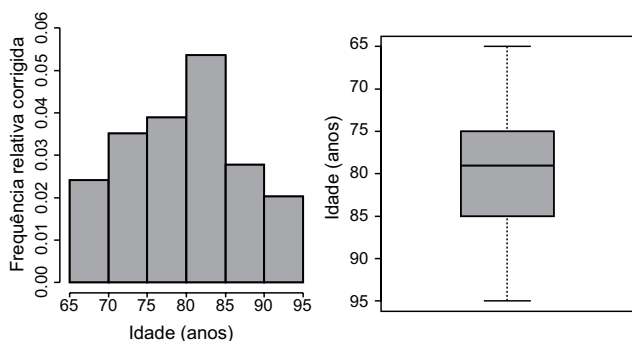


Figura 1 - Representação da Idade dos Idosos - Distrito no Norte de Portugal - 2008

O que significa que existe alguma predominância das idades mais baixas (entre os 65 e os 85 anos). Com efeito, as idades distribuem-se num intervalo entre 65 (critério de inclusão para o estudo) até aos 95 anos, mas existem poucas pessoas com idades superiores a 85 anos, mesmo assim, note-se que a classe mais frequente é a classe que compreende as idades entre 80 e 85 anos, observando-se um forte decréscimo no número de idosos a partir desta idade. Esta ideia é comprovada, como mostra a Tabela 2, pela idade média (cerca de 80 anos) ou pela mediana (81 anos), que significa que metade das pessoas tem idades até 81 anos. Identificamos ainda que o primeiro quartil dos participantes se situa nas pessoas com idades entre 65 e 75 anos, o que mostra alguma concentração das idades nos valores baixos.

Tabela 2 - Caracterização da Idade do Idoso - Distrito no Norte de Portugal - 2008

Coefficientes	Valor
Mínimo	65.00
Máximo	95.00
Média	80.16
1º Quartil	75.00
Mediana	81.00
3º Quartil	85.00
Desvio padrão	7.66
Coefficiente de variação	9.6%

O grau de dependência destes idosos resultou da aplicação da Escala de Barthel. Avaliamos a dependência em cada categoria da escala. A Tabela 3 mostra a distribuição dos idosos conforme os graus de dependência. O maior grau de dependência é sempre maioritário, em todos os autocuidados, chegando a atingir mais de três quartos dos idosos. E existem muito poucos idosos com elevado grau de independência, ou mesmo com um grau apenas moderado.

Tabela 3 - Avaliação de Dependência do Idoso - Distrito no Norte de Portugal - 2008

Autocuidado	Grau de Dependência									
	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Higiene pessoal	73	67.6	17	15.7	9	8.3	4	3.7	5	4.6
Tomar banho	78	72.2	12	11.1	10	9.3	5	4.6	3	2.8
Alimentação	62	57.4	15	13.9	10	9.3	12	11.1	9	8.3
Arranjar-se dentro e fora da casa de banho	78	72.2	10	9.3	12	11.1	1	0.9	7	6.5
Subir escadas	83	76.9	10	9.3	8	7.4	3	2.8	4	3.7
Vestir-se	71	65.7	21	19.4	5	4.6	6	5.6	5	4.6
Função intestinal	69	63.9	15	13.9	9	8.3	4	3.7	11	10.2
Função urinária	73	67.6	4	3.7	4	3.7	11	10.2	16	14.8
Transferências da cadeira e cama	71	65.7	19	17.6	5	4.6	5	4.6	8	7.4
Mobilidade	70	64.8	13	12.0	10	9.3	5	4.6	10	9.3

Após esta análise exploratória, procedemos a uma análise da estrutura conceptual da escala de avaliação de dependência, através de uma análise factorial, tendo em

vista a identificação dos factores subjacentes às respostas. Tais factores permitirão identificar as semelhanças nessas respostas e detectar as dimensões que descrevem as

mesmas, ou seja, compreender as características que estão por trás do padrão encontrado nos dados. Foi possível validar a escala do questionário, ou seja, medir a validade deste para o objectivo pretendido.

Em primeiro lugar, para verificar se estes dados são apropriados para fazer uma análise factorial, procedemos ao cálculo do coeficiente de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin, cujo valor é de 0.922, o que é muito elevado. Assim, é adequado efectuar uma análise factorial com estes dados.

Realizou-se uma análise factorial com extracção de factores pelo método das componentes principais, sendo necessário determinar em primeiro lugar o número de factores a reter. Todas as regras habitualmente utilizadas para seleccionar o número de factores a reter na análise conduzem a uma solução com apenas um factor. Com efeito, uma dessas regras consiste em seleccionar os factores cujos valores próprios associados sejam superiores a 1 (o primeiro factor é o único que a cumpre, com um valor próprio de 8.399); uma segunda regra consiste em reconstituir 80% da variância total, o que conduz à mesma solução (o primeiro factor explica 83.99% da variância total); a terceira regra habitualmente utilizada é baseada no *scree plot* em que se retém o número de factores em que ocorre a maior quebra da percentagem da variância explicada, o que conduz novamente a reter um factor (uma vez que a percentagem da variância explicada pelo segundo factor é de apenas 5.38%).

Chega-se assim a uma solução factorial com apenas 1 factor. Os resultados da análise factorial, apresentados na Tabela 4, indicam as cargas factoriais das questões no único factor. Em seguida, procedeu-se à análise da validade da escala, de avaliação do grau de dependência, ou seja, da consistência interna e fiabilidade do questionário. Para este efeito, utilizamos o coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor foi de 0.98, o que é extremamente elevado e mostra uma fortíssima consistência interna da escala.

Tabela 4 - Estrutura Factorial de Avaliação do Grau de Dependência - Distrito no Norte de Portugal - 2008

Questão	Factor 1
Higiene pessoal	0.908
Tomar banho	0.889
Alimentação	0.920
Arranjar-se dentro e fora da casa de banho	0.927
Subir escadas	0.871
Vestir-se	0.942
Função intestinal	0.940
Função urinária	0.886
Transferências da cadeira e cama	0.930
Mobilidade	0.949

Neste estudo tivemos interesse, ainda, em saber a causa primária que originou a dependência. Recorremos aos Grupos de Classificação Internacional de Diagnósticos Homogêneos (CDI10 - em vigor em Portugal desde 2002) para elaboração dos intervalos de classe. Verificamos que a principal

causa da dependência foram as doenças do sistema circulatório (55.6%), com um pouco mais de metade das respostas, seguindo-se a grande distância as doenças do sistema nervoso (15.7%), os transtornos mentais e comportamentais (11.1%), as doenças do aparelho digestivo e as doenças do aparelho osteomuscular (9.3%), as lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (6.5%), os tumores (5.6%) e, por fim, as doenças endócrinas (3.7%). Assim, registam-se vários motivos que levaram à dependência dos idosos que se encontram em contexto familiar.

DISCUSSÃO

A tendência actual é o aparecimento crescente de pessoas idosas que, apesar de viverem mais, apresentam uma associação de patologias crónicas. Pela evidência empírica sabe-se que o processo de envelhecimento, habitualmente, arrasta consigo doença e incapacidade, e que as doenças crónicas estão directamente relacionadas com incapacidade funcional.

Os resultados deste trabalho apontam que os idosos dependentes em contexto familiar, num distrito de uma região norte de Portugal, são predominantemente mulheres com idade média de 80 anos, são viúvas ou casadas. Foram classificadas com um grau muito elevado de dependência, são idosas acamadas com restrições graves na mobilidade. Deste modo, necessitam de ajuda total em todos os auto cuidados. Este achado reconhece que idade elevada leva a uma menor capacidade funcional. Resultados de investigação realizada recentemente referenciam que embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens. Estas diferenças, entre os sexos, são uma consequência do fenómeno da sobrevivência masculina. A esperança média de vida, entre 1960 e 2001, aumentou cerca de 11 anos para os homens e 13 anos para as mulheres^(14,17).

A principal causa da dependência foi originada por doenças do sistema circulatório (onde o acidente vascular cerebral está incluído). Estes resultados vão ao encontro com resultados nacionais e internacionais que apontam a crescente prevalência destas patologias^(14,18-20).

Habitualmente as sequelas, limitações que provocam acarretam graves implicações pessoais, familiares e sociais^(1,3-4,15,17,21).

A ponderação que a família assume na prestação de cuidados ao idoso dependente é uma realidade já bem conhecida^(11,13-14,17), mesmo onde a oferta da rede de serviços formais de apoio são alargados, a família continua a desempenhar o papel principal no suporte ao idoso dependente em contexto familiar, mesmo com escassos recursos físicos, financeiros e humanos.

Apesar de já se prestarem alguns cuidados a grupos familiares, os desafios colocados à enfermagem incluem a família como unidade de cuidados, como sistema ou a

família como um contexto de cuidado. Esta alteração de paradigma exige uma avaliação personalizada para uma intervenção adequada à singularidade de cada família⁽²¹⁾.

O instrumento de colheita de dados mostrou-se útil pela eficácia na avaliação e pela facilidade na sua aplicação. A análise factorial aponta para um factor. É compreensível que se tenha chegado a esta solução porque, conforme ficou claro na análise exploratória, os idosos são na sua esmagadora maioria totalmente dependentes em todos os itens da escala. Em consequência, esse elevado grau de dependência é a única característica relevante na avaliação do grau de dependência dos idosos e verifica-se com efeito pelas cargas factoriais que todos os itens estão muito bem representados no único factor, significando que os idosos são em geral muito dependentes. Esta escala continua a ser aplicada em diferentes contextos e tem sido considerado um instrumento adequado para avaliar o grau de dependência para a realização das actividades de vida diária em idosos em contexto domiciliário. Estudos de revisão de instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso confirmam que a escala de Barthel possui resultados de fidelidade e validade consistentes^(14,18-20). Assim, aproximação com 108 famílias com um idoso dependente permitiu-nos uma melhor caracterização funcional dos idosos dependentes, em contexto familiar, num distrito no norte de Portugal.

CONCLUSÃO

O século XXI é o século do envelhecimento. Este fenómeno lança novos desafios, e obriga à reflexão de questões com relevância crescente como viver com mais idade em contexto familiar, meios de subsistência, saúde das famílias, solidariedade intergeracional entre outros. Deste fenómeno social emerge a necessidade de se criarem novas actividades económicas e profissões, nomeadamente na prestação de cuidados comunitários e de redes de solidariedade, ou seja, serviços específicos tendo em conta as necessidades específicas dos idosos e das suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Papaléo Neto M, Ponte J. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Neto, M, editor. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 3-12.
2. Paúl MC, Fonseca AF. Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi; 2005.
3. Figueiredo D. Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi; 2007.
4. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Publica. 2003;19(3):773-81.
5. Cantera IR. "Escala de Valoración en Contextos Geriátricos". In: Fernández-Ballesteros R., Gerontologia social. Madrid: Ediciones Pirámide; 2000. p. 65-78.
6. Rodríguez P. El problema de la dependencia en las personas mayores. Document Soc. 1998; 112(1):33-63.
7. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson; 1993.
8. Andrch R, Porqueddu B. Educazione: all'autonomia. Lisboa: Minerva Medica; 1990.

-
9. Preto LSR. O desenvolvimento da autonomia como factor de adaptação ao ensino superior. *Rev Referência (Coimbra)*. 2003;10(1):63-71.
 10. Meneses MTPC. Autonomia do enfermeiro: realidade ou utopia?. *Pensar Enferm*. 2004; 8(2):38-41.
 11. Martins MM. Uma crise accidental na família. Coimbra: Formasau; 2002.
 12. Gómez SC, Ferrer GJ, Rigla FR, López VS. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicossocial. Valencia: Tirant lo Blanch; 2006.
 13. Hanson SM. Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação. Loures: Lusodidacta; 2005.
 14. Lobo A, Pereira A. Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. *Rev Referência (Coimbra)*. 2007;2(4):61-8.
 15. Portugal. Instituto Nacional de Estatística (INE). Censos 2001: resultados preliminares: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação. Lisboa: INE; 2001.
 16. Rikli R, Jones C. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. *J Aging Phys Act*. 1999;7(2):162-81.
 17. Araújo IM, Paul C, Martins M. Cuidar das Famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à Comunidade: um desafio. *Rev Referência (Coimbra)*. 2008;2(7):43-53.
 18. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Portuguesa Saúde Pública*. 2007;25(2):59-66.
 19. Nardi EFR, Oliveira MLF. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2009;8(3):428-35.
 20. Sequeira C. Cuidar de idosos dependentes. *Quarteto: Coimbra*; 2007.
 21. Figueiredo MHJS, Martins MMFPS. From practice contexts towards the (co)construction of family nursing care models. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2010 Jul 20];43(3):615-21. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a17v43n3.pdf