

Produtos de apoio

Engenharia, Design e Desenvolvimento
(Anexos)

Ana Maria Vieira Rebelo Correia de Barros

Doutoramento em Engenharia e Gestão Industrial
Universidade da Beira Interior
Covilhã, Setembro de 2012

Índice

Anexos

Anexo I – Breve história da deficiência	1
Anexo II – Breve história dos produtos de apoio	7
Anexo III – Breve história das ajudas da vida diária	11
Anexo IV – Formulário de base para as entrevistas	33
Anexo V – Relatórios das entrevistas	41
Anexo VI – Frases dos entrevistados relativas a emoções e sentimentos	103
Anexo VII – Grelhas de avaliação de ajudas da vida diária	107
Anexo VIII – Questionário utilizado na experiência com catálogos de produtos de apoio	143
Anexo IX – Referências usadas para análise no Capítulo 10	153
Anexo X – Questionário utilizado no <i>workshop</i> 2009	157
Anexo XI – Questionário utilizado no <i>workshop</i> 2010	158
Anexo XII – Quadro comparativo de regimes de distribuição de produtos de apoio em diferentes países	161

Anexo I

Breve História da Deficiência

Há mais de 5000 anos, no antigo Egito, as pessoas com deficiência eram integradas nas diferentes escalas sociais hierárquicas, havendo documentos originais em papiros que mostram a importância dada nesta altura ao respeito a ter pelas pessoas com deficiência. No entanto, escravos com nanismo e escravos com deficiências mentais eram usados como divertimento para os mais abastados. O mesmo fenómeno se verificou em sociedades posteriores, como no império Romano. Na Grécia e Roma antigas era comum a prática de infanticídio caso as crianças recém-nascidas apresentassem deficiências. De facto, escritos de Platão e Aristóteles relatam que pessoas com deficiência eram consideradas um entrave a uma sociedade perfeita e que, por isso, deveriam ser eliminadas (Aristóteles, 2002; Platão, 1993). Os Espartanos consideravam que estas crianças eram a representação da fúria dos deuses e a lei em vigor obrigava à eliminação destas crianças e recém-nascidos, especialmente se apresentassem deficiências motoras ou físicas (Braddock & Parish, 2001). Na Roma antiga era frequente os pais deixarem os filhos recém-nascidos à deriva no rio para a morte. Se fossem resgatadas, estas crianças poderiam ser exploradas como escravos ou integradas nos circos. Ao mesmo tempo, as condições existentes na antiguidade eram diferentes caso se tratasse de pessoas abastadas ou não. Só pessoas ricas ou influentes eram aceites apesar das suas deficiências, como foi o caso do imperador Cláudio, de Roma, que se pensava ter poliomielite ou paralisia cerebral. Pessoas adultas com deficiência eram melhor aceites que crianças nas mesmas condições, sendo que em Roma os adultos com deficiência poderiam chegar a ter alguma assistência. No século sexto a.C. as pessoas que não podiam trabalhar devido a deficiências eram ajudadas monetariamente pelo Estado.

A crença de que a presença de deficiências era resultado da ira dos deuses teve paralelismo na idade média, altura em que se acreditava que a deficiência era um castigo de Deus (Mackelprang & Salsgiver, 2009). Coexistia também a crença de que estas pessoas teriam poderes especiais e muitas vezes as pessoas com deficiência foram encaradas como bruxas. Durante o período da Inquisição houve uma perseguição e eliminação das pessoas que eram consideradas bruxas e, conseqüentemente, de pessoas com deficiências mentais. Estima-se que entre 1400 e 1700 cerca de 100 000 bruxas tenham sido executadas; entre elas estavam muitas mulheres com deficiências mentais ou outras deficiências ligadas com a idade avançada (P. Griffin, Peters, & Smith, 2007). Nesta altura a esperança de vida era baixa e só cerca de 50% da população na Europa chegaria à idade adulta devido à pobreza, malnutrição e doenças infecciosas. Segundo Braddock e Parish (2001), há uma forte ligação neste período entre a pobreza e a defici-

ência, sendo que muitas pessoas com deficiência acabavam por pedir esmola na rua. O pedido de esmolas não era então um factor estigmatizante como viria a ser mais tarde (Braddock & Parish, 2001). Apesar de a deficiência ser explicada em termos morais e religiosos, não havia uma definição ou interpretação universal da deficiência, coexistindo a perseguição com os sentimentos de pena e caridade. Nesta altura surgem também as primeiras instituições residenciais para pessoas com deficiências, como a *Priory of St. Mary's of Bethlehem*, em Inglaterra no ano de 1247. Por alturas do século XVI os mendigos eram já encarados como suspeitos e em 1657 mendigar foi proibido nas ruas de Paris. As pessoas com deficiência que viviam de esmolas começaram a ser encarceradas e a ficar sem forma de sustento. A Lei Inglesa dos Pobres de 1601 dizia que os responsáveis pelo sustento e cuidado de pessoas pobres devido a deficiência eram os familiares mais próximos e a comunidade local em que estavam inseridas. Entre 1598 e 1601 as pessoas pobres com deficiência eram forçadas a pedir esmola nas ruas de Inglaterra, usando um chapéu (cap em inglês) para recolher as esmolas – daqui advém o termo *handicap* (P. Griffin, et al., 2007). Este princípio foi adoptado nas colónias americanas. Assim, as pessoas com deficiência eram segregadas e estigmatizadas, numa situação que se prolongou até meados do século XIX na Inglaterra. Pese embora o facto de proliferarem nesta altura instituições de acolhimento para pessoas com deficiência, a família era ainda quem ajudava as pessoas pobres com deficiência.

A coexistência de diferentes visões da deficiência como se verificava na Idade Média continuou no período da Renascença, no qual Martinho Lutero e João Calvino defendiam que as pessoas com deficiências mentais estavam possuídas ou tinham sido criadas pelo diabo e eram por isso merecedoras de castigo para a purificação (Braddock & Parish, 2001). Em simultâneo, o humanismo nas artes foi acompanhado por avanços nos conhecimentos de anatomia e fisiologia que começavam a estabelecer não um modelo moral como o vigente até então, mas um modelo médico, apresentando os especialistas diversos métodos, estranhos à luz dos conhecimentos actuais, para a cura das deficiências. Foi neste mesmo século XVI que apareceram em Espanha as primeiras instituições ligadas à igreja para a educação de pessoas surdas, apesar de que só as pessoas mais abastadas tinham acesso a estas instituições. No século XV existia já no império Otomano uma linguagem gestual e em 1680 foi publicado o primeiro alfabeto gestual por George Dalgarno (Braddock & Parish, 2001).

O surgimento do Iluminismo assente nas ideias de progresso e conhecimento racional levou a que se operassem algumas mudanças na definição e interpretação da deficiência. Já no século XVI e XVII Francis Bacon introduziu a noção da ciência como *estudo sistemático*, traçando algumas directrizes acerca de como estudar sistematicamente a deficiência mental – directrizes essas que vigoraram e guiaram a investigação em psicologia nos 300 anos seguintes (Braddock

& Parish, 2001). Ainda assim continuava nesta altura a ser considerada a deficiência de nascença uma monstruosidade, embora a deficiência adquirida fosse melhor aceite na sociedade.

No século XVIII apareceram na Europa as primeiras escolas para pessoas surdas e cegas e no século XIX foi criado o Braille – sistema de escrita em relevo para cegos. No mesmo século Adolphe Quetelet aplicou a curva de sino à população, no centro da qual estava localizado o “homem médio” como o ideal de sociedade, sendo que as margens eram discriminadas (Mackelprang & Salsgiver, 2009). Neste século, onde proliferaram as instituições e intervenções junto de pessoas com deficiência, quando foram criadas escolas para crianças com deficiências motoras, e quando foi globalmente aceite o modelo médico para a definição e classificação da deficiência, coexistiam também os chamados *freak shows* em que as pessoas com deficiência eram apresentadas em eventos públicos como figuras de atracção e divertimento. Assim, em meados do século XIX coexistiam ainda dois modelos: o modelo moral que atribuía a deficiência ao pecado ou a uma malformação natural e o modelo médico que considerava a deficiência como um desvio da normalidade que deveria ser tratado. Comum a ambos os modelos é o facto de se encarar a deficiência com um valor negativo e achar que deveria ser algo a combater. As pessoas com deficiência continuavam a ser segregadas e eram agora agrupadas em instituições segundo deficiências similares. Este agrupamento, no entanto, deu origem a que estas pessoas começassem a desenvolver identidades de grupo (Braddock & Parish, 2001). A atenção dada a pessoas com deficiências motoras pode ser vista através de exemplos como a lei de obrigação à reabilitação e readaptação ao trabalho de Otto von Bismark no ano de 1884 (Börsch-Supan & Schnabel, 1998). Também na Alemanha e na Áustria entre 1884 e 1887 estava prevista a protecção legal de pessoas que adquirissem uma deficiência enquanto trabalhavam.

O início do século XX foi marcado pelos valores eugénicos (CRPG & ISCTE, 2007). O termo “eugenia” foi criado em 1883 por Sir Francis Galton, em Inglaterra, para descrever a sua ciência de “melhoria da raça humana” (P. Griffin, et al., 2007). A esterilização de pessoas com deficiências iniciou-se nos Estados Unidos da América e mais tarde foi adoptada pela Alemanha Nazi. A eugenia Nazi, através das Leis de Nuremberga de 1935, caracterizava-se pela proibição do casamento ou contacto sexual de pessoas com deficiência mental, sendo que já em 1933 a esterilização de pessoas com deficiências e a castração de homossexuais era prática frequente. Estes procedimentos da Alemanha Nazi de esterilização juntamente com outros de exterminação foram também adoptados na Suécia entre os anos 30 e 40 do século XX e na Dinamarca entre 1930 e 1954 (Braddock & Parish, 2001). Uma vez mais, duas posições coexistiam. Assim, o século XX foi também o século da aparição das sociedades de caridade. No início do século XX, segundo Braddock e Parish (2001), organizações como o *Institute for the Crippled and*

Disabled Men, fundado pela Cruz Vermelha, apareciam como pioneiras no movimento de reabilitação vocacional. Ou seja, estas instituições preparavam as pessoas para a integração na sociedade. Em 1919 foi feito um inquérito em Nova Iorque para aferir os números relativos às pessoas com deficiência e desenvolver um programa de apoio e reabilitação que compreendia, entre outros: educação, treino vocacional, tratamento médico, cuidados de convalescença, cuidados de custódia, serviços sociais, tratamento em casa e posicionamento no meio laboral (Braddock & Parish, 2001). Apesar de só se ter afirmado como profissão no início do século XX (Turner, 2003a), nomeadamente através da tentativa de integração de mulheres imigrantes antes da Primeira Guerra Mundial (Moruno, 2006, p. 3), os conceitos da TO têm raízes na antiguidade. O seu objectivo principal é o de reabilitar as pessoas através de as manter ocupadas em actividades com um propósito definido para a promoção da saúde e do bem-estar. Como ramo de estudo, aliás, a TO tem por objectivo a análise das relações das ocupações ou actividades com a saúde (Moruno, 2006, p. 12). Estas ocupações são o conjunto de acções da vida diária das pessoas (Turner, 2003b).

Contudo, como a discriminação se fazia sentir com grande força, começaram a surgir os primeiros movimentos dos direitos das pessoas com deficiência, com protestos contra a discriminação em 1935. Depois da Segunda Guerra Mundial, em 1945, é criada a Carta das Nações Unidas, onde os temas centrais são agrupados em agências. Entre estas figura a agência *Enable* para a promoção dos direitos das pessoas com deficiência. Pouco depois, em 1948, surge a Declaração Universal dos Direitos do Homem (Organização das Nações Unidas, 1948) com a preocupação com a pessoa com deficiência no Artigo 25.^o, que se mantém inalterável até à sua versão actual:

“1 - Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”

(Organização das Nações Unidas, 1948)

Foi em meados do século XX que se começou a esboçar aquele que seria mais tarde chamado de “modelo social”, com os cegos americanos a escreverem sobre o ambiente social e físico como os principais causadores das restrições na participação. Nos anos 60 este modelo foi ganhando força, em grande parte devido a outros grupos minoritários que também reclamavam os seus direitos contra a discriminação, como os grupos étnicos minoritários ou as mulheres

(CRPG & ISCTE, 2007). Como outras minorias, estes grupos sentiam-se desvalorizados e sujeitos à opressão devido aos estereótipos existentes na sociedade. Nos anos 70 surge o *Independent Living Movement* nos Estados Unidos da América, que também via nas barreiras sociais, e não na deficiência em si, as causas para as limitações na participação. Em 1973 foi proibida a discriminação de pessoas com deficiência em instituições financiadas pelo governo Norte-americano e em 1980 surge a primeira classificação internacional de consequências de estados de saúde para permitir uma linguagem uniformizada, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, como foi dito atrás, esta classificação pecava pela utilização do “modelo médico”, criticado por ser demasiado limitado e centrar a deficiência no indivíduo (Oliver, 1990). Os movimentos contra a discriminação de pessoas com deficiência continuaram com o surgimento, em 1990, do *Americans with Disabilities Act (ADA)* e em 1995 surge no Reino Unido o *Disability Discrimination Act* prevendo o ajuste de políticas e ambiente físico para a integração das pessoas com deficiência. Em 1994 a Organização das Nações Unidas estabelece as *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* que, além de prevenir a discriminação defende o direito à reabilitação, educação especial e acesso a equipamentos públicos e privados e programas a pessoas com deficiências.

Anexo II

Breve História dos Produtos de Apoio

O termo *assistive technology* (tecnologia assistiva), já usado como sinónimo de ajudas técnicas ou produtos de apoio (PA), foi cunhado por John M. Williams em 1982 (Williams, 2007). Mas, apesar das semelhanças com outros termos e da sua utilização em vários contextos, hoje em dia ele é mais associado aos PA relacionados com a comunicação, com o acesso à informação e com *software*.

Na área dos produtos de funcionamento mecânico, i.e. PA para as AVD, próteses e ortóteses, apesar de não haver um termo único ao longo da história, há exemplos da utilização deste tipo de objectos desde há, pelo menos, 5000 anos atrás. As deficiências sempre fizeram parte da sociedade e as estratégias para resolver eventuais limitações da actividade remontam a muitos milhares de anos. O exemplo mais antigo de que se tem conhecimento é uma ortótese para imobilização de braço (úmero e rádio) descoberta numa múmia de Gizé, que data de cerca de 2465 – 2323 a.C.. Estas ortóteses existentes no antigo Egipto eram feitas com folhas, verga, bambu e casca de madeira acolchoada com linho (Fess, 2002). No entanto, numa referência ainda mais antiga, apesar de fazer parte da mitologia indiana, um poema de cerca de 4000 a.C. descreve que a rainha Vishpala, que também era guerreira, perdeu uma perna em batalha tendo que usar uma prótese em ferro para voltar à liça. De novo ao Egipto antigo, uma prótese de pé (cerca de 950 – 710 a.C.) feita em madeira e couro foi descoberta por arqueólogos em 2000 e acredita-se que seja o mais antigo exemplar existente entre nós de uma prótese.

Na antiga Grécia, por volta de 500 a.C., Heródoto faz a primeira referência escrita a uma prótese ao relatar um episódio de fuga de um prisioneiro que cortou o seu próprio pé para escapar às correntes que o prendiam e que mais tarde teve que substituir por uma prótese em madeira. Hipócrates, entre 460 e 377 a.C., descrevia os processos para o fabrico de próteses para imobilizar os membros, recorrendo a grandes plantas, lã e linho (Fess, 2002). Data desta altura também, século VI a.C., uma representação num vaso grego do deus Hefesto a ser carregado por cisnes numa espécie de cadeira de rodas. Na China do século III as pessoas com doenças e deficiências eram levadas em carrinhos de mão à “fonte da juventude”. E no século IV aparece uma imagem gravada num sarcófago chinês de uma pessoa em cadeira de rodas.

No século XVI uma cadeira de rodas foi feita para o rei Filipe II de Espanha, enquanto na área das próteses e das ortóteses outros avanços eram feitos. Hieronimus Fabricius, um cirurgião, escreve o primeiro manual para o fabrico de ortóteses ilustrado com soluções para todas as partes do corpo (Fess, 2002), enquanto Ambroise Paré, considerado o pai das próteses, introduz o conceito de

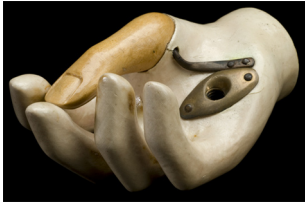


Figura AII.1 Prótese de mão com adaptação para caneta e condução (imagem do *Science Museum*).



Figura AII.2 Ortótese em metal encontrada num hospital austríaco (imagem do *Science Museum*).



Figura AII.3 Ortótese de joelho (Reino Unido) (imagem do *Science Museum*).



Figura AII.5 Ortótese criada por Charles e Ray Eames.

amputação na comunidade médica e inventa, em 1536, os mecanismos de dobradiças em próteses. O aperfeiçoamento de próteses, nomeadamente na interface da prótese com o corpo foi assistindo a significativos avanços entre os séculos XVI e XIX. Nos séculos XVIII até XIX cirurgiões passaram a trabalhar em conjunto com fabricantes de ortóteses (chamados *appliance makers*) para criar ortóteses à medida (Fess, 2002). Durante este período de tempo as cadeiras de rodas foram também sofrendo alterações. Em 1655, na Alemanha, o fabricante de relógios Stephen Farfler cria, aos 22 anos, a primeira cadeira de auto-propulsão; em 1783 John Dawson inventa a famosa cadeira de Bath no Reino Unido, que há-de dominar o mercado durante o século XIX; e no mesmo século surge a primeira cadeira de rodas rebatível com apoios de pés ajustáveis.

As duas Guerras Mundiais do século XX trouxeram muitos avanços para o aperfeiçoamento de próteses e ortóteses. Em simultâneo existiam soluções de baixo custo destinadas a operários e soluções temporárias como as próteses para soldados feridos, que não dispensavam o uso de muletas. Foi também nesta altura que se deram alguns progressos no sentido de diminuir o peso das próteses. Antes até da Primeira Guerra, os irmãos Charles e Marcel Desoutter (Marcel usava uma prótese de madeira por ter perdido uma perna num acidente de aviação) criaram a primeira prótese de alumínio que pesava cerca de metade das próteses então existentes. A Figura AII.1 mostra uma prótese de mão criada durante a Primeira Guerra, cuja posição dos dedos indicador e polegar permitia segurar uma caneta e na qual existe uma ferragem para que o utilizador da prótese pudesse conduzir. Nesta época apareceram novas ortóteses, como a *Thomas-type leg* ou as botas acolchoadas feitas para o exército Italiano em batalha nas zonas alpinas onde havia muita neve. Outras ortóteses se podem encontrar desta época relacionadas com a recuperação em hospital dos soldados feridos, como a ortótese de metal encontrada num hospital austríaco representada na Figura AII.2 ou a ortótese de joelho inglesa destinada a prevenir a flexão da perna, feita a partir de aço e couro (Figura AII.3).

Entre a Primeira e a Segunda Guerra (1932) Herbert Everest, que queria uma cadeira de rodas passível de entrar num carro, criou, em conjunto com o engenheiro H. C. Jennings, a primeira cadeira de rodas dobrável construída em metal. Num catálogo de *Messrs Harding, Invalid Carriage Makers*, de cerca de 1930, apresenta-se uma cadeira de rodas eléctrica de auto-propulsão, sendo que mais tarde, em 1950 Everest e Jennings criam a que virá a ser considerada a primeira cadeira de rodas motorizada.

Foi durante a Segunda Guerra que apareceram os primeiros produtos de apoio criados por designers. A pedido da Marinha Americana, os designers Charles e Ray Eames desenvolveram em 1942 uma ortótese de baixo custo feita em contraplacado (Figura AII.4). Esta peça continua a ser, hoje em dia, uma referência no

estudo do design por ser o exemplo de como se pode aliar a funcionalidade e baixo custo à qualidade estética.

A preocupação com o aspecto dos PA era aliás uma preocupação dos veteranos de guerra que, depois da Segunda Guerra, exigiram melhores serviços relativamente às próteses quer em termos funcionais quer estéticos. O governo dos EUA respondeu em 1945 com o *Artificial Limb Program*, gerido pela *National Academy of Sciences* e destinado à investigação e desenvolvimento de próteses. Segundo o relatório de 1947:

“It began with the recognition in the Office of the Surgeon General of the Army and on the part of others that prosthetic appliances for veteran amputees needed improvement both functionally and structurally, and were susceptible of development in the esthetic sense insofar as artificial hands were concerned.”¹

(Committee on Artificial Limbs National Research Program, 1947, p. 7)

Se durante a Primeira Guerra o material mais usado nas próteses era a madeira e na Segunda Guerra o metal, nos anos seguintes assistiu-se à introdução dos polímeros como elementos estruturais. A prótese da Figura AII.5 foi usada por um pára-quedista que perdeu a sua perna num ataque bombista do IRA nos anos 70 do século XX. Também nas ortóteses o progresso foi notável – de ortóteses em metal e couro de meados do século XX, passou-se a ortóteses inteiramente poliméricas no final do século XX e inícios do século XXI.

No início dos anos 70 foi quando apareceram as primeiras próteses modulares, projectadas então por Bernhard Georg Weber, e quando as próteses, ditas cosméticas, alcançaram um elevado nível de semelhança com a pele humana, desta feita já fabricadas em látex. A evolução nos materiais utilizados continuou e nos anos 80 surgiram as primeiras próteses em fibra de carbono, que permitiam alta resistência aliada a flexibilidade. Seguiu-se o desenvolvimento na área cosmética, sendo agora possível ocultar todos os mecanismos das próteses com capas em silicone que simulavam a pele humana, e o controlo computadorizado de próteses nos anos 90. Se no passado o objectivo na investigação e desenvolvimento de próteses era a total recuperação de funcionalidade de um membro, hoje em dia, no que se refere às próteses de perna e pé, os utilizadores de próteses passaram a superar a normal funcionalidade humana devido às altas performances permitidas pelas próteses (Figura AII.6).

No caso das cadeiras de rodas, os primeiros modelos de competição foram introduzidos nos anos 50, tendo ocorrido em 1952 a primeira competição em cadeira de rodas. Nos anos 60 foram introduzidas as chamadas scooters, que atingiram mais popularidade nos anos 70 e são ainda hoje muito utilizadas.



Figura AII.5 Prótese de perna polimérica (anos 70) (imagem do *Science Museum*).



Figura AII.6 Modelo de prótese *Flex-Run*, da *Ossur*.

¹ Tradução livre: “Começou com o reconhecimento, por parte do departamento do cirurgião geral do exército e de outros, de que os dispositivos protésicos para veteranos amputados necessitavam de melhorias quer a nível funcional como a nível estrutural e eram susceptíveis de desenvolvimento no sentido estético no que respeitava às mãos artificiais.”

Anexo III

Breve História das Ajudas da Vida Diária

Se na área das próteses, ortóteses e até cadeiras de rodas a evolução é clara (consultar o Anexo II para uma breve história destes produtos), na área das chamadas “ajudas da vida diária” o progresso não é tão claro (consultar Quadro AIII.1 para uma cronologia deste tipo de produtos). Algumas das ajudas da vida diária em uso nos dias de hoje remontam a séculos atrás, sendo que na altura este tipo de dispositivos não era chamado de produtos de apoio, muito menos de ajudas para a vida diária, como o caso das calçadeiras. Chamadas originalmente de *shoeing horns*, estes objectos existem desde, pelo menos, 1475-1500, onde foram mencionadas no poema *A shoemakers' verse testament* (Wilson, 1980). Outro dos exemplos é o das pinças de alcance. Hoje em dia estes objectos são vulgares e existem em diferentes modelos – quer manuais quer eléctricos –, mas por volta de 1500, padres na Europa usariam um tipo de dispositivos de funcionamento semelhante para darem a comunhão na missa para garantirem o afastamento aos fiéis de forma a prevenir a contaminação de pragas (Science Museum, n.d.). Outro dos objectos que ainda é usado hoje em dia é a caixa de medicamentos. Estes objectos existem, pelo menos desde cerca de 1635, altura em que foi dataada uma caixa de medicamentos que continha um relógio no interior da tampa para auxiliar os seus utilizadores a tomarem a medicação na altura correcta do dia (Benion, 1979).

Muitas das ajudas da vida diária que encontramos hoje na sua forma original ou em versões modificadas eram utilizadas por enfermeiras em hospitais. Os exemplos mais frequentes são ajudas para a incontinência e ajudas para comer. Neste último caso, sabe-se que já no século XVII existiam chávenas próprias para dar de beber a pessoas acamadas e a crianças. Exemplos deste tipo de objectos são as *spout cups*. Segundo Benion (1979) existiam exemplos mais antigos, mas o primeiro exemplo de uma *spout cup* especialmente destinada a pessoas com deficiências e incapacidades data de 1689. Um modelo ligeiramente diferente fabricado em vidro e datado de cerca de 1701-1890 pode ser encontrado na colecção do *Science Museum*. Outra das tipologias de chávenas eram as que tinham uma meia tampa que evitava que o líquido derramasse pela parte superior durante a ingestão por parte de pessoas acamadas. Um exemplo datado de cerca de 1780-1800 e usado no Reino Unido pode ser visto na *Manchester Art Gallery* (Manchester Art Gallery, 2009). No domínio da ingestão de líquidos, são também conhecidas as *sick siphon* – espécie de palhinhas para ingerir líquidos ou papas existentes no século XIX. Nos talheres, encontram-se exemplares de colheres de medicação do século XIX, como as *caster oil spoons* criadas em 1827 por George Gibson (Benion, 1979), ou um exemplo diferente datado de cerca de 1800-1805, que

consiste numa colher de cerâmica sem cabo produzida pela companhia inglesa Spode (J. Miller, n.d.), ao passo que já no século XVIII existiam os chamados talheres para amputados que combinavam faca e garfo num único instrumento. Estes talheres ficaram conhecidos no século XIX como *Nelson knives*, devido a Horatio Nelson que, em 1798, perdeu um braço em batalha. Estes objectos mantiveram o nome até aos nossos dias e podem ainda ser encontrados à venda em diferentes versões. Na colecção do *Science Museum* existe um modelo de *Nelson knife* que funciona por meio de uma mola (Science Museum, n.d.). Num catálogo da *Arnold & Sons* de 1906 está patente um instrumento com a mesma finalidade, mas que em vez da usual combinação faca/garfo apresenta um instrumento que junta num só garfo e tesoura (Johnstone-Need Medical History Unit, 2003). Um exemplo diferente que combina as funções de faca e garfo num só instrumento era usado por volta de 1795-1820 por Sir Richard Grindall, que tinha perdido um braço durante as invasões francesas (Science Museum, n.d.). Este objecto apresenta semelhanças ao garfo de bolos que usamos hoje em dia, cuja forma actual se diz ter sido inventada por Anna M. Mangin (EUA) em 1891 e patenteada em 1892 (Sluby, 2004).

No domínio do cozinhar podem ser encontrados exemplos criados originalmente para auxiliar donas de casa nas suas tarefas diárias. Vários exemplos existem, como o caso de objectos destinados a remover o interior de maçãs. Há autores que dizem que estes objectos existem desde tempos pré-históricos (Birmingham Museums & Art Gallery, 2005). O exemplo mais antigo que encontramos data de cerca de 1690 (Birmingham Museums & Art Gallery, 2005). Outros exemplos no mesmo domínio são os cortadores de vagens ou os cortadores de pão do período Vitoriano (Science and Society Picture Library, 2010). Outros dos exemplos comuns nesta altura eram os cortadores de açúcar (Turner, 2002). Não estando ligado ao uso domiciliário, mas ligado ainda assim de alguma forma à comida, é o exemplo das colheres de gelado usadas nas gelatarias. Este objecto foi inventado por Alfred L. Cralle que, notando as dificuldades que os profissionais das gelatarias tinham em retirar o gelado da colher com uma só mão, criou uma colher que permitia remover o gelado e depositá-lo usando uma mão só (Carnegie Library of Pittsburgh, 2010).

Ainda no domínio “comer”, podem ser encontrados exemplares de pratos para pessoas com deficiência nos finais do século XIX, como o exemplo dos pratos com reservatório de água (Wellcome Images, n.d.) ou dos pratos que permitiam receber uma vela sob eles (Benion, 1979) – ambos os exemplos destinados a manter quente o conteúdo dos pratos. No início do século XX Arthur Everest Shipley (1861-1927) inventou um prato para ajudar os homens que, durante a Primeira Guerra, tivessem perdido um ou parte dos membros superiores. Este prato era mais fundo que os pratos normais, substituindo assim a função da faca em arrastar a comida para cima do garfo. Na mesma altura, em 1919, George

Thomson inventou um sistema mecânico de ajuda a homens que tivessem perdido ambos os braços na Primeira Guerra. Era um sistema complexo, coordenado pelos pés, ao qual eram acoplados os diversos instrumentos necessários para comer e beber, como talheres e suportes de copos. Esta invenção ficou conhecida como *feeding table* (Science Museum, n.d.).

O período da Segunda Guerra Mundial foi fértil no aparecimento de novos produtos de apoio. Quer fosse por necessidades de reabilitação, quer por necessidade de assistência nas AVD, vários produtos foram criados para prestar auxílio a soldados feridos em consequência da guerra. Este aumento súbito de oferta é também explicado pela acreditação da terapia ocupacional como um campo de conhecimento autónomo (Turner, 2002). Os arquivos do *Walter Reed Army Medical Center* contêm fotografias de adaptações feitas na altura a ferramentas e a outros utensílios, como talheres, de modo a permitir que fossem mais facilmente manuseados pelos soldados feridos (Natural Museum of Health & Medicine, 2006), fazendo para isso uso de compósitos usados na medicina dentária para aumentar a secção da zona de interface com a mão. Uma outra solução criada de propósito para um soldado do exército britânico, que perdeu ambos os braços durante a Segunda Guerra Mundial, é uma adaptação para o uso de um lápis com a zona do peito (Science Museum, n.d.).

Em 1934 Winston Cole patenteou uma escova de dentes (Cole, 1934). Esta escova distingue-se das existentes até então por ter considerado o conforto da zona de interface com a mão – a escova foi desenhada com uma tampa para viagem que, quando a escova está em uso, desliza para a outra extremidade do cabo, permitindo que a secção para agarrar o cabo seja maior. Em 1940 Nels Swanson patenteou um dispositivo para agregar e segurar chaves que se assemelha a muitos dos exemplos que vemos hoje em dia de produtos de apoio para ajudar a manobrar chaves. Além do elemento que agrega as chaves e permite uma maior secção de pega, o dispositivo continha também uma pequena lâmpada que apontava ao utilizador a localização da ranhura (Swanson, 1940).

Ainda em consequência da Segunda Guerra Mundial, Bessie Blount, uma terapeuta ocupacional, inventou um dispositivo para auxiliar pessoas com os membros superiores amputados a beber (Stanley, 1995), que patenteou em 1950 sob o nome de solteira Bessie Griffin. Em meados do século XX outras mulheres ficaram conhecidas pelas suas invenções destinadas a auxiliar pessoas com deficiências e incapacidades. Provavelmente o exemplo mais conhecido é o de Lillian Moller Gilbreth que, em parceria com o seu marido, Frank Gilbreth, inventou o famoso balde do lixo com um pedal para abertura da tampa com o pé e que é hoje usado em cozinhas por todo o mundo (Stanley, 1995).

No entanto, apesar de existirem produtos de apoio desenvolvidos como resposta a ferimentos de guerra e produtos de apoio utilizados em ambiente hos-

pitalar, foi só nos anos 70 que apareceram as primeiras grandes empresas totalmente vocacionadas para o desenvolvimento e produção de ajudas para a vida diária. Em 1971 é fundada a *Maddak*, empresa detentora da marca *Ableware*, que continua a ser hoje em dia um dos principais fabricantes de ajudas para a vida diária. Nos Estados Unidos da América Mal Mixon comprou, em 1978, a empresa *Invacare*, que fazia então parte da companhia *Technicare*. Especializada no desenvolvimento e produção de cadeiras de rodas, esta empresa apresenta também outro tipo de soluções como ajudas para o banho. Em 1979, na Suécia, surge a empresa *Swereco* que, hoje em dia e a par com a *Ableware*, oferece os mais variados produtos de ajuda à vida diária, desde ajudas para cozinhar e comer até ajudas para vestir ou escrever.

Quadro AIII.1 Neste quadro apresentam-se as ajudas da vida diária ao longo dos anos (do século XV ao século XXI), bem como outros produtos que, de alguma forma, se relacionam com as ajudas da vida diária que existem hoje em dia.

Códigos:

Medicina




Med

Militar

Mi

Origens

O

N.º	Imagem	Código	Data	Identificação
1		O	c. 1475-1500	Calçadeira
2		O	c. 1500	Instrumento para administrar a sagrada comunhão
3		Med	c. 1635	Caixa de medicamentos
4		O	c. 1690	Descaroçador de maçãs
5		Med	1698	<i>Spout cup</i>

Luxos

L

Mainstream

Mn

Design para a deficiência

D

Descrição	Localização	Fonte
Sendo possível que já existisse antes até desta data, a calçadeira aparece numa referência escrita do século XV, no poema "A shoemaker's verse testament", no qual se pode ler a palavra "shoeing horn" (versão antiga do actual termo inglês "shoehorn").	Desconhecida	http://www.personal.utulsa.edu/~marc-carlson/shoe/RESEARCH/DOCS/testament.htm
Este instrumento com cerca de 1m de comprimento era usado por padres na Europa durante a administração da sagrada comunhão na missa para prevenir a propagação de pragas.	Europa	(Science Museum, n.d.)
Caixa de medicamentos de forma octogonal com incorporação de um relógio no interior da tampa com um dispositivo para que se pudesse marcar a hora da próxima toma de medicamentos.	Desconhecida	(Benion, 1979)
Este exemplo permitia a pessoas que tivessem perdido os seus dentes comer fruta como maçãs e peras.	Inglaterra ou País de Gales	(Birmingham Museums & Art Gallery, 2005)
O exemplar mais antigo de que se tem conhecimento é de 1689. Estas canecas "de bico" eram destinadas a pessoas com deficiências e incapacidades para ajudar à ingestão de líquidos.	Londres	(Benion, 1979)

Códigos:

Medicina








Med

Militar

Mi

Origens

O

N.º	Imagem	Código	Data	Identificação
6		Med	1701-1890	<i>Glass feeding cup</i>
7		Med	1701-1800	<i>Posset pod</i>
8		O	1750-1850	Mão para coçar as costas
9		Med	1780-1800	<i>Feeding boat</i>
10		Med	1787	Dispositivo para alimentação
11		Mi	1795-1820	Combinação de faca e garfo
12		Med	1790	<i>Sick siphon</i>

Descrição	Localização	Fonte
Espécie de caneca/jarro para dar de comer a pessoas acamadas.	Europa	(Science Museum, n.d.)
Era usada para dar de beber a pessoas acamadas uma mistura chamada “posset”, sopas e outros líquidos. Tem duas asas laterais para segurar e um bico por onde as pessoas poderiam sorver o conteúdo.	Inglaterra	(Science Museum, n.d.)
Dadas as frequentes infecções de piolhos, era frequente o uso destas mãos no dia-a-dia para alcançar zonas difíceis nas costas.	Inglaterra	Birmingham Museums & Art Gallery, 2005)
Xícara “barco” para que pessoas acamadas se conseguissem alimentar sem derramar o conteúdo.	Reino Unido	(Manchester Art Gallery, 2009)
Jarro para alimentação de pessoas acamadas feito em prata.	Londres	http://antiquescientifica.com/catalog13.htm
Usado por Sir Richard Grindall (1751-1820), um capitão da marinha britânica que perdeu um braço em batalha.	Reino Unido	(Science Museum, n.d.)
Espécie de palhinha em prata com um gancho para pendurar na beira do copo.	Londres	(Science Museum, n.d.)

Códigos:

Medicina

Med

Militar




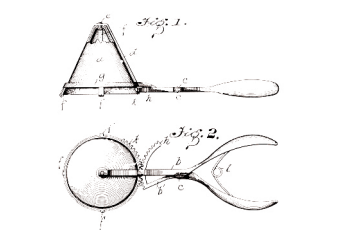
Mi

Origens


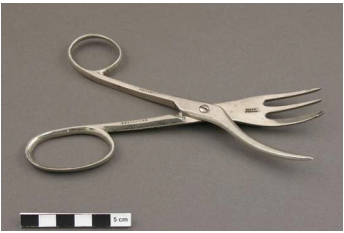
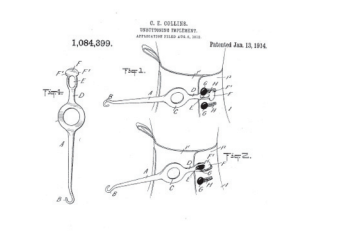



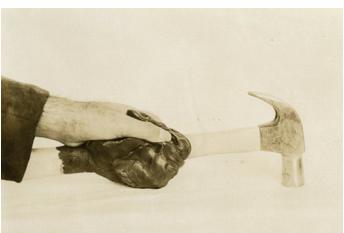
O

N.º	Imagem	Código	Data	Identificação
13		Med	c. 1800-1805	Colher para medicação
14		L	Início do séc. XIX	Descascador de maçãs
15		Med	1829	Colher para medicação e alimentação
16		D	c. 1830	Conjunto de facas e garfo
17		Mi	c. 1830	Faca de <i>Nelson</i>
18		O	c. 1835	Descaroçador de maçãs
19		Mi	1845-1855	Faca de <i>Nelson</i> com mecanismo de mola



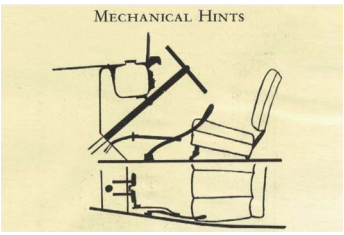
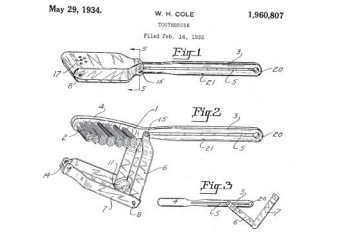
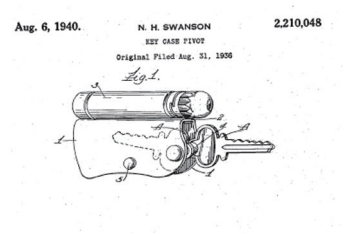
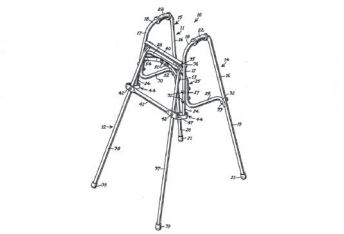
Descrição	Localização	Fonte
Colher em porcelana sem cabo, mas com pé que a permite segurar com facilidade. Fabricada pela empresa <i>Spode</i> , de Stoke-on-Trent (Inglaterra).	Inglaterra	(Miller, n.d.)
Instrumento em ferro fundido para ser fixado a uma mesa e que permitia descascar uma maçã usando uma só mão.	Desconhecida	http://squattersantiques.com
Esta colher foi inventada por George Gibson e a primeira data de 1827. Ficou conhecida como <i>castor oil spoon</i> (“colher de óleo de rícino”, usado como adstringente) (Benion, 1979).	Desconhecida	www.phisick.com/a6sgs.htm
Segundo a fonte onde foi encontrada a imagem, este conjunto pertenceria a uma pessoa com deficiências e incapacidades ou a uma pessoa que tivesse perdido os dentes, já que as facas se juntam numa só através de um anel para melhor trituração a comida.	Reino Unido	http://www.antiquescientifica.com/catalog4.htm
As <i>Nelson knives</i> ficaram a dever o seu nome a Horatio Nelson, que integrava a marinha britânica e que, em 1798 perdeu um braço em batalha. Há vários modelos deste tipo de facas que existem ainda hoje em dia.	Desconhecida	http://antiquescientifica.com/catalog16.htm
Feito em marfim.	Desconhecida	http://www.schredds.com/objet.htm
Faca de <i>Nelson</i> retráctil através de um mecanismo de mola. Foi criada por A. A. Marks, um fabricante de membros artificiais.	Nova Iorque	(Science Museum, n.d.)

N.º	Imagem	Código	Data	Identificação
20		L	séc. XIX	Cortador de vagens
21		L	1880-1900	Cortador de pão
22		O	séc. XIX	Pinça de açúcar
23		Mi	Final do séc. XIX	Prato com reservatório para água quente
24		L	1892	Garfo de bolo
25		O	1897	Colher de sorvete
26		Med	Final do séc. XIX / início do séc. XX	Colher para medicação infantil

Descrição	Localização	Fonte
Exemplo da era Vitoriana em que se criaram muitos utensílios para facilitar o quotidiano das donas de casa. Este cortador de vagens, à semelhança do descascador de maçãs mostrado acima, permitia ser fixado a uma mesa para que se cortassem as vagens com uma só mão.	Reino Unido	www.leevalley.com
Instrumento para cortar pão com uma só mão, da empresa <i>Raadvaad</i> , que continua em funcionamento até aos dias de hoje.	Dinamarca	(Science and Society Picture Library, 2010)
Usada para cortar pães de açúcar.	Inglaterra	(Science Museum, n.d.)
Prato com reservatório inferior para água quente, destinada a manter a temperatura da comida. Existem outros modelos que em vez da água, usam um vela na parte inferior para o mesmo fim.	Reino Unido	(Wellcome Images, n.d.) (Benion, 1979)
Semelhante a um dos tipos de faca de <i>Nelson</i> , o garfo para bolos foi inventado como tal por Anna M. Mangin em 1891 e patenteado em 1892. O objectivo da inventora era permitir às pessoas comer bolo usando uma só mão.	Nova Iorque	(Sluby, 2004) Imagem: http://www.williamturnersheffield.com/html/category.php/cmd/p/id/346/cat/5
Ao reparar nas dificuldades que os funcionários da gelateria tinham para remover o sorvete da colher, Alfred L. Cralle criou uma colher que permitia realizar a operação com uma só mão.	Pittsburgh, EUA	(Carnegie Library of Pittsburgh, 2010)
Esta colher contém um reservatório de ar em borracha que, ao ser apertado, faz passar o ar por um tubo que vai forçar o líquido (medicamento) para a boca.	EUA	http://trianglecranch.com/catalog/product_info.php?cPath=158_165&products_id=1127&osCsid=c27911da64aebb5ae9a43d5bf267fe78

N.º	Imagem	Código	Data	Identificação
27		L	c. 1902	Dispositivo automático para preparar e servir chá
28		Med	1906	Combinação de faca e garfo
29		O	1914	Objecto para desabotoar
30		Mi	1914-1918	Faca de <i>Nelson</i>
31		Mi	1914-1920	Lápis de peito
32		Mi	1914-1918	Adaptações para faca e garfo
33		Mi	1914-1918	Adaptação para martelo

Descrição	Localização	Fonte
Patenteado por Frank Clarke e produzido pela <i>Automatic Boiler Co.</i> , este dispositivo complexo servia para preparar o chá e servi-lo na altura certa, dada pelo relógio acoplado ao mecanismo.	Birmingham, Reino Unido	(Science Museum, n.d.)
Combinação de faca e garfo num mecanismo semelhante a uma tesoura. Descoberto num catálogo da <i>Arnold & Sons</i> .	Londres	(Johnstone-Need Medical History Unit, 2003)
Criado e patenteado por Charles E. Collins para desabotoar facilmente os sapatos.	Nova Iorque	(Collins, 1914)
Exemplo de faca de <i>Nelson</i> semelhante ao garfo para bolos.	Europa	(Science Museum, n.d.)
Este dispositivo foi inventado para um soldado que perdeu ambos os braços em batalha. Através de uma tira que fica presa em torno do peito, permite segurar um lápis e usá-lo sem que sejam necessárias as mãos para o efeito.	Inglaterra	(Science Museum, n.d.)
Adaptações em compósito dentário para facilitar o manuseio de facas e garfos. Feitas no <i>Walter Reed General Hospital</i> .	Washington, EUA	http://www.flickr.com/photos/medicalmuseum/3304258163/
Adaptação em compósito dentário para facilitar o manuseio de um martelo. Feita no <i>Walter Reed General Hospital</i> .	Washington, EUA	http://www.flickr.com/photos/medicalmuseum/3305084264/

N.º	Imagem	Código	Data	Identificação
34		Mi	1915-1920	Prato fundo
35		Mi	1919	Feeding table
36		D	1931	Controlo de mão para alavanca de mudanças e travão
37		O	1934	Escova de dentes
38		O	1940	Porta-chaves
39		D	Década de 1940	Zimmer frame

Descrição	Localização	Fonte
Inventado por Arthur Everest Shipley. O prato fundo destinava-se a ajudar os soldados que tinham perdido um dos braços a comerem autonomamente: as paredes altas do prato substituíam a faca na operação de arrastar a comida para cima do garfo.	Inglaterra	(Science Museum, n.d.)
Esta mesa para comer foi inventada por George Thomson e destinava-se a ajudar soldados que tinham perdido ambos os braços em batalha durante a Primeira Grande Guerra. O dispositivo acoplado à mesa permite receber vários utensílios e é operado com os pés.	Edimburgo, Escócia	(Science Museum, n.d.) (Science and Society Picture Library, 2010)
Controlo de alavanca de mudanças e travão para dispensar o uso dos pés.	Desconhecida	(Disability History Museum, 2001-2009)
Patente de escova de dentes de viagem com tampa que, ao deslizar pelo cabo da escova até à extremidade oposta, permite uma maior área de contacto com a mão durante o uso.	EUA	(Cole, 1934)
Patente de Neils Swanson para um porta-chaves que, pelo seu tamanho, permite uma maior área de contacto com a mão e que traz acoplada uma lâmpada.	EUA	(Swanson, 1940)
Andarilho patenteado por Andrejs Muiza que ficou conhecido como <i>Zimmer frame</i> , sendo o modelo mais comum.	EUA	(Stanley, 1995)

Descrição	Localização	Fonte
Instrumento eléctrico inventado por Bessie Blount (terapeuta ocupacional) para auxiliar soldados amputados da Segunda Grande Guerra.	EUA	(Stanley, 1995)
Criada por Lurelle Guild e patente no MoMA, esta taça apresenta uma pequena asa que facilita o manuseio.	Nova Iorque	(Museum of Modern Art, 2010)
Dispositivo para calçar meias patenteado por William MacLauchlan semelhante aos modelos que ainda se encontram no mercado hoje em dia.	EUA	(Maclauchlan, 1958)
Capa especialmente criada para utilizadores de cadeiras de rodas. A autoria é de Helen Cookman, que trabalhou para este projecto em conjunto com o <i>Institute of Physical Medicine and Rehabilitation</i> .	Nova Iorque	(Disability History Museum, 2001-2009)
Dispositivo para pessoas que não tenham ou não possam usar as mãos e/ou braços para virar as páginas dos livros. Funciona por meio de um apontador controlado com a boca e de uns elásticos que seguram as páginas dos livros abertas.	Desconhecida	(Disability History Museum, 2001-2009)
Criado e patenteado por Ellsworth Duncan para ajudar as pessoas a abrirem e fecharem fechos de correr na roupa em zonas de difícil acesso.	EUA	(Duncan, 1962)
Criado por Russel Manoy, este serviço composto por prato, copo, faca e uma combinação de garfo e colher, foi alvo de um artigo no <i>Design Journal</i> onde se mencionava a possibilidade de que estes produtos pudessem ser usados por pessoas sem deficiências e incapacidades.	Inglaterra	(Goldsmith, 1969)

Códigos:

Medicina

Med

Militar





Mi

Origens

O

N.º	Imagem	Código	Data	Identificação
47		D	Década de 1970	Andarilho com rodas
48		D	1973	Caneca infantil
49		D	1973	Faca e tábua de cozinha
50		D	1978	Talheres
51		D	1978	Conjunto de prato, copo e caneca
52		Mn	1979	Saca-rolhas
53		Mn	1988	Tábua de corte

Descrição	Localização	Fonte
Inventado por Bernt Leander, este andarilho apresenta quatro rodas, evitando assim que os utilizadores o tenham que levantar. Tem também travões, um cesto e um assento para descanso.	Suécia	(Trionic Veloped, 2010)
Exposta no MoMA, criada por Sven-Eric Juhlin e fabricada pela <i>Gustavsberg</i> , esta caneca apresenta grandes semelhanças com as <i>spout cups</i> .	Suécia	(Museum of Modern Art, 2010)
Criado pela empresa de Design <i>Ergonomidesign</i> para o <i>Swedish Handicap Institute</i> , este conjunto de faca e tábua está exposto no MoMA e disponível no mercado ainda nos dias de hoje através da empresa <i>Etac</i> .	Suécia	(Ergonomidesign, n.d.) (Museum of Modern Art, 2010)
Conjunto de talheres criado pela empresa de Design <i>Ergonomidesign</i> para a <i>RFSU Rehab</i> (actual <i>Etac</i>) e pensado para pessoas com “mãos fracas”. Continua à venda hoje em dia.	Suécia	(Ergonomidesign, n.d.)
Conjunto de prato, copo e caneca criado pela empresa de Design <i>Ergonomidesign</i> para a <i>RFSU Rehab</i> (actual <i>Etac</i>). Continua à venda hoje em dia.	Suécia	(Ergonomidesign, n.d.)
Criado por Herbert Allen, num processo que durou sete anos, o <i>Screwpull Corkscrew</i> tem por objectivo reduzir o esforço na remoção da rolha de uma garrafa. Faz parte hoje em dia da colecção do MoMA.	EUA	(Museum of Modern Art, 2010)
Exposta na colecção do MoMA e criada por Mark Sanders, esta tábua de corte apresenta uns vincos na superfície que permitem despejar o conteúdo com maior precisão.	Inglaterra	(Museum of Modern Art, 2010)

N.º	Imagem	Código	Data	Identificação
54		D	1997	Conjunto para cuidados pessoais
55		D	1990-1991	Descascador de vegetais
56		D	Década de 2000	Conjunto de utensílios para cuidados pessoais
57		D	Década de 2000	Ajudas para o banho

Descrição	Localização	Fonte
Este conjunto de escovas, pentes, escovas de corpo e limas com pegas optimizadas, foi desenvolvido pela empresa <i>Ergonomidesign</i> para o <i>Swedish Handicap Institute</i> .	Suécia	(Ergonomidesign, n.d.)
Descascador de vegetais com pega optimizada desenvolvido pela empresa <i>Smart Design</i> para a <i>OXO Good Grips</i> .	Nova Iorque	(Design Council, 2010)
Desenvolvidos para a marca <i>Denco</i> pela empresa <i>Smart Design</i> , estes utensílios não só estão projectados para permitir um uso facilitado, como tiveram também em conta a facilidade de abertura das embalagens.	Desconhecida	(Smart Design, n.d.)
Conjunto de ajudas para o banho criadas pelo designer Michael Graves para a marca <i>Drive Medical</i> depois de ter sofrido uma infecção que lhe causou paralisia.	Nova Iorque	(Hockenberry, 2006)

Anexo IV

Formulário de base para as entrevistas

Código: _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos a solicitar a sua colaboração e participação num estudo acerca de Actividades da Vida Diária e utilização de Ajudas Técnicas por parte de doentes de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), que tem por título “Morfologia e emoção na concepção de produto”.

Gostaríamos de saber se aceita responder a algumas questões sobre a sua experiência enquanto doente ou cuidador de doente de AVC.

A sua participação é de grande importância para conseguirmos saber quais as Actividades da Vida Diária que os doentes de AVC conseguem realizar e quais os problemas que encontram nas Ajudas Técnicas de que dispõem, para que tentemos arranjar soluções para esses mesmos problemas.

As informações que nos conceder, assim como a sua identidade, serão estritamente confidenciais e serão utilizadas apenas neste estudo.

A sua participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la em qualquer momento.

Data:

Assinatura do investigador

Assinatura do participante
(próprio ou cuidador)

Consentimento informado
(nesta página)

Questionário sobre dados
sociodemográficos (página seguinte)

Código: _____

Dados pessoais

Data de nascimento	-	<input type="text"/>				
Género	-	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino			
Estado civil	-	<input type="checkbox"/> Solteira/o	<input type="checkbox"/> Casada/o	<input type="checkbox"/> Divorciada/a	<input type="checkbox"/> Viúva/o	
Situação profissional	-	<input type="checkbox"/> Empregada/o	<input type="checkbox"/> Reformada/o	<input type="checkbox"/> Desempregada/o	<input type="checkbox"/> Baixa médica	
Rendimento	-	<input type="checkbox"/> <300 euros/mês	<input type="checkbox"/> <500 euros/mês	<input type="checkbox"/> <1000 euros/mês	<input type="checkbox"/> >1000 euros/mês	
Escolaridade	-	<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> até 6.º ano	<input type="checkbox"/> Ensino Secundário	<input type="checkbox"/> Ensino Superior	
Agregado familiar	-	<input type="checkbox"/> 1 pessoa (próprio)	<input type="checkbox"/> 2 pessoas	<input type="checkbox"/> 3 pessoas	<input type="checkbox"/> 4 ou mais pessoas	

AVC

Data 1.º AVC	-	<input type="text"/>				
Quantos episódios	-	<input type="text"/>				
Há quanto tempo (último)	-	<input type="checkbox"/> <3 meses	<input type="checkbox"/> <6 meses	<input type="checkbox"/> <1 ano	<input type="checkbox"/> >1 ano	<input type="checkbox"/> >3 anos
Lado afectado	-	<input type="checkbox"/> Esquerdo	<input type="checkbox"/> Direito			
Terapia?	-	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Ainda em terapia?	-	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Tem ajuda de alguém?	-	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Quem?	-	<input type="checkbox"/> Familiar _____	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vizinho	<input type="checkbox"/> Profissional saúde	<input type="checkbox"/> Outro
Com que frequência?	-	<input type="checkbox"/> Todos os dias	<input type="checkbox"/> Todas as semanas	<input type="checkbox"/> Todos os meses	<input type="checkbox"/> Menor frequência	

Sequelas do AVC patentes à data da entrevista:

Questionário sobre 42 AVD

(Legenda: **TC** - Totalmente capaz; **CD** - Capaz com dificuldade; **CA** - Capaz com ajuda; **Inc.** - Incapaz; **NS/NE** - Não sabe / Nunca experimentou)

Código: _____

Durante a última semana, qual era o seu desempenho habitual nas seguintes tarefas?
(Assinalar com uma cruz por tarefa a hipótese que melhor defina o desempenho)

AVD	TC	CD	CA*	Inc.	NS/NE	*especificar ajuda
1 Vestir-se						
2 Calçar-se (incluindo meias)						
3 Apertar atacadores						
4 Apertar botões						
5 Pôr champô no cabelo						
6 Pentear-se						
7 Cortar as unhas						
8 Abrir/fechar torneiras						
9 Lavar-se e secar-se						
10 Tomar banho de banheira						
11 Usar a sanita						
12 Abrir a pasta-dos-dentes						
13 Lavar os dentes						
14 Erguer-se de uma cadeira						
15 Levantar-se/deitar-se na cama						
16 Entrar/sair do carro						
17 Levantar-se de queda						
18 Cortar a carne no prato						
19 Levantar um copo cheio e beber						
20 Servir-se de água (garrafa/jarro)						
21 Abrir um pacote de leite						
22 Abrir frasco/garrafa						
23 Tomar comprimidos (tirar da embalagem e tomar)						
24 Caminhar pela casa						
25 Sair de casa						
26 Caminhar fora de casa						
27 Subir / descer degraus						
28 Acender candeeiro da mesa-de-cabeceira						
29 Alcançar e pegar num pacote de açúcar (acima do nível da cabeça)						
30 Curvar-se e pegar em roupa do chão						
31 Abrir/fechar portas						
32 Abrir/fechar porta do carro						
33 Sair e fazer compras						
34 Contar / usar dinheiro						
35 Aspirar/varrer						

AVD	TC	CD	CA*	Inc.	NS/NE	*especificar ajuda
36 Lavar a louça						
37 Pôr a mesa						
38 Usar o telefone						
39 Ver televisão (usar comando)						
40 Escrever						
41 Ler						
42 Abrir envelopes						
Outras actividades:						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
Observações:						

Índice de Barthel

(Mahoney & Barthel, 1965)

Alimentação

- 10 Independente
- 5 Necessita de ajuda ou de dieta modificada
- 0 Totalmente dependente

Banho

- 5 Independente
- 0 Necessita de ajuda

Higiene pessoal (barbear-se / pentear-se / maquilhar-se / lavar os dentes)

- 5 Independente
- 0 Necessita de ajuda

Vestir-se

- 10 Independente (incluindo botões, atacadores, etc.)
- 5 Necessita de ajuda
- 0 Totalmente dependente

Controlo anal

- 10 Contínente
- 5 Acidente ocasional
- 0 Incontínente (ou necessita de clister)

Controlo vesical

- 10 Contínente
- 5 Acidente ocasional
- 0 Incontínente (ou algaliado e incapaz de cuidar da algália)

Utilização da sanita

- 10 Independente (sentar, levantar, vestir, puxar o autoclismo)
- 5 Necessita de alguma ajuda
- 0 Totalmente dependente

Transferência (cama / cadeira e vice-versa)

- 15 Independente
- 10 Alguma ajuda (verbal ou física)
- 5 Muita ajuda (pode manter-se sentado)
- 0 Totalmente dependente, incapaz de manter a postura sentado

Mobilidade (superfície plana horizontal)

- 15 Independente (pode usar ajuda, ex: bengala >45m)
- 10 Ajuda de uma pessoa verbal ou física >45m
- 5 Independente em cadeira de rodas (incluindo contornar obstáculos > 45m)
- 0 Imóvel ou <45m

Subir / descer escadas

- 10 Independente em cadeira de rodas (incluindo contornar obstáculos > 45m)
- 5 Necessita de ajuda (verbal, física, ou com recurso a equipamento próprio)
- 0 Incapaz

Total (0 - 100)

Questionário sobre conhecimento e posse de produtos de apoio

ISO	Ajuda	Conhece	Não conhece	Tem	Não tem	Usa	Não usa
09 09 06	Calçadeira						
09 09 03	Calça meias						
09 09 18	Atacadores elásticos						
09 36 09	Abotoador						
09 39 06	Corta-unhas fixo						
09 33 30	Escova/pente cabelo cabo longo						
09 33 03	Escova costas						
18 18 06	Banco banheira						
	Telealarme						
15 09 21	Rebordo de prato						
15 03 06	Talheres cabos adaptados						
24 06 03	Abre-frascos						
24 21 03	Pinça de objectos						
24 18 06	Pegas para chaves						
24 18 06	Adaptadores caneta						

Anexo V

Relatórios das entrevistas

C1

A entrevistada vive sozinha com o marido, vítima de Alzheimer. Na casa já viveram filhos e netos, mas todos se aproveitaram da situação dos avós a quem roubaram o dinheiro das poupanças e da reforma. Assim, embora a entrevistada já tivesse estado a viver em casa de uma filha que também não a tratava da melhor forma, resolveu mudar-se sozinha com o marido para a casa dos dois.

Vivem os dois dividindo tarefas: ele faz o que ela fisicamente não consegue fazer e ela ajuda-o naquilo que a parte cognitiva do marido é incapaz de realizar.

Talvez pudesse a entrevistada estar melhor em termos físicos agora, mas interrompeu a fisioterapia por falta de meios para chegar ao local de tratamento. Portanto, está com o braço e mão esquerdos muito debilitados, não deixando ainda assim de desempenhar algumas tarefas quotidianas como cozinhar. Além do braço e mão, também a perna esquerda foi afectada, pelo que a entrevistada, dentro de casa, só caminha com a ajuda de um tripé e quando sai tem que ir sentada numa cadeira de rodas, que é levada pelo marido. Em termos de mobilidade e transferência, as maiores dificuldades são a sair da cama ou a levantar-se de um assento baixo. Por esta razão, a senhora mandou fazer um sofá com um assento mais alto que o normal para que conseguisse erguer-se com mais facilidade, apoiando-se somente no tripé.

Tarefas que envolvam equilíbrio e/ou a utilização de ambas as mãos são incapazes de serem realizadas pela entrevistada. Tem facilidade naquelas que requerem somente a utilização de uma mão e as restantes (a maioria) desempenha-as com muita dificuldade ou com a ajuda do marido. É o marido que ajuda a mulher a vestir-se, a tomar banho, a cortar a carne à hora das refeições ou a abrir um pacote de leite. Em contrapartida, é a entrevistada que dá os medicamentos ao marido.

Apesar de se valerem um ao outro, há coisas em que o marido é incapaz de ajudar. Uma delas é no caso de a entrevistada cair – neste caso o marido não a consegue levantar e têm que chamar uma irmã vizinha para vir levantar a senhora. Tarefas perigosas ou de manejo muito fino, como cortar as unhas, também não são feitas pelo marido (que, aliás, também não se consegue barbear sozinho) – neste caso as unhas são cortadas por uma cabeleireira/esteticista da zona. Outra das tarefas em que o marido não ajuda é a cozinhar. E, uma vez que estão sozinhos, a entrevistada teve que encontrar estratégias para desempenhar algumas tarefas; entre elas, falou na dificuldade que tinha em cortar cebolas ou batatas por não conseguir segurá-las com a mão esquerda para que a direita possa

cortar, descrevendo o método que usa para conseguir ultrapassar a dificuldade: serve-se de um pano de cozinha com o qual faz uma espécie de “ninho” na bancada; depois acomoda a batata ou a cebola, firma-a com a mão esquerda e corta com a faca na mão direita. O método está representado na Figura 8.20.

Nesta, como em muitas casas que visitámos a seguir, o rendimento mensal é parco e as pessoas vivem afastadas de informação acerca da existência de tecnologias de apoio. Não sabemos, então, se é por falta de informação, dinheiro ou vontade que não dispõem de algumas ajudas, mas nota-se uma grande falta delas. No caso específico desta entrevistada, as tecnologias de apoio de que dispõe são um tripé e uma cadeira de rodas (esta última alugada à Associação AVC por dez euros mensais).

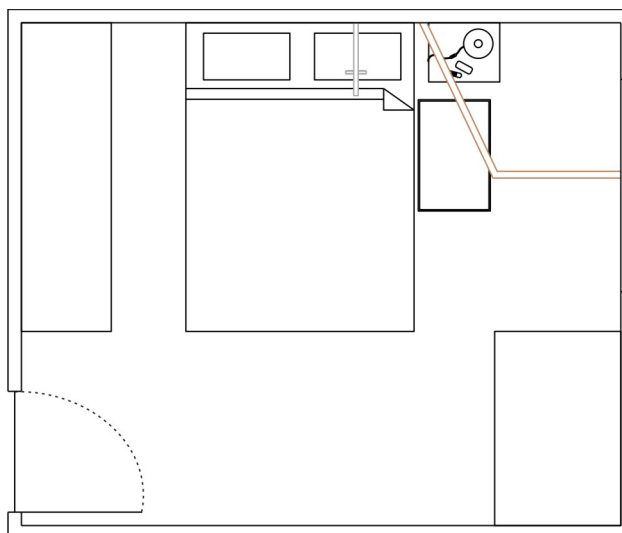
Segundo o Índice de Barthel (IB), esta senhora tem um grau de dependência grave (50).

C2

Nesta casa vive um entrevistado do sexo masculino, com um grau de dependência 30 no IB, o que representa uma dependência grave. Os AVC (já teve quatro, tendo sido o último em 2007) afectaram-lhe o lado esquerdo do corpo, mas era capaz de andar. No entanto, e apesar de continuar a fazer fisioterapia, tem a mobilidade cada vez mais condicionada por não conseguir já usar o andarilho. O problema dos andarilhos é que implicam o bom funcionamento de ambas as mãos e, no caso deste entrevistado, a mão direita está fechada em posição de descanso, sendo o senhor incapaz de a abrir. Notámos aqui um problema de design que não nos parece, à partida, muito difícil resolver – bastaria criar um dispositivo de adaptação ao andarilho de modo a que fosse o próprio objecto a “agarrar” ou prender a mão do participante entrevistado. É uma lástima assistir a uma incapacidade crescente de mobilidade de membros inferiores pelo mau funcionamento de um dos membros superiores.

Inicialmente, quando o entrevistado conseguia ainda deslocar-se, foram colocadas pela família barras de apoio ao longo do corredor da casa (Figura 8.3), mas

Figura AV.1 Esquema em planta do quarto do entrevistado com a representação da barra de apoio em madeira (a castanho) e do suporte superior triangular (a cinzento).



no momento já não estão a ser utilizadas porque, apesar de o entrevistado conseguir manter o equilíbrio em pé, não é já capaz de mover-se sozinho. Assim, tem que deslocar-se pela casa numa cadeira de rodas. Mas mesmo a cadeira convencional que tem se revelou ineficaz na casa, dado que as zonas de passagem são muito pequenas, tornando-se a movimentação e rotação da cadeira muito difíceis. Por esta razão, foi feita uma cadeira de menores dimensões para este entrevistado, que responde aos problemas criados pela cadeira convencional – esta não só é mais leve, como de menores dimensões e mais fácil de manusear (Figura 8.1).

Este entrevistado vive sozinho com a mulher, mas com grande ajuda dos filhos que, por serem muitos, se organizaram de maneira a que cada noite fosse um deles passar a noite com os pais. Para além desta companhia nocturna, contam com a ajuda diária de uma filha, no momento desempregada, que ajuda nas tarefas da casa e que também leva o pai à fisioterapia.

O entrevistado passa os dias sentado no sofá, ao lado de uma janela, no caixilho da qual se apoia de vez em quando para se erguer e esticar as pernas. No entanto o exercício acaba no momento do equilíbrio em pé, já que o senhor não consegue andar sem mais apoio. Se precisa de fazer as suas necessidades não vai à casa de banho – em vez disso a filha traz uma aparadeira ao seu encontro. A única vez que vai à casa de banho, na cadeira de rodas, é para tomar banho. E também a casa de banho está adaptada para o efeito. Lá dentro podemos observar uma barra de apoio por cima da sanita, que já não é utilizada, e uma banheira do tipo polibã cuja parede lateral foi substituída por uma cortina, tornando assim o acesso mais fácil. Dentro da banheira existem três adaptações: barras de apoio, uma base em madeira e uma cadeira sobre a base em madeira (Figura 8.2).

Das 42 actividades acerca das quais o entrevistado foi inquirido quanto à sua capacidade de as realizar, verificámos que na maior parte delas se declara incapaz (30), conseguindo apenas realizar tarefas leves que impliquem o uso de uma só mão, como lavar os dentes (preparam-lhe a pasta-dos-dentes na escova, dão-lhe um copo com água e o entrevistado consegue lavar os dentes assim três vezes ao dia).

Outra das adaptações feitas à casa deste entrevistado foi a aplicação de uma barra de apoio (Figuras 8.4 e AV.1) no quarto que dirigia o entrevistado até à cama e o ajudava a levantar, juntamente com o apoio de parede – já não é utilizado, como os apoios do corredor. Apesar de ocupar um espaço considerável no quarto, pareceu-nos uma solução inovadora, eficaz e ainda assim muito simples.

C3

A entrevistada C3 é uma das mais novas das pessoas visitadas até ao momento (59 anos) e a que melhor recuperação apresentou. Do AVC que teve em 2006 e que a deixou com o lado esquerdo paralisado, recuperou todas as suas faculda-

des até que hoje já é capaz de fazer jardinagem e conduzir. Obteve uma classificação de 100 no IB e mostrou-se totalmente capaz de desempenhar todas as tarefas da lista das AVD, à exceção de tarefas que envolvam o uso de duas mãos, implicando algum manejo fino da mão esquerda. Assim, as únicas tarefas em que confessou ter alguma dificuldade foram: cortar as unhas, pentear-se, pôr champô no cabelo e abrir frascos/garrafas.

Para além da lista de AVD que lhe foi apresentada, a entrevistada acrescentou dois itens: fazer a cama e transportar bacia com água (sobretudo água quente) e declarou-se, nestas tarefas, incapaz e capaz com dificuldade, respectivamente. No caso da segunda tarefa apresentada, apesar de se sentir capaz, com medo que “lhe falhe” a mão esquerda, não se arrisca a desempenhá-la.

C4

Foi até ao momento o único que apresentou problemas cognitivos provocados pelo AVC – apesar de não ter problemas em comunicar, tem dificuldade com números e sequências numéricas ou temporais. Como a maior parte dos entrevistados, viu o seu lado esquerdo afectado pelo AVC, mas apesar disso consegue levar uma vida com um certo grau de independência (70 no IB) já que os únicos domínios em que é completamente dependente são o banho e a higiene pessoal. O entrevistado não usa ajuda para caminhar pela casa, servindo-se somente da bengala quando sai. Tem alguma dificuldade em subir e descer degraus, mas consegue fazê-lo sozinho, desde que disponha de corrimãos para se apoiar.

Na casa de banho mandou instalar uns toalheiros em posições variadas que servem como barras de apoio e a mulher, que é a sua cuidadora permanente, colocou um banco dentro da banheira.

O entrevistado não tem problemas de força, mas tem muitos problemas no manejo de objectos e é por essa razão que é incapaz de realizar muitas tarefas como pentear-se, abrir a pasta dos dentes, apertar botões ou acender candeeiro da mesa-de-cabeceira.

Apesar de conseguir escrever (andou na escola até ao sexto ano e era empregado de escritório), desde que alguém segure no papel, não consegue usar o comando da televisão ou o telefone – não porque não tenha destreza suficiente, mas pelas sequelas ao nível cognitivo de que falámos no início.

C5

Vive na casa de uma das suas filhas, com o genro, a neta e outro filho. A entrevistada já teve cinco episódios de AVC, tendo o último sido há 22 anos. Embora os seus membros superiores e inferiores funcionem bem, há uma série de tarefas que não faz, não por incapacidade, mas antes por comodismo, como nota a filha, sua cuidadora permanente. Declara-se incapaz de realizar muitas tarefas que impliquem o manejo fino, como as que integram o domínio do vestir, mas ao mesmo tempo afirma que é totalmente capaz de apertar botões.

Para se movimentar pela casa vai-se agarrando às paredes e aos móveis. Usava bengala, mas já não usa. Diz que não quer. No entanto, apesar de caminhar devagar e com uma certa dificuldade, consegue sozinha entrar na banheira.

Por todas estas razões e por ser incontinente apresenta uma grave grau de dependência no IB – 40.

C6

Vive sozinha com um filho, também ele vítima de AVC. O lado afectado pelo AVC, que aconteceu em Janeiro de 2001, foi o lado esquerdo. Mas a entrevistada consegue realizar quase todas as tarefas com a mão esquerda, desde que não impliquem o uso de muita força. Para caminhar usa uma muleta que comprou em substituição da bengala de madeira, que preferia mas partiu. Como o filho está na mesma condição que a mãe, valem-se um ao outro, fazendo um as tarefas que o outro não consegue fazer e vice-versa.

A entrevistada faz-se valer de objectos para a ajudarem noutras funções que não as originais. Por exemplo, para se levantar da cama usa como apoio a cadeira higiénica que não obstante continua a usar para fazer as suas necessidades. Quanto à higiene pessoal, é capaz de fazer quase tudo, mas o filho ajuda-a a tomar banho para prevenir eventuais desequilíbrios.

Um dos movimentos que não consegue fazer é curvar-se em direcção ao chão, o que a impede de apanhar o que que seja que tenha caído, calçar-se ou apertar atacadores.

Afirma que se não estiver concentrada pode deixar cair qualquer coisa que leve na mão esquerda.

Nas tarefas que acrescentou à lista dada, diz-se incapaz de lavar roupa pesada, totalmente capaz de lavar roupa leve e capaz com ajuda de fazer a cama, levar coisas ao lume e levantar-se de queda. No entanto, a ajuda de que necessita neste último caso é muita. Sempre que cai chama o filho que não consegue levantá-la sozinho. Por isso vai buscar uma cadeira e firma-a no chão, próxima da senhora. Arrastando-se e agarrando-se, e depois apoiando-se na cadeira, consegue com dificuldade levantar-se (Figura 8.24).

A classificação do grau de dependência desta senhora é de 75 no IB, sendo categorizada como “moderada”.

C7

Esta entrevistada, assim como o entrevistado C2, tem muitos filhos que se revezam todos os dias da semana a ajudar os pais que vivem sozinhos. A entrevistada recuperou muito bem as funções do lado direito afectado pelo AVC e é capaz de fazer todas as tarefas à excepção de quatro nas quais se declara incapaz e numa outra (passar a ferro), por ela sugerida. A maior sequela deixada pelo AVC não foi ao nível do funcionamento dos membros, mas sim, ainda que de forma bastante

ligeira, da capacidade oral.

A recuperação física foi feita sobretudo em casa, já que a entrevistada considerou que podia em casa fazer os exercícios que fazia no tratamento de fisioterapia.

É independente em actividades básicas como usar a casa de banho e mobilidade, usando neste último caso a ajuda de uma bengala. Se for necessário, nalgum dia que não tenha um filho em casa para a ajudar, é capaz, embora com alguma dificuldade já que as tarefas de maneio fino que impliquem o uso de ambas as mãos são custosas, de preparar uma refeição leve.

Uma das tarefas que acrescentou à lista dada foi “estender a roupa”. Para esta, assim como para outras actividades, a entrevistada é muito incentivada pelos filhos para que as desempenhe sozinha. No exemplo dado, a única parte que é incapaz de levar a cabo é transportar a bacia de roupa, especialmente se tiver um lanço de escadas para ultrapassar. Mas depois de lhe levarem a bacia é capaz de estender a roupa sozinha.

Diz que sente muita dificuldade em levantar-se da cama, apesar de conseguir sozinha, e a filha presente no dia da visita contou mais tarde que há manhãs em que chega à casa dos pais e eles ainda não se levantaram da cama, indo a filha ajudar a mãe. Neste, como noutros casos a que tivemos acesso (como o da entrevistada C5), sentimos que as pessoas ainda estão capazes de desempenhar algumas tarefas, ainda que com algum esforço, mas como têm a ajuda de outra pessoa, acabam por se deixar ajudar, acomodam-se e preferem não passar pela exaustão de fazer as tarefas por elas próprias. Mesmo assim, a entrevistada consegue ter um resultado final de 75 no IB, que corresponde ao nível “moderado”.

C8

A entrevistada tem 66 anos e já teve vários episódios de AVC – o primeiro há 44 anos e o último há 15. Deixou de fazer terapia e já não é capaz de se levantar sozinha do sofá onde fica sentada todo o dia. O AVC afectou o seu lado direito e no momento da visita era incapaz de realizar a maior parte das actividades (32). Para caminhar pela casa serve-se do apoio da filha e no exterior tem que ser levada numa cadeira de rodas.

Das actividades que foram faladas a entrevistada diz-se totalmente capaz de realizar só duas: ver televisão (usar o comando) e ler. Surpreendentemente, dado o seu estado, consegue apanhar coisas leves do chão (desde que esteja sentada) e contou-nos a filha que a mãe joga com o neto (moram os três na mesma casa), atirando uma bola para um balde com a mão esquerda que não foi afectada pelos AVC. À mesa não consegue servir-se e tem muita dificuldade em levantar um copo com água e beber sem entornar, mas consegue comer sozinha depois de lhe cortarem a carne.

Como não há muitas coisas que consiga fazer, esta entrevistada tem um valor

30 no IB, que mostra que é totalmente dependente.

C9

Tem 83 anos e teve um AVC em Fevereiro deste ano. O AVC fez com que ficasse com sérias sequelas, das quais ainda não conseguiu recuperar. Embora lhe tenha afectado o lado esquerdo do corpo, o entrevistado está incapaz de fazer sozinho o que quer que seja e passa os dias deitado. Consegue mexer bem o braço direito, mas tem a mão amputada. Para além de todas estas dificuldades é ainda incapaz de manter a posição sentada sem a ajuda de um colete, que evita ao máximo usar porque o acha desconfortável.

O entrevistado era empregado de escritório na parte da contabilidade, tem a quarta classe e portanto consegue ler bem, apesar de já não conseguir escrever. Agora já não está motivado para isso, mas antes gostava de ler e servia-se da ajuda de uma lupa para conseguir ver as letras mais pequenas.

A hemiplegia esquerda aliada à mão amputada faz com que o entrevistado não obtivesse pontos positivos em nenhum dos parâmetros do IB, sendo assim o entrevistado até ao momento com o valor mais baixo: zero.

C10

Esta entrevistada está acamada como o entrevistado C9, mas apresenta o valor 25 no IB por ser continente e por conseguir realizar algumas tarefas da sua higiene pessoal como pentear-se e lavar os dentes.

Já teve três AVC e o último foi há um ano, mas embora esteja acamada continua a fazer fisioterapia e tanto a entrevistada como os médicos estão confiantes em que volte a andar em breve. Aliás, consegue já equilibrar-se em pé apoiada nas barras de apoio.

Todas as tarefas que não consegue realizar sozinha, que são maior parte, são as filhas que fazem, o marido ou uma irmã que mora ao lado.

Dos visitados até ao momento, esta é a mais nova, tem 54 anos.

C11

Teve o AVC com 59 anos e agora tem 63 anos. É-lhe custoso andar, especialmente em chão incerto, como existe no exterior da casa, mas anda devagar com a ajuda de duas muletas. Vive com o marido, que não a consegue ajudar, e com o enteado que sai de manhã para trabalhar e só volta à noite. Nestas condições a entrevistada não tem outra escolha que não seja fazer ela própria a lida da casa e esforçar-se por realizar algumas tarefas que lhe são penosas. Há, no entanto, algumas que é incapaz de realizar por não se equilibrar ou por serem demasiado perigosas. Assim, a senhora cozinha mas é incapaz de tirar pratos dos armários altos, por exemplo, ou pôr a mesa, já que ambas as tarefas implicam largar as muletas.

Depois de almoçar é capaz de lavar a louça, mas tem que estar sentada. Ou seja, tem que ter sempre um apoio de mãos ou então, encosta o tronco ao bal-

ção quando tem que estar em pé a usar as duas mãos, como quando está a usar o fogão.

De igual forma que outros entrevistados, também diz que não consegue levantar-se de uma queda, fazer a cama ou passar a ferro. Consegue, sim, lavar alguma roupa leve, mas ao contrário da maior parte dos entrevistados tem uma máquina para a lavar. O problema é que não consegue estender a roupa pelo mesmo entrave de falta de equilíbrio no caso de largar as muletas.

Uma das tarefas que descreveu como muito difícil de realizar foi “levantar-se da cama”. Conta em lamentos que demora cerca de meia hora todos os dias só para conseguir sair da cama. Deitada, vai girando o corpo até as pernas saírem do limite da cama e, apoiando-se na cabeceira, na mesa e nas muletas que entretanto alcançou vai levantando o tronco até ficar sentada. Inquirida sobre o conhecimento de barras de apoio ou sobre a possibilidade de aplicar qualquer ajuda para se levantar da cama, disse a entrevistada que “nunca tinha pensado nisso”.

Aliás, para além das duas muletas, a entrevistada não dispõe de qualquer ajuda ou tecnologia de apoio. Não tem sequer, como têm muitos dos outros entrevistados, barras de apoio na casa de banho.

C12

Esta senhora quase não fala, pelo que teve que ser a filha a ajudar a responder às perguntas. Mas apesar do problema de comunicação, a senhora não apresenta dificuldades motoras. De facto, o valor do IB é de 85. Assim, só há duas tarefas que é incapaz de realizar. São elas: “apertar atacadores”, e “usar o telefone”. Esta última não realiza pelo motivo óbvio. Há, no entanto, umas quantas tarefas que nunca experimentou como “abrir um pacote de leite” ou “sair e fazer compras”. Esta senhora vive com o marido, uma filha, netos e genro. É esta filha quem cuida da mãe, fazendo inclusivamente por ela tarefas que a entrevistada poderia realizar, como cozinhar. As condições de vida da entrevistada são boas, tendo o marido a reforma mais alta de que tivemos conhecimento até agora. Não adquiriu produtos de apoio e a filha acrescentou à lista tarefas relacionadas com a jardinagem que a mãe continua a gostar de fazer.

C13

Vive de favor em casa de uma filha que está emigrada. Nessa mesma casa vive também outra filha, que é quem cuida da mãe. Depois de muito tempo de maus tratos por parte de uma filha e genro na própria casa, a actual cuidadora resolveu tirar a mãe de lá e levá-la para a casa onde agora estão. O processo para resolver a situação é complicado e ainda está a decorrer. A mãe ficou com o lado esquerdo do corpo afectado pelo AVC, que ocorreu há três meses, e parece estar deprimida.

Para tomar banho serve-se da ajuda de um banco e de umas barras de apoio. Mas a principal ajuda de que dispõe é aquilo a que a própria chama o “pau”

(Figura 8.6). Realmente é um pau esculpido por um senhor conhecido da entrevistada. É maior que as bengalas habituais e é uma grande ajuda para a entrevistada; não só para caminhar como para se erguer. Diz que o usa sempre e que às vezes usa dois.

“Gosto muito deste pau porque é a minha defesa.”

Não faz quase nada em casa e não experimentou realizar a maior parte das tarefas relacionadas com a lida da casa, mas gosta de continuar a trabalhar no campo e diz que ainda consegue trabalhar com uma sachola, desde que seja pouco tempo. Aliás, queixa-se das actividades que lhe dão para fazer no centro de dia: diz que são de crianças e que não quer fazer “desenhinhos”. Assim, não faz nenhuma actividade no centro de dia – mas, como diz, se lhe dessem uma sachola era capaz de participar. O IB desta participante é de 70.

C14

Encontrámo-la numa cadeira de rodas e com problemas de comunicação oral. Está assim praticamente desde que teve o AVC há 23 anos. Não consegue fazer nenhuma das actividades e há 18 que nunca tentou realizar. O IB desta entrevistada é muito baixo: 5 – e este valor mínimo só foi conseguido porque a senhora tem a capacidade de conseguir aguentar a posição sentada.

A casa da entrevistada foi adaptada pelo marido com uma rampa para a zona dos quartos e casa de banho e com barras de apoio em madeira que colocou nos primeiros tempos quando a entrevistada ainda se conseguia aguentar em pé com ajuda.

A adaptação mais curiosa que vimos foi uma ajuda para levantar da cama. Em vez do tradicional triângulo, o marido criou um sistema pendente do tecto com uma corda e um pedaço de mangueira (a cinzento claro na Figura 8.7 e que serve o mesmo fim do exemplo do pau da entrevistada anterior). Não tirámos fotografias, mas tentámos representar o sistema em desenho na Figura 8.7.

C15

“O apanhador vale muito. E a mãozinha.”

“Isto é muito bom [apanhador]! Já comprei outro.”

Este entrevistado vive sozinho com a mulher e teve o AVC há onze anos. Contaram-nos que inicialmente estava muito debilitado e com problemas de comunicação e compreensão, mas agora já consegue manter uma conversa. A mulher queixa-se que ele devia ser mais activo em vez de passar todo o dia deitado na cama. De facto, a meio da entrevista deitou-se e assim ficou até ao fim. O curioso é que apesar de não fazer nada em casa, faz questão de continuar a ir ao café, à missa e a buscar o pão para mostrar aos amigos que continua bem. São poucas as tarefas que é incapaz de fazer, sendo o limpar-se depois de ir à casa de banho a que mais lhe custa. Tem sempre que chamar a mulher para o ajudar por-

que “parece que os braços encurtaram depois disto”. Esta foi, aliás, a tarefa que referiu quando lhe perguntámos qual a que tinha mais pena de não conseguir realizar.

Foi o primeiro entrevistado que vimos que tem uma calçadeira comprida e que a usa; não só para se calçar como para alcançar objectos (Figura 8.25). Para além da calçadeira, que é uma grande ajuda, compra sempre sapatos de tamanho maior para facilitar a tarefa.

Para além da calçadeira como ajuda de alcance, usam também uma “mãozinha” de coçar as costas e uns apanhadores com cabo comprido (Figura 8.26). Para a roupa as ajudas ideais são a calçadeira e a “mãozinha” e para outros objectos usam mais o apanhador: colocam-no no chão, com o pé arrastam para cima dele o que for e depois levantam-no pelo cabo até conseguirem alcançar o conteúdo.

Finalmente, este entrevistado conta com a ajuda de três bengalas – duas delas artesanais, das quais mostramos fotografias na Figura AV.2.

Quando lhes mostrámos as imagens dos 16 produtos de apoio, ficaram muito entusiasmados com o abotoador, porque dizem ter ambos muitas dificuldades com os botões. A mulher do entrevistado sofre de problemas nas costas e cada vez mais lhe custa fazer as tarefas de casa e cuidar do marido.

C16

O entrevistado está acamado, quase não fala e teve 0 no IB. É incapaz de fazer o que quer que seja e até para comer tem que usar uma sonda.

A mulher e a filha, que dele cuidam, contaram que compraram uma cadeira de rodas, mas que agora já não é utilizada.

M1

O entrevistado M1 teve o lado esquerdo do corpo afectado pelo AVC. E, embora já tenha quase totalmente recuperado as funções do braço e mão esquerdos, continua com bastante dificuldade em movimentar a perna esquerda, sendo incapaz de a dobrar. O problema da perna condiciona-lhe a mobilidade fora de casa e pela mesma causa é incapaz de subir degraus. No entanto, a mobilidade exterior é também condicionada pelas condições dos passeios da zona onde mora. Conta que consegue deslocar-se sozinho na cadeira de rodas, mas, dado que os passeios são muito estreitos, prefere não arriscar mais porque já se magoou na mão por raspar com ela na parede ao segurar nas rodas da cadeira.

No que toca a ajudas para a mobilidade, o entrevistado está bem apetrechado: para além da cadeira de rodas tem também uma bengala e um andarilho que usa dentro de casa.

Não falou em produtos de apoio para as AVD, a não ser os óculos que usa para ler, mas descreveu-nos adaptações que fez à casa de banho de sua casa. Mandou colocar duas barras de apoio junto à sanita (do tipo representado na Figura AV.3)



Figura AV.2 Bengalas do entrevistado C15.

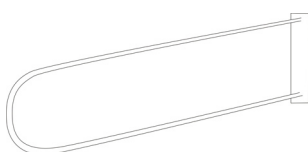


Figura AV.3 Representação do tipo de barra de apoio que o entrevistado M1 tem na casa de banho.

para que consiga usá-la sozinho e construiu um banco para a banheira, cujo aspecto tentámos representar na Figura 8.17.

M2

Tem a sua própria casa mas, por não ser independente, passa as noites na casa do filho e da nora, que são quem a ajuda, e os dias passa-os no centro de dia. O lado afectado foi o direito e a classificação do IB que apresenta é de 70. Mesmo com os movimentos afectados, a entrevistada diz que ajuda no que pode em casa do filho, realizando algumas tarefas como limpar o pó e fazer a cama. Na realidade a senhora não dorme numa cama, mas sim num sofá. E, para que consiga ir à casa de banho durante a noite, o filho põe o candeeiro junto do sofá todas as noites.

Para caminhar pela casa ou não usa qualquer ajuda ou, quando se sente mais insegura, usa uma bengala. A tarefa de descer escadas é-lhe mais complicada, precisando não só do apoio do corrimão como o de uma pessoa.

Não consegue tomar banho sozinha, mas consegue usar a sanita sem qualquer ajuda.

Os problemas que tem prendem-se mais com a utilização de ambas as mãos em simultâneo e/ou algum maneio fino. Em tarefas como cortar a carne no prato, cortar as unhas, abrir um pacote de leite, abrir frasco/garrafa, nas quais se declara incapaz, o problema é a mão direita que não tem força suficiente. Noutras tarefas que é incapaz de realizar, como alcançar um pacote de açúcar acima do nível da cabeça ou aspirar/varrer, o problema está na perda de equilíbrio.

M3

A entrevistada é, até agora, a única pessoa entrevistada que vive sozinha. Para esta investigação é um exemplo muito interessante, já que as pessoas nestas condições têm que conseguir realizar as suas tarefas quotidianas por elas próprias, sem a ajuda de outras pessoas.

Houve só duas tarefas da lista dada que disse ser incapaz de realizar: apertar atacadores (pelo que compra sempre sapatos sem cordões e fáceis de calçar) e cortar a carne no prato. E à lista dada acrescentou outras duas que é incapaz de realizar: abrir portões e descascar legumes. Esta última é, aliás, uma tarefa recorrentemente acrescentada pelas mulheres entrevistadas. Para resolver o primeiro problema mandou fazer alterações ao portão de entrada e ao portão da garagem para que funcionem com comando à distância. O funcionamento dos portões é importante porque a senhora conduz o próprio carro, apesar de dizer que o faz com alguma dificuldade e que já teve muitos acidentes. Quanto ao segundo problema, e uma vez que não tem ninguém que cozinhe por ela, a entrevistada resolve-o comprando legumes já cortados.

Para além da adaptação aos portões, fez uma alteração à casa de banho – mandou trocar a banheira por uma cabina de chuveiro porque não conseguia, por causa da altura, entrar sozinha na banheira. Para que consiga subir e descer as

escadas que tem dentro de casa, mandou colocar umas barras de apoio de ambos os lados. E porque o papel higiénico na casa de banho estava do lado que foi afectado pelo AVC, mandou colocar um outro suporte do lado contrário.

Há várias tarefas de manejo fino que lhe são muito custosas, mas tenta sempre realizá-las sozinha, como cortar as unhas – primeiro com um corta-unhas e depois com uma lima. Evita roupa com botões, que são difíceis de apertar.

Surpreendentemente, diz que consegue levantar-se sozinha depois de uma queda. Fica no chão enquanto não lhe passarem as dores e depois agarra-se aos móveis para se levantar. Uma vez que vive sozinha e diz ter já caído várias vezes, perguntámos-lhe se conhecia os colares/pulseiras com botão de alerta. Disse não saber da existência desse tipo de objectos e ficou muito interessada em obter mais informações. Quis saber onde podia arranjar um aparelho do género, que lhe ia dar muito jeito, e prometemos fazer-lhe chegar essa informação.

O IB desta entrevistada é de 90, tendo apresentado resultados abaixo dos valores máximos somente em dois parâmetros de avaliação: alimentação e subir/descer escadas.

M4

A entrevistada M4 é totalmente capaz de realizar várias tarefas, incluindo algumas de manejo fino como cortar a carne no prato ou apertar botões. Há outras da mesma categoria que é incapaz de fazer, como cortar as unhas ou apertar atacadores.

Vive com o marido e com uma empregada, sendo esta última quem a ajuda diariamente. Em concreto, presta auxílio à entrevistada na altura de se calçar, de tomar banho ou a transportar objectos pela casa. Esta senhora, como aliás vários dos entrevistados, diz-se incapaz de transportar objectos pela casa com medo de os deixar cair ou medo de ela mesma cair e se magoar.

Diz que consegue sair e fazer compras e que não tem problemas com o uso do dinheiro, mas para sair, e até para se movimentar dentro de casa, serve-se da ajuda de um tripé.

M5

Esta senhora teve o AVC há dez anos, que a deixou na cama e muito debilitada, com hemiplegia direita e incapaz de falar, apesar de conseguir ouvir bem.

Ao longo do tempo foi-se esforçando por superar as dificuldades e, aos poucos, conseguir realizar as actividades da vida diária, até que hoje já consegue preparar refeições sozinha. Ao contrário do que dizem os outros entrevistados, esta senhora diz que lhe é muito difícil apertar fechos de correr. No domínio do vestir há outras duas tarefas que não consegue realizar: calçar meias e apertar atacadores.

A entrevistada está reformada e faz a lida da casa sozinha. Vive com o marido

e com a filha. Mas, ainda que a filha ajude no que pode, só tem tempo para isso fora do horário do expediente. É a filha quem ajuda a mãe a tomar banho, a realizar algumas tarefas por norma difíceis a vítimas de AVC como abrir um pacote de leite, e é também ela quem acompanha a mãe sempre que quer sair de casa, já que nunca sai sozinha. Aliás, quando sai, fá-lo não só com o apoio da filha como também com a ajuda de uma bengala. Mas a insegurança que tem na mobilidade no exterior esvai-se no interior da casa, sendo esta senhora totalmente capaz de subir e descer escadas e até vencer os degraus carregando bacias de roupa para estender a secar no terraço que fica num andar superior – embora tenha secador e roupa, opta por não o usar devido ao elevado custo da electricidade.

A autoconfiança a subir e descer degraus não é tão grande quando se trata de transportar objectos susceptíveis de partir e ferir a entrevistada, como os pratos que tem que levar da cozinha no piso superior para a sala no piso inferior para as refeições, razão pela qual evita pôr a mesa. É o mesmo medo de se magoar que faz com que não tenha coragem de levar recipientes pesados ao lume. Esta foi uma das três tarefas que a entrevistada acrescentou à lista dada. As restantes, que disse conseguir realizar, mas com dificuldade, foram: descascar batatas, passar a ferro e lavar a roupa.

M6

Teve o AVC há quatro anos e continua com a mão esquerda debilitada. No entanto, diz ser totalmente capaz de realizar a maior parte das tarefas – 32 num total de 42. Duas das tarefas nunca experimentou realizar: diz que nunca aspira ou varre e nunca lava a louça, não sabendo por isso se é capaz de o fazer ou não. Este caso levanta-nos um problema que já observámos noutros estudos: a provável necessidade de questionários diferentes para homens e mulheres, que resultará em dados finais separados, dado que está culturalmente enraizado em grande parte das pessoas que entrevistamos que as tarefas de lida da casa são exclusiva responsabilidade das mulheres (ver Capítulo 6, secção “Actividades acrescentadas”).

Diz o entrevistado, como quase todos, que já caiu várias vezes e que levantar-se de uma queda é uma das três tarefas em que se declara incapaz, sendo as outras duas cortar as unhas (só corta as da mão esquerda) e cortar carne no prato – tarefas que têm que ser realizadas pela mulher, única pessoa com quem vive.

Apesar de ter alguma dificuldade em subir degraus, não tem quaisquer problemas em termos de mobilidade ou transferência e apresenta uma classificação de 90 no IB.

M7

Tem cinco filhos, vive com três deles e com o marido e cuida em permanência de dois filhos que têm nove e 12 anos. A entrevistada teve o AVC há três anos e só há

dois é que começou a querer fazer as tarefas por si e esforçar-se por recuperar. Hoje tenta dia-a-dia realizar pequenas tarefas. Alegra-se e festeja muito sempre que consegue realizar uma tarefa pela primeira vez depois do AVC.

Descreve com muito detalhe e entusiasmo a forma como realiza cada uma das actividades acerca das quais foi inquirida. Foi com especial alegria e orgulho que nos disse ter conseguido no dia anterior, pela primeira vez, abrir um pacote de leite sozinha só com a ajuda de uma tesoura.

Há tarefas que ainda não consegue fazer, nem com ajuda: cortar as unhas (é o filho de 12 anos que lhas corta), escrever e cortar a carne no prato. A dificuldade desta última tarefa é o agarrar da faca porque a mão não a segura com firmeza e a faca acaba por rodar sobre si dentro da mão e torna o seu uso ineficaz no caso da carne no prato e perigoso quando se trata de tentar cortar legumes, por exemplo. Esta é a razão pela qual acrescentou a tarefa descascar batatas e cenouras à lista de AVD dada, na variável incapaz. Para não ter que descascar e cortar legumes compra-os já cortados e congelados. No entanto, não vai sozinha fazer compras. Tem que ir com os filhos porque não consegue transportar os sacos. Outra das tarefas que lhe era muito custosa e que agora já consegue realizar é estender a roupa.

Não fez qualquer adaptação à casa para se movimentar e não comprou qualquer ajuda à excepção de umas “panelas Silampos”, ideia da filha, para substituir as panelas antigas que “agarravam muito a comida, tinha que se esfregar muito para lavar e era difícil”. Mas a entrevistada sente a falta das panelas que tinha há muitos anos e teve “muita pena pela louça antiga”. No entanto, a ideia da filha teve o efeito desejado, porque estas panelas são, para a mãe, muito mais fáceis de lavar.

Outros objectos difíceis de lavar, sobretudo um a um, são os talheres por serem muito difíceis de agarrar. Mas a senhora conta que, no dia anterior à entrevista, conseguiu também lavar um garfo sozinha.

Como quase todos os entrevistados, diz que já caiu várias vezes, mas levanta-se sozinha servindo-se apenas dos móveis para se agarrar. O esforço desta senhora e a alegria que mostra por conseguir realizar tarefas são notáveis.

No IB teve a classificação de 85.

M8

A entrevistada vive sozinha com o marido mas, como os filhos moram no andar de cima, tem todos os dias a ajuda da filha nas tarefas que lhe são mais difíceis, como para tomar banho, cortar as unhas, limpar a casa e fazer compras.

Consegue vestir-se sozinha, mas não consegue apertar atacadores e tem alguma dificuldade em apertar botões por só conseguir usar a mão esquerda.

Já andou numa cadeira de rodas mas agora é totalmente capaz de caminhar

pela casa, servindo-se de uma muleta a partir do momento em que sai. Quanto à subida e descida de degraus, é capaz mas somente se houver corrimãos para se agarrar.

Em termos de transferência não apresenta dificuldades. É mais difícil sair da cama, mas consegue apoiando-se na cabeceira. A maior dificuldade é quando cai. Já caiu muitas vezes e nunca conseguiu levantar-se sozinha.

Uma vez que o AVC lhe afectou o lado direito do corpo, não consegue escrever por ter dificuldades no manuseio fino.

O resultado final no IB é 70.

M9

Esta é a segunda pessoa a viver sozinha que entrevistámos. É solteira e vivia com a mãe, que há três anos morreu, deixando-a só com o cão.

A senhora é somente incapaz de realizar duas tarefas: cortar as unhas (cortadas no cabeleireiro) e cortar a carne no prato. Apesar disso, cozinha e desempenha com maior ou menor dificuldade todas as tarefas relacionadas com a lida da casa, incluindo costurar, passar a ferro e lavar roupa, inclusivamente peças pesadas como tapetes.

Teve o AVC há cinco anos e tenta ao máximo ser independente, esforçando-se por realizar as tarefas sem recorrer a produtos de apoio e muito menos a ajuda de outras pessoas. Questionada acerca do uso de produtos de apoio disse que não se quer habituar a ter coisas que lhe facilitem as tarefas e depois ficar dependente dessas mesmas coisas. Como anda fora de casa com alguma dificuldade (especialmente quando tem que ultrapassar degraus – diz que, se não tiverem corrimão consegue descer com facilidade, mas sobe com muita dificuldade pelo medo de cair), perguntámos-lhe se tinha ou alguma vez tinha tido alguma ajuda de mobilidade. Diz que não, “Só me estorva. Não me quero habituar a usar essas coisas. Tenho que fazer por mim”.

De resto, usa a faca ou a tesoura para abrir pacotes de leite e envelopes.

No domínio do vestir, as tarefas mais difíceis são calçar os sapatos. Especialmente, diz, se forem botas de cano alto porque para além de serem mais difíceis de calçar, prendem os movimentos do tornozelo. Assim, ainda que se tenha visto forçada a pôr de lado os sapatos de salto alto que usava sempre, conformou-se e só compra sapatos fáceis de calçar – ortopédicos ou sabrinas. Disse que agora ia tentar arranjar umas botas ortopédicas de cano baixo para se começar a habituar de novo.

O IB desta senhora é de 95.

Consegue tomar banho sozinha e até lavar a cabeça, embora esta última com alguma dificuldade, e não tem problemas para entrar na banheira. Aliás, nem sequer tem barras de apoio para se agarrar. A única coisa que teve que comprar

foi uma escova de cabo comprido para conseguir lavar as costas sozinha.

Diz que agora vê pior, mas não comprou óculos, que não tem dinheiro para isso. Usa os óculos que eram da mãe.

Quando cai, e já caiu várias vezes, desloca-se de joelhos até ao móvel mais próximo (uma cadeira ou uma mesa) e apoia-se nele para se erguer.

M10

O entrevistado tem 39 anos e teve um AVC em Setembro deste ano (há três meses), que lhe afectou o lado direito do corpo.

O impacto do AVC não foi grande e o senhor já é capaz de realizar com facilidade a maior parte das tarefas (34 em 42). À tarefa “levantar-se de uma queda” respondeu que não sabia o seu grau de capacidade por nunca ter caído. Quanto às sete tarefas restantes, declara-se capaz com dificuldade de se calçar, apertar atacadores, apertar botões, curvar-se e pegar em roupa do chão e escrever. A dificuldade na realização da maior parte destas tarefas prende-se com o facto de o entrevistado ter dificuldade em curvar-se em direcção ao chão. Sobra uma tarefa – abrir um pacote de leite – que realiza recorrendo à ajuda de uma tesoura.

Por todas estas razões obteve uma classificação de 100 no IB, sendo uma pessoa totalmente independente.

G1

Apesar de viver com a filha, o genro e os dois netos, o entrevistado, antigo taxista, é praticamente independente. Quando lhe foi perguntado se podia viver sozinho, respondeu que só não o fazia porque não sabe cozinhar.

Algumas tarefas desempenha-as com uma certa dificuldade, outras é totalmente capaz de fazer. A única coisa tarefa que é incapaz de fazer, e para a qual conta com a ajuda da neta, é a de cortar as unhas.

Contou que não comprou qualquer tipo de produto de apoio porque nunca precisou. A única tarefa para a qual se serve de um objecto de auxílio é na de abrir envelopes, para a qual usa uma faca. Consegue entrar sozinho para a banheira e tomar banho sozinho. Consegue até lavar a cabeça, pondo-se primeiro de joelhos na banheira para a lavar, levantando-se depois para lavar o resto do corpo.

Obteve uma classificação de 95 no IB e conta que todos os dias vai a pé ter com a filha, fazendo mais de 500 metros sozinho. Lê o jornal todos os dias e não precisa de óculos para o fazer, apesar de já ter 83 anos.

Diz que a única sequela grave com que ficou foi a dificuldade, por vezes, em expressar-se.

G2

A senhora foi severamente afectada no lado direito do corpo pelo AVC que teve. E embora seja comunicativa, tem muitas dificuldades em falar e confunde números, datas e sequências. Contudo, consegue ler e escrever.

Está agora reformada da profissão de costureira que exercia.

Apresenta uma classificação de 45 no IB por necessitar de ajuda para todas as tarefas. Utiliza um produto de apoio – um andarilho –, mas embora consiga movimentar-se dentro e fora de casa, é incapaz de subir ou descer degraus. Tem também problemas de transferência.

Serve-se maioritariamente de ajuda do marido e do filho para desempenhar as tarefas.

Até agora foi a primeira pessoa que disse precisar de ajuda para abrir um frasco, para logo depois explicar que a ajuda era dada pela própria, já que prende o frasco nas pernas para depois o abrir com a mão esquerda.

Diz conseguir usar o telefone, mas não o comando da televisão, por não conhecer os números. No entanto, consegue reconhecer e usar o dinheiro.

Quanto às tarefas relacionadas com a lida da casa, declara-se incapaz de realizar qualquer uma delas.

G3

A entrevistada tem excesso de peso e não consegue transferir-se da cama para a cadeira ou vice-versa. Não consegue sequer manter a posição sentada na cama – só o consegue na cadeira de rodas, que usa quando sai de casa.

Passa os dias inteiros deitada na cama e é lá, nessa posição, que come, não tendo sequer uma mesa de apoio. Pousa o prato sobre o peito, prendendo-o com os lençóis e cobertores e come sozinha. Não consegue cortar a carne, mas desde que esteja tudo cortado em tamanhos pequenos o suficiente para entrarem na boca, consegue comer sozinha com a mão direita. Para beber usa uma caneca polimérica com uma asa que comprou depois do AVC para não partir e se magoar. Outras vezes usa uma garrafa tipo biberão e bebe directamente dela para não entornar a água.

Vive com o marido e com o filho, mas quem a ajuda nas AVD é a empregada ou a assistente social. Ajudam-na a tomar banho e trocam-lhe as fraldas, já que não consegue usar a sanita.

Deitada na cama, tem a televisão ligada todo o dia e consegue com facilidade usar o comando, mas estranhamente não consegue usar o telefone.

De noite, para que consiga acender a luz, colocaram-lhe um interruptor tipo “pêra” junto da cama, que usa com facilidade.

A entrevistada foi mulher-a-dias e peixeira e diz que não comprou mais ajudas que precisava porque a reforma de 200 euros não chega para tal. Não usa óculos porque vê bem, mas é analfabeta, pelo que a actividade “ler” não se lhe aplica.

O resultado no IB é de 5 porque a senhora consegue comer sozinha.

G4

A entrevistada tem 76 anos e teve o AVC há cinco anos, que lhe afectou o lado

esquerdo do corpo. Vive com o filho, mas quem a ajuda diariamente é a empregada doméstica.

Das 42 tarefas, é totalmente capaz de realizar somente cinco: lavar os dentes (mas é incapaz de pôr a pasta dos dentes na escova), levantar um copo e beber, sair e fazer compras, usar o telefone e usar o comando da televisão.

Das tarefas que é capaz de realizar, mas com ajuda, cinco contam com o auxílio da empregada – são tarefas de higiene pessoal, de transferência e de mobilidade. Outras três são com o auxílio de objectos: para tomar banho serve-se de uma cadeira colocada no interior da banheira e para se deslocar dentro ou fora de casa usa uma cadeira de rodas, mas também para esta tarefa tem que contar com a ajuda da empregada por não conseguir movimentar a cadeira sozinha.

O valor do IB é de 35.

G5

Este senhor tem 82 anos e teve o primeiro e único AVC em Julho deste ano (há cinco meses). Já andou em cadeira de rodas mas agora desloca-se com a ajuda de um andarilho, que lhe foi emprestado pelo vizinho.

Vivia do trabalho do campo e continua a ir ao quintal para ver como estão os legumes e os animais, mas diz ser incapaz de trabalhar porque se desequilibra com facilidade e não consegue largar o andarilho.

Embora dois dos filhos vivam em casas contíguas, é a mulher quem o ajuda diariamente. Toma banho no chuveiro, agarrado a umas barras de apoio e não consegue fazer mais nada, sendo a mulher a lavá-lo e a secá-lo. No entanto, consegue sozinho utilizar a sanita.

Em termos de transferência, diz que consegue levantar-se de uma cadeira apoiando-se no andarilho, mas não consegue pelo mesmo método levantar-se da cama, pelo que tem que contar com a ajuda da mulher. Fora de casa, na rua, prefere deslocar-se apoiado noutra pessoa e se tiver que subir escadas usa não só a ajuda de uma pessoa de um lado como o apoio do corrimão do outro.

Questionado acerca da utilização do telefone, contou que não tem nenhum nem nunca teve. E não consegue usar o comando da televisão.

Quando cai, e diz que já caiu algumas vezes, não pede ajuda à mulher que não tem força para o levantar. Tem a mulher por isso que ir pedir auxílio ao neto que mora numa das casas ao lado.

Às refeições consegue comer e beber sozinho usando uma só mão, a esquerda, mas não consegue cortar a carne no prato.

Não acrescentou nenhuma tarefa à lista inicial e obteve uma classificação de 75 no IB.

G7

Tinha algumas dificuldades de comunicação, pelo que foi a sua mulher, cuidadora

diária, que o ajudou a responder e assinou por ele o consentimento informado.

O entrevistado teve um AVC em Julho deste ano (há cinco meses), mas ao contrário do entrevistado G5, está muito debilitado e dependente, apresentando um resultado de 25 no IB. Tem muitas dificuldades em falar e, sempre que tentava responder, logo irrompia em choro.

O AVC afectou gravemente o lado esquerdo do entrevistado, mas ainda assim consegue realizar algumas tarefas com usar o telefone ou o comando da televisão. Consegue escrever, embora com alguma dificuldade e usa óculos para ler. Depois de lhos darem, consegue tomar os comprimidos e comer sozinho depois de lhe cortarem a carne e o resto da comida porque só usa uma mão. Apesar de conseguir levar o copo à boca, a mulher prefere dar-lhe o copo com uma palhinha para facilitar a tarefa.

É também o entrevistado que lava os próprios dentes. Não em frente ao lavatório, mas sentado no sofá com uma bacia de água no colo. É capaz de se levantar da cama ajudado por uma pessoa e manter-se em pé. Mas a mulher optou por encostar a cama à parede do lado em que o marido dorme com medo que ele caia da cama, como já aconteceu uma vez.

Para tomar banho necessita também da ajuda da mulher e fica sentado num banco dentro da banheira. Como não consegue usar a sanita, usa fraldas. Mas a mulher, dentro das fraldas, põe ao marido um penso para facilitar a troca, que é frequente.

G8

O entrevistado teve um AVC há quase três anos e continua a fazer fisioterapia três vezes por semana. No entanto, apesar de já conseguir andar com a ajuda de uma bengala, não consegue ainda abrir a mão esquerda, o que dificulta bastante a realização de tarefas que envolvam ambas as mãos.

Uma das coisas curiosas que nos contou foi que não é ele quem pede ajuda para abrir frascos, mas sim a sua mulher, que não tem força para o fazer sozinha – a mulher segura no frasco e o marido roda a tampa com a mão direita. Contamos que os comprimidos que toma vêm dentro de um frasco pequeno que ele, só com uma mão, consegue abrir sozinho.

Uma das tarefas que acrescentou à lista de AVD foi “fazer a barba”, que é totalmente capaz de realizar, utilizando uma máquina de barbear. A outra tarefa que acrescentou foi “cortar as unhas dos pés”, que consegue com a ajuda da mulher que lhe levanta os pés para o entrevistado depois fazer o resto sozinho. Para cortar as unhas das mãos a tarefa é mais complicada por não conseguir usar a mão esquerda – consegue por isso cortar as unhas de uma mão e para a outra pede a ajuda da filha.

Há cinco tarefas da lista que não se aplicam a este entrevistado (não sabe / nunca experimentou): “levantar-se de uma queda” (porque desde que teve o AVC

nunca caiu), duas tarefas relacionadas com a lida da casa – “aspirar/varrer” e “lavar a louça” – e duas de higiene pessoal – “abrir a pasta-dos-dentes” e “lavar os dentes” – porque usa placa superior e inferior que lava pondo-as dentro de um copo com água onde é dissolvida uma pastilha própria para lavagem de próteses dentárias.

Diz que consegue descer escadas só com a ajuda de um corrimão, mas que para subir necessita da ajuda da bengala e que caminha todos os dias mais de 500 metros.

Contou-nos também que consegue lavar algumas partes do corpo sozinho, mas que não entra na banheira – em vez disso senta-se na sanita que fica ao lado da banheira e a mulher ajuda-o a lavar-se.

G9

Era empregado de mesa e agora está reformado. Caminha dentro e fora de casa com a ajuda de um tripé e conta que se for para muito longe leva uma cadeira de rodas.

Foi complicado percebermos como lava os dentes devido à dificuldade que o tinha em expressar-se. No entanto, apesar de não ter ficado claro como o faz, o entrevistado diz-se totalmente capaz de abrir a pasta-dos-dentes e de lavar os dentes sozinho.

Não sabemos se tem andado a treinar ou em terapia para tal, mas conseguiu assinar o nome próprio com a mão esquerda apesar de ser destro e ter tido o lado direito do corpo afectado pelo AVC.

Diz que tem dificuldade em ler devido não a problemas de visão, mas de compreensão (uma possível consequência do AVC, já que o participante tem a quarta classe).

Fumava antes do AVC e continua a fazê-lo.

Uma tarefa não incluída na lista inicial nem acrescentada pelo entrevistado, mas que conseguimos observar foi “tirar objectos dos bolsos” – este senhor é incapaz de tirar o que quer que seja do bolso do lado que foi afectado pelo AVC (direito), quer seja com a mão direita, ou com a esquerda.

Pareceu-nos que o entrevistado preza muito a sua independência e faz o que pode para evitar pedir ajuda. Por exemplo, para que consiga vestir-se sozinho, optou por comprar roupa sem botões e sapatos sem cordões um número acima do que calça para conseguir enfiar os pés sem ter que se baixar.

Como já aconteceu com outros entrevistados do sexo masculino, as tarefas de “aspirar/varrer” e “lavar a louça” não se lhe aplicam por nunca ter experimentado. No entanto, diz que às vezes põe a mesa sozinho e consegue fazê-lo porque a mesa está na cozinha perto dos armários, pelo que ele só tem que girar sobre si próprio para tirar a louça/talheres/copos de um lado e pousar no outro. Outra

das tarefas que não se aplica é “levantar-se de uma queda” por nunca ter caído depois do AVC.

P1

Vive com a mulher e um filho, era chefe de armazém antes do AVC e está bastante abatido por achar que não recupera o que gostaria, estando a fazer fisioterapia há quatro anos (altura em que teve o AVC). O terapeuta presente na clínica comentou que este senhor tinha muito potencial para melhorar, mas que se apoiava muito na mulher para realizar as actividades e que isso o impedia de progredir.

Na realidade o entrevistado não tem qualquer tipo de ajuda de objectos – toda a ajuda que tem é a mulher quem dá – a não ser a ajuda da cabeceira da cama para se levantar.

Mesmo não tendo muita motivação para realizar as tarefas, conseguiu obter uma classificação de 70 no IB. Tentou, já que consegue ver relativamente bem e não tem problemas cognitivos, arranjar um carro de mudanças automáticas. Mas, como são muito caros, teve que ir solicitar a atribuição de incapacidade para pagar menos impostos sobre o valor do carro. Não obteve o grau necessário para a redução de preço que queria e como tal não tem carro. Anda a pé em casa e pela rua sem ajuda de qualquer tipo.

Há algumas tarefas que talvez fosse capaz de realizar facilmente, como “curvar-se e pegar em roupa do chão”, mas tem muito medo de cair e evita fazê-lo.

P2

A entrevistada tem 91 anos e teve o AVC há cerca de seis meses. Estava na clínica acompanhada por duas filhas, tendo uma delas, com quem a mãe vive, ajudado a mãe a responder, já que o AVC afectou a capacidade de comunicação da senhora. Esta dificuldade em expressar-se faz com que a senhora se enerve sempre que não consegue dizer o que quer ou fazer-se entender.

No momento da entrevista a senhora já conseguia andar, mas com a ajuda de uma muleta. Já tinha usado um andarilho antes, numa altura em que partiu colo do fémur – este andarilho tinha sido emprestado, mas a muleta foi comprada pela filha.

A filha tenta que a mãe faça algumas tarefas sozinha, mas confessa que está sempre por perto para ajudar: “Tenho sempre medo que ela caia”. Este medo deve-se não só à condição motora da entrevistada, mas também à dificuldade em ver – a senhora tem glaucoma, usa óculos, mas cada vez vê pior, tendo tendência para a cegueira. O resultado no IB é de 55, tendo a entrevistada tido os resultados mais fracos nos domínios “vestir”, “higiene pessoal” e “banho”. A entrevistada consegue vestir algumas peças de roupa sozinha, mas não consegue vestir as calças, calçar meias ou sapatos. Consegue também, embora com dificuldade, apertar botões.

Para além da filha há uma pessoa do centro de dia que vai à casa da entrevistada prestar auxílio. Antes do AVC era esta pessoa quem lhe cortava as unhas no centro e a filha pediu que continuasse a fazê-lo, mas agora em casa. Isto porque a entrevistada só consegue sair, subir/descer degraus e caminhar fora de casa se tiver, em simultâneo, a ajuda da canadiana e da filha. Dentro de casa consegue movimentar-se sozinha só com a ajuda da canadiana. A filha disse que, desde o AVC da mãe, tem todas as portas permanentemente abertas. Em termos de transferência a entrevistada só consegue erguer-se de uma cadeira ou da cama se tiver a ajuda de alguém (normalmente a filha com quem vive) e devido a esta dificuldade, a filha optou por dormir com a mãe para poder ajudá-la sempre que a senhora quiser ir à casa de banho durante a noite.

Perguntámos se o fisiatra tinha falado na possibilidade de obter ajudas técnicas. Respondeu-nos que não, que nem sabia que tinham direito. Queixou-se do centro de saúde e dos profissionais do centro que lhe disseram que não podiam aumentar o complemento de incapacidade “porque fica muito caro ao Estado”.

Finalmente, é curioso notar que só há duas actividades que a entrevistada é totalmente capaz de realizar: “levantar um copo cheio e beber” e “ver televisão (usar o comando)”. A explicação para este último caso vem da boca da filha: “desde que eu lhe ensinei onde é o botão, ela muda sozinha”.

P3

O entrevistado já teve dois enfartes e uma trombose antes de ter o AVC, que aconteceu em Novembro deste ano (há menos de um mês). O AVC afectou-lhe o lado esquerdo, mas está a recuperar bastante bem, conseguindo já realizar algumas tarefas. Consegue, inclusivamente, caminhar sozinho pela casa sem qualquer tipo de ajuda. Mesmo quando sai de casa, que infelizmente só acontece quando vai à fisioterapia, não usa nenhuma ajuda a não ser a da mulher – mas desta ajuda não prescinde, diz que sem a mulher não sai de casa com medo de cair por causa das tonturas que tem.

É incapaz de realizar cinco tarefas, três das quais devido ao medo de cair ou de deixar cair alguma coisa. Consegue tomar banho sozinho, mas sempre com a mulher ao lado. Dentro da banheira serve-se da ajuda de um banco que é do filho, com trinta anos, que tem deficiências motoras. Depois da entrevista, em conversa com a mulher do entrevistado, perguntámos como era o banco ao certo. Disseram-nos que era um banco de banheira, normal, sem encosto e acrescentou num sorriso: “Tem uma tampa. Levanta-se a tampa e mete-se champôs e tudo lá dentro. Mesmo engraçado! É mesmo jeitoso!”.

Como aconteceu antes, duas das tarefas não se lhe aplicam: “aspirar/varrer” e “lavar a louça”, porque nunca experimentou. No entanto, acrescentou a tarefa “fazer a barba”, dizendo que é totalmente capaz de a fazer sozinho, usando uma lâmina e não uma máquina como outros entrevistados já nos tinham dito que

usavam. Já para cortar o bigode tem que, por vezes, pedir a ajuda da mulher por não controlar bem a tesoura.

Depois do AVC o entrevistado apresentou duas sequelas que nunca antes nos tinham sido mencionadas por outros entrevistados, apesar de figurarem na literatura. Diz que de um momento para o outro tem grandes variações de humor, ficando muito brusco e agressivo – comportamento que a mulher, pesarosa, nos confirmou: “a semana passada parece que queria morrer”. A outra sequela foi-nos mencionada pela mulher. Desde que teve o AVC as pernas do entrevistado nunca mais aqueceram. Estão sempre frias. “À noite parecem gelo”, diz a mulher. Razão pela qual a mulher do senhor comprou umas botas eléctricas que ele calça quando está sentado no sofá e, segundo a mulher, “aquilo é uma maravilha!”.

P4

A entrevistada tem 69 anos, está reformada e antes da reforma era empresária – tinha um supermercado. Vive sozinha com o marido, que é quem diariamente a ajuda. O lado do corpo afectado foi o direito e já consegue realizar sozinha a maior parte das tarefas quotidianas. As únicas que é incapaz de fazer são: apertar atacadores e cortar as unhas – é o marido quem as realiza por ela.

Quanto a ajudas, usa somente duas: uma barra de apoio na casa de banho da casa que tem na aldeia e uma bengala. A razão pela qual só tem a barra na casa de banho da casa da aldeia, segundo a entrevistada, é a falta de espaço na casa do Porto para colocar o que quer que seja. Era uma casa muito pequena; quando a senhora foi para lá a casa de banho nem sequer tinha banheira. Pouco a pouco foi fazendo obras, mas o espaço era exíguo. No entanto, perguntámos se lhe era útil a barra de apoio que tinha. Disse-nos que sim. “Muito”. A outra ajuda, a bengala, só se serve dela quando sai de casa: “às vezes posso-me desequilibrar e é uma perna” – mais uma vez, o medo de cair. Quando vai para a aldeia diz que passeia sozinha pelo campo e não leva bengala; o cuidado que tem é caminhar junto às árvores nas quais de quando em quando se apoia.

Consegue, então, sair de casa sozinha e até vai com o marido fazer compras – aqui o único problema é que não consegue transportar sacas. Contou-nos que já caiu e que só consegue levantar-se com a ajuda de alguém. No entanto, para entrar e sair da cama não tem problemas. A razão, segundo a entrevistada, é o tipo de cama que tem: “porque a minha cama é do século XVII – é muito alta e eu desço bem e subo”.

Houve duas tarefas que não se lhe aplicaram: “abrir a pasta-dos-dentes” e “lavar os dentes” – disse-nos que tem placa superior e inferior e para a lavar usa *Polident*® (referindo-se às pastilhas solúveis em água).

Acrescentou uma tarefa, que foi “passar a ferro”, dizendo que é totalmente capaz de a realizar. O IB desta senhora é de 85.

P5

Teve o AVC em 2004 e continua a fazer fisioterapia, mas ainda tem algumas dificuldades na realização de várias tarefas. Vive sozinha com o marido a quem pede ajuda com frequência, começando pelo vestir e pelo banho. Não tem um banco, mas serve-se da beira da banheira (larga) para se sentar enquanto o marido a ajuda a lavar-se. Junto à sanita, para que consiga usá-la sozinha, tem uma barra de apoio simples.

Como vários outros entrevistados, só consegue cortar as unhas de uma das mãos, tendo que pedir à neta que lhe corte as da outra mão. Consegue pentear-se sozinha, mas como o resultado não é muito satisfatório, optou por usar o cabelo muito curto para facilitar a tarefa.

Tem alguns problemas de transferência. Para se levantar de uma cadeira consegue apoiando-se nos braços ou no encosto da cadeira, e para entrar e sair do carro “agarro-me à beira do carro [tejadilho]”. Para se levantar da cama tem que pedir a ajuda do marido e quando cai é também incapaz de se levantar sem a ajuda de uma outra pessoa. Não usa qualquer ajuda para mobilidade, a não ser o corrimão quando tem que subir ou descer escadas. Quando lhe perguntámos como realizava esta última tarefa respondeu: “Devagarinho. Logo que tenha corrimão, subo”. Vai com o marido às compras: “Agarro-me ao carrinho e vou.”

Como muitos outros entrevistados, não consegue cortar a carne sozinha e também é incapaz de abrir ou fechar frascos. Perguntámos-lhe se não conhecia certos objectos de auxílio à abertura de frascos. Disse que não. Nunca viu nem nunca ouviu falar de tal.

Consegue escrever e também ler, com a ajuda de óculos. “Leio o jornal, leio revistas, a Maria, a Caras. O meu marido compra-me tudo. Pois leio. Senão o que é que eu ia fazer todo o dia?”

A última tarefa a ser perguntada foi a de “abrir envelopes”. Respondeu-nos de uma forma curiosa: “Se tiver bico abro, mas se não tiver bico para meter não consigo”. Pedimos para explicar melhor o que é que tinha que ter “bico”: a tesoura que nos disse que usava ou o envelope. Percebemos então que o “bico” de que falava era um espaço aberto (ou não colado) no canto do envelope onde conseguisse introduzir a ponta da tesoura.

Acrescentou duas tarefas da lida da casa que era incapaz de realizar: “lavar a roupa” e “estender a roupa” – é a nora quem as faz.

P6

A conversa foi complicada devido a dificuldades de comunicação oral do entrevistado, mas pudemos conferir as respostas junto da sua mulher que chegava para o ir buscar à clínica.

O entrevistado era motorista e teve um AVC em 2002. Desde então está muito

debilitado, custa-lhe bastante a andar, mesmo com a ajuda da canadiana, e ainda não consegue subir degraus.

O IB é de 55 e as tarefas que é totalmente capaz de realizar são poucas. Entre elas estão: “abrir torneiras”, “usar a sanita” e “levantar um copo cheio e beber”. Não tem qualquer ajuda para além da canadiana e a mulher diz que nem sequer conhece os bancos de banheira que lhe mostrámos.

A tarefa que o entrevistado mais pena tem de não conseguir realizar é andar. Gostaria de se atrever mais e até sair de casa, mas tem medo. Aliás, a frase “tenho medo” foi repetida constantemente durante toda a entrevista. Não caiu, mas tem um medo pânico que isso aconteça: “Tenho medo, se eu cair é um caso sério”. Para além disso está bastante deprimido e inconformado com o estado em que está, estando constantemente a dizer que preferia morrer.

P7

Teve o AVC em 2005 e, pelo que conta, tem vindo a recuperar bastante bem. A cada pergunta que lhe fazíamos começava por dizer: “Agora consigo...”. Foi o primeiro dos entrevistados até ao momento que frequentou o ensino superior e disse bem da existência de designers para a criação de produtos de apoio: “É designer? Ainda bem que vocês existem para inventarem coisas como essa prancha.” Na frase anterior o entrevistado referia-se à prancha de apoio na banheira que usa para tomar banho. Apesar de conseguir tomar banho sozinho, diz que não aguenta o tempo todo do banho em pé e a movimentar-se, pelo que tem que o fazer sentado.

A única tarefa que não consegue realizar é descer degraus. Diz que subir é mais fácil. E, enquanto que dentro de casa anda sozinho, quando sai não dispensa a ajuda de uma canadiana. Parece que tem uma grande motivação para melhorar e diz que se força a caminhar fora de casa sempre que pode. Contou que faz questão em ir às compras para praticar o andar e que no supermercado se serve da ajuda do carrinho de compras para se apoiar. Disse mais tarde: “O que me faz mais falta e tenho mais pena é conseguir caminhar melhor. É o que me dói na alma.”

De resto, usa só uma outra ajuda – uma faca própria para abrir envelopes. Mas, apesar de parecer insignificante, este foi o primeiro entrevistado a ter um instrumento próprio para as cartas, em vez de uma corrente faca ou tesoura.

Para além das tarefas que apresentámos, acrescentou que consegue fazer a barba e utilizar o computador sozinho e sem dificuldade. A conduzir é que ainda não se atreve.

F1

Apesar de ser nova, esta entrevistada apresentou um resultado muito baixo no IB: 15. Vive sozinha com o marido, quem é quem a ajuda diariamente e é incapaz de realizar a maioria das tarefas. De todas, diz que é somente totalmente capaz

de “abrir e fechar torneiras” e “levantar um copo cheio e beber”. Dentro da coluna “capaz com ajuda” também só se encontram, surpreendentemente, duas AVD: “lavar-se e secar-se” e “tomar banho de banheira” – isto porque conta com a ajuda do marido, de um banco na banheira e de uns apoios de braços para se agarrar.

Possui uma cadeira de rodas, mas não consta da lista de ajudas usadas porque a entrevistada sozinha não é capaz de se deslocar nela.

Nas actividades “escrever” e “ler”, registou-se o grau incapaz porque a entrevistada é analfabeta e diz que para assinar o seu nome, quando ainda conseguia, só copiando.

F2

Esta entrevistada mora com o marido num lar de idosos praticamente desde que teve o AVC. Primeiro continuava a morar em casa, com as visitas regulares das filhas para ajudarem os pais (o marido também sofre de deficiências motoras). Mas cedo perceberam que não conseguiam viver assim e as filhas procuraram um lar para os pais. A entrevistada diz que lá está muito bem, que “elas são todas muito minhas amigas”, mas tem muitas saudades da própria casa.

Consegue lavar-se minimamente sozinha, mas precisa sempre da ajuda dos profissionais do lar. É lavada todos os dias sentada numa cadeira e o banho integral, na banheira, é aos Domingos. Diz-nos que na banheira dispõe de um banco para se sentar e umas barras de apoio.

No domínio do vestir é incapaz de fazer o que quer que seja, a não ser “apertar botões”, desde que sejam grandes.

Não experimentou realizar a maioria das AVD relacionadas com a lida da casa. Quando lhe perguntámos se conseguia abrir frascos e garrafas respondeu: “Não faço esforços desses, senão pode-me cair ao chão.”

À semelhança da senhora anterior, também a entrevistada F2 tem uma cadeira de rodas, mas que não consegue movimentar sozinha.

Acrescentou as actividades “descascar tangerina/laranja” e “fazer a cama” e declarou-se incapaz de as realizar.

O IB desta senhora é de 35.

F3

Este senhor é uma das poucas pessoas que entrevistámos cujo valor obtido no IB é 100. Tem 69 anos, mora sozinho com uma filha, mas realiza todas as actividades sozinho. As únicas ajudas que referiu foram uma tesoura para “abrir um pacote de leite” e os óculos para ler.

Como muitos dos entrevistados, tem receio de deixar cair objectos e a actividade “alcançar e pegar num pacote de açúcar (acima do nível da cabeça)” foi uma das poucas que disse conseguir realizar, mas com dificuldade. De resto, nesta coluna de grau de capacidade aparecem somente mais três tarefas ligadas à

alimentação: “cortar a carne no prato”, “levantar um copo cheio e beber” e “servir-se de água (garrafa/jarro)”.

Houve uma só tarefa que disse ser incapaz de realizar e não fazia parte da lista inicial: “martelar”.

Todas as outras actividades (35) e ainda outras quatro acrescentadas pelo entrevistado (“fazer a barba”, “nadar”, “conduzir” e “fazer a cama”) foram marcadas como “totalmente capaz”.

F4

Esta senhora tem um problema acrescido às sequelas normais de um AVC – foi-lhe amputado o dedo indicador da mão direita devido a um ferimento. Apesar disto, consegue ter um bom desempenho na maioria das actividades.

Diz-nos que tem destreza suficiente para apertar atacadores, mas as botas que usa diariamente são de fecho de correr na frente, para que sejam mais fáceis de calçar. Consegue vestir-se sozinha, mas é a filha, com quem vive, que a ajuda algumas vezes, nomeadamente durante o banho. Durante o dia está no centro de dia e é lá que a ajudam noutras tarefas como, por exemplo, “cortar as unhas”.

É também capaz de ir à casa de banho sozinha, sem precisar da ajuda de ninguém: “Lavo com a vassourinha e tudo”. Usa permanentemente uma bengala que a ajuda na mobilidade e transferência.

Três das tarefas, relacionadas com a lida da casa, não se aplicaram na entrevistada: “aspirar/varrer”, “lavar a louça” e “pôr a mesa”. Apesar de ajudar a filha quando pode, como a dobrar roupa leve (exemplo que nos deu), não experimentou ainda fazer qualquer uma destas três.

Tem 72 anos, teve o AVC em 2006, tem um dedo amputado e mesmo assim o resultado do IB que apresentou foi 75.

F5

Este senhor foi, até agora, o único entrevistado que nos disse estar a viver com uma família de acolhimento. Tem 72 anos e teve o AVC há cinco, mas não tinha ninguém que cuidasse dele porque ambos os filhos estão emigrados. E foi por isso que decidiu, juntamente com os filhos, procurar alguém que pudesse cuidar dele.

Contou-nos que dorme numa cama ortopédica que tinha comprado para a mulher, vítima de Alzheimer quando era viva. Durante muitos anos, foi o entrevistado que cuidou da senhora. Esteve muito tempo a falar-nos da vida que tinha enquanto a mulher esteve doente e chorou o tempo todo. Chorava também sempre que se lembrava de como era a vida dele antes do aparecimento da doença da mulher e da sua própria doença. Contou-nos também que era uma pessoa muito activa e muito participativa nas actividades da paróquia de que fazia parte. Depois da morte da mulher, e antes de ter o AVC, viveu um tempo sozinho e fazia

uma vida normal, indo comer ao café ou restaurante. Hoje em dia, apesar de conseguir andar com a ajuda de uma canadiana, não tem muitas actividades e queixa-se de estar longe da família e dos amigos (vivia noutra cidade antes de ir para casa da família de acolhimento em Famalicão).

A mão direita do entrevistado ainda está muito debilitada, o que o impede de realizar algumas tarefas como tomar banho. Consegue entrar sozinho no polibã e agarra-se às paredes para manter o equilíbrio, mas é a dona da casa que o lava e seca. Para sair da cama, ajuda que a cama seja articulada, mas também se serve dos lençóis para se agarrar e levantar.

Diz que nunca experimentou abrir um pacote de leite e que é incapaz de realizar as actividades relacionadas com a lida da casa. Para além destas, acrescentou que é incapaz de fazer a barba.

Consegue ler e costuma ler o jornal diariamente, mas não consegue escrever porque é destro e o AVC afectou-lhe o lado direito do corpo.

F6

Esta senhora tem 58 anos, é reformada da segurança social e tem o ensino secundário. Na sua casa vivem mais de quatro pessoas e quem a ajuda com frequência é a filha e a empregada. Não consegue ainda vestir-se sozinha, mas gaba-se de já conseguir tirar a roupa sem a ajuda de ninguém. Não consegue calçar-se, pelo que tem que pedir a ajuda da empregada. Quando lhe perguntámos se conseguia calçar e usar chinelos respondeu: “Os chinelos perco-os pelo caminho”.

Por conseguir despir-se sozinha, consegue também usar a casa de banho autonomamente. O problema vem no fim, quando tem que voltar a vestir-se. A solução, diz: “Com a canadiana bato nas portas e vem alguém”.

Consegue também pôr champô no cabelo e pentear-se, mas lavar o resto do corpo é mais difícil. Assim, tem que tomar banho sentada num banco dentro da banheira e contar com a ajuda da filha para a lavar e secar.

Usa em permanência uma canadiana e diz que não consegue subir ou descer degraus se não tiver um corrimão para se agarrar. Queixa-se muito da fraca evolução que diz ter tido, mas nunca experimentou fazer qualquer das actividades da vida diária relacionadas com a lida da casa, à excepção de sair para fazer compras, mas mesmo assim, diz: “nunca vou só”.

O IB é de 65.

F7

Tem 85 anos e já teve dois AVC. O último foi em Abril de 2008. Trabalhava numa fábrica têxtil, está reformada e vive com a filha e o marido (que já teve duas tromboses).

Tem dificuldade em vestir-se sozinha, mas consegue vestir peças largas como um casaco de malha que tivemos a oportunidade de a ver vestir sozinha.

Conseguiu até apertar os botões. Para se deslocar usa um andarilho, mas tem muita dificuldade em erguer-se de uma cadeira só com a ajuda do andarilho. Mas ainda assim consegue – aliás, contou-nos que o médico a mandou praticar esta tarefa erguendo-se com o apoio de uma mesa. Consegue andar devagarinho com a ajuda do andarilho, mas é incapaz de subir ou descer escadas – por esta razão, passaram-lhe o quarto para o rés-do-chão.

É a filha quem lava a entrevistada, que fica sentada numa cadeira. Perguntámos se a cadeira estava dentro da banheira. Respondeu que não, que a casa de banho está no andar de cima e não consegue ir para lá. Por isso nunca toma banho na banheira – fica sentada na cadeira e a filha lava-a. Por esta mesma razão, não usa também a sanita, só fraldas.

Quando lhe perguntámos se conseguia lavar os dentes disse-nos que não os lavava por ter poucos. Mas, mais adiante, quando quisemos saber se conseguia cortar a carne no prato respondeu que não era preciso, que a carne “rifa-se com os dentes”.

Não faz qualquer actividade da lida da casa e é incapaz de realizar as tarefas de alcance como “curvar-se e pegar em roupa do chão”. Não usa o telefone nem o comando da televisão. Não escreve e diz que não lê por não conseguir ver.

A tarefa que acrescentou à lista inicial foi “secar a louça”, que faz algumas vezes para ajudar a filha na cozinha.

F8

Teve o AVC há cerca de dois anos e tem 76 anos. Esforça-se por realizar sozinha a maior parte das tarefas, incluindo as relacionadas com a lida da casa, mas é ainda incapaz de realizar algumas, como vestir-se, sair para fazer compras ou aspirar/varrer a casa. Tem problemas de equilíbrio e é por isso que não consegue fazer algumas coisas como alcançar um pacote de açúcar acima do nível da cabeça, porque tem que estar sempre com uma mão agarrada no tripé que tem e a outra é que faz as tarefas.

Não sabia que podia ter direito ao tripé – “Quem é que dava isto? Comprei-o!” –, não sabia da existência de ajudas para calçar as meias, mas sabia que existem ajudas para abrir frascos, embora não tenha nenhuma.

Para além do tripé só comprou mais uma ajuda: um banco para a banheira. Usa um pano por baixo do braço fragilizado para lavar a louça (Figura 8.21) e usa as tenazes do fogão a lenha para alcançar os objectos (Figura 8.29), como apanhar roupa que caia ao chão ou meter/tirar a roupa da máquina de lavar. Faz também outro uso do pano: Quando a carne é dura e difícil de cortar “Pego num guardanapo e seguro na carne.” Tem talheres de cabos grossos, mas não foram comprados depois do AVC, nem lhe fazem grande diferença “Tenho de tudo. Caço qualquer um”.

Surpreendentemente, consegue abrir um pacote de leite: “Isso é fácil! Encosto

para mim e agarro numa tesoura ou numa faca.” Diz também que é fácil tirar os comprimidos das embalagens e tomá-los.

F9

A entrevistada vive numa casa de acolhimento e é incapaz de realizar a maior parte das tarefas. Na verdade, muitas delas nem experimentou fazer e em relação a outras, que talvez conseguisse sozinha, acaba por se acomodar às ajudas de terceiros: “Eu era capaz [de levantar um copo cheio e beber], mas quando quero elas dão-me.”

Usa um tripé dentro e fora de casa, mas sempre que caminha fora de casa fá-lo também com o apoio de uma pessoa. Tem uma cadeira de rodas que não usa com frequência, até porque não se consegue deslocar sozinha nela. É, aliás, muito dependente de terceiros nas tarefas de mobilidade e transferência – mesmo para se levantar de uma cadeira só o consegue com a ajuda de alguém. Para se erguer na cama usa o triângulo para se agarrar, que “As camas são como as dos hospitais.”

Precisa da ajuda de alguém para tomar banho. Toma banho num polibã, sentada num banco. Consegue lavar os dentes sozinha, mas têm que lhe preparar a pasta dos dentes na escova e um copo com água.

Quanto às tarefas que nunca experimentou fazer, vão desde tarefas de higiene pessoal como pentear-se e abrir torneiras até tarefas de lida da casa como aspirar/varrer, lavar a louça, abrir e fechar portas e pôr a mesa. Não tem telefone, e não sabe escrever. O IB desta entrevistada é de 45.

F10

É a terceira entrevistada que encontramos que vive sozinha. Mas ao contrário das duas anteriores, o filho vive ao lado, pelo que tem ajuda com frequência. Para além disso, conta com a ajuda das assistentes sociais enviadas pela Câmara Municipal para a ajudarem na higiene pessoal e alimentação – dão-lhe banho e levam-lhe comida.

Tem 81 anos e teve o AVC há mais de um ano. Caminha com a ajuda de uma bengala, consegue caminhar sozinha fora de casa e até descer degraus sem a ajuda de ninguém, caso exista corrimão. As tarefas da lida da casa são realizadas por uma empregada, como aspirar/varrer e até lavar a louça. Não consegue pegar em grandes pesos, mas quando precisa arranja maneira de fazer as coisas. Contou-nos que uns dias antes tinha precisado de transportar pela casa um garrafão de água e o que fez foi empurrá-lo pelo chão com o pé até onde queria.

Para além da ajuda das assistentes sociais, tem apoios na banheira e um banco de correr sobre a banheira. Só tem um dente e por isso nos disse que não usa escova dos dentes nem usa a pasta – em vez disso limpa-o com um pano.

Consegue, apesar de tudo, vestir-se sozinha, mas “a camisa à noite é que ain-

da custa”.

Nunca experimentou abrir um pacote de leite, até porque não toma leite, mas diz que consegue abrir um frasco ou uma garrafa, desde que os prenda com os joelhos – nunca viu nem ouviu falar de ajudas para esta tarefa.

Consegue erguer-se de uma cadeira se tiver um apoio de braços e para se levantar da cama agarra-se à cabeceira. Para se levantar da sanita apoia-se no lavatório ou no bidé. Consegue até levantar-se quando cai, agarrada aos móveis.

Diz que consegue usar o comando da televisão, aliás diz “a televisão é a minha perdição”. Disse-nos que passa muito do seu tempo a ver televisão. Não sabe ler nem escrever e “dantes ainda assinava, [mas] agora não.”

Às tarefas dadas acrescentou “fazer a cama” (capaz com dificuldade), “coser” (capaz com dificuldade) e “descascar maçã” (totalmente capaz).

Apesar de viver sozinha o resultado no IB está no limiar de dependência segundo a literatura: 60.

F11

O entrevistado era electricista, mas está agora reformado, apesar dos 64 anos. Teve o AVC há mais de cinco anos e continua debilitado. O IB que apresenta é de 60. Como muitos dos homens que entrevistámos até agora, nunca experimentou realizar as tarefas da lida da casa.

Conseguimos ver o entrevistado a caminhar durante o tratamento e vimos que o faz com alguma dificuldade, como ele mesmo disse. Diz ter uma bengala que não usa: “tenho uma bengala, mas não ajuda nada”.

É, no entanto, incapaz de se vestir sozinho, precisando da ajuda da mulher e também a este entrevistado não se aplicam as tarefas ligadas ao lavar dos dentes porque usa placa que lava com pastilhas de limpeza dentro de um copo com água.

A única ajuda que comprou desde o AVC foi uma barra de apoio para pôr junto da sanita e assim consegue ir à casa de banho sozinho. No polibã não tem onde se apoiar, encosta só as mãos às paredes enquanto a mulher o lava.

Como vê muito mal não consegue usar o telefone, o comando da televisão, ler ou escrever.

F12

Este senhor tem duas cadeiras que foram oferecidas pelo hospital até a sua recuperação: uma cadeira de rodas e uma cadeira higiénica onde toma banho com a ajuda da mulher e do filho em simultâneo.

Era taxista, tem 62 anos e está reformado por invalidez. Talvez por causa da profissão que tinha, já tentou entrar num carro e diz que só consegue entrar sozinho do lado do condutor, já que o AVC lhe afectou o lado esquerdo do corpo.

Não consegue vestir-se sozinho e só consegue apertar botões. Não consegue

usar a sanita sozinho e por isso tem sempre que pedir a ajuda da mulher ou do filho.

Para além das cadeiras tem um tripé que usa dentro e fora de casa, embora no exterior precise sempre de alguém que o acompanhe por causa de uma eventual queda. Usa também o tripé para se erguer de uma cadeira, mas de nada vale o tripé se estiver sentado num sofá que, diz o entrevistado, por ser mole impossibilita a tarefa. Diz conseguir desatarraxar a tampa de uma garrafa mas só se tiver sido aberta previamente, quanto aos frascos, nunca experimentou. Assim como não experimentou fazer as tarefas da lida da casa.

Consegue, no entanto, escrever. Tem o desgosto de não conseguir ler os livros que dantes lia porque as letras são muito pequenas. Falámos-lhe dos objectos de ajuda à leitura que existem e o entrevistado disse não os conhecer.

F13

Esta senhora vive com o marido, o cunhado e ainda um rapaz. De todos, quem mais a ajuda é o marido. A entrevistada teve o AVC em Outubro de 2008 e está bastante debilitada ainda. Não consegue vestir-se sozinha, só toma banho com a ajuda alguém (normalmente a nora) e nem sequer experimentou fazer qualquer das tarefas da lida da casa. Mesmo o banho tem que o tomar sentada numa cadeira fora da banheira ou sentada no bidé porque não consegue entrar na banheira nem com a ajuda de outra pessoa.

Usar a sanita é outra actividade que não consegue realizar sozinha – “Ir, vou. Sentar-me é que é pior.” Ou seja, consegue caminhar até à casa de banho mas depois não consegue sentar-se por não ter onde se agarrar. Caminha com a ajuda de um tripé que foi comprado pela entrevistada porque nunca lhe disseram que poderia ter direito a tê-lo gratuitamente. Consegue, com o mesmo tripé, erguer-se sozinha da cama, mas em dias de maior cansaço tem que pedir ajuda ao marido.

Anda no exterior de casa, no campo, com o tripé e “Quando eu vejo que estou cansada chamo alguém para me trazer uma cadeira.” Consegue também descer escadas sozinha, devagarinho, desde que tenha um corrimão onde se apoiar. Disse que nunca tinha experimentado a tarefa de alcançar um pacote de açúcar acima do nível da cabeça e quando lhe perguntámos se conseguia curvar-se e pegar em roupa do chão respondeu: “Nem tanto. Eu não quero cair.”

Gosta muito de ver televisão, passa muito do seu dia a vê-la, mas acha que não consegue usar o comando para mudar de canal ou o que quer que seja. Nem experimentou. O IB desta entrevistada é 55.

F14

É reformado do exército, serviu na Guerra Colonial e já teve dois AVC, o último dos quais em Outubro de 2008. A profissão que tinha antes do AVC era numa empresa de construção como encarregado de obras, especializado em adaptação de casas de banho para pessoas com deficiências e incapacidades. E é por essa

razão que adaptou toda a sua casa de banho pessoal com barras de apoio articuláveis junto da sanita e barras no polibã. Não instalou no polibã um banco porque não precisava. Consegue assim com estas ajudas realizar as tarefas de higiene sozinho. Acrescentou até a tarefa “fazer a barba”, mas só com a máquina de barbear é que o faz.

Consegue também vestir-se, mas reclama que a roupa fica demasiado enrugada e a mulher às vezes “dá um jeito” no fim. Consegue, apoiado em qualquer coisa, erguer-se de uma cadeira e para se levantar da cama apoia-se na mesa-de-cabeceira ou na própria cama.

Diz conseguir entrar e sair do carro sozinho, carro esse que está adaptado para o seu uso. Consegue até conduzir, mas com alguma dificuldade, pelo que está à espera de recuperar na totalidade as funções motoras para o voltar a fazer.

Diz que não conhece os abre frascos, mas que é capaz de abrir os frascos com alguma dificuldade. No entanto, há uns em específico que consegue abrir com muita facilidade: “Da Compal abro bem”. Supomos que o facto esteja relacionado com as saliências verticais ao longo das tampas típicas desta marca de bebidas.

Caminha com a ajuda de uma bengala dentro e fora de casa e consegue subir e descer degraus desde que tenham corrimão.

Mais uma vez, como noutros entrevistados do sexo masculino, não faz tarefas da lida da casa e não vai fazer compras porque não gosta. Diz que isso é tarefa das mulheres e que o papel do homem é só trazer o dinheiro para casa.

Gosta muito de ler e continua a fazê-lo. Escrever é que consegue mas com alguma dificuldade. A última tarefa “abrir envelopes” consegue com a ajuda de uma faca.

A título de curiosidade, ficam também alguns dados sobre a sua audição:

O entrevistado ouve muito mal devido ao rebentamento de uma mina junto a ele na guerra. Usa um aparelho nos ouvidos que lhe custou 9000 euros e quando está sem ele consegue perceber os outros por leitura de lábios. Já encomendou entretanto um outro aparelho auditivo, melhor, que lhe custou 23000 euros.

Mesmo com as maleitas que tem, este senhor atingiu o valor de 100 no IB.

F15

Tem 73 anos, era funcionário da indústria têxtil e teve já dois episódios de AVC, tendo o último sido há um ano. Segundo o entrevistado, este foi o episódio mais forte e que lhe causou mais sequelas funcionais. Vive com a mulher, que o ajuda diariamente, mas a filha também é mencionada várias vezes como cuidadora informal. O IB é de 25 e o entrevistado é incapaz de realizar a maior parte das tarefas, não havendo qualquer AVD que seja totalmente capaz de realizar. Usa uma cadeira de rodas que não consegue movimentar sozinho e há somente três tarefas que diz conseguir fazer, ainda que com dificuldade: pentear-se, levantar

um copo cheio e beber e ler.

F16

Esta senhora estava muito bem-disposta na entrevista e, apesar de ter um IB de 85, ri-se ao dizer que agora não faz nada porque está “muito preguiçosa”. Quando lhe perguntámos se punha a mesa, respondeu:

“A gente ainda se ri à custa disso. Se não é a empregada é o marido; e ele diz: «Ao que um homem chega!»” [Ri-se]

Vive com o marido e com um filho que são, juntamente com uma empregada doméstica que o marido contratou, quem ajuda a entrevistada nas tarefas diárias. São poucas as tarefas que é incapaz de realizar: cortar a carne no prato, levantar-se de queda, cortar as unhas, apertar atacadores e calçar-se. Veste-se sozinha, mas “se for assim roupas fáceis; roupas de sair, com fecho e botão, não”, pelo que usa normalmente calças de elástico e roupa sem botões para que se consiga vestir sozinha. Este ponto é importante, sobretudo quando está fora de casa e tem que usar a casa de banho.

Teve dois episódios de AVC: do primeiro recuperou depressa, mas o segundo foi mais forte. Conta que um médico lhe disse que a culpa do segundo AVC foi dos profissionais do hospital onde esteve internada porque a “mandaram embora cedo de mais”. Nota-se o forte apoio familiar de que dispõe e fala com muita alegria do neto pequeno que lá vai a casa almoçar: “Ainda bem que ele vai lá todos os dias para a gente se rir com ele, senão era um stress!”.

É uma senhora que gosta e sempre gostou de cuidar da sua imagem – até dos pés “mas eu sempre cuidei dos pés” [fala da podologista que a atendia] – e isso teve e tem algumas implicações na sua relação com as deficiências e com o uso de produtos de apoio. Logo depois do primeiro AVC o médico disse-lhe que poderia ir ao casamento do filho (uma semana depois do episódio), mas a entrevistada não queria:

“Oh, Sr. Doutor, tenho vergonha de ir na cadeira de rodas”

Outra das sugestões neste sentido é o facto de evitar usar o tripé quando sai de casa. De acordo com alguns relatos que existem na literatura, esta senhora prefere sair de braço dado ao marido para não ter que usar o tripé:

“Sinto-me melhor psicologicamente. Sinto-me melhor”

Outra questão que surgiu em relação aos produtos de apoio foi a falta de confiança nos tripés que estão à venda para o público em geral. A entrevistada continua a usar o tripé que lhe deram no hospital porque “senão tinha que comprar – destes que se compram não têm firmeza nenhuma”.

Para além do tripé tem uma cadeira de rodas e uma cadeira higiénica (“para não fazer obras na casa de banho”), ambas compradas. Tem ainda um cadeirão ortopédico que lhe foi oferecido pela filha.

F17

Mora com uma filha, mas tenta por todos os meios ser autónoma na sua vida diária e tem um IB de 95.

“Que não me dê para encravar! Da maneira que eu sou, não posso estar quieta, Deus me livre!”

Não houve qualquer AVD que dissesse ser incapaz de realizar e há três AVD que realiza com ajuda – uma com a ajuda da filha (lavar as costas no banho) – e duas com ajudas incomuns: abrir um pacote de leite com uma tesoura e caminhar pela casa agarrada a uma vassoura. Conta que faz a cama sozinha e que ainda cose, mas que às vezes precisa da ajuda de alguém para fazer passar a linha pelo buraco da agulha.

Mostra insatisfação com as sequelas do AVC, mas ao mesmo tempo parece acomodar-se e lidar bem com esta insatisfação: “Tanto gostava de pirolito [tacão alto nos sapatos], agora olha!” [Ri-se]. E conta também que tem consciência das suas limitações e dos perigos que podem representar se não se acautelar e se não aprender a abrandar o ritmo: “Também agora ando mais à tabela; sabe como é”.

F18

É umas das poucas entrevistadas que mora sozinha e apresenta um IB de 95, apesar de não conseguir movimentar o braço e mão esquerdos. Há duas tarefas que é incapaz de realizar: cortar a carne no prato e cortar as unhas. Em ambos os casos pede a alguém que a ajude, porque os filhos e os netos visitam-na em casa com uma frequência diária.

Teve o AVC há pouco mais de um ano e conta vários episódios ilustrativos de como lutou consigo própria para recuperar a funcionalidade. Chegou a aprender a andar sozinha sem dizer a ninguém para que, um dia em que toda a família estava em casa, pudesse entrar na cozinha a andar e fazer-lhes uma surpresa. Conta o episódio com orgulho e comenta a reacção do médico que, segundo a entrevistada ficou pasmado com o feito, ou, segundo as palavras da entrevistada “ficou marado!”. Ao explicar o processo, conta que, quando estava deitada na cama, tinha a imagem da N. Sr.^a à sua frente e lhe pedia para conseguir andar. É à Santa que atribui a força de vontade que a levou a andar de novo.

Consegue vestir-se sozinha, mas reclama que demora muito tempo. Os botões eram um problema de dificuldade, esforço e tempo gasto, pelo que levou toda a sua roupa à costureira para que trocasse os botões existentes por outros maiores. Usa um banco para se calçar, para tomar banho de banheira e até para fazer a cama. Para esta última tarefa – uma das quatro que acrescentou à lista – faz também uso de uma colher de pau comprida que servia para fazer a marmelada: vai com o banco e com a colher de pau ao encontro da cama, pousa o banco perto da cama, senta-se e, usando a colher de pau, empurra os lençóis para debaixo do colchão.

Segundo diz, como vive sozinha e como tem muita força de vontade, teve que engendrar os seus próprios métodos alternativos para fazer as tarefas em casa. Como continua a cozinhar, mesmo só com uma mão, mas tem medo de se cortar ao usar uma faca grande (por não ter tanto controlo sobre ela), comprou uma faca mais pequena que consegue dominar e manobrar melhor. É com essa faca que abre os pacotes de leite. Em casa evita gestos de alcance vertical porque tem medo de cair, pelo que as filhas lhe alteraram a disposição dos utensílios nos armários de modo a que estivesse tudo “a jeito”. Consegue dobrar roupa pesada (lençóis) porque usa um sofá grande que tem em casa como apoio para os lençóis. Como é analfabeta e tem muitos medicamentos para tomar todos os dias e a várias horas do dia, o método que arranjou foi o de pedir às filhas que lhe pusessem os comprimidos em caixas diferentes; depois dispôs as caixas de acordo com o sítio onde deverá estar à hora de tomar os comprimidos. Para arrastar os móveis quando limpa a casa serve-se de tapetes: vai levantando as laterais dos móveis para que os pés fiquem sobre o tapete e depois arrasta o tapete para que arraste os móveis com ele. No entanto, trabalhar para a autonomia tem um custo: “Tenho feito tudo sozinha, mas agora estou cansada”.

Em todo este processo de recuperação e força de vontade para obter a sua independência de volta fala da importância da família: “Mas sempre coragem que eu tinha. Nunca me deixei cair muito. Os meus filhos também me deram muita força”.

Z1

Chegámos a casa do entrevistado de manhã e ele estava sentado no pátio da casa a fazer exercício na pedaleira. Durante a entrevista estiveram presentes a mulher do entrevistado e a filha, a cuidadora, que tomou parte na conversa várias vezes. Mal fizemos a primeira pergunta ao entrevistado para saber se conseguia vestir sozinho, começou a chorar e a queixar-se de que não conseguia fazer o que quer que fosse. Felizmente, passado pouco tempo, já estava a rir-se com a conversa, divertido. São poucas as tarefas que consegue fazer, de facto, e muitas as que nunca experimentou.

Consegue, por exemplo, comer sozinho desde que lhe cortem a carne. A filha põe-lhe um pano na frente para não se sujar e o pai come. Consegue também levar o copo à boca e beber, mas diz que às vezes está distraído e o copo cai.

Não toma banho sozinho – quem o lava são os profissionais do apoio domiciliário, mas fazem-no todos os dias no quarto do entrevistado. Diz-nos a filha que a casa de banho é demasiado pequena.

Começou a fisioterapia há quatro meses (ao domicílio) e já consegue andar sozinho com a ajuda de uma canadiana (1). A filha diz que é um alívio o pai já não ter que usar a cadeira de rodas (2) e diz também que, não fosse pelo braço esquerdo e mão paralisados, o pai já andaria sozinho por todo o lado com duas

canadianas ou um andarilho.

O entrevistado, de 77 anos, ex-funcionário fabril do ramo da cortiça, queixa-se de já não conseguir assinar o nome, que “isto [AVC] também me afectou a cabeça”. O resultado do entrevistado no IB é de 55.

(1) – O entrevistado usava um tripé mas desequilibrava-se muito. Um dia um vizinho sugeriu que ele usasse uma canadiana, que dava “ mais apoio”. No mesmo momento, o entrevistado experimentou a canadiana do vizinho e preferiu-a ao tripé – “dá mais apoio no braço”. E é com a canadiana que agora se desloca.

(2) – Um dia a filha levava o pai a passear na cadeira de rodas até um pomar. Aproximaram-se de uma rampa muito íngreme. A filha diz que devia ter levado o pai “às arrecuas”, mas não o fez. Levou-o como sempre, “a cadeira de rodas ganhou lanço” e o pai caiu. Não teve nada, mas até hoje a filha não quer ouvir falar em cadeiras de rodas e recusa-se a levar o pai nela através de qualquer rampa.

Z2

Tem 65 anos, teve o AVC há três anos, mas só há dois começou a recuperar. Durante um ano esteve deitada numa cama, com fraldas, sem conseguir fazer o que quer que fosse. De repente, decidiu que ia tentar recuperar, foi fazer fisioterapia e agora já apresenta um valor de 65 no IB. Conta que a única coisa que fazia na cama era rezar à N.ª S.ª de Fátima e que se levantou da cama num 13 de Maio, pelo que é à Santa que atribui o facto de se ter conseguido recuperar.

Tem ajuda permanente das cunhadas, que moram do outro lado da rua, e do marido – única pessoa com quem vive. É uma senhora muito alegre e muito determinada em recuperar e em fazer as coisas por si. Para isso, ajudam também as cunhadas e o marido, que estão sempre a estimulá-la – o marido chega a provocá-la só para que ela se enerve e queira chegar até ele com o braço, tentando com isso que a mulher exercite o braço direito (paralisado depois do AVC).

À nossa lista acrescentou tarefas (n=4) relacionadas com o tratamento da roupa. Tenta fazer mais tarefas da lida da casa como lavar louça ou limpar o chão, mas confessa em soluços de riso com o marido que o chão não fica bem limpo e que de vez em quando lá parte uma louça.

Para caminhar fora de casa usa uma canadiana, mas dentro de casa não. Além desta, a única ajuda que tem é um apoio de braços no chuveiro para se segurar em pé quando lhe dão banho. Mas, na verdade, este apoio de braços é, afinal, um toalheiro que o marido prendeu na parede (Figura 8.28).

São 13 as tarefas que é incapaz de fazer. Entre elas a comum incapacidade para cortar carne no prato. Como não consegue cozinhar, todos os dias lhes levam a comida, a ela e ao marido, o marido corta a carne mais difícil de cortar e no fim a entrevistada lava os pratos, talheres e copos.

Tem algumas sequelas a nível de raciocínio, o que a impede de perceber texto

escrito e contar dinheiro com facilidade (apesar dos esforços insistentes da família), mas tem andado a treinar a sua assinatura através de exercícios feitos pelo marido.

Não conhece nenhuma das ajudas mostradas, à excepção da ajuda para calçar meias e das barras de apoio, apesar de não ter nenhuma.

Z3

A entrevistada tem um IB de 80 e só é incapaz de aspirar/varrer. O resto das respostas às actividades distribui-se pelas quatro categorias com predominância de “totalmente capaz”. Houve duas actividades que acrescentou como sendo incapaz: transportar recipiente de água (a casa não tem rede de esgoto) e estender a roupa. No entanto, diz que é totalmente capaz de lavar a roupa.

As ajudas referidas foram: a tesoura, a faca e a parede. Usava uma outra ajuda de que já não precisa, que foi criada pela cunhada – é uma cadeira higiénica artesanal (Figura 8.5).

A entrevistada tem sequelas graves de uma queda há vários anos atrás (quase 30) e já foi operada várias vezes. Mesmo assim, é uma pessoa muito alegre e o maior desgosto que tem é o de já não poder “brincar com a criançada às escondidas”.

Vive com uma irmã a quem foi diagnosticado Alzheimer e a sua cuidadora diária é a cunhada (que parece, aliás, ser a cuidadora de todos os idosos na zona onde moram).

Nunca lhe disseram que podia ter direito a ajudas e, em todos estes anos, a única que teve foi um andarilho, que lhe foi arranjado por uma médica para quem trabalhava. Não conhece nenhuma das ajudas mostradas, excepto a calçadeira e o banco de banheira (viu no hospital), que não tem. Diz que nunca precisou de nada daquilo. No entanto, a cuidadora que estava presente durante a entrevista, conhecia várias, incluindo o tele-alarme (diz que aparecem às vezes na televisão).

Z4

Tem 78 anos e teve um AVC há quatro, que a deixou completamente dependente de terceiros e deitada numa cama. É nesta posição que passa a maior parte do dia – as alturas em que não está na cama são os bocadinhos em que fica sentada no sofá, mas requer supervisão constante porque consegue, ainda que com muito esforço, chegar-se à frente e a empregada teme sempre uma queda.

São os profissionais do serviço de apoio domiciliário que lhe dão banho e trocam a roupa. A empregada está lá todo o dia, até porque na casa há outra pessoa – a filha paraplégica – que precisa de cuidados.

A entrevistada responde “sim” e “não” com a cabeça. Chora muito (diz o médico que são as alturas em que está mais lúcida) e tenta falar, mas o que diz é, por

vezes, de difícil compreensão. A empregada diz: “Nem ela dá grande interesse às coisas. Nunca a vi rir.”

Tem um 5 no IB pelo facto de conseguir manter-se na posição sentada e as respostas ao desempenho das tarefas dividem-se entre “incapaz” e “não sabe / nunca experimentou”, com uma única resposta em “capaz com ajuda”, a “levantar um copo cheio e beber”. Mas mesmo assim, o que a entrevistada faz, e com ajuda da empregada, é “levantar uma garrafa pequena cheia de água e beber”. Considerámos aqui a garrafa de plástico como uma ajuda, porque com um copo a entrevistada entorna muita água e a garrafa facilita-lhe a tarefa.

Os comprimidos eram dissolvidos na sopa, mas às vezes a entrevistada não comia a sopa até ao fim. Assim, a empregada optou por desfazer os comprimidos numa chávena a que junta um pouco de sopa. Desta chávena toma a entrevistada as primeiras colheres e depois, então, o resto da sopa.

Z5

Como a entrevistada Z4, esta senhora está acamada, mas levantam-na duas vezes por dia para a cadeira à hora das refeições. Não se pode sentar num sofá por problemas antigos de costas, mas pode sentar-se na cadeira por ser mais dura e mantém bem a posição. No entanto, todo o tempo em que está sentada passa-o agarrada ao assento com força com medo de cair.

A cuidadora (nora) contou-nos que a entrevistada fazia muitas birras para tomar banho, que mete a mão nas fraldas durante a noite e que está sempre a chamar por alguém à hora de dormir (razão pela qual a cuidadora acabou por se mudar para um quarto mais afastado para conseguir dormir). Tudo isto foi confirmado pela entrevistada. Como é muito irrequieta, arranjam uma cama de grades para que não caísse, trocaram os móveis de sítio para que os interruptores da luz não ficassem ao seu alcance e desligaram o rádio da tomada porque a entrevistada o ligava de noite. Antes de ir dormir, a cuidadora prende uma das mãos da entrevistada à grade da cama para que não a meta na fralda, mas são várias as vezes que a senhora se solta.

Esta entrevistada tem dois filhos e foi deixada por um deles, numa cadeira de rodas, à porta do outro – em casa de quem hoje está, sob os cuidados da nora que deixou de trabalhar para cuidar da sogra.

À excepção de beber líquidos e de comer, é incapaz de fazer a maior parte das tarefas e a menor parte nunca experimentou. Para que não entorne o líquido, em vez de um copo a entrevistada bebe água através de uma garrafa pequena de plástico com um orifício na tampa por onde passa uma palhinha (Figura 8.10). Disse-nos que o que mais tem pena é de não poder trabalhar.

A nora e a neta ficaram muito bem impressionadas com as ajudas técnicas mostradas nas imagens e, apesar de não conhecerem a maior parte, concluíram que dariam muito jeito a muitas pessoas.

No fim da entrevista a nora disse-nos que se tivéssemos uma ajuda para resolver o problema de a sogra pôr a mão na fralda, encomendava uma no mesmo momento.

Z6

Era padeiro, tem 75 anos e há 15 teve um AVC de que hoje ainda se notam sequelas, sobretudo na fala, apesar de o raciocínio não ter sido afectado (para evitar o problema de eventualmente não compreendermos o entrevistado, uma das netas estava presente durante a entrevista e assinou o consentimento informado). Mora sozinho num primeiro andar de uma casa e tem apoio diário da filha e das netas que lhe fazem as compras, as refeições e o que mais precisar. Utiliza os serviços de apoio domiciliário para a higiene diária – todos os dias o lavam e, uma vez por semana, dão-lhe banho na banheira, embora o entrevistado tenha medo.

Já caiu diversas vezes dentro de casa e encontram-no sempre estendido onde caiu, porque é incapaz de se levantar sozinho. Gostava muito de ir ao café que fica em frente a casa, mas a última vez que foi caiu na beira da estrada e, por medo, nunca mais desceu escadas, nunca mais saiu. As quedas fizeram com que partisse o braço direito (que já estava afectado pelo AVC) e uma operação para lhe “desentupir uma veia” foi também feita no lado direito, na perna. Para além do AVC e das sequelas das quedas, tem também problemas causados por diabetes.

Apesar de tudo, são poucas as tarefas que é incapaz de realizar: calçar-se, cortar carne no prato (“Prefiro peixe. A carne, Deus me livre! É muito dura!”), sair de casa, caminhar fora de casa, subir/descer degraus, curvar-se e pegar em roupa do chão e ler (diz que já foi a vários médicos, mas que não há lentes que o ponham a ver do lado direito). O problema em ver levou a que não quisesse sequer tentar ver as imagens dos produtos de apoio que tínhamos para mostrar.

Como ajudas, usa um andarilho para caminhar pela casa e tem uma cadeira de rodas onde o levam quando tem que sair de casa. Come sozinho, vai à casa de banho sozinho e sabe usar o dinheiro e assinar cheques, já que “as minhas contas sou eu que as pago todas”. IB: 65.

Não tirámos fotografias, nem chegámos a falar com o entrevistado acerca disso, mas durante a entrevista o senhor esteve sentado numa poltrona, onde passa a maior parte do dia, e tinha os pés apoiados não num banco, como é normal, mas numa cadeira deitada, conforme a representação na Figura 8.19.

Z7

Encontrámos este senhor acamado, mas percebemos que há várias tarefas que consegue realizar com as mãos. O IB é de 40, sobretudo pelos problemas de mobilidade e transferência que apresenta. O AVC foi há um ano, mas por alguma razão, só começou a fazer fisioterapia (ao domicílio) na semana em que o entrevistámos.

Com o entrevistado vivem a mulher, uma filha e um neto. Mãe e filha revezam-se para o entrevistado nunca estar sozinho. Apesar do apoio e da capacidade funcional de ambos os membros superiores, o entrevistado diz que tem um grande desgosto por “não conseguir andar” e chorou algumas vezes durante a entrevista.

Tem uma cadeira de rodas que usa para o levarem à casa de banho, mas não consegue sentar-se nela sozinho. As outras ajudas que tem são um banco na banheira e, como barras de apoio, os toalheiros. O banho integral é dado uma vez por semana pelos profissionais do serviço de apoio domiciliário, nos outros dias lavam-no na cama. Apesar de, da lista mostrada, só ter um banco de banheira, conhece mais cinco dos objectos.

Tarefas de lida da casa nunca experimentou fazer, assim como nunca experimentou abrir pacotes de leite, frascos ou garrafas; nem, curiosamente, cortar carne no prato.

O entrevistado não está nada confiante na sua reabilitação e acha até que com o tempo só vai piorar. “É o grande mal que eu tenho, é não ter equilíbrio, não segurar”. Consegue dar uns passinhos se estiver agarrado a alguém, mas, ao mesmo tempo que diz não estar confiante e que se mostra com pouca força de vontade, conta-nos que já perdeu a conta das vezes que caiu ao chão por tentar fazer as coisas sozinho.

Por lhe custar muito a levantar-se e por não estar a cuidadora a assistir à entrevista, embora o entrevistado consiga assinar o seu nome, foi a filha que assinou o consentimento informado.

Z8/CR1

Este senhor passa grande parte do seu tempo deitado na cama, apesar de conseguir levantar-se sozinho e de caminhar por percursos muito curtos dentro do quarto. Quando não está deitado, está à janela para se distrair.

A mulher, única pessoa com quem vive, está todo o dia em casa e é quem ajuda o marido. Mas o entrevistado consegue comer sozinho e até vestir-se sem ajuda de ninguém, excepto se for “roupa de Domingo” – neste caso precisa da ajuda da mulher (como no Domingo anterior à entrevista, que foi dia de eleições europeias e o entrevistado fez questão de ir votar). Mas nestas alturas precisa de ir na cadeira de rodas levado por alguém, porque o seu caminhar é muito inseguro e é incapaz de subir ou descer escadas.

O quarto está repleto de produtos de apoio: colchão anti-escaras, duas canadianas, andarilho, cadeira de rodas e bicicleta de treino. Tudo o que tem foi comprado e queixam-se (entrevistado e mulher) de que sempre lhes prometeram ajudas, mas nunca deram nada.

Como há uns degraus para ultrapassar, o entrevistado não consegue ir à casa de banho. Por isso, compraram uma cadeira higiénica que a mulher deixa na beira

da cama durante a noite e que o marido usa sozinho quando quer. No dia seguinte a mulher limpa e lava a cadeira e dá banho na cama ao marido.

Tem 60 no IB, mas não faz nem nunca experimentou fazer qualquer actividade relacionada com a lida da casa. A sua mulher queixa-se muito de ter que fazer tudo em casa, especialmente agora, que começa a sofrer de problemas físicos comuns às pessoas da sua idade.

O entrevistado diz, por exemplo, que não experimentou ainda baixar-se para pegar em roupa do chão porque tem medo de cair, mas ao mesmo tempo conta que cai muitas vezes e que só consegue levantar-se com a ajuda da mulher.

Z9

Tem 84 anos e está acamada há cerca de três anos e meio, altura em que teve o AVC.

Na casa onde está vivem seis pessoas ao todo. A sua reforma é de 200 euros e só os serviços de apoio de apoio domiciliário custam 250 euros por mês. A filha que cuida da mãe diz que mal têm dinheiro para comprar fraldas de que a mãe necessita.

A entrevistada teve direito a ajuda para que a filha conseguisse comprar uma cama articulada, uma cadeira de rodas, um cadeirão e uma mesa de apoio à cama onde a mãe faz as suas refeições. No entanto, apesar de estar na posição sentada não se aguenta nessa posição sozinha, tendo que ter o auxílio da cama articulada.

Quando mostrámos as imagens dos produtos de apoio, a filha, que não conhecia quase nenhuma, ficou muito interessada na colher adaptada e no rebordo de prato. Mas cedo desistiu de pensar em querer comprar: “Depois não tens para o leite dos teus filhos”, ouvia-se da irmã sentada ao lado.

A entrevistada não consegue fazer muito mais além de se virar sozinha na cama, comer sozinha algo que possa segurar na mão (como uma bolacha ou uma banana) e, embora não seja uma AVD, meter a mão por dentro da fralda. É a segunda vez que assistimos a isto em vítimas de AVC. Esta é uma grande preocupação para os cuidadores e ninguém tem agora boas soluções em termos de ajuda às mãos ou às fraldas.

Todas as incapacidades da entrevistada fazem com que tenha um IB de zero.

Z10

Quando chegámos, a filha da entrevistada estava a mudar-lhe a fralda. “Se não tiver nojo, pode entrar”, disse. Esta cuidadora pediu há uns tempos a ajuda dos serviços de apoio domiciliário do centro de assistência social local, mas mesmo assim estava a mudar a mãe porque lhe custa que esteja assim com a fralda suja. “Eu fazia isto [vestir e trocar a fralda] com uma perna às costas, mas agora ganhei vertigens e uma depressão há duas semanas e tive que chamá-las”.

A filha já perdeu a conta dos AVCs que a mãe teve, desde o primeiro que, diz, deve ter sido quando a mãe tinha 70 e poucos anos, i.e. há cerca de 10 anos, mas acha que devem ter sido uns cinco, tendo sido o último em Fevereiro de 2009.

A entrevistada ficou com o lado esquerdo do corpo paralisado no primeiro AVC. Fazia fisioterapia e conseguia comer “pela mão dela”, mas os vários AVCs seguintes fizeram com que esteja incapaz de mexer qualquer dos membros. A única coisa que consegue fazer, e por isso é que tem 5 no IB, é manter-se na posição sentada quando a filha a muda da cama para a cadeira de rodas.

A filha estava bastante interessada no estudo e dizia a uma criança de quem cuida: “Vês? Depois também vais estudar. Esta menina estuda para ajudar pessoas assim entrevadinhas”. Ficou bastante curiosa também com as ajudas mostradas e disse que “é bem preciso” tentar fazer produtos de apoio melhores e mais baratos, que “está muito difícil”. Conhece cinco das ajudas mostradas, embora não tenha nenhuma. E acha que as barras de apoio também são toalheiros.

Só reparámos quando estávamos a sair e não tirámos fotografias, mas a Figura AV.4 representa o sistema de abertura da porta do quarto onde a entrevistada estava deitada.

CR2

Esta entrevistada foi o caso mais peculiar a que já assistimos. O AVC que teve em 2006, com 36 anos, aconteceu em consequência de um aneurisma. Na altura a senhora foi operada e a única sequela que teve foi perda de memória.

Nenhum dos lados do corpo ficou paralisado, pelo que é totalmente capaz de realizar todas as tarefas – IB de 100.

Recuperou a memória ao fim de um mês e agora não se lembra de nada do que se passou durante esse mês. Tudo o que nos contou na entrevista, que durou cerca de uma hora (aliás, como todas as que foram realizadas em Mozelos), acerca desse mês, sabe-o do que contaram aqueles que com ela viveram esse período.

A sua mãe tinha sofrido um AVC quando a entrevistada tinha 13/15 anos, altura em que morava com a mãe e uma irmã mais nova, que lhe causou algumas sequelas em termos de, por exemplo, percepção no espaço e “visual neglect”: “Estava aqui um copo, ela queria pegar nele e ia agarrar ao lado”, diz a filha. Por tudo o que passou nessa altura, quando soube que a filha tinha tido um AVC, a mãe desmaiou. Filha: “Eu era novinha e não percebia como é que a minha mãe tinha ficado tão destrambelhada”.

A entrevistada trabalhava numa fábrica na parte de contabilidade, chegou a voltar ao trabalho, mas passado pouco tempo cortaram ao pessoal e despediram-na: “Eu até agradeçi!”. Conta que na altura não estava em condições de trabalhar, que estava lá, mas “não fazia nada”. Procurou a ajuda do centro de reabilitação profissional para encontrar um trabalho mais simples que consiga fazer e diz que todas as semanas responde a anúncios, mas não consegue emprego. “Se

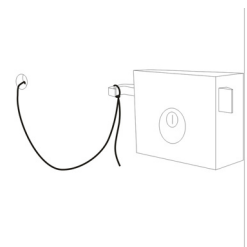


Figura AV.4 Pormenor do cordel que agarra uma fechadura de portão adaptada à porta e sai para o outro lado.



Figura AV.5 Cadeira de rodas feita a partir do assento do automóvel.



Figura AV.6 Adaptação ao automóvel para receber o assento.

eu disser que tive um AVC então é que não me dão emprego!”. Hoje trata da casa e do filho, mas diz que “parar é morrer” e que não vai aguentar muito tempo nesta situação. Por outro lado, o filho, que agora tem 13 anos, segundo a mãe, daqui a pouco tempo já não vai querer nem precisar da mãe para cuidar dele e levá-lo onde precisa.

CR3

A casa desta entrevistada foi a melhor adaptada que vimos até agora. Desde encontrar um carro que pudesse ser adaptado a um passageiro em cadeira de rodas até invenções pequenas, o marido (que era mecânico) tudo fez para tornar a vida da mulher o mais confortável possível. O último AVC da entrevistada foi há um mês, mas já tinha tido um sete anos atrás.

A entrevistada passa agora a maior parte do tempo deitada na cama, mas contrataram um fisioterapeuta que vai a casa da entrevistada para as sessões de tratamento. Enquanto estávamos lá em casa pudemos ver a senhora numa dessas sessões a caminhar dentro e fora de casa com a ajuda de um andarilho. O marido vai sempre atrás com uma cadeira para a mulher se sentar quando está cansada. Para além do andarilho tem também uma bengala, que já não usa; uma cadeira de rodas cujas rodas foram trocadas pelo marido para que a cadeira coubesse na mala do carro (Figura 8.11); e uma outra cadeira de rodas (Figura AV.5), adaptada a partir do assento do automóvel (Figura AV.6).

A Figura 10 mostra a cadeira de rodas dentro de um elevador que foi mandado construir pelo marido para que conseguissem aceder mais facilmente à garagem a partir das traseiras da casa. Anteriormente, o marido tinha que levar a mulher na cadeira de rodas através de uma rampa, sair de casa, subir a rua e entrar na garagem pelo exterior. Agora, o elevador resolve o problema das inclinações e da chuva que apanhavam de vez em quando.

A rampa que tinha que subir, mandou-a o marido construir. Ia desde o pátio

Figura AV.7 Monta-cargas usado para levar a cadeira de rodas até ao portão de entrada.



da casa até ao portão de entrada. Mas a inclinação era muito grande e o marido achava difícil e perigoso transportar a mulher tanto para cima como para baixo. Para resolver o problema, engendrou um sistema de monta-cargas, que hoje usam (Figura AV.7).

Do aço que sobrou depois de retirada a rampa, mandou fazer no serralheiro duas outras rampas mais pequenas para ajudar a meter a parte de baixo da cadeira de rodas na mala do carro (Figura 8.15).

Para acederem ao elevador que leva à garagem, criou-se um corredor abrigado da chuva onde o marido instalou uns corrimãos para a mulher se segurar. E, já que tinha espaço para isso, criou um sistema para prender um dos corrimãos ao chão para com isso criar a possibilidade de ter em casa um sistema de barras paralelas para exercício de caminhar como existe nas clínicas de fisioterapia (Figuras 8.12 e 8.13).

Estas foram adaptações que o marido foi fazendo ao longo de todos os anos desde que a mulher teve o AVC. Dentro de casa, como a mulher necessitava e necessita de ajuda para tomar banho, transformou a casa de banho em duas, sendo que uma só tem uma sanita e um chuveiro. Este chuveiro foi adaptado para se porem uns resguardos para a água e conta também com dois apoios de braços (Figura 8.14).

A entrevistada consegue fazer algumas coisas, mas poucas e sempre com ajuda de alguém e/ou de alguma coisa. É o marido quem a calça, mas, para facilitar a tarefa, usa sapatos de elástico ou de tira de velcro. Consegue comer sozinha, mas com dificuldade e consegue beber água, mas “treme um bocadinho”. Consegue também pegar na esferográfica e “ler ainda lê”. Os botões, “também aperta, porque eu insisto muito”, diz o marido.

A última invenção foi criada também pelo marido para que a mulher fizesse exercício na cama, mas a entrevistada nunca chegou a utilizá-la. É um sistema para exercício de perna e braço (Figura 8.16).

Embora tenha a casa toda adaptada e o marido faça esforços para que a mulher recupere o mais possível, o AVC foi há pouco tempo e a entrevistada só tem um IB de 20.

CR4 (com áudio)

A entrevistada está deitada numa cama onde passa a maior parte do seu tempo. O AVC deu-se há quase 10 anos e deixou-a em coma, tendo pouco a pouco recuperado. No entanto, ficou com sequelas graves que, apesar de não lhe terem afectado o raciocínio, a deixaram com muitas limitações de movimentos nos braços, mãos e anca. Embora consiga movimentar as pernas, não tem qualquer controlo sobre a anca, o que a impede de andar. O médico disse-lhe que é muito raro ver pessoas que fiquem com este grau de incapacidade funcional e raciocínio intacto que não entrem em depressão. A resposta da entrevistada é que não podia dei-

zar-se abater por ter que cuidar dos filhos (a filha mais velha, que hoje tem 22 anos, tinha 13 aquando do AVC da mãe).

A entrevistada passa o dia em frente ao computador, que usa para desenhar, procurar receitas (costumava ser chefe de cozinha antes de estar reformada por invalidez) e falar com parentes que vivem longe. Como não consegue usar os dedos para carregar nas teclas, usa um lápis que segura com a mão esquerda. Pediu que lhe fosse dado um apontador, mas não teve direito a ele e é demasiado caro para comprar. Usa com facilidade o telemóvel tanto para telefonar como para mandar mensagens escritas.

Todas as actividades do seu dia-a-dia são feitas com a ajuda da empregada que, nas suas palavras, é os seus braços. O IB é muito baixo (30) precisamente porque não consegue fazer quase nada, incluindo lavar os dentes ou pentear-se porque não consegue levantar os braços. Consegue, com muita dificuldade, comer sozinha com uma colher desde que lhe partam a comida, mas não consegue levar um copo de água à boca porque não o consegue agarrar (as mãos não abrem o suficiente). Usa uma garrafa de água com sistema de saída de água pela tampa que está ao seu lado esquerdo numa mesa ao lado da cama. Outra das tarefas que consegue fazer, embora com muita dificuldade, é descascar legumes como batatas ou vagens. Diz que demora muito tempo, mas que é uma tarefa que lhe dá prazer. Com a mão direita segura um descascador de vegetais ou uma faca e com a esquerda segura o vegetal, que vai rodando contra as lâminas do descascador ou da faca. Aproveitou para dizer que a tarefa seria facilitada caso houvesse descascadores com uma inclinação diferente da lâmina.

AF1 (com áudio)

A entrevistada AF1 vive na sua própria casa, numa unidade residencial que pertence à Câmara Municipal. Na sua casa vive também o filho, que lhe presta algum apoio quando precisa e, uma vez por dia, funcionárias do serviço de apoio domiciliário vão à sua casa para fazer as actividades de cuidados com a casa (lavar a louça, arrumar a casa...).

Apesar de ter uma hemiplegia severa no lado esquerdo do corpo, a entrevistada consegue realizar a maior parte das actividades. Apresenta um IB de 80. Fez fisioterapia durante dois meses, mas diz que não notou melhorias, Apesar disso, aplica no seu dia-a-dia técnicas para a realização das actividades que lhe foram ensinadas pelos terapeutas durante esse breve período de reabilitação, como, por exemplo, posicionar objectos entre as pernas em substituição da mão esquerda para segurar (cortar maçãs, abrir frascos...).

Não possui produtos de apoio além de um par de canadianas que usa sempre. Diz que não dá um passo sem elas. Além das canadianas, diz que o mais importante está na sua cabeça, i.e. para aprender a lidar com os problemas do dia-a-dia tem que adoptar diferentes estratégias e lembrar-se das melhores maneiras

para a realização das tarefas. Consegue isto na totalidade quando se trata de tarefas ou percursos quotidianos. Por exemplo, explicou que, num trecho que realiza diariamente para se deslocar de um sítio para o outro tem que adoptar um caminho mais longo em vez do caminho directo porque o caminho mais longo permite evitar algumas zonas acidentadas do terreno pelas quais tem medo de passar. A entrevistada menciona o seu receio várias vezes, tendo sobretudo medo de cair.

Queixou-se bastante dos maus serviços prestados pela unidade residencial para onde foi levada e onde hoje vive e pediu ajuda para a obtenção de um serviço de tele-assistência por causa das quedas que sofre em casa.

AF2 (com áudio)

Vive com a mulher e uma filha que, queixa-se, não ajuda muito em casa. O entrevistado AF2 apresenta um IB baixo, de 35, e é incapaz de realizar a maior parte das actividades da vida diária. Há algumas que consegue realizar e menciona-as com orgulho, como o fazer a barba. A mulher dispõe à sua frente todos os utensílios necessários numa mesa e o marido realiza a actividade sozinho a partir daí.

Já caiu depois do AVC e a mulher tem muito medo que ele tente deslocar-se sozinho. A mulher acompanha-o sempre, mesmo quando é para utilizar a casa de banho e, quando a mulher tem que sair, deixa o marido com uma fralda para que não tenha que fazer o caminho até à casa de banho.

Este entrevistado tem a assistência permanente da mulher e a assistência diária dos serviços de apoio domiciliário que lhe fornecem a higiene e a comida.

AF3

O entrevistado estava deitado na cama quando lá chegámos. Está permanentemente a emitir sons de angústia. A mulher, que é a cuidadora, disse que nem sempre o entrevistado está neste estado de angústia, mas que naquele dia estava aborrecido. Além das normais sequelas físicas do AVC, este senhor sofre agora também de epilepsia em resultado do dano cerebral.

A entrevista não foi gravada. A senhora, notava-se, estava com uma depressão. E foi com alguma renitência que consentiu em colaborar. Achámos por bem não lhes impor mais pressão com a presença de um gravador.

O entrevistado, apesar de uma hemiplegia severa e de, naquele momento, estar deitado na cama, é levado todos os dias para o sofá. Quem ajuda é o filho. O entrevistado não anda, mas o filho encontrou um método para transportar o pai: põe-se ao lado do pai (do lado paralisado), agarrando-o. Depois pousa o pé paralisado do pai no seu próprio pé e, quando anda, o pé e perna do pai movimentam-se transportados pelo pé do filho.

O entrevistado tem um IB de 5 porque se pode manter sentado e, de todas as actividades presentes na lista, só há uma que não é incapaz de realizar: “levantar um copo cheio e beber”. Além desta, a única tarefa que o entrevistado conseguia

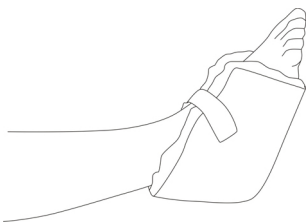


Figura AV.8 “Calcanheira”.

realizar, ainda que com custo, era “comer um pedaço de fruta com a mão”.

O produto de apoio que possui é uma cama articulada que veio do hospital. A cuidadora disse, claramente, que ninguém os informou sobre a possibilidade de obter outros produtos de apoio para o marido.

AF4 (com áudio)

Tem 92 anos e é a pessoa mais velha entrevistada até ao momento. Estava deitada na cama na altura da entrevista, depois de ter recebido os cuidados de higiene diária por parte de duas funcionárias do serviço de apoio domiciliário. A entrevistada consegue falar, mas à dificuldade junta-se a preguiça, pelo que a maioria das perguntas foram respondidas com a ajuda de uma filha – a cuidadora em casa de quem a senhora estava.

As duas filhas da entrevistada tentam tudo por tudo para não ter que enviar a mãe para um lar. Diz a filha que os lares são sítios agradáveis mas só quando as pessoas têm alguma mobilidade e autonomia – as pessoas acamadas, diz, sofrem bastante porque as deixam com uma televisão ligada todo o dia e sem companhia. Assim, as duas filhas revezam-se nos cuidados à mãe, sendo que a mãe passa temporadas alternadas em casa de cada uma. O ambiente sentido na casa era de muito carinho e atenção para com a entrevistada. Uma neta, que estava a estudar, pôs-se numa mesa perto da avó para poder sempre falar com ela e prestar auxílio em qualquer altura.

Assim como o entrevistado AF3, esta senhora é incapaz de fazer quase todas as tarefas, mas consegue comer um pastel ou uma bolacha com a mão. As que não estão marcadas com “incapaz” são as que nunca experimentou realizar. Ainda assim, em comparação com o entrevistado AF3, esta senhora apresenta um IB mais alto (25) por não ser incontinente. A filha contou que mesmo depois do segundo AVC (teve o primeiro há 12 anos e o segundo seis meses depois) a mãe não estava tão dependente, mas, fruto da idade e de outras complicações de saúde como a diabetes, está agora totalmente dependente.

Ambas as filhas tentam proporcionar à mãe o máximo de conforto. Não lhes foram dadas quaisquer ajudas; pagaram por tudo e têm: uma cama articulada, um colchão anti-escaras, uma cadeira de rodas, uma cadeira de banheira e outros dois objectos por causa da diabetes (umas “calcanheiras” (Figura AV.8) e uns apoios de pés). A filha disse ainda que têm também um medidor de tensão.

A cadeira de rodas serve para transportar a entrevistada para fora de casa, mas também para a movimentar no interior: todos os dias levam a entrevistada na cadeira de rodas para a mesa de refeições para que coma em família e possa conversar.

A senhora tem que tomar cerca de 20 comprimidos por dia, pelo que a filha arranjou uma caixa de plástico para inserir todos os medicamentos e, dentro dela, colou uma lista com as quantidades e horários de toda a medicação diária

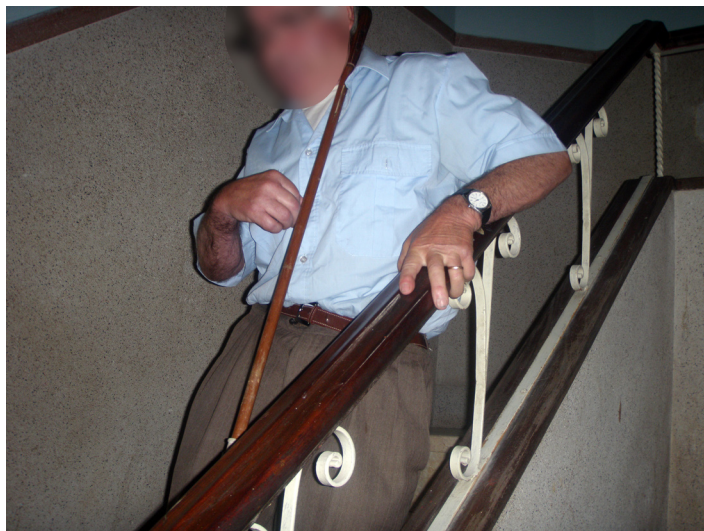


Figura AV.9 Fotografia da bengala em uso ao descer as escadas.

(Figura 8.18).

AF5 (com áudio)

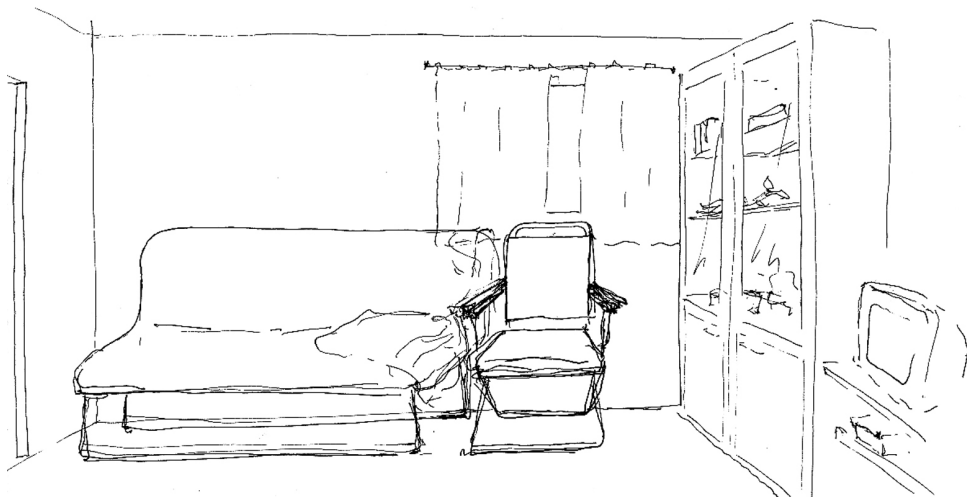
O entrevistado está reformado e tinha trabalhado na construção civil e em jardinagem. O IB é de 95 apenas porque tem algumas dificuldades a comer sozinho por causa da hemiplegia do lado direito do corpo. Mesmo assim, diz que enquanto puder fazer uso de um dos braços e dos dentes consegue levar a sua vida com independência. Chegou até a dizer durante a entrevista que a sua mulher, a única pessoa com quem vive, essa sim, é que “estava pior” porque tem problemas de costas. No dia-a-dia é o entrevistado quem acaba por ajudar a mulher e não o contrário. Faz várias actividades, incluindo consertar coisas em casa, tratar do jardim e desenvolveu até a sua própria bengala a partir de uma peça de guarda-chuva. Como a peça de guarda-chuva que arranhou tem uma pega arredondada, prefere usá-la como bengala em vez de uma outra que comprou “na loja dos chineses” por um euro. Desfez o resto do guarda-chuva, ficou com o cabo, retirou-lhe as peças de encaixe e acrescentou-lhe uma borracha na extremidade de contacto com o chão para que não escorregasse. Há uns tempos viu pela rua um pé de apoio em borracha que tinha sido de uma cadeira e acrescentou-o também à sua “bengala” (Figura 8.8). Tem já outro cabo de guarda-chuva em processo de transformação mas ainda faltam peças. A razão pela qual prefere a pega arredondada é porque esta configuração lhe permite pendurar a bengala na parte de trás do pescoço, deixando-lhe a mão livre para, quando sobe escadas, se agarrar ao corrimão (Figura AV.9).

É o entrevistado quem trata de toda a gestão da casa, desde os pagamentos às idas aos serviços públicos. De facto sai sozinho, apanha o autocarro e não tem quaisquer problemas em sair de casa. O entrevistado e a mulher têm a ajuda do serviço de apoio domiciliário na entrega de refeições e higiene feita à mulher do entrevistado. O senhor não necessita de ajuda com a sua higiene porque consegue tomar banho sozinho. Numa loja de produtos de apoio comprou uma tira para ajudar a lavar as costas que está presa na parede do polibã e que é usada



Figura AV.10 Fotografia do polibã com banco de parede e tira para lavar as costas.

Figura AV.11 Desenho rápido da configuração da sala do participante e da cadeira onde normalmente se senta.



pelo entrevistado com o braço funcional e com os dentes. Além desta tira, tem também um banco montado na parede do polibã (Figura AV.10). Este último produto de apoio não é usado pelo entrevistado, só pela mulher, já que o senhor prefere tomar banho em pé. Fez uma demonstração de como tomava banho pondo-se até dentro do polibã.

A única actividade que é incapaz de realizar é a de cortar a carne no prato, de resto realiza a maioria das actividades com independência, servindo-se da ajuda da mulher apenas para cortar as unhas ou para se levantar quando sofre uma queda. Além da bengala, do banco de banheira e da tira de banho, usa também uma “navalhinha” para abrir envelopes. Diz que anda sempre com a “navalhinha” no bolso desde que, quando começou a profissão de jardineiro, o seu mestre lhe disse que um jardineiro sem uma “navalhinha” não era jardineiro. Ficou-lhe o hábito e não sai de casa sem ela.

Faz a barba sozinho, põe a gravata sozinho e até é ele quem cose os botões em casa. Consegue fazer tudo sozinho, desde cortar a linha até enfiar a linha pelo buraco da agulha. Há várias coisas que faz com os dentes, como abrir a pastados-dentes. Outras coisas, como abrir frascos ou vestir-se faz como lhe ensinou a fisioterapeuta: no primeiro caso usa os joelhos para posicionar os frascos e no segundo caso repete os passos como aprendeu na fisioterapia (primeiro veste o lado paralisado e depois o outro lado). Tem pena de ter deixado a fisioterapia, que só fez durante dois meses, mas cada sessão custava 57,5 euros e tinha que começar por fazer todos os dias. Além disso o transporte custava 40 euros de cada vez: 20 para a ida e 20 para a volta. Mas, por vontade própria, vai fazendo tudo como lhe ensinaram e continua a replicar os exercícios que fazia na fisioterapia, como subir escadas todos os dias. Como mora na cave, exercita nas escadas do prédio, como no fim da entrevista demonstrou.

Quando está na sala senta-se numa cadeira de praia que arranjou (Figura AV.11). Tem um sofá, mas como não tem apoios de braços custa-lhe depois a levantar-se. Assim, fica sentado na cadeira que, apesar de ser mais desconfortá-

vel, permite-lhe que se levante. Quando já está há muito tempo sentado na cadeira, senta-se na beira do sofá, encosta a cadeira ao sofá e serve-se do apoio de braços da cadeira que está mais próximo de si para se levantar. A cadeira fica entre o sofá e um móvel com portas e foi curioso notar como o entrevistado organizou todos os objectos à sua volta e dentro do armário por ordem de proximidade de acordo com a frequência de uso, pelo que os objectos mais vezes utilizados se encontram mais “à mão” que os menos utilizados (Figura 8.22).

Como os profissionais do serviço de apoio domiciliário lhes levam a comida todos os dias, o casal opta por comer na cozinha porque lhes dá mais jeito para não terem que carregar as coisas de uma divisão da casa para a outra. A mulher do entrevistado come numa bancada mais baixa com uma cadeira de praia. O entrevistado senta-se de lado para uma máquina de lavar roupa em cima da qual tem uma toalha e que faz de mesa. Sentado assim, encostado com o lado funcional, consegue comer melhor (Figura 8.23).

APS1 (com áudio)

A entrevistada já teve três AVCs, tendo sido o primeiro há onze anos. Tem algumas dificuldades quotidianas, mas apresenta um Índice de Barthel relativamente alto (85). Apesar de ser protegida pela família e, segundo conta, sobretudo pelo marido, tenta realizar muitas tarefas em casa. Nomeadamente fazer a sopa. Dá a entender pelo seu discurso que esta “protecção” significa impedir que a entrevistada faça as coisas sozinha.

Além do marido, também a filha e o neto moram na mesma casa. Contou vários episódios em que os familiares se aborrecem com ela por estar a tentar realizar as actividades sozinha, como limpar o chão.

Muitas das actividades que faz foram-lhe ensinadas por terapeutas ocupacionais, pelo que sabe todos os métodos normalmente ensinados para cortar maçãs, vestir a roupa, etc. Tenta ser independente. Usa o telemóvel, trata das contas no banco e gere os seus interesses como melhor entende. Reclama um bocado da funcionalidade que nunca chegou a recuperar, mas também se recusa a fazer mais fisioterapia hoje em dia.

Além da bengala diz que não possui mais nenhum produto de apoio. Usa sempre a bengala quando sai de casa, mas diz que tem muito medo de descer escadas e que se agarra ao corrimão e não à bengala para o fazer.

APS2 (com áudio)

A entrevista foi feita numa das salas do centro de dia onde a senhora entrevistada, agora já reformada, trabalhou quase toda a vida. De facto, diz que esta é a sua casa. Quando teve o AVC, há cinco anos atrás, o marido ainda era vivo, mas entretanto morreu e a senhora vive sozinha agora. Saiu da casa onde estava porque morava num terceiro andar e mora agora num apartamento no rés-do-chão que lhe foi dado pela Câmara Municipal.

Em casa faz tudo sozinha, desde fazer a cama até limpar o pó. Só tarefas mais pesadas como lavar os lençóis é que tem que pedir a outros que façam. Diz também que quando não se sente segura não se atreve a limpar o chão, por exemplo. Queixa-se um pouco de tonturas e diz que tem medo de cair. De facto já caiu três vezes, sendo que na última vez uma vizinha ouviu-a a gritar e entrou pela janela que estava aberta para a ajudar. Fala bem dos vizinhos e diz que a ajudam muito. Uma das tarefas que não faz em casa é cozinhar. Todos os dias faz as refeições fora de casa: o pequeno-almoço no café e as restantes no centro de dia. E conta que durante o fim-de-semana não come quase nada – só iogurtes e cereais. Não cozinha nada.

Voltou há pouco tempo a fazer fisioterapia com uma terapeuta que vai lá ao centro de dia. Está muito contente com os progressos que tem feito ultimamente. Conta com orgulho e felicidade que agora já mexe a mão e o braço – coisas que antes não conseguia. Por causa desta recuperação já consegue vestir-se sozinha. Veste a roupa como lhe foi ensinado pelos terapeutas e às vezes usa os dentes para segurar no casaco enquanto o veste. Diz que às vezes fica um bocadinho mal mas as vizinhas “compõem-na”. Consegue também tomar banho sozinha e já deixou de usar um banco de banheira que tinha. Na casa onde está tem um polibã e agora, depois de voltar à terapia, já consegue tomar banho em pé. Não tem sítio onde se segurar além da torneira e, além desta, só conta com a ajuda de um tapete anti-derrapante para lhe dar alguma segurança no banho.

Tem uma canadiana que só usa para sair de casa. Dentro de casa só se agarra aos móveis e diz que vai andando devagar e com cuidado. Arranjou algumas estratégias para se movimentar dentro de casa. Por exemplo: tem uma cadeira sem tampo ao lado da cama por baixo da qual está um bacio. Isto ajuda a que não tenha que andar muito durante a noite. Outra estratégia que adoptou foi criada pela nora, que lhe pôs todos os objectos e utensílios de que precisa no dia-a-dia a uma altura que consiga alcançar facilmente. Assim não tem que fazer esforços perigosos para alcançar o que quer que seja. O Índice de Barthel é de 85.

ASN1 (com áudio)

Fomos encontrá-lo sentado no sofá a fazer palavras cruzadas. Este entrevistado está num lar há cerca de 10 anos, atura em que teve o último AVC. O grau no IB é de 95, pelo que o senhor consegue realizar quase todas as tarefas da vida diária, embora haja algumas que “custam um bocadinho”. Apesar de estar num lar, nota-se que é um senhor independente e não partilha dos mesmos interesses que os outros residentes. Em vez de ver televisão toda a tarde prefere fazer os seus “livrinhos”, que são as palavras cruzadas e jogos de números. Mostrou-nos o livro que tinha agora – todas as cruzadas estão preenchidas na íntegra.

Tem um produto de apoio – uma canadiana –, que usa para andar dentro e fora de casa, embora diga que, quando sai, prefere ter a ajuda de uma outra pessoa

além da canadiana. Tem medo de cair. Falou também do facto de algumas pessoas terem vergonha de pedir ajuda. Ele diz que não tem: prefere pedir ajuda que cair. Mas também diz que tenta primeiro e que se não conseguir, então, pede ajuda.

Move-se com alguma dificuldade, mas ambos os braços e mãos estão funcionais. Os seus problemas maiores hoje em dia são na fala e na audição. Diz que já teve um aparelho auditivo, mas que se estragou quando o deixou no bolso de umas calças que foram para lavar. Ainda não comprou outro, embora lhe faça muita falta, porque são muito caros.

É um típico morador da Ribeira do Porto, com uma grande adoração pelo rio e pelas festas de S. João. Contou-nos várias peripécias da sua vida relacionadas com estes seus interesses e mostrou-nos as esculturas em papelão que ainda hoje faz – quase todas inspiradas em motivos da Ribeira. Para ele, tanto as esculturas como as palavras cruzadas são uma maneira de passar o tempo e “esquecer a doença”. Ultimamente não tem feito as suas esculturas de papelão porque, por qualquer razão, não lhe têm dado os materiais necessários lá no lar, mas ele resente-se muito da falta.

Foi o primeiro entrevistado a participar na experiência de validação do “modelo de experiência emocional com produtos de apoio”. Os primeiros resultados confirmam as nossas hipóteses, havendo no entanto itens que esperávamos que fossem abordados, mas que não foram. Este senhor estava interessado, primeiro, em saber o que eram os objectos e depois em saber qual a sua utilidade prática. Concluiu depois de perceber a utilidade que nenhum deles lhe interessava porque, diz, para já não precisa. Comentou também o aspecto dos objectos e, num deles (pinça de alcance), salientou a vantagem de ser “levezinho”.

ASN2

É outra das entrevistadas que vive num lar. Fomos encontrá-la muito mal disposta e deprimida. Contou-nos depois uma senhora que trabalha no lar que esta senhora tinha um espírito e humor muito diferentes. É analfabeta, dedicou a sua vida à irmã, era a sua empregada doméstica, e vivia com ela. Quando teve o AVC, há cinco anos, a irmã não a quis ter em casa e a entrevistada foi directa do hospital para o lar onde está hoje. A irmã nunca mais a visitou.

É uma senhora com 90 anos e com um IB de 30. É incapaz de realizar a maior parte das tarefas e, mesmo para caminhar dentro de casa, precisa da ajuda de uma pessoa. Não usa qualquer produto de apoio, conta só com a ajuda de pessoas – normalmente técnicas do lar. Dadas as dificuldades motoras que tem e o facto de estar no lar, há algumas tarefas que nunca experimentou fazer, como abrir um pacote de leite ou aspirar. As únicas tarefas que é totalmente capaz de realizar são: “levantar um copo cheio e beber” e “acender o candeeiro da mesinha de cabeceira” porque tem uma pêra ao seu alcance.

ASN3 (com áudio)

Aparentemente não tem família, teve o AVC há quase 10 anos, altura em que tinha 50 anos de idade, e foi logo para o lar onde vive até hoje e onde a fomos entrevistar. O AVC afectou-lhe o lado esquerdo do corpo com severidade e é por isso que usa uma cadeira de rodas. Continua após todos estes anos a fazer fisioterapia, mas ainda não consegue andar, que era o seu maior sonho. De facto, há poucas actividades que consegue realizar sozinha, apresentando um IB de 15. Não só está numa cadeira de rodas, como não consegue movimentar-se sozinha porque isso requereria o uso de ambas as mãos e uma delas (a esquerda) está fechada. Diz que anda a trabalhar agora em conseguir abrir a mão, mas ainda sem resultados. Aparte ler, as únicas tarefas que consegue realizar são aquelas que impliquem somente uma das mãos, como comer, levantar um copo, escrever ou abotoar os botões do casaco.

Chorou bastante no início da conversa, pelo que tentámos começar o questionário pelas tarefas que, julgávamos nós, não lhe iriam ser tão dolorosas de lembrar que era incapaz de realizar. Parece que funcionou; pelo menos a senhora deixou de chorar e, mais para o meio/fim da conversa, até se riu um bocadinho. Além da cadeira de rodas, usa somente outro produto de apoio: um banco de banheira. Gostava de ter umas barras de apoio para se segurar, mas não tem.

Respondeu com muita paciência a todas as perguntas que tínhamos para lhe fazer, respondeu ao questionário sobre o conhecimento de produtos de apoio e participou também na experiência de validação do modelo de experiência emocional com produtos de apoio. Neste último, mais uma vez, o que se notou foi que, assim que percebeu que os objectos não lhe seriam úteis no dia-a-dia, desinteressou-se.

ASN4

Esta senhora de 89 anos trabalhava nas limpezas e na loja do marido. Teve o AVC há 30 anos e agora mora num lar. Tem um IB de 85, mas raramente sai do quarto onde está porque diz que não lhe interessa o que os outros fazem lá em baixo na sala comum, que “é só ver televisão”.

Além disso está algaliada e não gosta de carregar com a algália para todo o lado. Não sabemos se é vergonha ou não. O que vimos é que esta senhora tem uma carteira onde insere a algália. Disse-nos que vai assim para todo o lado. Contou-nos que vai muitas vezes ao hospital e que só sai de casa para passear quando o filho a vai buscar.

Tem muita pena de já não ver bem porque costumava ler muito e agora já não consegue. Não usa qualquer produto de apoio além de uma bengala e dos óculos que já não lhe servem de muito, mas são poucas as actividades que não consegue realizar, o que se nota pelo alto valor do IB.

Foi a terceira pessoa a participar na validação do modelo da experiência emo-

cional com produtos de apoio. Não mostrou grande interesse pelos objectos, sobretudo assim que percebeu que não lhe seriam úteis. A única coisa que perguntou acerca dos objectos foi para perceber para que é que serviam. Depois de tê-los na mão disse mesmo que não usaria qualquer dos dois objectos.

ASN5

Teve o AVC há 17 anos e está acamado desde então. As funcionárias do lar contaram-nos que este senhor foi “resgatado” de um outro lar onde estava quando um seu conhecido lá foi e viu como estava a ser maltratado. Agora está neste lar e diz que gosta. Está acamado, o AVC afectou-lhe o lado direito e também a fala. Para a entrevista foi necessária a presença de uma técnica do lar para nos ajudar a compreender algumas das coisas que o senhor dizia. Técnica esta que, por coincidência, o conhece desde pequena por serem ambos da Ribeira. Aliás este senhor era uma personagem famosa da Ribeira. Tem agora 70 anos, mas nos tempos áureos empregava-se a si próprio levando os turistas a conhecerem o Porto e fazendo viagens de barco no Douro.

Nunca teve uma casa até aos últimos anos antes do AVC em que arranjou um quarto arrendado lá na Ribeira. Fala com muita tristeza desses tempos por comparar aquilo que é agora com o que foi. Foi também com emoção que falou da filha, fruto de uma relação com uma turista. Da filha, além da idade, não sabe muito mais. Chorou um pouco durante a entrevista quando falava destes temas, mas a visão do meu aparelho ortodôntico tinha a capacidade de o fazer rir até às lágrimas. O senhor nunca tinha visto uma coisa assim.

Já não faz fisioterapia e há só duas tarefas que consegue realizar: “levantar um copo cheio e beber” e “acender o candeeiro da mesa-de-cabeceira”. A todas as outras tarefas respondeu que ou é incapaz de as realizar ou nunca experimentou fazê-las. Não usa qualquer tipo de produto de apoio e conta com o auxílio das técnicas do lar para tudo. Ainda assim o resultado do IB é de 30, sobretudo devido ao facto de ser continente tanto a nível vesical como anal. Não consegue mudar os canais de televisão, mas fez-nos muitas queixas de um dos seus companheiros de quarto que está sempre a pôr a televisão em canais que ele não quer ver.

SH1

É uma das poucas pessoas que entrevistámos que vive sozinha. Apresenta um IB de 75, mas precisa de ajuda nalgumas tarefas quotidianas, pelo que contratou uma pessoa para a ajudar e que vai a sua casa todos os dias. A reforma desta entrevistada é de 300 euros, mas conta com a “ajuda de terceira pessoa” do Estado. Além desta pessoa, usufrui também dos serviços de uma unidade de apoio domiciliário. Esta ajuda é diária também e uma das tarefas nas quais ajudam a entrevistada é na de se vestir.

Tem medo de cair e diz que às vezes precisa da ajuda de alguém, mas diz também que só aceita a ajuda se confiar na pessoa e souber que não a vão deixar

cair. Teve o AVC há mais de três anos, já tentou usar uma canadiana e uma bengala, mas diz que não consegue usar nenhuma delas. Está agora a treinar na fisioterapia o uso de um tripé. Enquanto não consegue usar o tripé, caminha fora de casa com a ajuda de alguém e dentro de casa anda agarrada aos móveis. Além destas ajudas de mobilidade, tem também um banco de banheira e umas barras de apoio que mandou aplicar na casa de banho depois do AVC. Depois do AVC fez também obras na casa de banho para substituir a banheira que tinha por um polibã para que fosse mais fácil tomar banho.

Dos 16 produtos de apoio que lhe mostrámos, só conhece quatro e, destes, só possui dois.

SH2

Teve três AVCs, o último há mais de três anos. Mora com a mulher e com o filho e é a mulher quem o ajuda diariamente, quer seja a vestir, a tomar banho ou a cortar a carne no prato para que possa comer sozinho.

O AVC afectou-lhe o lado esquerdo do corpo e a mão esquerda está completamente paralisada, pelo que lhe é muito difícil realizar as tarefas quotidianas. O IB que apresenta é de 50 e não possui produtos de apoio além de um tripé e de um banco de banheira (ambos comprados com o seu dinheiro). Tem também uma cadeira de rodas que comprou depois do AVC. Usa o tripé dentro de casa, mas diz que é incapaz de caminhar fora de casa sozinho.

As tarefas que consegue realizar são aquelas que implicam pouco esforço e o uso de uma só mão, como acender a luz da mesa-de-cabeceira, usar o comando da televisão ou usar o telefone. Há, contudo, uma tarefa mais melindrosa que diz que sentado às vezes consegue realizar, que é “alcançar uma peça de roupa do chão”.

SH3

Esta senhora vive com o marido e tem a ajuda ocasional de uma vizinha e amiga. O AVC foi hemorrágico e fez com que tenha que usar uma cadeira de rodas. É incapaz de realizar qualquer das 42 actividades da vida diária sobre as quais foi questionada à excepção de “pegar num copo cheio e beber”. É por isso, e por ter acidentes ocasionais de controlo anal e vesical, que tem um resultado de 20 no IB.

Tem 66 anos, uma reforma de 350 euros e, ainda assim, não conseguiu qualquer ajuda financeira para comprar os produtos de apoio de que necessitava. Comprou a cadeira de rodas, um banco de banheira, uma cama articulada, um sofá e fez obras na casa de banho para substituir a banheira por um polibã e para aplicar barras de apoio. Tanto o marido como a vizinha estavam presentes durante a entrevista e, quando questionados sobre se lhe tinham oferecido alguns dos produtos de apoio que tinham, o marido respondeu: “A mim ninguém me dá nada”.

SH4

Este senhor estava muito mal disposto durante a entrevista. Desde que teve o AVC contratou uma senhora para o ajudar diariamente. Esta senhora estava presente durante a entrevista que teve lugar numa clínica de fisioterapia e disse-nos que este estado nele era normal. O entrevistado trabalhava nos correios e depois de se reformar foi ajudar a mulher no restaurante que tinham. Tem 78 anos, teve o AVC há dois anos e desde então está numa cadeira de rodas.

Tem um IB de 10 por se conseguir manter sentado e por conseguir comer sozinho, apesar de precisar que alguém lhe prepare a comida no prato. Só há pouco tempo é que adquiriu a habilidade para manter a posição sentada – a senhora que o ajuda diariamente disse que só agora lhe conseguia vestir a camisa com ele sentado na cama.

Além de comer, consegue levantar um copo cheio e beber. Estas são as duas únicas tarefas que é capaz de realizar sozinho sem grande dificuldade. Com alguma dificuldade consegue abrir torneiras e pentear-se; e é incapaz de realizar todas as demais tarefas.

Além da cadeira de rodas, que foi oferecida por um amigo que já não necessitava dela, tem também um colchão anti-escaras, uma cama articulada com grades e um sofá com rodízios.

SH5

O entrevistado mora com a mulher e com a filha. A filha é quem tem a tarefa de ajudar tanto pai como a mãe, já que a mãe tem uma paralisia no lado esquerdo do corpo. Há 10 anos que teve o AVC e está agora no limite entre de dependência de terceiros apresentando um IB de 65.

Tem capacidade para realizar algumas tarefas e usa uma canadiana como ajuda à mobilidade. De resto, é a única ajuda de que dispõe. Contou-nos que a filha o ajuda a tomar banho, mas que consegue estar em pé o tempo todo. Dentro de casa caminha sem ajuda, embora com alguma dificuldade, mas nunca sai de casa sem a ajuda de uma canadiana e de uma outra pessoa. Quanto aos degraus, o que nos disse foi que nunca os sobe.

Além das 42 AVD da lista, acrescentou que consegue fazer a barba sozinho.

SH6

Era carpinteiro e teve dois AVCs há mais de oito anos. A sua postura é a típica de uma vítima de AVC, com o braço esquerdo contraído e com um arrastar de perna e balanço de peso corporal quando caminha.

Apesar das dificuldades tenta realizar muitas das tarefas quotidianas. Não tem ajuda de profissionais – é a mulher quem o ajuda quando precisa – mas tenta sempre. Por exemplo, continua a tentar cortar as unhas sozinho e diz que às vezes consegue. Vestir-se sozinho é-lhe difícil, sobretudo porque lhe leva muito

tempo a realizar a tarefa e é por isso que a mulher o ajuda todos os dias. Uma coisa curiosa a respeito do domínio do vestir, foi ter-nos dito que às vezes consegue apertar botões e outras vezes não e que essa capacidade depende do tamanho das unhas: se tiver as unhas compridas consegue, se as tiver curtas não consegue.

O que não tenta fazer sozinho é tomar banho. Diz que já caiu muitas vezes e que agora, mesmo depois de a mulher lhe ter comprado um tapete anti-derrapante, não se atreve a entrar na banheira e a tomar banho sozinho. Tem muito medo:

“Sozinho não vou. Fiquei com muito medo da banheira, muito medo da banheira. A mulher comprou-me uma borracha e tudo, mas...”

Mesmo fora da banheira e da casa de banho já caiu algumas vezes e diz: “Caio, bem fico no chão”. Para caminhar fora de casa usa uma bengala de madeira convencional. Já dentro de casa, se não anda agarrado aos móveis, apoia-se numa bengala artesanal feita por ele e pelo filho a partir de um tubular de aço que o filho encontrou numa sucata. Não pudemos ver esta bengala porque o entrevistado diz que é muito pesada para andar com ela fora de casa, mas pedimos que nos a descrevesse. Será qualquer coisa como a que está representada na Figura 8.9.

A razão para usar uma bengala tão pesada dentro de casa são os ladrões. À semelhança do que já notámos noutros entrevistados, este senhor tem medo que lhe assaltem a casa e sabe que terá dificuldades em defender-se por causa das suas limitações motoras.

“Em casa uso uma para andar. E se precisar de dar uma cacetada em alguém, dou!”

Este medo é aumentado pelo facto de já ter sido assaltado uma vez.

“Já fui roubado uma ocasião. Desde aí nunca mais usei [dinheiro]. Nem dinheiro nem carteira.”

A outra coisa interessante que surgiu da conversa foi espoletada pela pergunta “Se acordar de noite dá bem com a luz?”, ao que o entrevistado respondeu que usa o que ele chama uma “pilha” – um termo usado, pelo menos no Norte do país, como sinónimo de lanterna – porque dessa forma não corre o risco de acordar a mulher com a luz e, por outro lado, ajuda-o a iluminar o caminho (normalmente, nestas ocasiões, até à casa de banho).

SH7

Teve o AVC há mais de um ano e tem agora 55 anos de idade. Esta senhora mostra muita tristeza com o facto de estar “presa” a uma cadeira de rodas. Diz que habituar-se à cadeira lhe custou muito e que no hospital onde estava a obrigavam a ficar muitas horas numa cadeira de rodas que, para mais, era muito desconfortável, fazendo com que tivesse horríveis dores corporais.

Mora com o marido que a ajuda diariamente em tarefas como vestir ou tomar

banho e além dele tem a ajuda de uma amiga e vizinha que durante a entrevista, que decorreu numa clínica de fisioterapia, estava também presente. Consegue deslocar-se sozinha na cadeira de rodas, mas com muita dificuldade e demorando muito tempo porque só usa a mão direita. Com a mão direita, aliás, consegue realizar algumas tarefas, mas só aquelas que não requerem demasiada destreza ao força, como usar o comando da televisão ou o telefone. Consegue também fazer outras tarefas como abrir a pasta-dos-dentes ou lavar os dentes, mas diz que nestas já tem mais dificuldade. Outra das coisas que consegue, às vezes, é apertar botões, mas leva-lhe muito tempo e às vezes tem que ajudar com os dentes. Não consegue, por exemplo tirar os comprimidos da embalagem; só os toma. E esta dificuldade é devida não à incapacidade motora, mas ao medo que tem de se cortar ao fazê-lo.

SH8

Teve um AVC há mais de três anos e, já no hospital, teve outros três. O entrevistado tem agora 65 anos e vive com a mulher e com o filho, sendo a mulher a sua ajuda diária.

Apesar dos quatro episódios de AVC, consegue caminhar sozinho com a ajuda de uma canadiana ou de um tripé. A escolha não é casual: o tripé é a ajuda que usa sempre dentro de casa, mas quando sai troca o tripé pela canadiana se souber que vai utilizar transportes públicos. Diz que a canadiana é muito mais prática nos transportes públicos:

“Porque tenho mais equilíbrio. Porque ponho assim no pulso e segura-se. Por causa do equilíbrio. Perde-se muito o equilíbrio. Esta doença é horrível por isso”

Além destas duas ajudas de mobilidade tem também uma bengala que quase não é usada. O tripé dá-lhe mais segurança:

“Tenho a perna muito torta. Tenho medo que ela torça”

Consegue já vestir-se sozinho, mas tem problemas na altura de apertar os botões ou os fechos de correr e tem que pedir ajuda à mulher. Da mesma maneira, consegue calçar os sapatos mas não consegue dar nós nos cordões, por isso “Sapatos de cordões é que não”. Consegue também tomar banho sozinho. Para o efeito vale-se de um banco de banheira e de umas barras de apoio para se segurar. Todas estas ajudas, incluindo as de mobilidade, foram compradas pelo entrevistado.

O IB é de 85.

SH9

Este senhor teve um AVC hemorrágico que causou várias sequelas. Desloca-se numa cadeira rodas, mas tem que ter a ajuda de alguém e ficou praticamente cego, só conseguindo distinguir vultos. O lado do corpo afectado pelo AVC foi o esquerdo e não consegue ainda movimentar o braço. Mora com a mulher e uma

filha que são as suas cuidadoras informais. É incapaz de fazer a maior parte das tarefas e teve um resultado de 30 no IB.

Além da cadeira de rodas tem também uma cadeira higiénica que a filha comprou e que usa para tomar banho: “É assim estou mais seguro, senão não me segurava”. Tem ainda uma pedaleira para fazer exercício quando está sentado, mas aponta-lhe defeitos: “Eu se der um coice àquilo, aquilo parte-se tudo. É um brinquedo”. Comprou também uma cama articulada e uma mesa de apoio à cama e diz: “Comprámos isto tudo e deitámos metade de casa abaixo para fazer as obras”.

No fim remata, dizendo: “Felizmente tenho todas as condições em casa para a recuperação”.

SH10

Era costureira, teve o AVC há seis anos e vive com o marido e um filho, apesar de apenas se referir ao marido quando fala de alguém que lhe preste ajuda pessoal nas tarefas. Tem um IB de 70 e a distribuição pelos graus de capacidade nas tarefas é bastante uniforme. É incapaz de realizar as actividades que mais entrevistados são incapazes, como cortar as unhas ou cortar a carne no prato, mas consegue fazer outras tarefas, como pôr a mesa ou sair de casa.

Dentro de casa caminha sem qualquer ajuda, mas quando sai usa uma bengala. Tem no entanto medo de se desequilibrar – “Não subo para cima de nada nem tenho equilíbrio em cima de nada” – pelo que não arrisca tentar tarefas de alcance vertical; e também não tenta esforços com objectos pesados. Outro dos receios que tem é o de ser assaltada: “Tenho receio de ir ao banco. Não me sinto capaz de ir sozinha, tenho medo. Mesmo com o risco que a gente tem hoje, com a ladroagem e tudo. Eu tenho receio”.

Para abrir um pacto de leite diz que não pode usar uma tesoura porque não consegue fazê-lo com uma só mão; por isso diz que, para os poder abrir, tem que comprar pacotes de leite com sistema de fecho com tampa polimérica: “Se for daqueles de engatar o dedo e puxar. Tudo o que seja com facas, coisas de cortar, não posso”.

SH11

Tem 85 anos, teve o AVC há três meses e apresenta um IB de 60. Usa uma cadeira de rodas que não consegue movimentar sozinho e tem também um andarilho que usa para caminhar dentro de casa.

São poucas as tarefas que é totalmente capaz de realizar e estas envolvem sempre somente o uso dos membros superiores. As actividades da lida da casa, como ir às compras ou aspirar nunca tentou realizar, mas diz que “Já era assim. Não havia problema” e a mulher é que ia às compras. Hoje continua a viver sozinho com a mulher e é ela quem continua a realizar estas tarefas.

Uma das coisas curiosas que apontou foi o facto de só se conseguir levantar da cama se não tiver peso por cima do corpo: “Se tiver a roupa [da cama] por cima de mim, não consigo”.

SH12

Vive com a mulher e com a filha, mas raramente precisa da ajuda delas para as tarefas diárias a não ser para se calçar ou para cortar as unhas. O IB é de 85.

Em relação às tarefas de lida da casa, houve duas que disse não ter experimentado fazer porque estão a cargo de uma empregada doméstica – aspirar/varrer e lavar a louça.

Comprou umas barras de apoio para pôr no chuveiro porque “Não quis tomar banho sentado” e fez a mesma ressalva aos pacotes de leite que a entrevistada SH10, já que usa a tesoura nos pacotes convencionais, mas consegue abrir sem ajuda os pacotes “da Matinal”.

SH13

Em relação aos restantes entrevistados, este senhor é muito novo – tem 36 anos. Teve o AVC há pouco mais de um ano e tem um resultado de 60 no IB. Era trabalhador da construção naval, mas agora está desempregado e vive com a mãe e o padrasto. É a mãe quem lhe presta ajuda diária, sobretudo para o ajudar a vestir-se, já que é incapaz de o fazer, a tomar banho ou a vesti-lo quando vai à casa de banho. Além da mãe, tem a ajuda de um banco e de uma barra de apoio no chuveiro para tomar banho.

Caminha sempre com a ajuda de uma canadiana e evita tarefas de alcance vertical (“senão posso cair”). Tarefas de lida da casa nunca experimentou realizar e as tarefas que é totalmente capaz de realizar relacionam-se todas somente com os membros superiores, como lavar os dentes, usar o telefone ou acender o candeeiro da mesa-de-cabeceira.

V1

Foi há oito anos que teve o AVC que lhe afectou o lado direito do corpo e que lhe causou algumas limitações funcionais, mas hoje tem um IB de 100 e diz até que consegue subir a um escadote. A todas as AVD respondeu com “totalmente capaz”, à excepção da acção de se levantar de uma queda, que diz conseguir sozinha, mas com dificuldade.

V2

Era doméstica e está reformada. Mora com o marido e um sobrinho e é o marido quem a ajuda nas tarefas diárias. Queixa-se de algumas dificuldades e tem um IB de 75. As tarefas que é totalmente capaz de realizar estão todas relacionadas somente com os membros superiores. Diz que é muito difícil vestir-se e que é incapaz de apertar os atacadores. Mesmo quando usa a casa de banho, diz que, ao vestir-se, “ao puxar as calças acima é que fica ponta abaixo, ponta acima”. Outra

das coisas de que se queixa é de levar muito tempo a tentar realizar as tarefas e no fim elas não resultarem como a entrevistada queria: “Mas não me calha como eu quero as coisas. Ai, que nervos!”.

Não usa qualquer tipo de produto de apoio, nem sequer ajudas à mobilidade, e justifica: “Nunca quis nada para não me habituar”.

V3 (com áudio)

O entrevistado era cozinheiro de 1.^a e já viveu em diferentes países ao longo da vida. Teve o AVC no momento em que se preparava para, aos 59 anos, voltar a emigrar, o que fez com que alterasse os planos e tivesse que ficar em Portugal. Morava sozinho, mas por, como diz “imposição”, da segurança social e da médica do hospital, está a morar com a sobrinha, sendo no total mais de quatro pessoas a viver na mesma casa.

Era destro e o AVC afectou-lhe precisamente o lado direito do corpo, pelo que só com a mão esquerda não consegue voltar a cozinhar a nível profissional como antes fazia, o que é para este senhor um grande desgosto. Assim, neste momento está desempregado e não recebe reforma porque diz que tem dinheiro poupado.

Apesar desta impossibilidade para trabalhar como cozinheiro tem um valor de 100 no IB porque consegue realizar todas as tarefas. Está continuamente à procura de emprego relacionado com a sua área, mas diz que ninguém o emprega pela limitação nas actividades que tem.

Este entrevistado mostrou preocupações em lidar com a sua nova condição e contou episódios na entrevista de como tenta esconder a mão direita para que outras pessoas, incluindo amigos seus, não se apercebam da sua deficiência adquirida. Conta, aliás, que deste a altura em que estava internado no hospital – logo depois do AVC – sempre tentou com muito esforço recuperar a funcionalidade que antes tinha e nunca se quis fazer valer de quaisquer produtos de apoio.

V4

Tem 53 anos, trabalhava na construção civil e, desde que teve o AVC, há mais de um ano atrás, está reformado e vive sozinho com a mulher. Tem um IB de 90 e são poucas as tarefas que é incapaz de realizar (n=5). Tarefas minuciosas como apertar os atacadores, apertar botões, tirar os comprimidos da embalagem e tomar ou cortar as unhas são exemplos de actividades que não consegue realizar e para as quais tem que se servir da ajuda da sua mulher.

Não tem qualquer tipo de produto de apoio à excepção de uma calçadeira que usa diariamente.

Anexo VI

Frases dos Entrevistados Relativas a Emoções e Sentimentos

Nr.	Código	Frases
1	C3	Não se atreve porque tem medo, especialmente se a água estiver quente, com medo de falha da mão esquerda
2	C5	Usava bengala mas já não usa, não quer
3	C6	Tem medo de deixar cair
4	C6	Tem medo de cair
5	C11	Tem medo de se queimar
6	C13	“Ainda não caí vez nenhuma, que ando com um pau”
7	C13	“Não me dou com muletas”
8	C13	“Gosto deste pau porque é a minha defesa”
9	C15	“Isto é muito bom! Já comprei outro”
10	C15	“O apanhador vale muito. E a mãozinha”
11	M1	Tem medo de raspar com as mãos nas paredes ao usar a cadeira de rodas fora de casa porque o passeio é muito estreito
12	M3	Trocou banheira por cabina por medo de escorregar
13	M5	Medo de cair
14	M5	Medo de se cortar
15	M5	Medo de se queimar ao levar recipientes grandes ao lume
16	M5	Demora muito tempo
17	M7	Teve “muita pena da louça antiga”
18	M7	Alegria e orgulho que mostra ao contar que conseguiu, pela primeira vez no dia anterior, abrir um pacote de leite sozinho
19	M9	“Só me estorva. Não me quero habituar a usar dessas coisas”
20	G8	Medo de tropeçar numa passadeira comprida
21	P1	Medo de cair
22	P3	“Levanta-se a tampa e mete-se champôs e tudo lá dentro. Mesmo engraçado! Mesmo jeitoso!”
23	P3	Medo de cair
24	P3	Medo de deixar cair
25	P3	“Aquilo é uma maravilha!”
26	P4	“Porque a minha cama é do séc. XVII - é muito alta. Eu desço bem e subo”
27	P4	“Às vezes posso-me desequilibrar e é uma perna!”
28	P6	“Tenho muito medo”
29	P6	“Gosto desta”
30	P6	“Tenho medo. Se eu cair é um caso sério”
31	P6	“Tenho medo”
32	P6	“Tenho medo, tenho medo”
33	P7	“O que me faz mais falta e tenho mais pena é conseguir caminhar melhor. É o que me dói na alma”
34	P7	“É designer? Ainda bem que vocês existem para inventar coisas como essa prancha”
35	F2	“Não faço esforços grandes, senão pode-me cair ao chão”
36	F3	“Com cuidado” [Medo de deixar cair]

Nr.	Código	Frases
37	F4	"Lavo com a vassourinha e tudo. Lá no centro gostam muito que eu vá à casa de banho, que eu deixo tudo limpo"
38	F6	"Os chinelos, perco-os pelo caminho"
39	F6	"Nunca vou só"
40	F8	"Tenho de tudo. Caço qualquer um"
41	F8	"Quem é que me dava isto?! Comprei-o"
42	F8	"Sabe como consigo? Com as tenazes do fogão"
43	F10	"A minha perdição é a televisão!"
44	F11	"Tenho uma bengala, mas não ajuda nada"
45	F13	"Nem tanto. Eu não quero cair"
46	F16	"«Oh, Sr. Dr., tenho vergonha de ir na cadeira de rodas.»"
47	F16	"Sinto-me melhor psicologicamente, sinto-me melhor" [em dar a mão ao marido que em usar o tripé]
48	F16	"Senão tinha que comprar. Destes que se compram não têm firmeza nenhuma" [tripé]
49	F17	"Também agora ando mais à tabela, sabe como é"
50	F18	"«Ai, que eu vou andar!» Chorei de alegria!"
51	F18	"As minhas filhas puseram tudo a jeito. Não posso fazer nada, que posso cair"
52	F18	Comprou um faca pequenina para não se cortar quando cozinha
53	Z1	"Às vezes distraio-me e o copo <i>pumba</i> "
54	Z1	"Isto tem dado muito jeito"
55	Z2	"Mas se eu apagar, nunca mais!"
56	Z4	"Nem ela dá grande interesse às coisas. Nunca a vi a rir"
57	Z5	"Essas coisas deviam ser conhecidas, que fazem muito jeito"
58	Z6	"A carne, Deus me livre! É muito dura!"
59	Z6	"Eu consigo, mas é perigoso"
60	Z7	"É o grande mal que eu tenho, é não ter equilíbrio, não segurar"
61	Z8	"Ai, a cadeirinha tem rodinhas e tudo. Muito jeitosa!"
62	Z8	"Agora não posso. Tenho medo de cair"
63	Z8	"Tenho medo de cair"
64	Z8	Participante Z8: "Eu era um burgueiro. Pegava na mota e ia. Mulher: "Só vinha a casa dormir" Participante Z8: "Agora não posso nada"
65	CR4	"Eu gosto muito de cozinha. E faço desenhos e gosto muito de saber de cozinha, das receitas... E passo o dia todo por aqui a..." "Na internet. É o meu entretém. É que eu tenho pessoas, família fora que falo com elas..."
66	CR4	"Eu se quiser ir à rua, ou a um cabeleireiro, como eu gosto de ir ao cabeleireiro e tudo, tenho sempre que incomodar os vizinhos. E eu então pedi uma cadeira elevatória."
67	CR4	"Se as ajudas técnicas fossem mais baratas..."
68	CR4	"Levo milhões de tempo, mas dá-me satisfação estar aqui a arranjar as vagens"
69	CR4	"Portanto, tenho medo é, se tiver uma pessoa ao meu lado eu consigo dar um passo, mas eu olho para a pessoa e vejo que ela não está ao meu lado, eu caio. Automaticamente"
70	CR4	"E gostava que houvesse em plástico." "Ou vidro inquebrável, ou qualquer coisa, mas que fossem bonitos, que não fossem monos"

Nr.	Código	Frases
71	CR4	"...tenho sempre medo de utilizar porque é vidro"
72	AF1	"Mas às vezes peço-lhes a elas para me segurarem a cadeira, que ela... Tenho medo que ela tombe comigo. É conforme, às vezes tenho que pedir ajuda, outras vezes não, é conforme. É conforme"
73	AF1	"Se for aqui já não vou. Não, que caio para a frente."
74	AF1	"E então tenho muito medo de pôr os pés"
75	AF1	"Se for no elevador tenho um medo horrível." "E às vezes estou em casa e não vou. Porque tenho medo de entrar e sair do elevador sozinha." "Agora sozinha, não. Não, porque eu caio. Aquilo fecha de repente e eu vou para a frente. Tenho muito medo"
76	AF1	"Não, tenho a canadiana. Sem ela é que eu não dou um passo "
77	AF1	"Tenho muito medo de esforçar isso"
78	AF1	"Mas tenho medo, tenho medo . Por às vezes posso dar qualquer... Tenho muito desequilíbrio. Mas é isso: como tenho muito desequilíbrio, tenho medo. Tenho de ter a certeza de que posso agarrar a qualquer coisa se me desequilibrar"
79	AF1	"...depois, cá lá na sala. Parti a cabeça. O raio do sofá virou-se . Eu fiz assim [inclina-se para o lado]; virou. E eu fiquei debaixo dele"
80	AF2	"Que esta bengalinha é uma perna minha" "...é uma atracção que... Desde que eu tenho isto." "Pois é, mas eu... Eu não me ajeito com mais nada! Só com isto." "Eu gosto é disto. Vou daqui para além, para a porta, vou..."
81	AF2	"Não, não gosto. Não me ajeito" [Canadiana]
82	AF2	"Isto é que eu calço bem! Gosto de andar com elas"
83	AF2	"Tenho medo, tenho"
84	AF2	"Isso não, que eu tenho medo de mexer nessas coisas." "Posso cair e espetar-me num vidro"
85	AF2	"Isto é uma porta com 3 trancas! Esta" "E às vezes quando vem alguma pessoa tocar à campainha eu não me levanto"
86	AF4	Filha: "E pronto. E gostaste da cama nova, não foi, mãe?" AF4: "Hum." Filha: "«Hum» não. Então? Como é que é? Gostaste ou não?" AF4: "Gostei." Filha: "Pronto, estás a ver como tu?... É preguiçosa a falar, está a ver?! [Risos] Assim é mais fácil, não é? Olha: «Hum, hum! Hum hum!». Pois é. Ela gosta. Gostou, bastante. Sente-se mais confortável, o que é natural."
87	AF5	"São destes, olhe, são destes. Está a ver? Destes, que isto é bom para calçar"
88	AF5	"Ainda é a que me ajeito melhor com ela, ainda é aquela... " "Eu gosto muito dela!"
89	AF5	"Eu tinha um sofá que tinha aqui um encosto [de braços]. Este não tem. E eu, como não tem encosto, para estar assim às vezes não coiso, ou então com medo que caia para o lado ou assim"
90	AF5	"Uma rica bengalinha"
91	AF5	"E a gente quando faz está entretido! Está distraído!"
92	APS1	"Com a bengala tenho medo"
93	APS1	"Agora com o esfregão de aço é que eu tenho um bocadinho medo de mexer" "De me picar ou qualquer coisa!"
94	APS2	"Sim, agarro-me à parede e quando não estou bem segura não subo. Não subo"
95	APS2	"Tenho medo de cair"

Nr.	Código	Frases
96	ASN1	"Isto, parece que não, não me lembra da doença. Eu a fazer isto estou entretido e não me lembra da doença"
97	ASN1	"Eu para andar preciso da canadiana. Vou ter vergonha? Não! Não é? É melhor andar com a canadiana que cair"
98	ASN1	"Eu gostava de fazer, gostava. Ali naquele cantinho..." "Ficava ali. Uma mesinha e eu ia para ali. Parece que não, não me lembra da doença. E também me ajuda muito"
99	SH1	"Mas tenho que sentir que é uma pessoa que não me deixa cair - uma pessoa que me dá segurança"
100	SH1	"Ui! Ando lá aos papéis até conseguir apanhar alguma coisa [para se agarrar]"
101	SH6	"Consigo sozinho, mas leva muito tempo. Nunca mais saio do sítio"
102	SH6	"Sozinho não vou. Fiquei com muito medo da banheira. Muito medo da banheira. A mulher comprou-me a borracha e tudo, mas..."
103	SH6	"Uso uma pilha [lanterna] para não acordar ninguém com a luz"
104	SH6	"Não, senhora. Já fui roubado uma ocasião. Desde lá nunca mais usei dinheiro nem carteira"
105	SH6	"Em casa uso uma [bengala] para andar - de ferro. E se precisar de dar uma cacetada em alguém, dou"
106	SH7	"Para me habituar à cadeira sofri tanto!"
107	SH7	"Aperto, mas levo muito tempo. Às vezes vou com os dentes"
108	SH7	Tem medo de se cortar a tirar os comprimidos da embalagem
109	SH7	"Tão cara e tão frágil que é aquilo!"
110	SH8	"Tenho a perna muito torta. Tenho medo que ela torça"
111	SH8	"Canadiana é mais fácil para andar nos transportes" "Porque isto ponho assim no pulso e segura-se. Por causa do equilíbrio. Perde-se muito o equilíbrio. Esta doença é horrível por isso"
112	SH9	"E assim estou seguro, senão não me segurava."
113	SH9	"Eu se der um coice àquilo, aquilo parte-se tudo. É um brinquedo" [pedaleira]
114	SH10	"Não subo para cima de nada. Nem tenho equilíbrio em cima de nada"
115	SH10	"Tenho receio de ir ao banco. Não me sinto capaz. Tenho medo. Mesmo com o risco que a gente tem hoje, com a ladroagem e tudo. Eu tenho receio."
116	SH11	"Sozinha podia cair para o chão."
117	SH11	"Para o quarto de banho não. Podia cair e ficar lá."
118	SH11	"«Olha que não te enganes com as notas de 50€». É o medo que eu tenho"
119	SH12	"Evito, senão posso cair."
120	V2	"Para se vestir é que é pior. Muito difícil."
121	V2	"Mas não me calha como eu quero, as coisas. Ai, que nervos!"

Anexo VII

Grelhas de Avaliação de Ajudas da Vida Diária

Fotografias



Identificação

Nome	Abotoador
Local	Adquirido – Sãnior Shop, Porto
Função	Apertar botões
Domínio (AVD)	Vestir (ABVD)
Fabricante	Desconhecido
Custo	Cerca de 9€
Dimensões gerais (c x l x a)	20x2x2cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais	Cabo de forma cilíndrica; elemento para abotoar com forma orgânica; gancho na extremidade oposta à peça de abotoar.	
		Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Cabo – Sim; Abotoador – Sim; Gancho - Não	4
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Muito leve	5
Resistência	Cabo – sim; Abotoador – Não	3
Materiais	Madeira, borracha, arame	3
Montagem / Desmontagem	Não aplicável	5
Suspensão e tira de pulso	Não tem	1
Cor	Bege, preto, cinzento metalizado, dourado	3
Instruções	Não tem	1
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Cilindro em madeira com secção de 20mm e comprimento de 130mm	2
Tipo de manejo	Fino	1
Aderência	Fraca aderência da madeira, compensada em parte pelas extremidades em borracha	2

Uso

Operações	Apertar botões; Abrir e fechar fechos de correr	
		Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
Apertar botões	Agarrar	2
	Rodar o pulso / flectir cotovelo	2
	Passar o abotoador através da casa do botão	3
	Fazer botão passar através do abotoador	2
	Puxar abotoador até prender o botão	4

	Levantar abotoador para aproximar casa do botão do botão	3
	Usar indicador e polegar para fazer passar o botão através da casa	1
	Empurrar abotoador para soltar o botão	4
	Retirar abotoador	3
Fechar fecho de correr	Unir extremidades do fecho	1
	Agarrar	2
	Rodar o pulso / flectir cotovelo	2
	Fazer passar gancho através de orifício do fecho	2
	Puxar para cima para fechar fecho	0
	Retirar gancho	5
Abrir fecho de correr	Agarrar	2
	Rodar o pulso / flectir cotovelo	2
	Fazer passar gancho através de orifício do fecho	2
	Puxar para baixo para abrir	1
	Retirar gancho	5

Pontos críticos

Apertar botões	O cilindro não oferece secção suficiente para agarrar correctamente e com firmeza
	Funcionalidade depende do tamanho da casa do botão (deve ser grande), do tamanho do botão (deve ser pequeno) e da rigidez do tecido (deve ser pouco rígido)
	O objecto por si não abotoa. Fazer passar o botão pela casa tem que ser com o uso dos dedos
Fechar fecho de correr	As extremidades do fecho têm que estar unidas previamente, o que é bastante difícil de realizar com uma só mão
	A entrada do gancho no orifício do fecho depende do tamanho do orifício (deve ser grande)
	É impossível fechar o fecho se a extremidade não estiver segura de alguma forma
	O gancho entra com facilidade no orifício, mas sai com demasiada facilidade, sendo muito difícil mantê-lo no orifício
Abrir fecho de correr	A entrada do gancho no orifício do fecho depende do tamanho do orifício (deve ser grande)
	É impossível abrir o fecho se a extremidade não estiver segura de alguma forma
	O gancho entra com facilidade no orifício, mas sai com demasiada facilidade, sendo muito difícil mantê-lo no orifício
	É muito difícil, sem um espelho, fazer passar o gancho através do orifício do fecho se não houver visibilidade (ex. casaco fechado com fecho junto ao pescoço)

Vantagens

Manuseio	O cabo simétrico facilita o uso do objecto
Material	A madeira empregue no cilindro, que constitui o maior volume e peso do objecto, é extremamente leve, facilitando o uso.

Fotografias



Identificação

Nome	Abre frascos
Local	Adquirido - Loja na Rua Sampaio Bruno, Porto
Função	Abrir tampas de frascos
Domínio (AVD)	Alimentação
Fabricante	Desconhecido
Custo	1€
Dimensões gerais (c x l x a)	16,5x8x2cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais

Objecto composto por uma única peça. A configuração geral assemelha-se à silhueta do número 8, tendo uma das curvaturas um raio mais pequeno que a outra. Existem três zonas onde podem ser inseridas tampas e toda a zona de eventual contacto com uma tampa é raiada. Possui também saliências nas zonas laterais de contacto com a mão: 2 de um lado e 3 do outro.

Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)

Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Leve	5
Resistência	Sim. Cedência do objecto quando apertado	5
Materiais	Polímero injectado (zona de união dos moldes e ponto de alimentação salientes – mau acabamento deste último)	4
Montagem / Desmontagem	Não aplicável	5
Suspensão e tira de pulso	Não tem	0
Cor	Verde escuro	2
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Dimensões aproximadas de pega de 10 x 5 x 2cm num dos lados e 10 x 8 x 2cm do outro	2
Tipo de manejo	Grosso	4
Aderência	Boa aderência no lado de pega mais estreito e pior aderência no lado contrário. A textura do material e as saliências laterais favorecem a aderência	3

Uso

Operações	Desenroscar a tampa de um frasco	Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Pegar no objecto	5
	Encaixar o objecto sobre a tampa (tampa com 7,2cm)	0
	Encaixar o objecto sobre a tampa (tampa com 6,5cm)	0

Encaixar o objecto sobre a tampa (tampa com 5,5cm)	5
Apertar o objecto de encontro à tampa	4
Mantendo a pressão para prender a tampa, rodar o pulso para a abrir	4
Tentativa 1 - Desenroscar tampa, enquanto se mantém a pressão e se roda o pulso (impossível – o frasco roda juntamente com a tampa)	0
Tentativa 2 – Retirar tampa com a ajuda do objecto, tendo o frasco preso entre as pernas (impossível – o objecto não adere à tampa e desliza em torno dela quando se roda o pulso)	0
Tentativa 3 – O mesmo que a tentativa anterior, mas agarrando o objecto sobre o círculo que envolve a tampa (o objecto não desliza sobre a tampa, mas comparando o uso do objecto desta forma com a tentativa de abertura da tampa do frasco sem recurso a um produto de apoio, é mais fácil e requer menos força a segunda opção)	2
Pousar o objecto	5
Retirar a tampa do interior do objecto	5

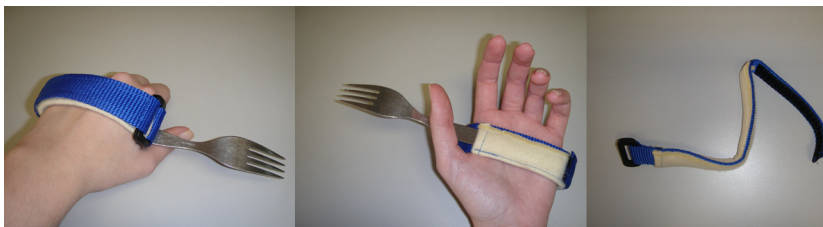
Pontos críticos

Versatilidade	O objecto não permite abrir tampas com mais de 5,5cm de diâmetro
Aderência às tampas	É necessário exercer muita força de encontro ao objecto de forma a compensar a falta de aderência do material do objecto à tampa
Uso com uma só mão	Impossível usar com uma só mão. É necessário prender o frasco de alguma forma enquanto se usa o objecto para retirar a tampa (o que requer o uso de duas mãos ou alternativas, como o uso das pernas)
Interface com a mão durante o uso	A necessidade da aplicação exagerada de força sobre o objecto para desenroscar a tampa leva a que os limites do objecto magoem a mão
Acabamentos	Os maus acabamentos nas zonas de contacto dos moldes e da zona de injeção de material magoam a mão durante o uso
Instruções de uso	A partir somente da forma, é possível que não seja clara a função do objecto

Vantagens

Peso	O objecto é bastante leve
Portabilidade	O objecto permite ser guardado e transportado facilmente
Custo	O objecto tem um preço bastante acessível

Fotografias



Identificação

Nome	Adaptador para utensílios de mão (ex. talheres)
Local	CRPG
Função	Comer / Escrever
Domínio (AVD)	Alimentação / Comunicação / Lazer
Fabricante	Desconhecido
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	10x4x2,5cm (montado para uso) 35x2,5x1cm (desmontado)

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais Tira em tecido com aplicação de velcro. Cosido ao longo da tira está um tecido que serve de encaixe a um talher (caneta, lápis, etc.) e que é feito num material a que o velcro adere. As duas peças de tecido assim cosidas passam numa fivela polimérica.

Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)

Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Muito leve	5
Resistência	Sim	5
Materiais	Tecido e polímero	5
Montagem / Desmontagem	Necessita de montagem para regulação à mão, seguida de encaixe do talher (lápis, caneta, etc.)	1
Suspensão e tira de pulso	O próprio objecto é uma suspensão	5
Cor	Azul, amarelo e preto	1
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Tecido em torno da palma da mão: 10x4x2,5cm	5
Tipo de manejo	Médio (em uso) e Fino (para a montagem)	3
Aderência	Muito boa	5

Uso

Operações Comer, escrever, pintar

Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)

Regular à palma da mão	Fazer passar tira na fivela	1
	Inserir mão	2
	Colar velcro	3
	Retirar da mão	2
Inserir talher	Pousar objecto com o bolso para cima	5

	Pegar no talher	4
	Orientar a extremidade do talher para a entrada do bolso	5
	Com o talher seguro, pousar o polegar sobre o bolso para estabilizar o objecto	3
	Inserir talher	5
Inserir na mão	Inserir objecto montado (com talher) na mão	3
	Retirar objecto montado (com talher) da mão	5
Comer	Torção do pulso em direcção à comida	5
	Enfiar garfo na comida	5
	Levantar e levar à boca	5

Pontos críticos

Montagem	Difícil de montar com uma só mão
Cor	Azul – possivelmente a única cor que não existe na comida (díspar)
Uso	Para usar o garfo para picar ou servir de pá (ex.: arroz), tem que se mudar a posição do garfo – o que significa retirá-lo e voltar a pôr
Material	Sendo em tecido é mais difícil de limpar/lavar que, por exemplo, um polímero

Vantagens

Material	Zona de contacto com a mão muito confortável
Portabilidade	Dá para arrumar num espaço muito reduzido e permite ser levado para todo o lado.

Fotografias



Identificação

Nome	Ajuda para segurar livros <i>ThumbThing</i>
Local	Adquirido – San Francisco Museum of Modern Art (SFMOMA)
Função	Segurar livros abertos
Domínio (AVD)	Lazer / Comunicação
Fabricante	<i>Techtionary</i>
Custo	Cerca de 3€
Dimensões gerais (c x l x a)	8x3x2,3cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais

Única peça fabricada em polipropileno com um orifício para o dedo e uma aba de cada lado do orifício.

		Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Leve	5
Resistência	Sim	5
Materiais	Polipropileno	5
Montagem / Desmontagem	Não aplicável	5
Suspensão e tira de pulso	Não tem, mas o objecto fica suspenso pela inserção do dedo no objecto	4
Cor	Cor-de-rosa (várias opções de cores disponíveis)	5
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Saco preto com fecho de fio	3
Área de contacto com a mão	Um orifício para o dedo e uma zona de 2 x 2,2cm para apoio do dedo	3
Tipo de manejo	Médio	4
Aderência	Boa aderência ao dedo criada pela forma de uso	4

Uso

Operações		Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Segurar posição de um livro aberto	
	Agarrar no objecto	5
	Introduzir o dedo polegar através do orifício	4
	Abrir um livro na página desejada	3
	Posicionar o dedo com o objecto a meio do livro, na zona inferior	4
	Pousar o livro	4

Arrastar a mão para a extremidade da página	4
Virar a página	3
Arrastar a mão para a posição anterior	4
Levantar o livro com a mão que segura o objecto	3

Pontos críticos

Interface	O uso prolongado do objecto é desconfortável, chegando a causar dor no dedo polegar que está introduzido no objecto
Uso	As abas existentes para segurar as páginas tornam o manuseio do livro difícil na altura de virar as páginas

Vantagens

Tamanhos	Como funciona como um anel, o objecto é vendido em quatro tamanhos diferentes: S, M, L e XL
Portabilidade	É um produto de apoio muito pequeno e fácil de transportar
Custo	É um objecto que, por requerer pouco material e por ser feito num único material, poderá ser vendido a baixo preço caso o volume de vendas seja grande

Fotografias



Identificação

Nome	Ajuda para vestir
Local	CRPG
Função	Vestir casacos, apertar fechos de correr, vestir calças
Domínio (AVD)	Vestir (ABVD)
Fabricante	Desconhecido
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	69,5x7,5x2cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais Cabo em madeira com aplicação de silicone em ambas as extremidades. Numa das extremidades está inserido um camarão polimérico. Na outra está inserida uma outra peça polimérica (ou em varão fino de aço recoberto a silicone) para ajudar a segurar ou puxar a roupa.

		Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Leve	5
Resistência	Sim	5
Materiais	Madeira, silicone e aço (não se vê este último)	5
Montagem / Desmontagem	Não aplicável	5
Suspensão e tira de pulso	Não tem	0
Cor	Castanho, preto e branco	2
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Cilindro em madeira com 61x2cm	3
Tipo de manejo	Médio/fino	4
Aderência	Boa	4

Uso

Operações		Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
Operações	Vestir casaco	
	Pegar no objecto	5
	Rodar pelo ombro e dirigir extremidade para a zona superior do casaco (na direcção da gola e ombro)	4
	Encaixar extremidade por baixo da zona superior do casaco	2
	Levantar objecto (rodar pulso) para levantar casaco	1
Retirar objecto (tanto mais difícil quanto maior o peso do casaco)	4	

Pontos críticos

Cabo	Secção de interface com a mão demasiado pequena
Acabamento	Silicone fica sujo e com mau aspecto

Vantagens

Peso	Muito leve
Forma da extremidade	Forma da peça na extremidade oposta ao camarão é muito versátil, dando para usos em diferentes posições, para diferentes peças de roupa e diferentes operações (ex.: levantar, puxar, arrastar ou rodar)

Fotografias



Identificação

Nome	Cabo para pente/escova
Local	CRPG
Função	Pentear
Domínio (AVD)	Cuidados pessoais / higiene pessoal (ABVD)
Fabricante	Desconhecido
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	43x3,5x3,5cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais	Peça principal (oca) axissimétrica e em silicone + anilha transparente em silicone, com 5,5x2,5x5cm, que se insere sobre a peça principal	Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Muito leve	5
Resistência	Sim	5
Materiais	Silicone	4
Montagem / Desmontagem	Montagem de pente entre anilha e peça principal	1
Suspensão e tira de pulso	Não tem	0
Cor	Azul	1
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Zona anelada com 23x3,5cm	5
Tipo de manejo	Grosso (segurar), médio (pentear) e fino (montar)	1
Aderência	Muito boa	5

Uso

Operações	Pentear	Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Montagem da anilha	4
	Pegar no pente	4
	Dirigir extremidade do cabo do pente para a zona entre a anilha e a peça principal	5
	Inserir extremidade do cabo do pente entre a anilha e a peça principal	4
	Empurrar cabo do pente para ficar preso pela anilha	1
	Pegar no objecto	5

Levantar objecto (pulso, cotovelo e ombro)	5
Dirigir objecto para a cabeça (até encostar)	5
Pentear (muito difícil porque não há inclinação entre pente e cabo)	2
Pegar no pente	5
Levantar objecto (pulso, cotovelo e ombro)	5
Dirigir para a nuca (até encostar)	3
Pentear	3

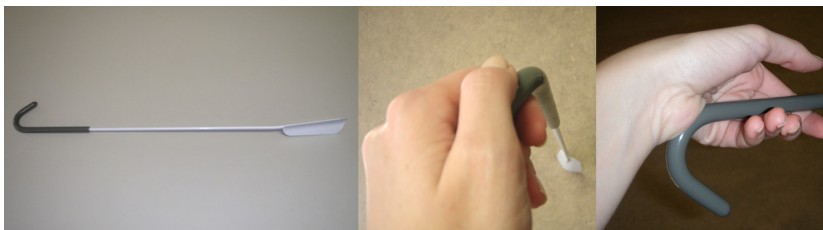
Pontos críticos

Montagem	Muito difícil com uma mão só
Acabamentos	De fraca qualidade
Material	Fica com mau aspecto com o uso (manchas e mudança de cor, sobretudo na anilha)
Tamanho	Exageradamente grande
Cor	Azul, que se destaca. Não se justifica, especialmente num objecto tão grande
Configuração	Por não haver ângulo entre pente e cabo, o pentear torna-se difícil

Vantagens

Peso	Muito leve
Interface do cabo	Fácil de agarrar – quer pela forma e tamanho, quer pelo material

Fotografias



Identificação

Nome	Calçadeira de cabo comprido
Local	CRPG
Função	Calçar sapatos
Domínio (AVD)	Vestir (ABVD)
Fabricante	Desconhecido
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	64,5x7x5,2cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais

Cabo com cerca de 54cm de comprimento, que é um varão em aço. Numa das extremidades é curvo e recebe uma “manga” em silicone; na outra está soldada a calçadeira, também ela em aço. O aço está pintado.

		Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Só na vertical (em uso)	2
Peso	Muito pesada	1
Resistência	Sim	5
Materiais	Aço e silicone	2
Montagem / Desmontagem	Não aplicável	0
Suspensão e tira de pulso	Curva para suspensão, mas sem tira de pulso	2
Cor	Cinzeno claro e cinzeno escuro	5
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	“Manga” em silicone com 16x1,1cm	1
Tipo de manejo	Médio	3
Aderência	Boa	5

Uso

Operações		Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Calçar sapatos	
	Pegar na calçadeira	2
	Fazer deslizar a calçadeira para ficar com a mão no topo	2
	Levantar a calçadeira	2
	Rodar ombro, cotovelo e pulso para pôr a calçadeira na vertical	2
	Inserir extremidade inferior da calçadeira no sapato	3
	Calçar 01	3
	Inserir ligeiramente a calçadeira para ajudar a direccionar o pé	5

Calçar 02	4
Retirar a calçadeira	2

Pontos críticos

Peso	Objecto muito pesado – torna o uso muito difícil. A justificação aqui pode ser que este objecto tenha sido projectado para pessoas com tremuras
	Dificuldade em agarrar o objecto se estiver pousado numa mesa.
Cabo	Demasiado fino – bom para “pendurar” na mão, mas não para segurar/manobrar

Vantagens

Peso	O peso da calçadeira faz com que ela esteja sempre perpendicular ao chão
Altura	Altura suficiente para não ser necessário curvar o tronco para a frente (posição sentada)

Fotografias



Identificação

Nome	Colher
Local	CRPG
Função	Comer
Domínio (AVD)	Alimentação (ABVD)
Fabricante	<i>OXO GoodGrips</i>
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	15,5x9x2,5cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais Cabo em silicone entre um cone e um cilindro, com 10,5x3,5x2,5cm. Colher dobrada, com 7x3,5x1,5cm, em aço inox, inserida na extremidade mais estreita do cabo

		Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Não (somente adequada a esquerдинos)	0
Equilíbrio	Sim	4
Peso	Leve	4
Resistência	Sim	5
Materiais	Silicone e aço inoxidável	5
Montagem / Desmontagem	Não aplicável	5
Suspensão e tira de pulso	Não tem	0
Cor	Preto	5
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Cabo em silicone com 10,5x3,5x2,5cm Ranhuras na parte superior (3cm) destinadas a aumentar a aderência	5
Tipo de manejo	Médio	5
Aderência	Muito boa	5

Uso

Operações		Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Comer	
	Agarrar	5
	Girar pulso e cotovelo para pôr a colher dentro do prato	5
	Encher colher (girar pulso)	5
	Levantar em direcção à boca (girar ombro ou cotovelo)	5
	Pôr colher na boca	5

Pontos críticos

Higiene	Ranuras muito pequenas, juntamente com o material, fazem com que seja muito difícil lavar correctamente o objecto à mão
Simetria	Só para esquerdinos

Vantagens

Aderência	Material e forma
Peso	Muito leve

Fotografias



Identificação

Nome	Copo com asas e tampa
Local	CRPG
Função	Beber
Domínio (AVD)	Alimentação (ABVD)
Fabricante	Desconhecido
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	13,5x8x10,5cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais Copo polimérico cônico com uma asa de cada lado e uma tampa com boqueira.

		Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Não (quando usado com uma só mão)	0
Peso	Pesado	0
Resistência	Sim	5
Materiais	Polímero	5
Montagem / Desmontagem	Tirar e pôr a tampa	0
Suspensão e tira de pulso	As próprias asas são a suspensão	4
Cor	Transparente e bege	3
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Asa com 9x3,5x1cm	3
	Copo com 8,5x8,5x9,5cm	
Tipo de manejo	Médio/grosso	3
Aderência	Boa (tanto da asa como do copo)	4

Uso

		Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)	
Operações	Beber		
	Tirar a tampa	0	
	Pôr a tampa	2	
	Agarrando pelo copo	Agarrar o copo	5
	Levantar	4	
	Dirigir boqueira à boca	5	
	Levantar e beber	4	

Agarrando a asa	Agarrar a asa	4
	Levantar	3
	Dirigir boqueira à boca	3
	Levantar e beber	3

Pontos críticos

Peso	Excessivamente pesado (somente justificado no caso de pessoas com tremuras)
Montagem	A montagem da tampa é impossível com uma só mão por requerer muito esforço
Espessura das asas	A secção das asas é demasiado pequena, dificultando o agarrar
Desequilíbrio	Usado com uma só mão a agarrar uma asa, o copo é extremamente desequilibrado.

Vantagens

Secção de interface	Se, em vez de usar a asa para agarrar, se usar a superfície do próprio copo, o uso torna-se muito mais fácil – as medidas do copo são adequadas e suficientes para agarrar e usar o copo em segurança.
Suspensão	Ao usar o copo como descrito acima, as próprias asas servem como garante da suspensão.

Fotografias



Identificação

Nome	Copo com tampa
Local	CRPG
Função	Beber
Domínio (AVD)	Alimentação (ABVD)
Fabricante	<i>Ishoi Design, England</i>
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	7x7x13cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais Copo com reentrâncias axissimétricas e com 7x7x9,5cm (o copo apresenta uma escala – de molde – no exterior). Tampa branca com boqueira (de cerca de 3cm de altura) e reentrância onde está situado o orifício para circulação de ar. No interior da tampa há uma anilha em silicone que permite tapar o orifício.

Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)

Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Muito leve	5
Resistência	Sim	4
Materiais	Acrílico (copo); polipropileno (tampa) e silicone (anilha)	5
Montagem / Desmontagem	Pôr e tirar a tampa do copo Pôr e tirar a anilha	4
Suspensão e tira de pulso	Não tem	0
Cor	Transparente e branco	5
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Superfície do copo - 7x7x9,3cm	5
Tipo de manejo	Médio/grosso	5
Aderência	Boa	4

Uso

Operações	Beber	Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Tirar a tampa	5
	Tirar a anilha	2
	Pôr a anilha	3
	Pôr a tampa	5
	Agarrar o copo	5
	Levantar o copo	5

Dirigir o copo (boqueira) para a boca	5
Levantar cotovelo para levantar o copo e beber	5

Pontos críticos

Interface com a mão	Apesar de promoverem a aderência, as ranhuras não se adequam a todos os tipos/tamanhos de mãos, o que pode tornar o uso desconfortável Outro problema é a aresta existente para a formação das reentrâncias
Visibilidade das unidades de medição	Apesar de poder ser útil, a escala de medição do líquido é difícil de entender por 1) ser muito pequena, 2) não ter cor (ser da mesma cor que o copo) e 3) não ter indicação da unidade de medida usada

Vantagens

Peso	Muito leve
Montagem	Muito fácil (à excepção da anilha)
Material	Difícilmente quebrável. Material lavável
Cor	Cores discretas
Tamanho	Adequado
Morfologia	Se tombar numa mesa, a própria morfologia da tampa impede que o objecto rebole.

Fotografias



Identificação

Nome	Descascador de vegetais <i>PalmPeeler</i>
Local	Adquirido – San Francisco Museum of Modern Art (SFMOMA)
Função	Descascar vegetais
Domínio (AVD)	Lida da casa – Cozinhar
Fabricante	<i>Chef'n</i>
Custo	Cerca de 4,5€
Dimensões gerais (c x l x a)	6,5 x 6,5 x 4cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais

Tem uma forma quadrangular em borracha rígida e uma lâmina de aço inoxidável numa das faces coberta com uma protecção polimérica transparente. Na face oposta à lâmina, possui uma entrada para um dedo.

		Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Leve	5
Resistência	Sim	5
Materiais	Borracha rígida, aço inoxidável e protecção de lâmina em polímero	5
Montagem / Desmontagem	Remoção / encaixe da protecção polimérica da lâmina	3
Suspensão e tira de pulso	Não tem tira de pulso, mas a suspensão está garantida pelo facto de o próprio uso requerer que o objecto fique encaixado num dedo, como um anel.	5
Cor	Verde e branco (há uma série de outras opções)	5
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Encaixe para o dedo (mínimo 12mm) e superfície quadrangular arredondada feita em borracha, com 6,5x6,5cm	5
Tipo de manejo	Médio	4
Aderência	Boa aderência dada pelo encaixe para o dedo aliado à escolha do material que cria atrito com a mão	5

Uso

Operações		Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Descascar vegetais	
	Rodar o objecto para pôr a face da lâmina virada para cima	5
	Remover a protecção polimérica da lâmina	3
	Voltar a rodar o objecto para que o encaixe do dedo fique voltado para cima	5

Inserir o dedo médio no orifício	4
Com os outros dedos, puxar o objecto para o encaixe total no dedo	3

Pontos críticos

Dimensão do orifício para o dedo	Além de limitado pelas medidas, os primeiros encaixes do objecto no dedo são mais difíceis porque a abertura é pequena. Depois de encaixado, a pressão exercida pelo objecto é desconfortável. Com o uso frequente, o material vai cedendo e o encaixe torna-se mais fácil
Lâmina	A proximidade da lâmina ao corpo em borracha do objecto torna a lavagem difícil
Uso	Pela sua configuração o objecto obriga a que o utilizador não consiga ter uma boa visão da zona que está a descascar
Protecção da lâmina	Apesar de denotar uma preocupação com a protecção da lâmina em comparação com os descascadores tradicionais, a protecção é de difícil encaixe com uma só mão, já que a lâmina tem alguma liberdade de rotação num dos eixos

Vantagens

Uso	O encaixe do dedo evita o normal esforço feito para segurar um descascador convencional
Material	O material empregue nas zonas de contacto com a mão, para além de ser aderente, cria conforto na utilização

Fotografias



Identificação

Nome	Pente de cabo comprido
Local	CRPG
Função	Pentear
Domínio (AVD)	Cuidados pessoais / higiene pessoal (ABVD)
Fabricante	<i>Swereco-Etac</i>
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	31x6,5x2,5cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais Cabo e pente injectados em 2 peças. Forma curvilínea – curva e contracurva – entre cabo e pente. Furação na extremidade do cabo, previsivelmente para poder ser pendurado.

		Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Sim, mas não axissimétrico	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Muito leve	5
Resistência	Sim	5
Materiais	Borracha (cabo) + Polipropileno (pente)	5
Montagem / Desmontagem	Não aplicável	5
Suspensão e tira de pulso	Não tem, mas o orifício permite a adaptação	4
Cor	Verde-água e branco	5
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Zona de cerca de 9x3,5x2,5cm em borracha	3
Tipo de manejo	Grosso	5
Aderência	Sim – boa devido ao material	5

Uso

Operações		Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Pentear	
	Agarrar	5
Pentear do lado da mão que segura	Flectir cotovelo para levantar pente	5
	Dirigir pente para a cabeça (até encostar)	3
	Flectir cotovelo e rodar pulso para pentear	5
Pentear atrás	Flectir cotovelo, rodar braço pelo ombro para levantar pente	4
	Dirigir pente para a nuca (até encostar)	3

Pentear do lado contrário à mão que segura	Flectir cotovelo e rodar pulso para pentear	4
	Flectir cotovelo, rodar braço pelo ombro para levantar pente	3
	Dirigir pente para a cabeça (até encostar)	3
	Rodar braço pelo ombro para pentear	4

Pontos críticos

Comprimento	A compensação da amplitude de movimentos requerida pela altura leva a que se perca a noção de onde está, de facto, o pente e em que posição.
-------------	--

Vantagens

Peso	Muitíssimo leve
Orifício	Possibilidade de incluir tira de pulso, mas o orifício é pequeno o suficiente para que não caiba um dedo
	O orifício permite redução de material e, conseqüentemente, de peso
Cabo	O cabo não é axissimétrico, mas isto tem a vantagem de ajudar o utilizador a saber em que posição está o pente – ponto importante devido à perda de referências
Material do pente	Flexível o suficiente para resistir a impactos e/ou quedas
Equilíbrio	Própria distribuição do peso indica zona onde segurar/como usar (segurando mais acima o objecto perde equilíbrio)

Fotografias



Identificação

Nome	Pinça de alcance
Local	Adquirido – Sãnior Shop, Porto
Função	Alcance de objectos
Domínio (AVD)	Alcance / Lida da casa
Fabricante	<i>Homecraft</i>
Custo	Cerca de 13,5€
Dimensões gerais (c x l x a)	65 x 12,5 x 4,5cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais

Pega polimérica com um gatilho onde encaixa um tubular em alumínio. Na outra extremidade do tubular, há uma outra peça polimérica que funciona como pinça ao ser accionado o gatilho na pega. A extremidade da pinça possui ainda, na face interior, uma aplicação de borracha amarela e, na face exterior, um pequeno cilindro de íman e um gancho no mesmo material polimérico da pinça.

Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)

Simetria	Sim	4
Equilíbrio	Sim	3
Peso	Leve	4
Resistência	Sim	4
Materiais	Polímero, alumínio, borracha e íman	4
Montagem / Desmontagem	Não aplicável	5
Suspensão e tira de pulso	Não tem	0
Cor	Preto, amarelo e metalizado do alumínio	4
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Pega e gatilho com as medidas (aproximadas) de: 9 x 6 x 2,5cm	3
Tipo de manejo	Grosso	3
Aderência	Boa aderência da pega, facilitada por relevos horizontais e pelos topos verticais da pega que acrescentam apoio superior e inferior à mão	4

Uso

Operações	Alcançar objectos em prateleiras ou outros sítios altos; alcançar objectos no chão, pegar em papéis ou outros objectos finos	Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
Tirar caneta de um porta-canetas	Agarrar	4
	Rodar o pulso / Flectir cotovelo	4
	Direccionar a pinça na direcção da caneta	3

	Extensão do cotovelo	3
	Posicionar a extremidade da pinça sobre a ponta da caneta	2
	Apertar o gatilho	4
	Levantar a pinça com o gatilho apertado	3
	Rodar o pulso / Flectir cotovelo com o gatilho apertado	2
	Largar o gatilho e deixar caneta num sítio de alcance fácil	4
Pôr caneta num porta-canetas	Agarrar	4
	Rodar o pulso / Flectir cotovelo	4
	Direccionar a pinça na direcção da caneta	2
	Flexão do cotovelo	2
	Posicionar a extremidade da pinça sobre o corpo da caneta	2
	Apertar o gatilho	4
	Levantar a pinça com o gatilho apertado	3
	Rodar o pulso / Flectir cotovelo com o gatilho apertado	3
	Extensão do cotovelo	3
	Direccionar a pinça para o porta-canetas com o gatilho apertado	4
	Inserir a caneta no porta-canetas	3
	Largar o gatilho	5
	Rodar o pulso / Flectir cotovelo	5
	Pousar a pinça	5
Alcançar objecto no chão	Agarrar	4
	Rodar o pulso / Flectir cotovelo	4
	Direccionar a pinça na direcção do objecto	4
	Extensão do cotovelo	4
	Flexão do corpo em direcção ao chão	3
	Usar a extremidade da pinça para rodar o objecto no chão de forma a facilitar a pega pela menor secção do objecto	2
	Posicionar a extremidade da pinça sobre o objecto	2
	Apertar gatilho	4
	Flectir o cotovelo e erguer o corpo	2
	Direccionar a extremidade da pinça para uma superfície de fácil alcance, com o gatilho apertado	2
	Largar o gatilho e deixar cair o objecto	4
	Pousar a pinça	5
Tirar um frasco de uma prateleira	Agarrar	4
	Rodar o pulso / Extensão do cotovelo	4
	Direccionar a extremidade da pinça na direcção do frasco	3
	Ligeira inclinação do tronco para trás	3
	Usar a extremidade da pinça para arrastar objectos que rodeiam o frasco	2
	Rodar o pulso a 90 graus	3
	Posicionar a extremidade sobre o frasco	2
	Apertar gatilho	4
	Levantar o frasco com o gatilho apertado	1
	Flectir o cotovelo e rodar o pulso com o gatilho apertado	1
	Flectir as pernas e manter posição do pulso e cotovelo	1

	Pousar o frasco em equilíbrio sobre uma superfície plana	1
	Largar o gatilho	4
	Remover a pinça	3
	Pousar a pinça	5
Pôr um frasco numa prateleira	Processo inverso ao anterior	2

Pontos críticos

Pôr um frasco numa prateleira	<p>O problema está sobretudo em posicionar o frasco – é necessário que haja espaço suficiente em torno do frasco para que a pinça, ao abrir, não derrube os restantes objectos que rodeiam o frasco.</p> <p>...Ou então, é necessária alguma destreza adicional – em vez de se largar o gatilho na totalidade, dá-se apenas uma pequena folga, soltando ligeiramente, de modo a que possa passar, na vertical, através de todo o frasco e assim soltar-se.</p>
Rodar a extremidade da pinça	<p>Pode facilitar algumas tarefas, como a de pôr ou tirar um frasco da prateleira, evitando ter que rodar o pulso (o que diminui o esforço requerido para transportar o frasco com o gatilho premido), mas requer o uso de ambas as mãos, ou então, o recurso a uma “pinça” adicional que prenda uma das extremidades enquanto de roda a outra (por exemplo, os joelhos).</p>
Dimensões dos objectos	A pinça serve somente para secções máximas de 9cm.
Posição para agarrar objectos	A maior distância, i.e. comprimento do braço estendido + comprimento da pinça, torna-se difícil perceber qual a zona da extremidade da pinça que melhor irá segurar o objecto – isto torna-se especialmente perigoso quando se trata de pegar em objectos que possam partir.
Força requerida	Quanto maior a distância, maior a força requerida para manter o gatilho premido enquanto se transporta o objecto – o pulso está sujeito a um grande esforço.
Equilíbrio da pinça	Apesar de ser leve, o contra-peso da extremidade da pinça faz com que seja difícil de controlar, especialmente quando se trata de alcances máximos.
Som	O som frio da pinça em funcionamento quando se aperta o gatilho denota alguma fragilidade do mecanismo.
Comprimento	A distância do alcance está limitada ao comprimento do objecto + comprimento do braço. Para diminuir o problema há pinças no mercado que são extensíveis.
Alcance vertical	O alcance vertical é especialmente difícil se o objecto a alcançar requerer uma posição vertical da pinça de alcance. Para resolver este problema, há pinças no mercado cujo braço é articulado, permitindo um maior conforto no uso e requerendo menos força e destreza na manipulação.

Vantagens

Versatilidade	Apesar da limitação a uma secção máxima de 9cm, a configuração da extremidade da pinça faz com que seja permitido o uso com uma grande variedade de objectos.
Gancho	A extremidade da pinça possui um gancho que é útil para alcançar objectos maleáveis, como uma peça de roupa que caia ao chão.
Íman	É uma aplicação que resolve o problema de alcançar um clip ou de arrastar latas, apesar de não ter grande força de atracção.

Fotografias



Identificação

Nome	Prato
Local	Adquirido – Sãnior Shop, Porto
Função	Comer
Domínio (AVD)	Alimentação (ABVD)
Fabricante	<i>Ableware</i>
Custo	Cerca de 15€
Dimensões gerais (c x l x a)	17x17,5x5cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais	Prato polimérico com rebordo mais alto de um dos lados e suporte anti-derrapante inferior que encaixa no prato.	
		Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Muito leve	5
Resistência	Sim	4
Materiais	Polímero e elastómero	4
Montagem / Desmontagem	Encaixar a base anti-derrapante	0
Suspensão e tira de pulso	Não tem	0
Cor	Azul e branco	1
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Saco selado em polietileno	0
Área de contacto com a mão	Rebordo do prato – superfície curva com um mínimo de 3,5cm e um máximo de 5cm	4
Tipo de manejo	Grosso quando montado e fino para montagem	1
Aderência	Boa	4

Uso

Operações	Comer	
		Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Tirar o prato da embalagem que é vendido	0
	Montar a base sob o prato	0
	Fazer pressão sobre o prato para que se forme vácuo entre a base e a superfície em que o prato está pousado	5
	Manter o prato preso por vácuo numa superfície lisa	5
	Manter o prato preso por vácuo numa superfície em tecido (toalha de mesa)	0

Direccionar a comida para a parte mais alta e curva do prato usando um talher	4
Fazer com que a comida (ervilhas) fique sobre o talher (aumenta a dificuldade com a diminuição de ervilhas no prato)	3

Pontos críticos

Embalagem	Impossível de abrir com uma só mão (recurso a tesoura ou outro instrumento cortante ou perfurante)
Montagem	Impossível de montar com uma só mão
Adesão às superfícies	Impossibilidade de criar vácuo sobre uma toalha de mesa
Cor	Cor azul destaca-se demasiado dos outros utensílios de mesa
Acabamentos	Maus acabamentos do processo de injeção do polímero usado no prato que tornam o uso desagradável
Eficiência variável	Para alimentos de dimensão reduzida que beneficiam do uso do prato (ex: arroz ou ervilhas) a eficiência do prato diminui com a diminuição da comida no prato. Além de ser mais difícil de a pôr sobre o talher, a comida deixa de ser visível sob a curvatura da parede do prato.

Vantagens

Peso	Muito leve
Simetria	Permite o uso com ambas as mãos

Fotografias



Identificação

Nome	Rebordo de prato
Local	CRPG
Função	Comer
Domínio (AVD)	Alimentação (ABVD)
Fabricante	Desconhecido
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	17x17,5x4cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais	Lâmina polimérica dobrada numa configuração quase circular e com três adaptações, tipo ganchos, no mesmo material – 1 peça só, injectada, com diferentes encaixes de moldes	Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)
Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Muito leve	5
Resistência	Sim	5
Materiais	Polipropileno	5
Montagem / Desmontagem	Necessita de montagem sobre um prato para ser usado	1
Suspensão e tira de pulso	Não tem	0
Cor	Branco	5
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	0
Área de contacto com a mão	Lâmina: 3x4,2cm (não é para uso com a mão, embora seja fundamental para montagem sobre o prato)	3
Tipo de manejo	Médio (montagem) e grosso (uso)	2
Aderência	Média (para a mão)	4

Uso

Operações	Comer comida sólida (ou algumas papas)	Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
Montagem sobre o prato (tentativa 01)	Pegar no rebordo	5
	Encaixar gancho do meio na beira do prato	5
	Encaixar 2.º gancho na beira do prato	5
	Estender rebordo para alinhar gancho do meio e dar mais folga para encaixar o 3.º gancho	3

Montagem sobre o prato (tentativa 02)	Encaixar 3.º gancho (muita força para encaixar + extensão da mão para segurar em diferentes zonas em simultâneo)	1
	Encostar o prato a algo imóvel (ex.: parede da cozinha)	5
	Agarrar o rebordo pela zona do gancho do meio	5
	Alinhar os outros 2 ganchos com a beira do prato	3
	Encaixar os 2 ganchos na beira do prato	2
Uso para comer arroz	Empurrar o rebordo num movimento em direcção à parede para o encaixar sobre o prato	3
	Girar pulso e arrastar arroz para a parede do rebordo	4
	Girar o pulso quando o talher está encostado ao rebordo para fazer comida ficar sobre o talher	3

Pontos críticos

Montagem	Montagem difícil com uma só mão
Universalidade	Embora vendido como sendo universal, as diferentes inclinações das beiras dos pratos levam a que, por vezes, haja um espaço entre a base do rebordo e a beira do prato por onde a comida poderá eventualmente sair (pequenos pedaços ou elementos mais líquidos)

Vantagens

Peso	Muito leve
Material	Lavável e flexível (ajuda à montagem)

Fotografias



Identificação

Nome	Tesoura com base de suporte
Local	CRPG
Função	Cortar papel
Domínio (AVD)	Lazer / Trabalho
Fabricante	<i>Peta - Toolcraft Ltd. (UK)</i>
Custo	Desconhecido
Dimensões gerais (c x l x a)	30x8,5x11cm

Descrição e propriedades

Forma geral e posicionamento de elementos estruturais

Composta por 3 peças principais: uma base paralelepípedica com 30x8,5x3cm com um corte longitudinal na parte superior que se prolonga de uma das extremidades até ao centro do paralelepípedo – o paralelepípedo tem uma das arestas (que apanha o corte) boleada (raio de circunferência grande); uma tesoura presa à base com uma peça polimérica; e uma adaptação à tesoura, polimérica, que serve como manípulo; por baixo da base há também quatro suportes em borracha que evitam o deslizamento do objecto quando em uso.

Avaliação de 0 (insuficiente) a 5 (muito bom)

Simetria	Sim	5
Equilíbrio	Sim	5
Peso	Leve (base com estrutura mínima)	5
Resistência	Sim	5
Materiais	Polipropileno e aço	5
Montagem / Desmontagem	Não aplicável	0
Suspensão e tira de pulso	Não tem	0
Cor	Verde e azul	2
Instruções	Não tem	0
Embalagem	Não tem	2
Área de contacto com a mão	Zona de activação (alavanca/manípulo para tesoura) – 7,5x2,5x0,7/2cm	2
Tipo de manejo	Médio	2
Aderência	Média (dada pela textura do material)	3

Uso

Operações	Cortar papel	Avaliação de grau de dificuldade de execução, de 0 (impossível) a 5 (muito fácil)
	Pôr o papel sobre a base	5
	Alinhar papel com linha de corte da tesoura	5
	Levantar braço e pousar mão sobre a alavanca/manípulo para cortar	5

Pressionar alavanca/manípulo e cortar	5
Empurrar papel para continuar a cortar	5
Retirar papel	5

Pontos críticos

Tamanho geral	Objecto demasiado grande para a função que tem
Cores	Pouco harmoniosas e muito chamativas numa zona de trabalho
Tamanho tesoura	Pouco comprida por comparação com o rasgo na superfície da base (a menos que a base seja uma peça standard e que possa receber diferentes tamanhos de tesouras)

Vantagens

Peso	Objecto muito leve
Uso	Facilidade muito grande em posicionar o papel e cortar exactamente onde se pretende

Anexo VIII

Questionário Utilizado na Experiência com Catálogos de Produtos de Apoio

Cada participante recebeu um de dois catálogos existentes, juntamente com um questionário (igual para ambos os catálogos, mas de acordo com os produtos apresentados). Neste anexo mostram-se ambos os catálogos na íntegra, bem como o exemplo de questionário para os participantes que receberam o catálogo de cozinha.

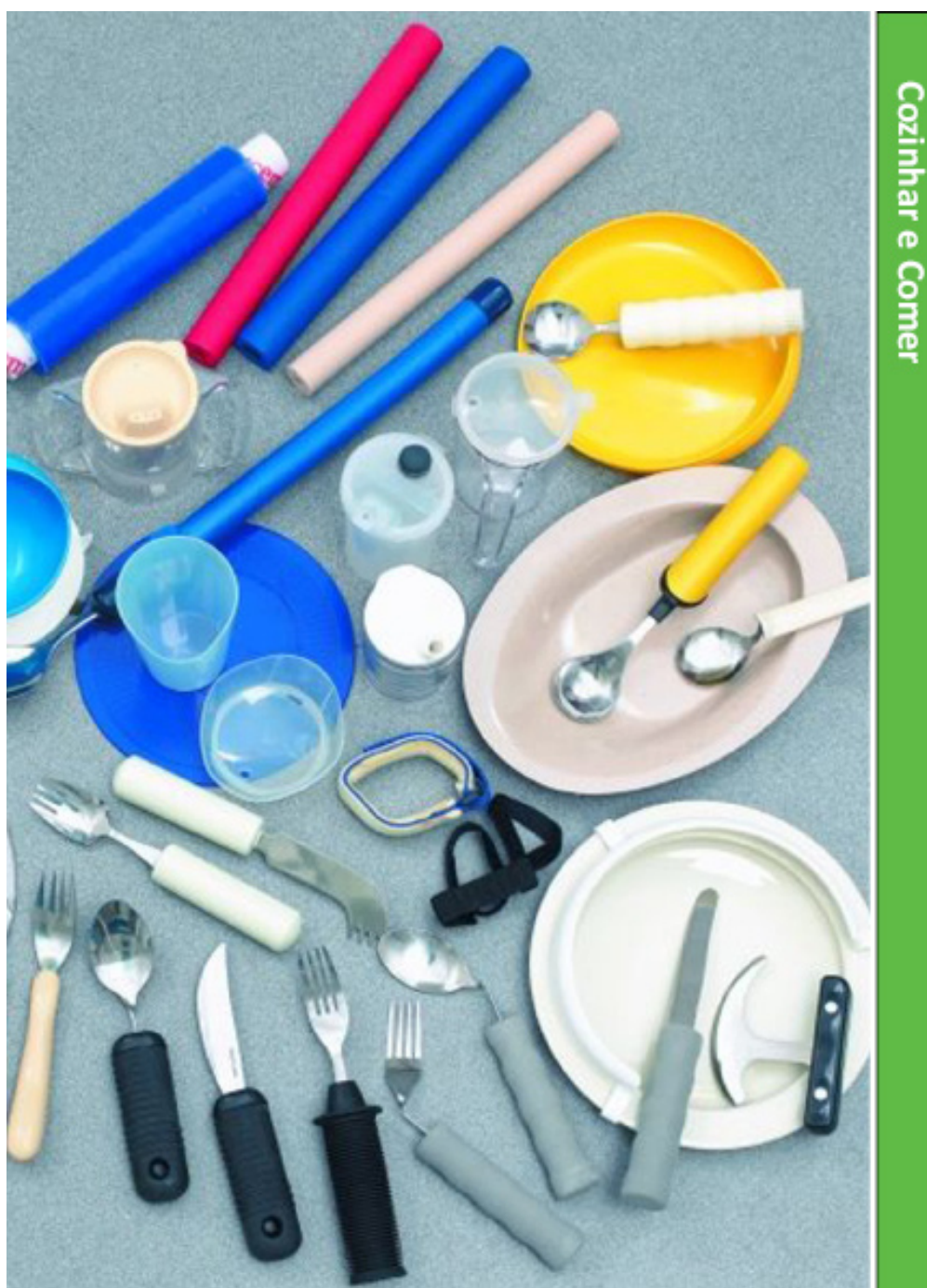


Figura AVIII.1 Capa do catálogo de produtos de apoio (recebido pelos participantes CPA).

4 **4) Suporte de copos**



Facilita o agarrar/usar de copos. Pega anatómica em plástico branco flexível. Adapta-se a copos com diâmetros entre 50 e 70mm. Pode ser lavado na máquina.

Cód.	Descriç.	Empac.
115-44	Suporte copos	Emb. in.

5 **5) Abre-latas**



Desenhado ergonomicamente e fácil de arrumar num gancho ou numa gaveta, o Canpull™ permite abrir latas com facilidade.

Cód.	Descriç.	Empac.
136-78	Abre-latas	Emb. in.


6 **6) Descascador de vegetais**



Usa-se como se de um anel se tratasse, evitando assim ter que agarrar no descascador, como é comum.

Cód.	Descriç.	Empac.
144-23	Descascador	Emb. in.


1 **1) Abre-frascos**



Abre-frascos para prender por baixo de um armário ou mesa, permitindo a abertura do frasco com uma só mão e sem esforço. A sua configuração permite que se ajuste a vários diâmetros, servindo a maioria dos frascos.

Cód.	Descriç.	Empac.
134-31	Abre frascos	Emb. in.


2 **2) Suporte de pulso**



Útil para pessoas com dificuldades em agarrar objectos com firmeza. As talas em metal são revestidas a couro para maior conforto.

Cód.	Descriç.	Empac.
122-64	Sup. pulso	Emb. in.

3 **3) Rebordo de prato**



Pequeno arco em aço inoxidável que permite proteger a toalha ou mesa, uma vez que evita que os alimentos saiam facilmente do prato.

Cód.	Descriç.	Empac.
245-59	Rebordo	Emb. in.

Figura AVIII.2 Páginas 1 e 2 do catálogo de produtos de apoio (recebido pelos participantes CPA).

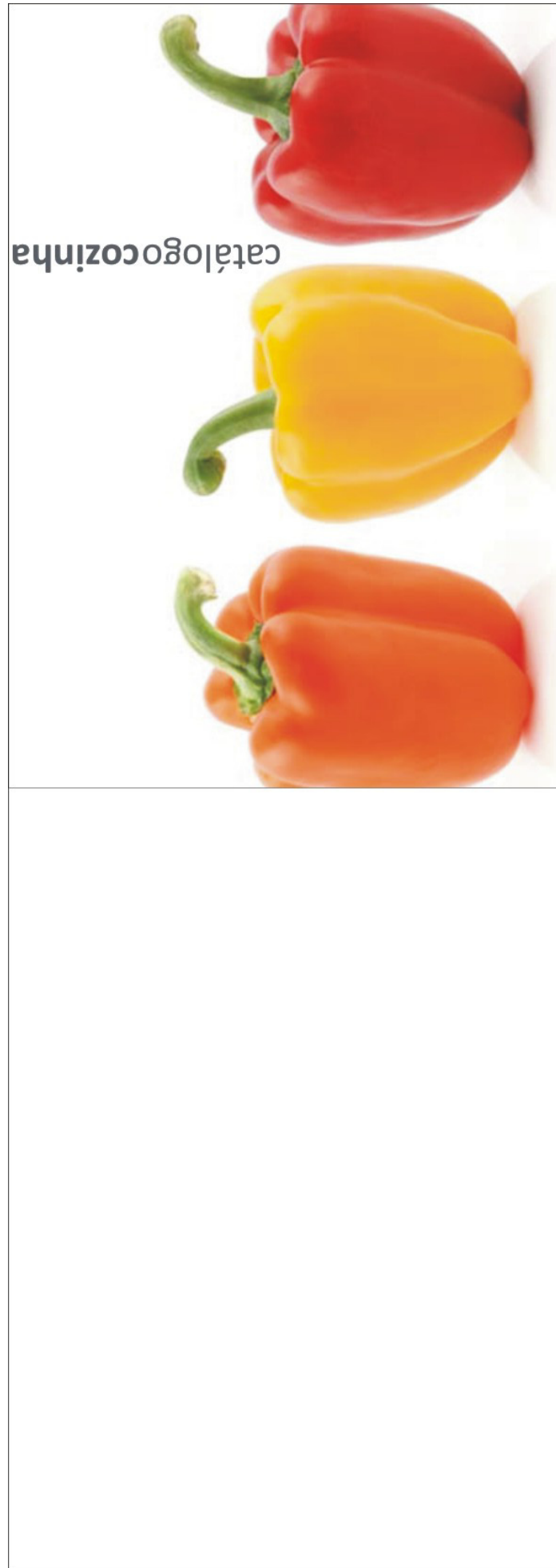


Figura AVIII.3 Capa do catálogo de cozinha (recebido pelos participantes CC).

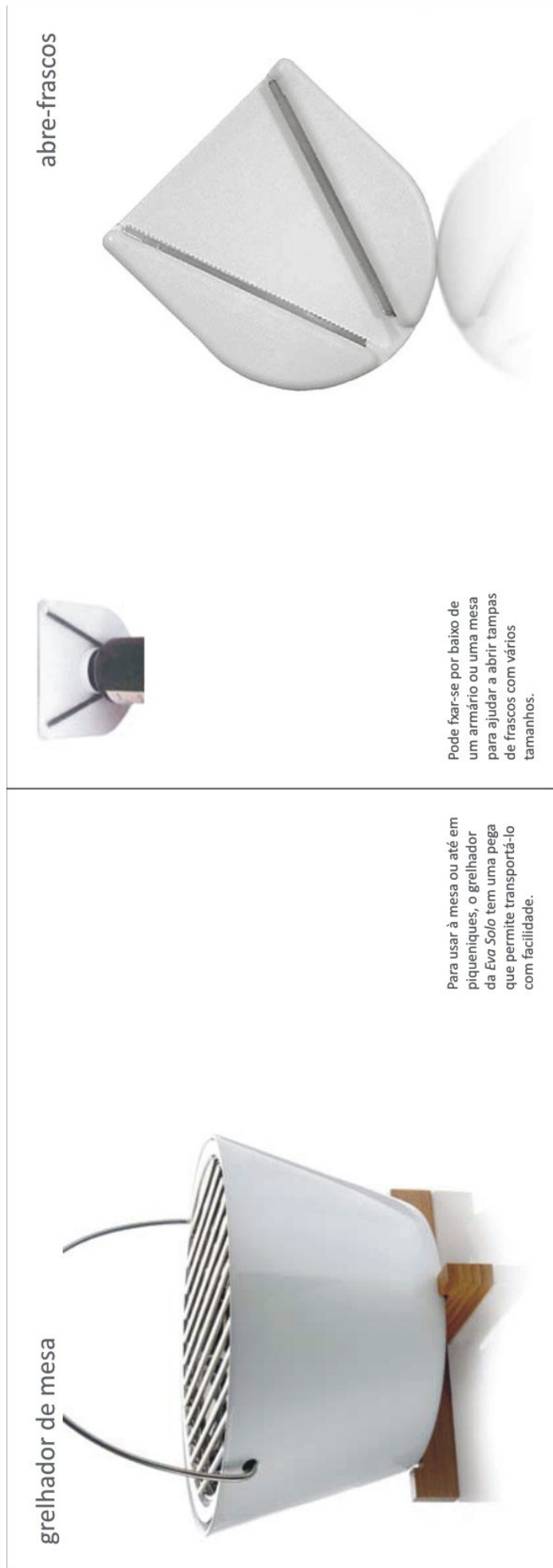


Figura AVIII.4 Páginas 1 e 2 do catálogo de cozinha (recebido pelos participantes CC).

suporte para copos



Suporte em plástico para evitar o contacto com recipientes quentes, enquanto ajuda a segurá-los.

descascador de vegetais



O descascador de vegetais *Palmeleer* usa-se como se de um anel de tratasse, tornando a tarefa de descascar qualquer legume muito mais fácil.



Figura AVIII5 Páginas 3 e 4 do catálogo de cozinha (recebido pelos participantes CC).

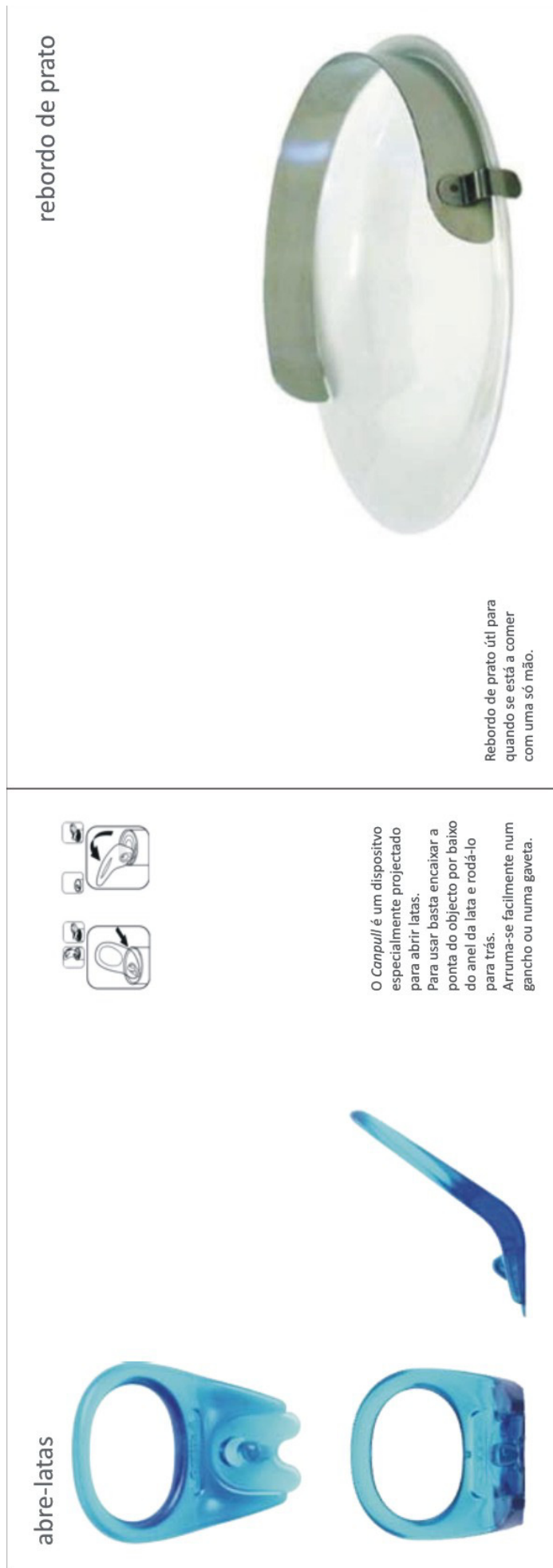


Figura AVIII.6 Páginas 5 e 6 do catálogo de cozinha (recebido pelos participantes CC).

(Exemplo de questionário que acompanhava o catálogo de cozinha)

Sou uma designer industrial e estou a levar a cabo uma investigação para doutoramento sob o tema “Morfologia e emoção na concepção de produto”. Gostaria que me ajudasse, respondendo ao questionário que segue abaixo.

As primeiras questões referem-se a alguns dos seus dados pessoais e as seguintes são feitas com base no ficheiro .pdf em anexo.

Todos os dados que nos fornecer são confidenciais e utilizados somente neste estudo.

A sua participação é importante, para que consigamos abarcar o maior número possível de respostas com vista a uma amostra significativa, pelo que agradeço desde já o tempo que se dispuser a despende-la.

Caso aceite participar, agradeço que preencha todos os campos, guarde este ficheiro Word e o reenvie para questionario.catalogo@gmail.com. Nesse e-mail pode também fazer os reparos e/ou comentários que entender.

Obrigada.

Dados pessoais

Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino

Profissão: _____

Se for estudante,
especifique a área de
estudo: _____

País onde vive: _____

Cidade onde vive: _____

Questionário relativo ao ficheiro .pdf

(por favor, abra o ficheiro .pdf em anexo)

1. Conhece todos os objectos representados no catálogo? (assinale com um "x")

Sim Não

1.1. Se respondeu "não", quais aqueles que não conhecia? (assinale com um "x")

Grelhador de mesa

Abre frascos

Suporte para copos

Descascador de vegetais

Abre-latas

Rebordo de prato

2. Tem algum destes objectos em casa? (assinale com um "x")

Grelhador de mesa

Abre frascos

Suporte para copos

Descascador de vegetais

Abre-latas

Rebordo de prato

3. Gostaria de ter algum destes objectos? Qual/quais? (assinale-os com um “x” e explique à frente porquê)

Grelhador de mesa	<input type="checkbox"/>	_____
Abre frascos	<input type="checkbox"/>	_____
Suporte para copos	<input type="checkbox"/>	_____
Descascador de vegetais	<input type="checkbox"/>	_____
Abre-latas	<input type="checkbox"/>	_____
Rebordo de prato	<input type="checkbox"/>	_____

4. Sem repetir valores, numere os objectos de 1 (“o que menos gosto”) a 6 (“o que gosto mais”) segundo a sua preferência.

Grelhador de mesa	<input type="checkbox"/>
Abre frascos	<input type="checkbox"/>
Suporte para copos	<input type="checkbox"/>
Descascador de vegetais	<input type="checkbox"/>
Abre-latas	<input type="checkbox"/>
Rebordo de prato	<input type="checkbox"/>

4.1. Quais são as razões que o levam a preferir o objecto que numerou com um “6” em relação ao que numerou com um “1”? (Agradecemos que responda com o maior detalhe possível)

5. Na sua opinião, a que público-alvo se destina este catálogo?

Data: _____/Julho/2009

FIM DO QUESTIONÁRIO
Obrigada pela sua participação

Anexo IX

Referências Usadas para Análise no Capítulo 10

Referências utilizadas

1. Agree, E. M. (1999). The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability. *Social Science & Medicine*, 48, 427-443.
2. Batavia, A. I., & Hammer, G. S. (1990). Toward the development of consumer-based criteria for the evaluation of assistive devices. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 27(4), 425-436.
3. Boer, I. G., Peters, A. J., Ronday, H. K., Mertens, B. J. A., Huizinga, T. W. J., & Vliet Vlieland, T. P. M. (2008). Assistive devices: usage in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 28(2), 119-128.
4. Brooke, V., McDonough, J., & Hardy, S. (2006). Benefit specialists: key resources for supporting the use of Social Security work incentives to fund assistive technology. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 24, 121-126.
5. Brooks, N. A., & Hoyer, E. A. (1989). Consumer evaluation of assistive devices. *Artigo apresentado na 12th Annual RESNA Conference*, Washington, DC.
6. Bruner-Canhoto, L. A. (2004). *Environmental strategies among people growing older with multiple sclerosis*. Dissertação de doutoramento não publicada. University of Massachusetts. Boston.
7. Day, H., Jutai, J., Woolrich, W., & Strong, G. (2001). The stability of impact of assistive devices. *Disability and Rehabilitation*, 23(9), 400-404.
8. Day, H., Jutai, J., & Campbell, K. A. (2002). Development of a scale to measure the psychosocial impact of assistive devices: lessons learned and the road ahead. *Disability and Rehabilitation*, 24(1/2/3), 31-37
9. Flegal, C., Watzke, J., & Wong, A. (2005). Overcoming assistive device stigma; a campaign to improve the daily lives of non-metropolitan Canadian seniors.
10. Fuhrer, M. J., Jutai, J., Scherer, M. J., & Deruyter, F. (2003). A framework for the conceptual modelling of assistive technology device outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 25(22), 1243-1251.
11. Gamble, M. J., Dowler, D. L., & Orslene, L. E. (2006). Assistive technology: choosing the right tool for the right job. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 24, 73-80.
12. Gitlin, L. (1995). Why older people accept or reject assistive technology. *Journal of the American Society on Aging*, XIX(1).
13. Gitlin, L., & Schemm, R. (1996). Assistive device use among older adults. TeamRehab report: University of Pittsburgh.
14. Hammel, J., Lai, J.-S., & Heller, T. (2002). The impact of assistive technology and environmental interventions on function and living situation status with people who are ageing with developmental disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 24(1/2/3), 93-105.
15. Hedberg-Kristensson, E., Ivanoff, S. D., & Iwarsson, E. (2007). Experiences among older persons using mobility devices. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 2(1), 15-22.
16. Hocking, C. (1999). Function or feelings: factors in abandonment of assistive devices. *Technology and Disability*, 11, 3-11.
17. Judge, S., Robertson, Z., Hawley, M., & Enderby, P. (2009). Speech-driven environmental control systems - a qualitative analysis of users' perceptions. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 4(3), 151-157.
18. Lane, J. P., Stone, V. I., & Scherer, M. J. (1997). The voice of the customer: consumers define the ideal battery charger. *Assistive Technology*, 9(2), 130-139.
19. LaPlante, M. P., Hendershot, G. E., & Moss, A. J. (1992). Assistive technology devices and home accessibility features: prevalence, payment, needs and trends. *Advance Data from Vital and Health Statistics* (Vol. 217, pp. 13). Hyattsville: Centers for Disease Control/National Center for Health Statistics.

Referências utilizadas

20. Lauer, A., Rust, K. L., & Smith, R. O. (2006, 18 de Agosto, 2006). ATOMS project technical report - Factors in assistive technology device abandonment: Replacing "abandonment" with "discontinuance". Acedido a 7 de Fevereiro de 2011, em: <http://www.r2d2.uwm.edu/atoms/archive/technicalreports/tr-discontinuance.html>.
21. Lifchez, R., Leiser, L., Pendleton, H., & Davis, C. (1982). Technology for the living environment. In M. R. Redden & V. W. Stern (Eds.), *Technology for independent living II: Issues in technology for daily living, education and employment* (pp. 83-92). Washington, DC: American Association for the Advancement of Science.
22. McCreddie, C., & Tinker, A. (2005). The acceptability of assistive technology to older people. *Ageing & Society*, 25, 91-110.
23. Mondak, P. (2000). The Americans with Disabilities Act and information technology access. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15.
24. Mortenson, W. B., & Miller, W. C. (2008). The wheelchair procurement process: perspectives of clients and prescribers. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 167-175.
25. Pape, T. L.-B., Kim, J., & Weiner, B. (2002). The shaping of individual meanings assigned to assistive technology: a review of personal factors. *Disability and Rehabilitation*, 24(1/2/3), 5-20.
26. Phillips, B., & Zhao, H. (1993). Predictors of assistive technology abandonment. *Assistive Technology*, 5(1), 36-45.
27. Riemer-Reiss, M. L. (2000). Factors associated with assistive technology discontinuance among individuals with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 66(3), 44-50.
28. Ripat, J., & Booth, A. (2005). Characteristics of assistive technology service delivery models: stakeholder perspectives and preferences. *Disability and Rehabilitation*, 27(24), 1461-1470.
29. Roelands, M., Van Oost, P., Depoorter, A., & Buysse, A. (2002). A social-cognitive model to predict the use of assistive devices for mobility and self-care in elderly people. *The Gerontologist*, 42(1), 39-50.
30. Rogers, J. C., & Holms, M. B. (1992). Assistive technology device use in patients with rheumatic disease: A literature review. *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 120-127.
31. Scherer, M. J. (1996). Outcomes of assistive technology use on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 18(9), 439-448.
32. Scherer, M. J., Sax, C., Vanbiervliet, A., Cushman, L. A., & Scherer, J. V. (2005). Predictors of assistive technology use: the importance of personal and psychosocial factors. *Disability and Rehabilitation*, 27(21), 1321-1331.
33. Scherer, M. J., & Craddock, G. M. (2002). Matching Person & Technology (MPT) assessment process. *Technology and Disability*, 14, 125-131.
34. Scherer, M. J., & Cushman, L. A. (2002). Determining the content for an interactive training programme and interpretive guidelines for the Assistive Technology Device Predisposition Assessment. *Disability and Rehabilitation*, 24(1/2/3), 126-130.
35. Scherer, M. J., & Dicowden, M. A. (2008). Organizing future research and intervention efforts on the impact and effects of gender differences on disability and rehabilitation: the usefulness of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 30(3), 161-165.
36. Scherer, M. J., & Glueckauf, R. (2005). Assessing the benefits of assistive technologies for activities and participation. *Rehabilitation Psychology*, 50(2), 132-141.
37. Scherer, M. J., & Lane, J. P. (1997). Assessing consumer profiles of 'ideal' assistive technologies in ten categories: an integration of quantitative and qualitative methods. *Disability and Rehabilitation*, 19(12), 528-535.
38. Wash, C. L. (1983). Psychological aspects of rehabilitation engineering. In *Technology for independent living. Actas de 1981 workshops on science and technology for the handicapped*: AAAS.
39. Verbrugge, L. M., Rennert, C., & Madans, J. H. (1997). The Great Efficacy of Personal and Equipment Assistance in Reducing Disability. *American Journal of Public Health*, 87(3), 384-392.

Referências utilizadas

40. Verza, R., Lopes Carvalho, M. L., Battaglia, M. A., & Messmer Uccelli, M. (2006). An interdisciplinary approach to evaluating the need for assistive technology reduces equipment abandonment. *Multiple Sclerosis*, 12, 88-93

41. Waldron, D., & Layton, N. (2008). Hard and soft assistive technologies: defining roles for clinicians. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, 61-64.

42. Wielandt, P. M. (2003). *The identification of the factors which influence the post-discharge use of prescribed adaptive equipment*. Dissertação de doutoramento não publicada. University of Queensland. Queensland.

43. Wielandt, T., Mckenna, K., Tooth, L., & Strong, J. (2006). Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2), 29-40.

Anexo X

Questionário Utilizado no *Workshop* 2009

1. Insira aqui uma imagem **conceptual** que transmita o sentimento de **insegurança/medo**:



1.1 Relativamente à imagem que inseriu acima, assinale com um “x” qual a importância de cada um dos seguintes itens no sentimento de insegurança/medo que identificou:

Forma

--	--	--	--	--

Nada Importante Muito importante

Cor

--	--	--	--	--

Nada Importante Muito importante

Textura

--	--	--	--	--

Nada Importante Muito importante

Material

--	--	--	--	--

Nada Importante Muito importante

Personalidade

--	--	--	--	--

Nada Importante Muito importante

Anexo XI

Questionário Utilizado no *Workshop* 2010

Questionário sobre o *workshop* “Inclusão de Emoções” realizado na Universidade Lusíada do Porto (08 a 18 de Novembro de 2010)

Este questionário pretende avaliar alguns aspectos do *workshop* “Inclusão de Emoções”, desde a forma como foi implementado até aos seus resultados. Os dados resultantes da análise ao questionário serão integrados na investigação em curso para doutoramento levada a cabo pela organizadora do *workshop*.

A sua participação e opiniões são da maior importância e os dados que fornecer serão tratados com confidencialidade.

Se pretender receber resultados que forem surgindo da investigação – não só deste *workshop*, como de outras actividades em curso no âmbito desta investigação – queira, por favor, enviar um e-mail para: anacorreiadebarros@gmail.com.

Muito obrigada pela sua participação.

Sobre o enunciado

O enunciado deste *workshop* foi dado a partir de casos específicos de 5 vítimas de AVC, sendo que cada grupo recebeu um caso a tratar. A cada grupo foi entregue uma ficha com a descrição do seu utilizador.

1. Já alguma vez lhe tinha sido apresentado o enunciado desta forma?

- Sim
- Não
- De forma semelhante

1.1. Se respondeu “De forma semelhante”, diga qual, por favor.

2. Acha que esta forma de apresentar o enunciado foi benéfica para o desenvolvimento projectual?

- Sim
- Não

2.1. Porquê?

3. Acha que esta forma de apresentar o enunciado levou a que criasse uma maior empatia com a pessoa para quem trabalhou e com os seus problemas?

Sim

Não

3.1. Porquê?

4. Acha que esta forma de apresentar o enunciado contribuiu para que tivesse mais em conta as necessidades emocionais da pessoa para quem esteve a projectar?

Sim

Não

4.1. Porquê?

Sobre Design e Emoção

5. Já tinha abordado a questão do “design e emoção” noutros projectos de design durante o curso?

Sim

Não

6. Acha importante considerar os aspectos emocionais dos utilizadores quando desenvolve um projecto de design?

Sim

Não

7. Acha que a sua formação académica neste curso o prepara para ter em conta as emoções e a desenhar para as emoções?

Sim

Não

8. Tentou, com o seu projecto, suscitar algum tipo de emoção no seu utilizador?

Sim

Não

8.1. Se respondeu “Sim”, quais?

9. Findo o *workshop*, sente que nutre algum sentimento pela pessoa para quem trabalhou durante as duas semanas?

Sim

Não

9.1. Se respondeu “Sim”, quais?

Sobre directrizes para o design de Produtos de Apoio

10. No início do *workshop* foi entregue a cada grupo uma folha com directrizes para o design de produtos de apoio/ajudas técnicas. Teve em conta essas directrizes durante o processo projectual?

Sim

Não

10.1. Porquê?

Sobre a carta

11. No final do *workshop* foi-lhe pedido que escrevesse uma carta ao seu utilizador. Já alguma vez lhe tinha sido pedido o mesmo noutro projecto?

Sim

Não

11.1. Que vantagens/desvantagens, benefícios ou dificuldades encontrou na escrita desta carta?

Comentários

Use este espaço para deixar algum comentário, sugestão ou reclamação que entenda ser importante.

Anexo XII

Quadro Comparativo de Regimes de Distribuição de Produtos de Apoio em Diferentes Países

País	Sistema financiamento		Lista de PA disponíveis		Prescritor			Fonte
	Sim	Não	Sim	Não	Médico	TO	Espec. Reabilitação	
África do Sul	o		o			(para comer e engolir)	o	12
Alemanha	o		o					8
Bangladesh	o							1
Butão	o							1
Brasil	o		(ISO 9999)					2
Cambodja		o		o				1
Canadá	o		o					3
Chile	o		com lista, mas sem standards				o	4
China		o	o					5
Colômbia	o		(ISO 9999)		o	(e fisioterapeutas)		6
Costa Rica	o		(ISO 9999)					15
Dinamarca	(somente para deficiência prolongada) (municípios)			o				7
Eslováquia	o							11
Espanha	o		o				(varia consoante as comunidades autónomas)	13
EUA	(consoante os estados) (sistemas Medicare & Medicaid)				o		o	14
Fiji	o			o				1
Filipinas	o			o	o			1
Finlândia	(municípios)			o	o			7
França	o							8
Holanda		(companhias de seguros)	o				(ou dinheiro em mãos para escolha própria de PA)	9
Islândia	(Estado + municípios para a educação)		o					7
Índia	o		o					1
Indonésia	o							1
Itália	o		(ISO 9999)		o			8
Japão	(consoante os estados)				o			9
Maldivas	o			o				1
Myanmar	o						o	1
Nepal		o		o				1

País	Sistema financiamento		Lista de PA disponíveis		Prescritor			Fonte
	Sim	Não	Sim	Não	Médico	TO	Espec. Reabilitação	
Noruega	(Estado + prescrição de centros de PA)						o	7
Paquistão	o							1
Portugal	o		(ISO 9999)		o			16
República da Coreia	o		o		o			1
Singapura	(somente PA para educação ou trabalho)						(depende dos valores)	10
Sri Lanka	o							1
Suécia	(consoante regiões e municípios)		(varia de acordo com a região e município)				o	7
Suíça	o							11
Tailândia	o		o					1
Vietname	(só para soldados feridos)		o					1

Fontes:

1 <http://www.unescap.org/esid/psis/disability/decade/publications/z15002p2/z1500201.htm#contents>

2 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm

3 <http://www.swedishtrade.se/PageFiles/137367/Assistive%20Devices%20.pdf>

4 <http://www.senadis.cl/ayudas/>

5 <http://www.dinf.ne.jp/doc/english/intl/z15/z15001p1/z1500107.html>

6 Lineamientos para el otorgamiento de ayudas técnicas - Banco de Ayudas Técnicas (BAT) (2007)

7 <http://www.hmi.dk/media/provisionassistivetechology.pdf>

8 http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Feb/1368_Gleckman_longterm_care_financing_reform_lessons_US_abroad.pdf

9 <http://www.google.pt/search?q=countries+using+%22iso%22+%22assistive+devices%22&hl=pt->

10 <http://app1.mcys.gov.sg/Assistance/AssistiveTechnologyFundATF.aspx>

11 http://www.ehealth-era.org/documents/eHealth-ERA_D3.1_Annex_1.pdf

12 <http://www.doh.gov.za/docs/standardasation-f.html>

13 http://www.ceapat.org/ceapat_01/index.htm

14 www2.ed.gov/rschstat/research/pubs/at-use/at-use-2001.doc

15 whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_DAR_01.4.pdf

16 <http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas-produtos-de-apoio>