

W/fo/se  
28/07/11

Karine Janicas de Oliveira

**Leitura Interna**

**Biblioteca UFP**

**Necessidades de Ensino dos Cuidadores Familiares**

**Numa Unidade de Cuidados Continuados**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2009



Karine Janicas de Oliveira

**Leitura Interna**

**Biblioteca UFP**

**Necessidades de Ensino dos Cuidadores Familiares**

**Numa Unidade de Cuidados Continuados**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2009

Karine Janicas de Oliveira

**Biblioteca UFP**

**Leitura Interna**

**Necessidades de Ensino dos Cuidadores Familiares**

**Numa Unidade de Cuidados Continuados**

---

Karine Janicas de Oliveira

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado (a) em Enfermagem.

## SUMÁRIO

O envelhecimento em Portugal é uma realidade crescente, que acarreta consigo o aumento de doenças crónicas, incapacitantes e implicações como a elevada necessidade de cuidados de longa duração. Face a esta situação, para dar resposta as necessidades foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados. Estes cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar, mas a família é a principal entidade cuidadora dos seus membros e de onde emergem na maioria dos casos o prestador de cuidados. Perante esta realidade, consideramos pertinente a realização deste trabalho em que procuramos identificar as necessidades de ensino dos cuidadores familiares.

A presente investigação baseia-se numa pesquisa de natureza descritiva e exploratória de abordagem qualitativa e, tem como principal objectivo identificar as necessidades de ensino dos familiares cuidadores.

A população alvo deste estudo reporta-se a cuidadores familiares, que estão inseridos numa Unidade de Convalescência da RNCC do Grande Porto, a amostra estudada foi constituída por sete elementos da população, de forma accidental. Utilizamos como instrumento de colheita de dados a entrevista e recorreremos a análise de conteúdo para o tratamento dos dados.

Deste estudo podemos inferir que os cuidadores familiares atribuem um papel preponderante aos enfermeiros para os ajudarem e os apoiarem na prestação de cuidados ao seu familiar. Neste âmbito constata-se através da perspectiva dos cuidadores que os enfermeiros não efectuam ensinamentos de forma a que a continuidade dos cuidados seja garantida. A este respeito deparamos com lacunas relacionadas com a transmissão de informação, em que os cuidadores sentem principalmente dificuldades em realizar as Actividades de Vida Diária.

## **AGRADECIMENTOS**

Este é o espaço onde agradeço e demonstro o meu carinho pelas pessoas que me fizeram acreditar quando eu achava que era impossível.

Ao meu orientador Enfermeiro José Nunes, pela disponibilidade, pelos conselhos sempre oportunos, pela orientação, pela dedicação, pelo estímulo e exigência à medida que caminhava para a sua conclusão o meu sincero agradecimento.

À Enfermeira Assunção Nogueira, um agradecimento muito especial pela sua disponibilidade, pelo carinho e dedicação que demonstrou, pela sua ajuda e contribuição para o enriquecimento deste estudo, o meu profundo e sincero agradecimento.

Aos meus pais, pela compreensão, pelo carinho, apoio que sempre me deram e pelos valores e princípios éticos e morais que me inculcaram, onde destaco a humildade.

Ao meu irmão, pela força, coragem e conselhos que me ajudaram a enfrentar com optimismo os momentos mais difíceis, apesar de todas as nossas diferenças.

À minha prima J., em sua memória, pelo seu amor, carinho, coragem e apoio incondicional que incentivou a lutar pelos meus ideais.

A todos os enfermeiros que directamente e indirectamente participaram na minha formação académica, ao longo dos ensinamentos clínicos. Em especial a Enfermeira Cristiana do qual tive privilégio de ser aluna.

A todos os meus amigos, pela força, perseverança e paciência durante todo este percurso. Em especial à Tânia, à Helena e ao João. A todos os participantes do estudo, sem eles o trabalho não tinha este rumo.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Página</b>
O – INTRODUÇÃO.....	9
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1. Cuidados Continuados.....	13
1.1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCC).....	14
1.1.2. Unidade de Convalescença.....	16
1.2. Importância da Família na Continuidade dos Cuidados.....	19
1.2.1. Circunscrevendo a Família.....	19
1.2.2. A Família Prestadora de Cuidados/ Cuidador Familiar.....	22
1.2.3. Necessidades dos Cuidadores Familiares.....	26
1.3. Papel do Enfermeiro enquanto Orientador de Cuidados.....	30
1.3.1. O papel dos ensinamentos no apoio às Actividades de Vida Diária.....	35
II – METODOLOGIA.....	38
2.1. Justificação do Tema.....	38

2.2. Questão/ Objectivos de Investigação.....	39
2.3. Tipo de Estudo.....	40
2.4. População/ Amostra.....	41
2.5. Princípios éticos a atender nesta investigação.....	42
2.6. Instrumento de Colheita de Dados.....	43
2.7. Análise dos Dados .....	44
III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	47
3.1. Caracterização da Amostra.....	47
3.2. Apresentação dos Dados Qualitativos .....	50
3.2.1. Percepção do cuidador relativamente ao poder cuidar do seu familiar no domicílio.....	51
3.2.2. Opinião dos cuidadores sobre as dificuldades/ necessidades sentidas ao cuidar do doente.....	57
3.2.4. Importância atribuída pelos cuidadores aos ensinamentos para cuidar do doente de forma a garantir a continuidade dos cuidados .....	63
3.2.5. Expectativas do cuidador face às intervenções dos profissionais de saúde..	67

IV – DISCUSÃO DOS RESULTADOS .....	72
V- CONCLUSÃO .....	77
VI – FONTES E BIBLIOGRAFIA .....	80
6.1. Fontes .....	80
6.2. Bibliografia.....	80
VII - ANEXOS .....	83

Anexo I – Guião da Entrevista

Anexo II – Entrevistas Transcritas

## ÍNDICE FIGURAS

Página

Figura nº 1 – Modelo ecológico baseado em Góngora (1996), <i>cit in</i> Mendes <i>et al</i> , (2007, p.26).....	17
Figura nº2 – Pirâmide de Maslow .....	27
Figura nº3 – Etapas do processo de ensino, segundo Redman (2003, p.4) .....	34
Figura nº4 – Factores apontados pelos cuidadores, que afectam a sua capacidade para cuidar assim como assumirem o seu papel de prestadores de cuidados .....	56

## ÍNDICE QUADROS

## Página

Quadro nº 1- Caracterização dos cuidadores familiares .....	48
Quadro nº 2 – Caracterização dos familiares internados dos cuidadores familiares .....	49
Quadro nº 3 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria obrigatoriedade no cuidar .....	51
Quadro nº 4 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria alteração dos padrões de vida .....	53
Quadro nº 5 - Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria capacidade em cuidar .....	55
Figura nº4 – Factores apontados pelos cuidadores, que afectam a sua capacidade para cuidar assim como assumirem o seu papel de prestadores de cuidados.....	56
Quadro nº 6 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria dificuldades no cuidar.....	57
Quadro nº 7 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria apoios .	61
Quadro nº 8 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria necessidades de informação.....	64
Quadro nº 9 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria informação fornecida pelos profissionais de saúde. ....	68

Quadro nº10 - Respostas dos cuidadores nas respectivas subcategorias e indicadores.. 71

## **SIGLAS**

**RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados**

**UC – Unidade de Convalescença**

**AVD – Actividades de Vida Diária**

**AVDR – Actividades de Vida Diária de Relação**

**EPS – Educação Para a Saúde**

**CIPE – Classificação Internacional Prática de Enfermagem**

## O – INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º ano curricular da Licenciatura de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, faz parte da avaliação final, a realização de um trabalho de investigação, a elaboração de uma Monografia.

Na actualidade, verifica-se cada vez mais uma sociedade onde o acesso e a exigência a padrões de cuidados de enfermagem com qualificações técnicas, científicas e humana são cada vez mais elevados. Deste modo, o desenvolvimento proporcionado pela investigação tem em muito contribuído para a afirmação da profissão de Enfermagem.

Sendo que é pela investigação, que se produz uma base científica de saberes responsáveis por guiarem a prática e ao mesmo tempo para assegurarem a credibilidade de uma profissão.

Assim, consideramos que a contextualização, análise e reflexão sobre as necessidades de ensinamentos dos cuidadores familiares seriam pertinentes e actuais. Neste contexto, num paradigma de continuidade dos cuidados as intervenções de enfermagem centradas na família como cuidadora evidenciam um instrumento básico no processo de cuidar.

Ao se presenciar a incapacidade funcional de uma pessoa, emerge desde logo a necessidade fulcral de centrar os cuidados de enfermagem afim de minorar esta. Porém após esta realidade a pessoa pode permanecer com défices residuais e por perda das suas capacidades, não consegue dar resposta às suas necessidades, sendo que necessita de alguém que o faça por si. Deste modo, o depender de alguém leva a que o doente necessite de um cuidador, actualmente verifica-se na maioria dos casos que a família é a principal responsável pela prestação de cuidados. De facto, a família é fundamental no processo de cuidar todavia torna-se essencial o papel do enfermeiro para dar resposta as necessidades dos cuidadores familiares, para que a garantia da continuidade dos cuidados prestados ao doente seja salvaguardada.

Como refere Augusto *et al.* (2002, p.52):

“Uma família envolvida no processo de cuidados é essencialmente uma família esclarecida e cooperante, uma família unida e certamente mais tranquila ou menos ansiosa, uma família protegida e valorizada, uma família que não renunciou a um dos seus papéis fundamentais – o de dar assistência, sentindo-se útil e importante no cuidar daqueles que são, na maioria das vezes, a sua razão de ser e existir.”

Perante esta realidade e de acordo com uma reflexão aprofundada, emergiu uma questão central, que consideramos ser a nossa problemática: “Quais as necessidades de ensino dos cuidadores familiares para a garantia da continuidade dos cuidados?”.

Os objectivos deste trabalho são definidos em termos de objectivos académicos e de objectivos da investigação. Os objectivos académicos prendem-se com:

- Aprofundar os conhecimentos na área da investigação científica;
- Implementar os conhecimentos metodológicos na abordagem da temática em estudo;
- Dar cumprimento ao requisito exigido no currículo escolar.

Como objectivos de investigação, pretende-se com a sua elaboração:

- Identificar necessidades de ensino dos familiares cuidadores.
- Identificar ensinamentos efectuados pelos enfermeiros na perspectiva dos familiares cuidadores.

Durante este caminho de escolha e delimitação do tema a uma questão central, de forma a tornar possível o seu estudo no âmbito da investigação, o investigador deve eleger a metodologia mais adequada. Deste modo, dada a natureza do estudo optamos pela metodologia do tipo exploratória e descritiva, inserida num paradigma qualitativo, que pensamos ser a que melhor se adapta aos nossos objectivos, que visam a identificação das necessidades de ensino face aos cuidadores familiares para cuidar o doente dependente.

Na nossa amostra seleccionamos cuidadores familiares de uma Unidade de Convalescência do Grande Porto e procedemos à construção e aplicação do instrumento de colheita de dados, a entrevista semi-estruturada. Após do processo de concepção, iniciamos o nosso trabalho de campo, através da realização das entrevistas, que decorreu entre Outubro/Novembro do presente ano. Estas foram efectuadas com base num guião que foi elaborado previamente (Anexo I). Posteriormente, procedemos a análise das entrevistas e respectiva categorização.

O trabalho que se segue encontra-se estruturado em três fases importantes. Na primeira, no enquadramento teórico, procuramos efectuar uma abordagem bibliográfica aos conceitos inerentes à temática em estudo. Na segunda, apresentamos o quadro em que a investigação foi concebida, fase metodológica e apresentamos a análise dos dados recolhidos referentes ao estudo. Por fim, na última fase, expomos as conclusões do estudo.

Com a realização deste trabalho, esperamos, apesar de este ser exclusivamente académico, alcançar respostas para as nossas inquietações e, contribuir ainda que a um nível muito restrito para uma maior sensibilização dos cuidados de saúde nesta área que por si só fundamenta o prazer e a motivação em a termos desenvolvido.

## **I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Com o intuito de completar e enriquecer os conhecimentos acerca desta temática, tornou-se essencial dotar este estudo de um referencial teórico fundamentado, pesquisando-se dessa forma uma vasta bibliografia alusiva ao estudo em questão. Esta fase do estudo integra conceitos numa perspectiva de continuidade dos cuidados, numa visão do cuidar nas unidades de convalescença, em que os cuidadores familiares estão integrados e são fundamentais para assegurar a continuidade dos cuidados.

Conforme descreve Fortin (2003, p.93), o quadro de referência alusivo ao quadro teórico é uma:

“(…) função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo. Representa a ordenação dos conceitos e sub conceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objecto em estudo.”

## 1.1. Cuidados Continuados

Trincadeiro *et al* (2009, p.15) refere que:

“Considera-se que os cuidados continuados são aqueles que pressupõem uma articulação/prestação de cuidados por parte de uma equipa multidisciplinar das diferentes instituições de saúde e sociais, tendo por base uma abordagem que promova a continuidade dos cuidados, estabelecendo parcerias com os recursos na comunidade.”

De acordo com Augusto *et al*, (2002, p.85), “ É na articulação entre prestadores, na complementaridade e coordenação dos recursos e no aproveitamento integral das capacidades existentes que se ergue a ideia dos cuidados continuados.”

Ainda referenciando a autora, os cuidados continuados são:

“(…) de natureza multidisciplinar e intersectorial privilegiam a articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde e a rede social de apoio, o desenvolvimento de parcerias e a mobilização dos recursos da comunidade, tendo em vista a construção de uma rede prestadora de cuidados que garanta a sua continuidade técnica e social.” (Augusto *et al*, 2002, p. 85)

Actualmente quando um individuo se encontra perante uma situação de doença e/ou dependência, com um grau de incapacidade, apresenta com maior ênfase determinadas necessidades dada a vulnerabilidade bio-psico-social a que está sujeito, assim devem ser garantidos os cuidados apropriados ao seu estado de saúde. Perante esta realidade os serviços de saúde e de apoio social necessitaram de sofrer adaptações de forma a fazer face as necessidades da população, tendo sido criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

### **1.1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCC)**

Em Portugal, nos últimos anos tem-se verificado um progressivo envelhecimento da população. Juntamente com este factor há outros como carências a nível de cuidados de longa duração e paliativos, carência no apoio a pessoas com dependência funcional que levaram a necessidade da criação de uma rede de cuidados continuados (Decreto-Lei 101/2006).

A criação desta rede de cuidados continuados permitiu responder as necessidades de diferentes grupos de pessoas com dependência funcional independente da idade, pessoas com problemas sociais e permitiu ainda, o auxílio a família, que muitas vezes tinha de deixar a vida profissional devido aos familiares doentes. (Decreto-Lei 101/2006).

Desta forma, o que se pretende com a rede de cuidados continuados é “promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida justa e solidária” (Decreto-Lei 101/2006, p.3856), em doente em situação de dependência temporária e prolongada. A Rede de Cuidados Continuados é, assim, formada por unidades e equipas de cuidados continuados em saúde e/ou apoio social e, ainda, de cuidados de acção paliativa. Esta Rede inclui Hospitais, os Centros de Saúde, os serviços distritais e locais de segurança social, a rede solidária e as autarquias locais.

Como objectivos específicos da rede, segundo o Decreto-Lei 101/2006, pode salientar-se:

- Melhoria da qualidade de prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social, garantindo internamento, apoio e acompanhamento adequado à situação;
- Melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de continuidade de saúde e/ou apoio social;

- Apoia os familiares ou cuidador informal, na respectiva qualificação e na prestação de cuidados;
- Garantir o apoio domiciliário, em situações com perda de capacidade funcional ou em risco de a perder, quando este garante a continuidade de cuidados, a manutenção do conforto e de qualidade de vida;
- Prevenção de lacunas devido à progressiva cobertura territorial da rede;
- Articulação da rede com as restantes instituições.

De acordo com a filosofia dos cuidados continuados, consideram-se detentores de intervenções como uma actividade programada dos cuidados, o trabalho em equipa, abordagem integrada da pessoa, resolução de situações globais, inclui a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, potencia os auto-cuidados e evidencia uma enorme importância do papel do indivíduo e da sua família.

Pode-se assim concluir que, com estes objectivos, o que se pretende é a recuperação global do doente e da manutenção, incluindo aqui a reabilitação, a readaptação e a reintegração social, bem como, a provisão e manutenção do conforto e qualidade de vida, mesmo quando a situação é irreversível.

### 1.1.2. Unidade de Convalescença

De acordo com o art. 13º do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho:

“ A Unidade de Convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.”

Esta unidade é independente e, como referido anteriormente, é uma unidade de internamento, que pode ou não estar integrada num hospital. (Decreto-Lei 101/2006).

Tem como objectivos responder às necessidades transitórias, tentando maximizar os ganhos em saúde fazendo, para isso, a promoção da reabilitação e a independência dos doentes, contribuir para a gestão de altas nos casos agudos, evitar a permanência de doentes em hospitais de agudos quando esta não é necessária e, otimizar a utilização de unidades de internamento de média e longa duração.

Desta forma, pode-se concluir que esta unidade tem como finalidade, segundo o Decreto-Lei 101/2006,

“(…) a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória da autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos.”

As unidades destinam-se ao tratamento de doentes na fase pós-aguda, com necessidades de recuperação intensiva (reabilitação), posterior ao internamento hospitalar. Esta unidade interna doentes onde prevê que a recuperação aconteça até 30 dias. Os doentes aqui internados são doentes com dependência e a necessitar de reabilitação intensiva,

pretendendo-se um tratamento que possibilite a rápida reintegração dos doentes no seu meio normal e em condições de maior autonomia possível.

De notar que a complexidade dos cuidados pertencentes a unidade de convalescença, envolve não só o doente e o profissional de saúde mas também a família/cuidador familiar. Deste modo o envolvimento e interacção entre o doente, família e profissional de saúde revelam-se cruciais na parceria de cuidados e de um funcionamento adequado com elevado potencial para dar resposta as necessidades do doente/cuidador.

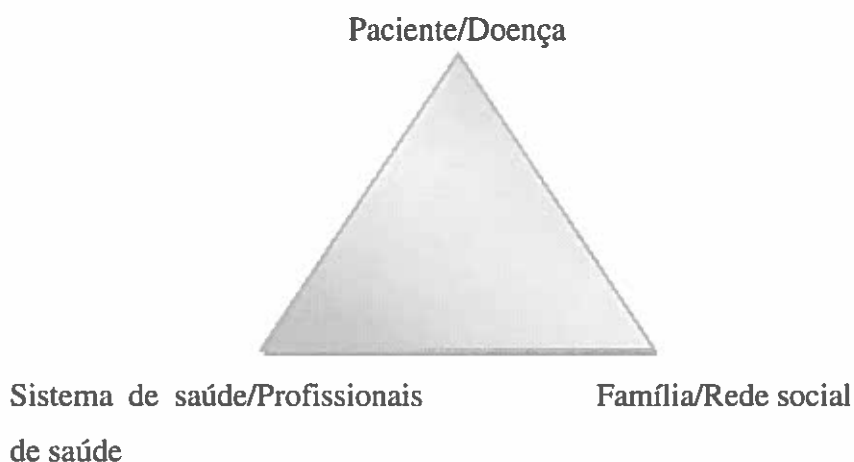


Figura nº 1 – Modelo ecológico baseado em Góngora (1996), *cit in* Mendes *et al*, (2007, p.26)

Segundo este modelo biopsicossocial, verifica-se que a relação entre os três vértices representa a base para o cuidar com sucesso e a comunicação entre estes otimiza o potencial de reabilitação de forma a atingir os objectivos delineados. Neste contexto, os profissionais de saúde envolvem os familiares na prestação de cuidados, em que beneficia o doente ao nível de independência física, autonomia funcional, suporte social e afectivo assim como a reorganização emocional. Para além do doente a família também beneficia deste modelo, em que a informação e clarificação do processo do doente permitem, a redução da ansiedade e medo, o envolvimento e participação na

prestação de cuidados assim como a aquisição de ensinamentos (EPS) e a responsabilização social e familiar.

Deste modo o trabalho em equipa é sem dúvida fulcral neste contexto, onde o enfermeiro desempenha um papel determinante. Esta opinião vai ao encontro de Collière (1999, p.220) referiu acerca do campo de competência do enfermeiro:

“Se situa na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que o cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-lo competente e capaz de utilizar os recursos efectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe.”

## **1.2. Importância da Família na Continuidade dos Cuidados**

### **1.2.1. Circunscrevendo a Família**

Segundo Hanson (2005, p.4):

“Família é uma palavra que evoca diferentes imagens para cada indivíduo e grupo, cujo significado tem evoluído ao longo dos tempos. As definições têm-se concentrado em diferentes aspectos, de acordo com o paradigma da respectiva área como por exemplo: legal: relações estabelecidas por laços de sangue, adopção, tutela, ou casamento; biológica: redes genéticas biológicas entre as pessoas; sociológica: grupos de pessoas que vivem juntos; psicológica: grupos com fortes laços emocionais.”

Desde os primórdios, que a família é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização bem como para a formação da sua personalidade. A família cresce e desenvolve-se no equilíbrio do contexto da vida e da continuidade geracional, vivendo simultaneamente momentos de estabilidade e mudança (Martins, 2002).

De acordo com Marinheiro (2002, p.45) a família:

“é sem dúvida a célula fundamental da sociedade, a primeira instituição em que o indivíduo se insere, contribuindo para o seu desenvolvimento e consolidação da personalidade humana. Sendo o habitat natural das diferentes gerações, onde se faz a transmissão de valores éticos e espirituais, cívicos e educacionais, o elo de ligação entre a tradição e a modernidade.”

A definição de família tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos, devido as várias transformações que a estrutura familiar tem sofrido. Este facto deve-se sobretudo as alterações de papéis sociais, fundamentalmente o facto de a mulher ter de trabalhar fora

de casa. Com o surgimento da urbanização, o conceito de família passou a ser caracterizada por família nuclear, que constitui pai, mãe e filhos.

Segundo Varela (1993, p.123):

“O círculo real das relações familiares foi-se estreitando, após a revolução industrial ter desencadeado movimentos migratórios das populações dos meios rurais para os urbanos, surgindo a pequena família. (...) A família passa agora em regra a circunscrever-se ao marido, à mulher e aos filhos solteiros.”

No passado o conceito de família era o de família ampliada, também dita de consanguínea, que consiste na família nuclear, mais os parentes directos e colaterais. Actualmente o conceito de família nuclear esta a desaparecer, por factores como diminuição dos laços de união, aumento dos divórcios, abandono do lar, ilegitimidade ou adopção que crianças por uma só pessoa, o que deu origem a outros conceitos de família, nomeadamente famílias com estrutura de pais únicos ou monoparental, famílias reconstituídas, famílias homossexuais e famílias comunitárias.

Para além destas definições a família pode-se também caracterizar de acordo com a proximidade geográfica e pelos vínculos afectuosos entre os indivíduos. Sobre este assunto, Daniel Sampaio e José Gameiro (*cit in* Cerqueira, 2005, p.32), referem que:

“(...) o termo família designa um conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só, de certo modo consideramos que fazem parte da família elementos não só ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do individuo.”

Concomitantemente a esta realidade, a definição de família não depende apenas dos laços sanguíneos mas também das ligações afectivas dos indivíduos, a este propósito refere Cerqueira (2005, p.32), “(...) considera-se família todas as pessoas que o doente reconheça como tal.”

Assim a família é uma instituição natural porque possibilita ao Homem o exercício dos seus direitos essenciais como pessoa: o direito à vida, o direito à educação e o direito a completar o seu processo vital nas melhores condições. Pode ser também considerada como habitat ecológico natural onde se desenrola a biografia da pessoa humana, isto é, onde se nasce, cresce, e morre como pessoa. Disto se pode tirar que a família é o primeiro espaço e o mais marcante de realização e estabelecimento da personalidade humana, no qual o indivíduo se afirma como pessoa, o local natural de convivência solidária e desinteressada entre gerações, o veículo mais estável de transmissão e aprofundamento de princípios éticos, sociais, espirituais, cívicos e educacionais, o elo de ligação entre a consistência da tradição e as exigências da modernidade, e, em consequência de tudo isto, a mais eficaz instituição de garantia de coesão do tecido social, constituindo assim o mais importante alicerce da sociedade.

### **1.2.2. A Família Prestadora de Cuidados/ Cuidador Familiar**

O acto de cuidar é intrínseco à própria natureza humana, tornando-se essencial para o desenvolvimento e realização da pessoa, Collière (1999, p.235) definiu cuidar como “Um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”

Uma das funções da família, aceite em todas as sociedades humanas, é a de possibilitar a protecção suficiente a todos os seus membros, sejam eles saudáveis ou doentes, ao ponto de ser considerada uma tarefa directamente sua. Lage (2005, p.204) refere que:

“Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros, como a principal prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares e como a instituição fundamental onde se desenrola a vida das pessoas, se expressam e satisfazem a maioria dos seus direitos, obrigações e necessidades, desde o nascimento ate a morte.”

A família e assim detentora de um papel importante na prestação de cuidados que não é facilmente substituído. Todavia, apesar das alterações que se vêm sentido ao longo do tempo a tarefa de cuidar dos elementos incapacitados ou com elevado grau de dependência devido a um acidente, a uma doença grave ou exacerbação de uma doença crónica, continua a ser atribuída a família.

Martins (2002, p.111), refere que:

“Melhor que qualquer outra instituição ela resistiu aos embates económicos, sociais e demográficos e continua apesar de tudo, a exercer uma forte atracção sobre as pessoas. Porque permanece como primeiro e principal suporte afectivo, pedagógico e social de todos

os indivíduos, a família, como instituição não desaparecerá independentemente de todas as transformações registadas e de todas aquelas que sofrerá no futuro.”

Ao reflectir sobre a família enquanto cuidadora denota-se que esta é essencial à prestação de cuidados, assim como lhe é atribuída uma importância inigualável, que levou o Estado a criar mecanismos necessários para que sejam criadas condições favoráveis a um desenvolvimento dos membros desta. Neste sentido, “A família tem direito à protecção da sociedade e do estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.” (Art.67 da Constituição da República Portuguesa).

Devido a todos os factores anteriormente referidos, hoje a família é considerada como um elemento fundamental no processo de cuidar, torna-se fundamental visualiza-la no seu todo, como uma rede complexa de relações e emoções mas que também apresenta medos e incertezas. De acordo com, Augusto *et al.* (2002, p.52):

“Uma família envolvida no processo de cuidados é essencialmente uma família esclarecida e cooperante, uma família unida e certamente mais tranquila ou menos ansiosa, uma família protegida e valorizada, uma família que não renunciou a um dos seus papéis fundamentais – o de dar assistência, sentindo-se útil e importante no cuidar daqueles que são, na maioria das vezes, a sua razão de ser e existir.”

Desta forma, a prestação de cuidados por parte da família de forma a garantir a continuidade dos cuidados, parece assim inquestionável. Contudo é necessário o envolvimento da família no processo de cuidados, o que exige que sejam efectuados ensinamentos por parte dos enfermeiros e que estes tenham experiência e sensibilidade para tornar a família cuidadora cada vez mais competente. De acordo com Polly (*cit. in* Augusto *et al.*, 2002, p.53):

“(…) a família é o centro dos cuidados e as interacções com os profissionais de saúde são de colaboração, contrariamente à abordagem tradicional, na qual se esperava que a família

se comportasse e cuidasse do membro afectado tal como ditado pelos profissionais de saúde.”

De acordo com Cerqueira (2005, p.34), “É normalmente da família que emerge o cuidador e é nela que emergem os cuidados.” Neste contexto, os cuidadores familiares desempenham um papel crucial pois assumem a responsabilidade de cuidar do seu familiar, “O envolvimento da família nos cuidados de saúde constituiu desde sempre um acto de vida” (Moreira, 2001, p. 43).

Perante este quadro, “Cuidar é, antes de mais, um assumir de uma responsabilidade social, envolvente e humanizada” (Cerqueira, 2005, p.58). Em concordância com o que foi referido anteriormente, verifica-se que muitas vezes o cuidador familiar assume de uma forma súbita o seu papel de cuidador, sem que para isso se tenha preparado, ou assume o cuidar do seu familiar progressivamente e quando se apercebe já é o cuidador principal, porém na maioria das vezes o cuidador assume o papel não por escolha própria mas por imposição das circunstâncias.

A selecção da pessoa para assumir o papel de cuidador não é uma escolha fácil. Apesar das ligações pessoais terem um papel importante não explicam satisfatoriamente a razão pela qual alguns membros da família assumem com maior frequência que outros o papel de cuidadores. Aparentemente a escolha da pessoa para desempenhar o papel de cuidador dependerá da experiência de vida e da estrutura das relações familiares. Também, culturalmente determinados papéis já estão destinados a algumas pessoas ou membros, em que seria constituído por mulheres solteiras, que residiam com a pessoa a cuidar, com estatuto laboral de não activo o que geralmente corresponde às filhas das pessoas dependentes (Martín, 2005).

Acerca do mesmo assunto, Squire (2002, p.87), argumenta que:

“A maioria dos cuidados na comunidade é ministrada por familiares, amigos e vizinhos. (...) Algumas pessoas escolhem mesmo cuidar de outra por um conjunto de razões, mas muitas sentem que não têm escolha.”

O cuidador familiar é uma pessoa da família que presta os cuidados de saúde, ao doente dependente em contexto domiciliário. Nesta realidade, quando se fala em cuidador familiar faz-se referência a uma pessoa adulta, que realiza, presta cuidados de saúde e apoia nas actividades de vida diárias da pessoa que cuida, afim de minorar as dificuldades e necessidades da pessoa com incapacidade funcional.

Deste modo, o cuidador familiar tende a valorizar em primeiro lugar as necessidades da pessoa que cuida deixando para um segundo plano as suas próprias necessidades. Sobre este assunto Cerqueira (2005, p.39) refere que, “O cuidador de um doente que não pode sair do leito, precisa de aprender a dar banho, trocar, alimentar, saber avaliar, além dos cuidados quotidianos consigo mesmo.”

Deste modo a pessoa sofre alterações e o seu padrão de funcionamento normal se encontra alterado com incapacidade funcional, para o auto-cuidado, surge a necessidade de apoio e ajuda por parte de alguém próximo. Os cuidados prestados a essa pessoa é essencial, o cuidador influencia o curso da doença, especialmente a frequência e a gravidade das alterações comportamentais e a deterioração das capacidades funcionais do doente.

### 1.2.3. Necessidades dos Cuidadores Familiares

A situação de doença conduz inúmeras vezes a consequências, nomeadamente a incapacidade funcional, o que se repercute em alterações no contexto familiar, visando na família confrontada com esta realidade exigências para as quais não está pronta.

Ao longo do tempo, verificou-se que se tem dado pouca atenção as necessidades da família enquanto cuidadora, pelo que referem vários autores:

“ (...) a família agradeceu com demasiada veemência o envolvimento proporcionado, quando este deveria constituir uma realidade das nossas praticas, esquecendo-nos que a maioria dos cuidados são prestados pela família (...) e que estes desempenham um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados, na medida em que contribuem em grande parte para fazer face à insuficiência dos sistemas de protecção social e de saúde.” ( Augusto *et al.*, 2002, p.13).

Scriven (*cit in* Cerqueira, 2005, p.41) menciona que a necessidade é: “(...) qualquer coisa que seja essencial para um modo satisfatório de existência, qualquer coisa sem a qual este modo de existência ou nível de trabalho não pode alcançar um grau satisfatório”.

Ao reflectir sobre a família, surge uma significação, em que esta é detentora de muitas virtudes e recursos que permitem que a vida de cada doente se desenvolva de uma forma estável. Deste modo, a família é considerada um sistema dinâmico, em que a sua estabilização esta de certa forma a mercê da satisfação das necessidades básicas dos seus elementos, (Martins, 2002). Neste sentido, “É na família e com a família que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do ciclo vital.” (Cerqueira, 2005, p.31)

Tendo em conta a pessoa no seu todo, esta situa-se num tempo e num espaço e em que a sua actividade, sobrevivência e realização são condicionadas por determinantes físicos,

biológicos e psicológicos. Como ser biológico e espiritual, tem necessidades físicas, psicológicas, afectivas, sociais e espirituais, que influenciam e orientam o seu comportamento. Podemos dizer então, que a pessoa é essencialmente um ser de necessidades.

As necessidades humanas são apresentadas tradicionalmente, segundo a pirâmide de Maslow, que nos expõe uma hierarquia de necessidades que considera a base da sua teoria da motivação humana.



Figura nº2 – Pirâmide de Maslow

Maslow categorizou as necessidades humanas em cinco níveis. A pirâmide descreve as necessidades fisiológicas como as maioritariamente básicas, seguidas de segurança, do amor, da estima e das necessidades de realização pessoal.

Além das necessidades humanas inerentes em cada indivíduo, o cuidador necessita de apoio na sua prestação de cuidados assim como informação e formação para desenvolver o seu papel, por tudo isto, Cerqueira (2005, p.40) refere que:

“A maioria dos cuidadores são pessoas que não têm formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados, que são assegurados por eles quando o doente se torna

dependente, nem estão emocionalmente preparados para assumir a responsabilidade das mesmas”

A informação assume extrema importância na capacidade da família de crescer e mudar, pelo que deve ser rigorosa, ser clara e simples, mas adequada aos factores socioculturais do doente e do seu cuidador. Contudo o cuidador experimenta sentimentos como medo, culpa e ansiedade, que estão relacionados com a falta de informação, educação e orientação dos cuidadores. (Araújo *et al*, 2008; Jorge, 2004).

A obtenção de informação é um factor importante na capacidade de cuidar da família, porque:

“Famílias e cuidadores informados significa diminuição de medos e ansiedades no contacto com o doente e, por outro lado, o doente também se sente mais a vontade. De um outro ponto de vista cuidadores e famílias apoiadas e confortadas terão maior capacidade e disponibilidade para com o doente.” (Cerqueira, 2005, p.44)

Moreira (2001) no seu estudo elabora um diagrama como conclusão as necessidades sentidas pelos cuidadores e família, em que as principais necessidades encontradas são cognitivas relativamente a informação e ensino, afectivas e ao nível do apoio domiciliário. Também Augusto *et al*. (2002) referencia como necessidades dos familiares cuidadores as necessidades cognitivas, apoio socioeconómico, planeamento da alta e o apoio domiciliário. Destacamos deste modo, através dos autores que as principais necessidades dos cuidadores familiares passam fundamentalmente pelas cognitivas, no âmbito da informação/ ensino e no apoio domiciliário.

De acordo com Vala (*cit in* Cerqueira, 2005, p.46), refere que as necessidades dos cuidadores dependem de factores como:

- o profissionalismo dos serviços prestados no domicílio e a sua implementação;

- a acessibilidade e capacidade de acolhimento;
- tipo e grau de dependência;
- estado de saúde física e psíquica do cuidador;
- nível económico;
- isolamento social e geográfico;
- ausência ou presença de outros cuidadores complementares ou de coabitação;
- o facto de manter ou não profissão activa;
- o sexo.

Assim a resposta, as necessidades dos cuidadores torna-se imprescindível na prestação de cuidados e deve ser entendida numa perspectiva holística e multidisciplinar, para que seja garantida a continuidade dos cuidados. Aqui é importante a actuação e o papel do enfermeiro, este deve valorizar o processo de educação para a saúde, no sentido de não quebrar a continuidade dos cuidados.

“Parece, então, fundamental ir ao encontro das necessidades do cuidador, pois a não satisfação destas é um factor precipitante da não aceitação do doente em casa por parte deles”. (Cerqueira, 2005, p.47)

### **1.3. Papel do Enfermeiro enquanto Orientador de Cuidados**

Segundo a autora, Jorge (2004, p.91):

“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”

A existência de cuidados revelou-se ao longo dos tempos, essencial para a sobrevivência do ser Humano. Assim como refere Collière (1999, p.27), “Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer”. Deste modo, “O cuidado é um fenómeno universal e essencial para a sobrevivência da raça humana.” (Waldow, 2004, p.25)

A dimensão do cuidar baseia-se no saber-saber, saber-fazer e no saber-ser, sendo este um valor fundamental que promove a autonomia da pessoa. Cuidar é um acto de vida, e como tal a sua história relaciona-se com os inícios da humanidade, podendo assumir duas formas ou significados: o cuidado do homem consigo mesmo e o cuidado com o outro. Definindo-se como um acto individual que se presta a si próprio quando se tem autonomia, mas também como um acto de reciprocidade que se presta a toda a pessoa que temporária ou definitivamente necessite de ajuda para a satisfação das suas necessidades vitais (Collière, 1999).

O enfermeiro ao cuidar deverá possuir características que estabeleçam uma relação de ajuda, capacidade de respeito e carinho, capacidade de comunicação e capacidade de clarificar, valores, estes que lhe foram transmitidos pela sua aprendizagem ao longo da sua experiência. Para Lazure (1994) cuidar é ajudar a viver.

Neste sentido, considera-se fundamental os enfermeiros dotarem os cuidadores familiares de um conjunto de conhecimentos, de capacidades e recursos na comunidade que lhe permitam o cuidar do seu familiar dependente, afim de prevenir complicações e de melhorar o seu bem estar biológico e psicológico.

Por tudo isto, os enfermeiros têm responsabilidades na realização dos ensinamentos e na promoção de um ambiente que apoie tanto o doente como o cuidador familiar, assim como orientar e esclarecer o cuidador perante as dificuldades e necessidades que vai encontrando ao longo do processo de doença/incapacidade funcional do seu familiar. O reconhecimento do papel do enfermeiro enquanto orientador de cuidados, leva-nos a afirmar que este tem competências para trabalhar com prestadores de cuidados, membros da família, sendo que esta é um foco essencial do cuidar e do processo de enfermagem. (Hanson, 2005).

Neste âmbito, o enfermeiro é o profissional de saúde habilitado para identificar as necessidades do doente e seu cuidador de acordo com uma visão holística. Para tal, o enfermeiro usufrui de um instrumento valioso, o processo de enfermagem. De acordo com Phaneuf (2004, p.91):

“O processo de enfermagem é um instrumento que nos ajuda a trabalhar de maneira sistemática e a agir como verdadeiras profissionais. A organização dos cuidados de enfermagem é uma tarefa demasiado séria e demasiado complexa para ser deixada ao acaso. Exige uma observação sistemática, um raciocínio sólido, um bom julgamento clínico e uma planificação precisa.”

O processo de enfermagem encontra-se delineado em cinco etapas fundamentais, avaliação inicial/ recolha de dados, análise e interpretação dos dados, planeamento, implementação e avaliação dos resultados.

A primeira etapa do processo é a avaliação inicial/ recolha de dados, que consiste na recolha de informação e de dados objectivos e subjectivos.

A segunda etapa é caracterizada pela análise e interpretação dos dados, aqui os enfermeiros elaboram o diagnóstico de enfermagem este é definido pela CIPE como sendo uma designação atribuída pelo enfermeiro sobre um fenómeno que representa o foco da intervenção de enfermagem.

A terceira etapa, o planeamento de cuidados é o processo através do qual os enfermeiros planeiam as intervenções para dar resposta aos diagnósticos anteriormente definidos. Ross e Cobb (*cit in* Hanson, 2005, p.164) consideram o “processo através do qual são determinados os objectivos, seleccionadas ou concebidas as intervenções e redigido o plano de cuidados”.

A quarta etapa corresponde a implementação das intervenções anteriormente referidas, em que é colocado em prática o plano de cuidados elaborado anteriormente.

A última etapa deste processo reporta-se a avaliação dos resultados, em que exige ao enfermeiro que determine se o plano de cuidados foi eficaz, eficiente e se conseguiu alcançar os resultados esperados, assim como efectuar uma revisão e adequação de todo o processo, sendo este contínuo.

Relativamente ao processo de enfermagem este é reconhecido como fundamental para uma prestação de cuidados com qualidade, sendo que apresenta objectivos como a planificação dos cuidados, que assegura as respostas as necessidades do doente, família e seu cuidador e principalmente assegura a continuidade dos cuidados.

Como já anteriormente referido:

“A família é a principal responsável pela prestação de cuidados na saúde e na doença, é um modelo, ensina o auto-cuidado e comportamentos de bem estar, presta cuidados a membros ao longo da vida e durante diversas transições familiares, apoia-se uns nos outros durante as actividades de promoção da saúde e em doenças agudas e crónicas.” (Hanson, 2005, p.210)

De acordo com a definição acima, focalizamos novamente a importância da família na prestação de cuidados, em que a eficiência e eficácia do processo de enfermagem apenas esta garantido aquando o doente e sua família forem reconhecidos como elementos essenciais e no qual têm um papel activo e preponderante.

A designação de promoção da saúde, ainda que fundamentalmente reconhecida e intrínseca na profissão de enfermagem, esta tem inicio no meio familiar, “uma tarefa importante na família é ensinar a manutenção e promoção da saúde” (Hanson, 2005, p.210).

No entanto quando esta não tem capacidade de efectuar esta tarefa, cabe ao enfermeiro enquanto educador a promoção da saúde, onde este recorre a educação para a saúde (EPS) com o intuito de o apoiar ao longo do processo de ensino e aprendizagem do doente e família/cuidador.

O processo de aprendizagem está no centro da capacidade dos seres humanos para se adaptarem, aqui também os cuidados de saúde se empenham para ensinar e aprender. Redman, (2003). De acordo com a autora, “A educação para a saúde é praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção” (Redman, 2003, p 4).

O processo de ensino é descrito pelo seguinte esquema:

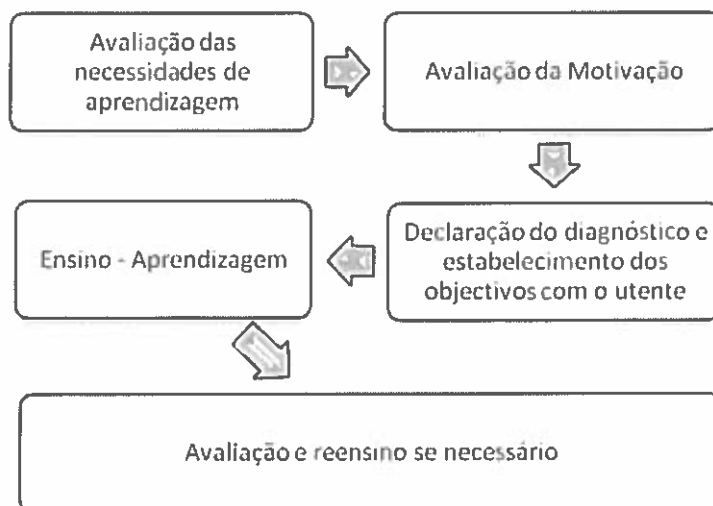


Figura nº3 – Etapas do processo de ensino, segundo Redman (2003, p.4)

A educação para a saúde é compreendida como uma parte essencial na prestação de cuidados com a finalidade a garantida da continuidade dos cuidados. A prática de ensino leva a que o enfermeiro adquira competências e uma sensibilidade para as necessidades de ensino não só expressas pelo doente/cuidador familiar como também as suas necessidades não expressas.

Como refere (Redman, 2003, p.21), “ os indivíduos que necessitam de informação e habilidades, mesmo que estejam motivados, frequentemente não têm conhecimentos suficientes de saúde para alcançar a meta sozinhos”, aqui o enfermeiro enquanto educador terá como objectivo promover a continuidade dos cuidados, satisfazendo as necessidades do cuidador familiar para prevenir complicações no doente.

### **1.3.1. O papel dos ensinamentos no apoio às Actividades de Vida Diária**

Os ensinamentos ao nível da prática de enfermagem adoptam um papel importante, por serem responsáveis da transmissão de conhecimentos. O enfermeiro é responsável pela informação e formação prestada ao doente e seu cuidador com o intuito da melhoria do bem-estar e no cuidar do doente.

Na abordagem às Actividades de Vida Diária (AVD), Phipps *et al.* (2003) mencionam estas como as actividades de auto cuidado básicas, identificadas por três componentes (tomar banho, comer e fazer a higiene pessoal), todas as actividades mais complexas são designadas por Actividades de Vida Diária de Relação (AVDR).

Neste âmbito revelou-se crucial referenciar o modelo teórico de enfermagem de Nancy Roper, onde a autora o descreve como um modelo de vida em que este é um sistema aberto que se desenvolve e tende para a independência. Desta forma estabeleceu doze actividades de vida:

- Manter um ambiente seguro;
  
- Comunicar;
  
- Respirar;
  
- Comer e beber;
  
- Eliminar;
  
- Higiene pessoal e vestir-se;

- Controlar a temperatura do corpo;
- Mobilizar-se;
- Trabalhar e distrair-se;
- Exprimir sexualidade;
- Dormir;
- Morrer.

Estas actividades de vida são um conjunto de acções inerentes ao ser Humano e que fazem parte do seu dia-a-dia. Segundo Roper, a enfermagem tem como finalidade promover a aquisição e restauração da independência máxima para cada doente, ao nível de quatro grupos de actividades, actividades que permitem a satisfação base, actividades de prevenção, actividades que têm como finalidade o conforto e actividades relacionadas com a componente dependente. Ser enfermeiro, leva a que na sua actuação responda as necessidades nas AVD e AVDR do doente, com a finalidade de promover a sua independência em relação em cada actividade de vida.

Aquando uma situação de doença crónica, incapacidade e dependência as AVD e AVDR ficam afectadas, o que impede o doente de satisfazer as suas necessidades parcial ou totalmente. Perante este quadro os enfermeiros devem substituir transitoriamente o doente e preparar o cuidador por forma a que este possa dar resposta às necessidades do doente, para tal a educação do cuidador familiar é fundamental sendo que esta é caracterizada por fornecer-lhe informação e formação para cuidar e deste modo dota-lo de capacidades que possibilitem a continuidade dos cuidados com garantia.

O papel dos ensinamentos assume uma importância relevante na prestação de cuidados em que estes favorecem a transmissão de conhecimentos, de modo a promover aptidões ao doente e família/cuidador perante uma nova fase das suas vidas. Estes ensinamentos devem ser contínuos e sistemáticos dando resposta as necessidades apresentadas assim como fornecer apoio ao nível das AVD e AVDR, para que a qualidade da continuidade dos cuidados seja assegurada.

## **II – METODOLOGIA**

O que determina uma correcta pesquisa científica è a adopção de uma metodologia de trabalho adequada, esta é a teoria que está por detrás do método.

Deste modo, no decurso da fase metodológica, procuraremos determinar os métodos a utilizar para obter respostas à questão de investigação colocada. Torna-se necessário escolher um desenho apropriado para explorar e descrever um fenómeno e examinar associações e diferenças. Assim contemplaremos uma pequena abordagem ao motivo que nos levou a optar por este tema, definiremos a população, a amostra e qual a escolha do instrumento de colheita de dados.

### **2.1. Justificação do Tema**

A motivação para este estudo surge, como resultado das nossas inquietações pessoais nas necessidades de ensino dos cuidadores familiares. “Porque para que a família possa desempenhar o seu papel de prestadora de cuidados, necessita de ser apoiada na prestação de cuidados e ser informada convenientemente sobre as mudanças que ocorrem e quais as atitudes que deverá optar.” (Cerqueira, 2005, p. 89)

Pretendemos investir na promoção da saúde através dos ensinios para que a formação possibilite a continuidade dos cuidados. Assim emergiu a necessidade de um debruçar atento sobre os problemas reais dos cuidadores familiares ao cuidar do doente dependente, identificando as suas necessidades/dificuldades e questionando as práticas de cuidados dos enfermeiros em cuidados diferenciados dirigidas aos cuidadores, numa perspectiva de continuidade dos cuidados.

## 2.2. Questão/ Objectivos de Investigação

Para delimitação da questão de investigação o investigador tem que ter em atenção, a actualidade do tema, se é realizável uma investigação a partir dessa mesma questão, se tem importância para a investigação e se é operacional. Sem ter em conta estes primordiais itens pode não ser possível concretizar a investigação.

Para Fortin (2003, p. 51): "Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações".

Neste contexto e com o intuito de orientarmos o nosso estudo, surgiram-nos inquietações que motivaram a querer saber mais um pouco sobre o assunto, o que convergiu para questão de investigação centralizada: **Quais as necessidades de ensino dos cuidadores familiares para a garantia da continuidade dos cuidados?**

Depois de traçada a questão que serviu de ponto de partida ao estudo sentimos necessidade de delinear metas a alcançar e que nos pudessem orientar. Assim, foram criados alguns objectivos com este intuito. E, no dizer de Fortin "O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação." (Fortin, 2003, p. 100).

Sendo assim e tendo em conta todos os aspectos que nos levaram a optar por este tema, definimos como objectivos:

- Identificar necessidades de ensino dos familiares cuidadores.
- Identificar ensinamentos efectuados pelos enfermeiros na perspectiva dos familiares cuidadores.

### **2.3. Tipo de Estudo**

O estudo que se pretende efectuar, pela sua natureza, a estratégia de investigação recai na adopção de uma metodologia de investigação exploratória e descritiva, inserida num paradigma qualitativo. Trata-se de uma investigação qualitativa, dado que, e como refere Fortin (2003, p.371), é um tipo de investigação “cuja finalidade é compreender um fenómeno segundo a perspectiva dos sujeitos; as observações são descritas principalmente sob a forma narrativa”.

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e de carácter exploratório, com a finalidade de descrever os fenómenos relacionados com as necessidades de ensino dos cuidadores familiares por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Não pretendemos construir uma teoria explicativa de uma dada realidade empírica, mas sim, mas sim fornecer alguns contributos que permitam conhecer e compreender melhor os fenómenos inerentes as necessidades de ensino dos cuidadores familiares. Sendo um estudo exploratório, porque se trata essencialmente de “descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que os humanos lhe atribuem” (Van Maanen, 1990, *cit in* Fortin, 2003, p.148). A perspectiva desta investigação orienta-se no sentido de compreender o significado atribuído pelas pessoas a um fenómeno vivido.

Este tipo de abordagem e como Fortin (2003, p.149) refere, “incide sobre a realidade tal como é percebida pelos indivíduos.”, de forma a compreender qual o significado que atribuem às situações vividas e o conjunto das suas percepções.

## 2.4. População/ Amostra

Fortin (2003, p. 202), considera população como “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios”.

A população alvo deste estudo reporta-se a cuidadores familiares, que estão inseridos numa Unidade de Convalescença da RNCC do Grande Porto. A nossa definição de critérios para seleccionar esta população, foi feita com a finalidade de reunir cuidadores familiares que estejam a acompanhar o doente dependente. Depois de definido o grupo e na impossibilidade de estudar todos os elementos sentimos necessidade de delinear uma amostra.

Segundo Fortin (2003, p. 202):

“Uma amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.”

A amostra estudada foi constituída por sete elementos da população, referentes aos cuidadores familiares de uma Unidade de Convalescença do Grande Porto, que reunissem os critérios definidos anteriormente. Classificamos a nossa amostra, por isso, de accidental porque diz Fortin (2003, p.208) que esta é “formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso,”.

Desta forma o “investigador pode ter acesso a uma unidade hospitalar para constituir uma amostra de famílias de pacientes hospitalizados.” (Fortin, 2003, p. 208). Iremos assim seleccionar, sete cuidadores familiares de uma Unidade de Convalescença do Grande Porto. Para o tamanho da amostra, não existem regras, esta depende dos objectivos de estudo, da disponibilidade e significativamente da riqueza da informação obtida.

## **2.5. Princípios éticos a atender nesta investigação**

Todos os estudos envolvendo pessoas, devem ter em conta vários princípios éticos porque segundo (Fortin, 2003, p.116):

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade”.

- Direito à autodeterminação:

Segundo Fortin (2003), “ o direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo a qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”

Logo o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.

- Direito à investigação:

Segundo Fortin (2003), “ o investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos esta protegida”

O direito à intimidade e liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e determinar em que medida aceita partilhar informação íntima e privada.

- Direito ao anonimato e à confidencialidade:

Segundo Fortin (2003), “ o direito ao anonimato e a confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não poder ser associada as respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador”

Os resultados devem ser descritos de modo que o investigador ou leitor do projecto monográfico não consiga reconhecer o participante.

- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo:

Segundo Fortin (2003), “ o direito a protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde as regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de prejudicarem”

- Direito a um tratamento justo e equitativo:

Segundo Fortin (2003), “refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.”

O interveniente tem o direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para qual é solicitado a participação da pessoa.

## **2.6. Instrumento de Colheita de Dados**

A técnica utilizada para a colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada. A sua utilização deveu-se ao facto de ser um instrumento com alguma flexibilidade e de pretendermos conhecer as necessidades de ensino dos cuidadores familiares e os ensinamentos

efectuados pelos enfermeiros na perspectiva dos cuidadores familiares. A entrevista consiste no estabelecimento de uma relação face a face, implicando uma situação dinâmica e uma interacção verbal. Segundo Fortin (2003, p.245), “A entrevista é um modo particular de uma comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.”.

Para facilitar o desenrolar da entrevista elaboramos um guião (ver em Anexo I), com questões orientadoras. O desenrolar destas entrevistas ocorreu em Outubro do presente ano, com a duração de quinze minutos aproximadamente, valendo-se do auxílio da gravação sonora afim de permitir a recolha de informação, cuja importância se pode reconhecer na fase da análise de dados.

Na realização das entrevistas atendeu-se ao consentimento dos informantes, à confidencialidade e a um tratamento justo e equitativo, porque todos os estudos envolvendo pessoas devem ter em conta vários princípios éticos onde segundo Fortin (2003, p.116):

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade”.

## **2.7. Análise dos Dados**

Concluída a recolha dos dados e transcritas as entrevistas, procedesse de seguida a sua análise, “que consiste num processo de busca e de organização sistemático de transcrição de entrevistas.” (Bogdan e Biklen, 1994, p.205). Esta análise demonstra assim, a forma mais compreensível de todo o conjunto dos resultados, que permitam interpretar o fenómeno em estudo.

De acordo com Bogdan e Biklen, a análise envolve um conjunto de tarefas, não sendo um processo único mas que necessita de “organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos mais importantes e do que deve ser apreendido e da decisão sobre o que vais ser transmitido aos outros.”.

Fortin (2003, p.364) refere-se a análise de conteúdo como uma, “Estratégia que serve para identificar um conjunto de características essenciais à significação ou à definição de um conceito.”. Assim neste contexto, decidimos pelo método de análise de conteúdo, para que nesse sentido se faça uma abordagem de forma sistemática aos conteúdos significativos das entrevistas, de modo a chegar a uma explicação para o fenómeno em estudo.

Terminada a transcrição das entrevistas (ver Anexo II), procedemos a leitura detalhada destas, o que permitiu efectuar a definição de categorias, “As categorias, são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um titulo genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.” (Bardin, 2004, p.111).

Assim primeiramente procedemos a uma selecção das “unidades de registo”, onde foram retirados parágrafos ou frases, a partir do texto das entrevistas, que evidenciam o tema em estudo e que se demonstravam capazes de descrever o fenómeno. Bardin (2004, p.98) define por unidades de registo, “Unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização”.

Posteriormente, efectuamos uma codificação em função das unidades de contexto, previamente definidas. Esta fase possibilita aos investigadores organizar os fragmentos de informação, dando-lhe uma organização no sentido de definir categorias que permitem orientar a informação recolhida.

Bardin (2004, p.100) refere que:

“A unidade e contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo.”

Para finalizar a análise dos dados, realizou-se o tratamento dos resultados obtidos, onde a interpretação e a conclusão consiste em tornar significativa a informação que resultaram do processo de tratamento.

### **III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Na continuidade da metodologia adoptada pretende-se, portanto, proceder à apresentação dos dados recolhidos das entrevistas sobre as percepções dos Cuidadores Familiares de uma Unidade de Convalescença do Grande Porto. Neste capítulo será apresentada a caracterização da amostra e de seguida a apresentação dos dados qualitativos.

#### **3.1. Caracterização da Amostra**

Relativamente a caracterização da amostra, esta é constituída por sete cuidadores familiares de uma Unidade de Convalescença do Grande Porto. Foi efectuada uma caracterização quanto ao género, idade, estado civil, grau de parentesco com o doente, profissão, nível de instrução (escolaridade) e número de visitas do cuidador por semana. Para além da caracterização dos cuidadores, realizamos conjuntamente a caracterização dos familiares que estão internados, afim de contemplar a realidade com que se depara o prestador de cuidados. Deste modo, a caracterização encontra-se nos dois quadros que passamos a apresentar:

**Quadro nº 1- Caracterização dos cuidadores familiares**

	Género	Idade	Estado Civil	Grau de parentesco com o doente	Profissão	Escolaridade	Nº visitas do cuidador por semana
E1	F	57	Divorciada	Companheira	Doméstica	4º ano	7
E2	M	72	Casado	Marido	Reformado	4º ano	7
E3	F	74	Viúva	Companheira	Doméstica	3º ano	7
E4	M	87	Casado	Marido	Reformado	Bacharelato (E.V.T.)	7
E5	F	39	Casada	Filha	Auxiliar serviço administrativo	6º ano	7
E6	M	64	Casado	Filho	Reformado	1º ano bacharelato ciências sociais	7
E7	M	41	Solteiro	Filho	administrativo	12º ano	7

Através da análise do quadro, pode-se verificar que a amostra é constituída por quatro elementos masculinos e três elementos femininos, com idades compreendidas entre os 39 anos e 87 anos, sendo a média das idades 62 anos. Quanto ao grau de parentesco com o doente, quatro dos entrevistados são os cônjuges e os restantes três cuidadores são filhos. No que diz respeito à profissão verifica-se que a maioria dos cuidadores são reformados, mas trabalham em casa, e apenas dois mantêm a actividade profissional activa. Quanto ao nível de instrução apenas um cuidador tem o ensino primário incompleto, dois tem o ensino primário, um possui o segundo ciclo, um possui o ensino secundário, um possui bacharelato e outro frequentou o ensino universitário. Quanto ao

número de visitas ao seu familiar os cuidadores na sua totalidade o fazem regularmente, todos os dias.

**Quadro nº 2 – Caracterização dos familiares internados dos cuidadores familiares**

	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Situação Clínica</b>	<b>Tempo de internamento na unidade de convalescença</b>
<b>D1</b>	M	62	AVC	29 dias
<b>D2</b>	F	70	AVC/ Diabética/ amputação membro inferior	26 dias
<b>D3</b>	M	69	AVC	21 dias
<b>D4</b>	F	88	AVC	15 dias
<b>D5</b>	F	64	AVC	7 dias
<b>D6</b>	F	84	AVC	1 dia
<b>D7</b>	F	79	Prótese da anca	7 dias

### **3.2. Apresentação dos Dados Qualitativos**

No sentido de conhecermos as opiniões dos Cuidadores Familiares da referida Unidade, baseadas nas suas experiências e percepções para cuidarem do seu familiar com incapacidade no domicílio, fizemos análise de conteúdo de onde emergiram categorias, subcategorias e indicadores. A cada um dos informantes foi atribuído um código (E1,E2,etc) conforme a sequência das entrevistas e também para uma melhor orientação da proveniência das informações.

Para uma melhor compreensão do estudo e do modo a interpretar e organizar a informação passaremos a descrever as categorias, subcategorias, indicadores com as respectivas unidades de registo, através de uma reflexão aprofundada das palavras dos entrevistados. No intuito de ir ao encontro de respostas aos objectivos traçados inicialmente para este estudo emergiram cinco categorias, que de seguida apresentamos.

**Percepção do cuidador relativamente ao poder cuidar do seu familiar no domicílio**

**Opinião dos cuidadores sobre as dificuldades/ necessidades sentidas ao cuidar do doente**

**Perspectivas do cuidador face aos apoios para cuidar do doente**

**Importância atribuída pelos cuidadores aos ensinamentos para cuidar do doente de forma a garantir a continuidade dos cuidados**

**Expectativas do cuidador face às intervenções dos profissionais de saúde**

**Que passaremos a descrever cada uma delas com respectivas subcategorias.**

### 3.2.1. Percepção do cuidador relativamente ao poder cuidar do seu familiar no domicílio

De acordo com o discurso dos entrevistados, são várias as razões apontadas relativamente a sua capacidade para cuidar do seu familiar. De acordo com a análise efectuada a categoria **Percepção do cuidador relativamente ao poder cuidar do seu familiar no domicílio** e aos discursos levou-nos a definir três subcategorias, que consideramos significativas, **obrigatoriedade no cuidar**, **alteração dos padrões de vida** e a **capacidade para cuidar**. De seguida apresentamos as respectivas subcategorias, indicadores e unidades de registo.

#### Quadro nº 3 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria **obrigatoriedade no cuidar**

Indicadores	Unidades de Registo
<b>Laços Afectivos</b>	“é a minha mãe” E5 “é a minha mãe e eu respeito” E6 “é minha mãe” E7
<b>Reside Próximo</b>	“sou capaz porque estou em casa” E1 “a minha mãe tem a casa próxima da minha” E6 “permite-me nas minhas condições dormir em casa dela e estar lá e verificar tudo o que se esta a passar.” E6 “vivo com ela” E7
<b>Dever</b>	“é meu dever tomar conta dele, sinto-me na obrigação, mas por minha vontade.” E1 “tenho que cuidar dela em casa” E2 “muitas das coisas já sei que tenho de ser eu a fazer” E2 “tenho de cuidar porque não tenho outra hipótese” E5 “tem de ser mesmo” E5

Após a análise desta subcategoria e seus indicadores, identificamos que as razões dos prestadores de cuidados (cuidadores familiares) para assumirem o seu papel, se deve a factores como os laços afectivos com a pessoa doente, **“é a minha mãe” E5**, o que nos leva a reflectir sobre a importância das relações no meio familiar e aquando num momento de crise a capacidade da família, de se apoiarem e cuidarem de quem lhes é querido.

Como nos refere (Moreira, 2001), durante o processo de cuidar do familiar os cuidadores reconhecem por um lado que é difícil mas por outro lado a afectividade e o sentimento de obrigação pessoal, revela-se essencial na prestação de cuidados que se mostra numa união dos membros da família e amadurecimento das suas relações.

**“é meu dever tomar conta dele, sinto-me na obrigação, mas por minha vontade.” E1**

Para além destes factores, a situação geográfica (reside próximo) leva a que alguns cuidadores assumam a prestação de cuidados no domicílio. Como nos é referido no discurso de alguns dos entrevistados,

**“a minha mãe tem a casa próxima da minha” E6**

**“vivo com ela” E7**

De salientar a influência deste factor para que o cuidador se reconheça como tal, porque existe uma proximidade com o familiar que necessita da sua ajuda o que faz com que ao viver com o doente seja uma motivação para o assumir o seu papel.

**Quadro nº 4 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria alteração dos padrões de vida**

<b>Indicadores</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Trabalho</b>	<p>“vou ter de alterar algumas coisas na minha vida, o meu trabalho”E5</p> <p>“apesar de ter o meu trabalho, quando não posso, contratei uma pessoa para cuidar da minha mãe” E7</p>
<b>Condições Habitacionais</b>	<p>“a casa não tem condições para cuidar de uma pessoa doente” E3</p> <p>“é pequenina mas eu gosto de lá estar” E3</p> <p>“os quartos são pequeninos” E3</p> <p>“se precisar de uma cama articulada não cabe outra para eu dormir” E3</p> <p>“o quarto de banho, foi feito por ele, só que este tem um degrau”E3</p> <p>“alterar a minha casa para ficar com ela lá em casa” E5</p>
<b>Disponibilidade</b>	<p>“sou capaz porque estou em casa” E1</p> <p>“deixa-la sozinha para ir as compras ou pelo trabalho” E5</p> <p>“quando tiver que me ausentar até porque sou doente do foro oncológico, preciso de disponibilidade para mim” E6</p> <p>“porque não tinha disponibilidade” E7</p>

Na perspectiva dos cuidadores, o processo de cuidar do doente levou a existência de alterações na vida familiar. Aqui apontaram a disponibilidade, as condições da habitação e a actividade laboral como razões que afectam o poder cuidar do seu familiar no domicílio. Destaca-se do discurso dos entrevistados que as condições habitacionais são essenciais para cuidar e as que mais os preocupam, porque são inadequadas em muitas situações, as barreiras arquitectónicas existentes na casa dificultam os cuidados ao doente ou as habitações apresentam espaços reduzidos e com escadas.

**“a casa não tem condições para cuidar de uma pessoa doente” E3**

**“os quartos são pequeninos” E3**

**“o quarto de banho, foi feito por ele, só que este tem um degrau”E3**

Cuidar de um doente leva a que o cuidador esteja inteiramente presente, que revele disponibilidade para além de física mas também afectiva com o intuito de Humanizar os cuidados que presta. Neste sentido é fundamental o cuidador dispor de tempo para si para que possa estar fisicamente e psicologicamente bem, porque só deste modo os cuidados prestados serão efectuados com qualidade.

**“quando tiver que me ausentar até porque sou doente do foro oncológico, preciso de disponibilidade para mim” E6**

No seguimento, apresenta-se a actividade laboral como uma razão da alteração dos padrões de vida, em que a incompatibilidade de conciliar o trabalho com o cuidar se manifestou em dois cuidadores que mantinham actividade profissional.

**“vou ter de alterar algumas coisas na minha vida, o meu trabalho”E5**

Este factor tornou-se significativo, porque o abandono do trabalho para cuidar implica por um lado o poder cuidar do seu familiar, mas por outro lado a perda do rendimento económico que garante subsistência da família, por tudo isto alguns dos entrevistados referenciaram que na impossibilidade de cuidar contratariam uma pessoa que o faça na sua vez a troco de uma remuneração económica.

**“apesar de ter o meu trabalho, quando não posso, contratei uma pessoa para cuidar da minha mãe” E7**

**Quadro nº 5 - Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria capacidade em cuidar**

<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Existente</b>	<p>“Sim sou capaz” E1</p> <p>“Eu sinto que sou capaz, acho que sim” E5</p> <p>“nas tarefas acho que consigo fazer tudo” E5</p> <p>“Penso que sim (...) Eu acho que sou capaz” E6</p> <p>“Sinto-me capaz de fazer tudo” E7</p> <p>“também já estou familiarizado com a situação, já sei o que ela vai precisar para que eu a cuide” E7</p>
<b>Inexistente</b>	<p>“Não sou capaz de cuidar na totalidade” E2</p> <p>“não sou capaz de cuidar sozinho” E2</p> <p>“Não” E3</p> <p>“vai ser difícil lidar com ele” E3</p> <p>“é o que mais me preocupa, porque eu não posso” E4</p>

A respeito desta subcategoria, os cuidadores familiares quando questionados acerca da capacidade para cuidar do seu familiar perante a situação clínica deste, quatro dos elementos considera ter capacidade para cuidar, enquanto que três referem que não estão preparados para cuidar.

**“Sim sou capaz” E1**

**“Eu sinto que sou capaz, acho que sim” E5**

**“também já estou familiarizado com a situação, já sei o que ela vai precisar para que eu a cuide” E7**

Dos que referiram que sim, é apontado por um dos entrevistados que já não é a primeira vez que cuida do seu familiar e que por isso sabe que é capaz de cuidar deste.

Dos entrevistados que consideraram que não estão preparados, justificaram referenciando que não conseguem cuidar sozinhos e que não têm condições físicas.

**“não sou capaz de cuidar sozinho” E2**

**“é o que mais me preocupa, porque eu não posso” E4**

Após a análise desta categoria, elaboramos um diagrama para a representação dos dados anteriormente apresentados, que nos permite uma visão mais sucinta desta.



Figura nº4 – Factores apontados pelos cuidadores, que afectam a sua capacidade para cuidar assim como assumirem o seu papel de prestadores de cuidados

### 3.2.2. Opinião dos cuidadores sobre as dificuldades/ necessidades sentidas ao cuidar do doente

Face as dificuldades e necessidades dos cuidadores familiares emergiu através dos discursos proferidos uma subcategoria que se intitula **dificuldades no cuidar**. No que se refere as dificuldades observou-se que existem relativamente ao cuidador e outras na prestação de cuidados, como podemos ver no seguinte quadro.

**Quadro nº 6 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria dificuldades no cuidar**

Indicadores	Unidades de Registo
<p><b>Dificuldades do Cuidador</b></p>	<p>“Quando tenho necessidade de saber mais pergunto” E1                      “tenho problemas na coluna e não posso” E4                      “Custa-me fazer tudo, não faço nada” E4                      “ o que mais me custa não é bem o cuidar é mais deixa-la sozinha” E5                      “se vejo que não tenho mesmo capacidade para tratar dela contrato uma pessoa” E6                      “sou doente oncológico e preciso de disponibilidade para mim” E6                      “eu tinha mais forças para ajudar, mas continuo a ter”. E6                      “também vou envelhecendo e a força não é a mesma” E6                      “contratei uma pessoa para cuidar da minha mãe porque não tinha disponibilidade” E7</p>
<p><b>Dificuldades na Prestação de Cuidados</b></p>	<p>“O que mais me custa fazer é mudar a fralda, fazer os cuidados de higiene” E2                      “Vai ser difícil para mim porque ele não pode nem do braço nem da perna, não sei como vai ser eu leva-lo a casa de banho.” E3                      “Vai ser difícil lidar com ele” E3                      “Vai ser preciso fazer tudo por ele” E3                      “ o problema vai ser andar com ela em casa” E4</p>

	<p>“sinto dificuldades em dar-lhe banho” E5</p> <p>“é mexer com as fezes e fazer os cuidados de higiene” E6</p> <p>“o que mais me custará é ela não poder ajudar e participar” E6</p> <p>“nunca pensei um dia ter de vir a trocar a fralda a minha mãe é a coisa que penso que terei dificuldade em fazer se for preciso” E7</p>
--	--

Perante os resultados obtidos, verificamos que as suas dificuldades dos cuidadores passam não só pela complexidade que é o acto de cuidar e por toda a sua grandeza de intervenções, mas também por dificuldades intrínsecas ao próprio cuidador.

Deste modo, as dificuldades referidas pelos cuidadores ligadas a si, revertem para uma realidade que actualmente interfere na nossa humanidade, o envelhecimento. Verificamos que alguns cuidadores apresentam já eles uma idade avançada e com ela complicações de saúde que lhe estão inerentes, como dificuldades físicas para efectuar a prestação de cuidados.

Outro factor evidenciado num dos cuidadores é o filho já possuir uma idade avançada e problemas de saúde que vão interferir no poder cuidar.

**“também vou envelhecendo e a força não é a mesma” E6**

**“sou doente oncológico e preciso de disponibilidade para mim” E6**

**“tenho problemas na coluna e não posso” E4**

Na tentativa de alguns cuidadores ultrapassarem algumas destas dificuldades, referiram que procurariam uma terceira pessoa que pudesse efectuar o seu papel de cuidador quando este não tem condições para o fazer ou não têm disponibilidade.

**“se vejo que não tenho mesmo capacidade para tratar dela contrato uma pessoa”**

**E6**

**“contratei uma pessoa para cuidar da minha mãe porque não tinha disponibilidade” E7**

**“ o que mais me custa não é bem o cuidar é mais deixa-la sozinha” E5**

Para além destas dificuldades um dos cuidadores no seu discurso, manifesta dúvidas no cuidar e no desconhecimento sobre este, questiona os profissionais de saúde. Aqui evidencia-se a necessidade dos ensinamentos efectuados pelos enfermeiros ao cuidador familiar para que este possa cuidar do seu familiar no domicílio.

**“Quando tenho necessidade de saber mais pergunto” E1**

Relativamente as dificuldades na prestação de cuidados, os cuidadores apresentam sobretudo dificuldades ao nível de cuidados de higiene e conforto, mobilizações e eliminação.

**“O que mais me custa fazer é mudar a fralda, fazer os cuidados de higiene” E2**

**“sinto dificuldades em dar-lhe banho” E5**

**“é mexer com as fezes e fazer os cuidados de higiene” E6**

**“Vai ser difícil para mim porque ele não pode nem do braço nem da perna, não sei como vai ser eu leva-lo a casa de banho.” E3**

**“o problema vai ser andar com ela em casa” E4**

No que diz respeito a percepção que os cuidadores retêm da sua prestação de cuidados não podemos deixar de referir a preocupação destes por terem de efectuar tudo pelo outro, num fundo realizar todas as actividades que ate agora ele conseguia fazer. Mais do que satisfazer as necessidades do doente, no papel do cuidador é fundamental que este tenha presente aspectos como o holismo para cuidar.

### 3.2.3. Perspectivas do cuidador face aos apoios para cuidar do doente

Relativamente à rede de apoios, os cuidadores referiram diversos que ajudam no seu objectivo de cuidar do familiar com incapacidade funcional. No entender destes, os apoios revelam-se fundamentais para uma prestação de cuidados com qualidade. Por tudo isto elaboramos uma subcategoria intitulada **Apoios**, em que desta emergiram indicadores relativos a rede de apoios necessária para o bom funcionamento do processo de cuidar pelo prestador de cuidados.

#### Quadro nº 7 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria apoios

<b>Indicadores</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Apoio Familiar</b>	“vai a minha filha me deitar a mão” E2 “mas se vir que mesmo de noite se torne difícil entre mim e a minha mulher” E6
<b>Apoio Enfermagem</b>	“a nível de treino de técnicas precisava de mais apoio” E5 “aqui nunca me ajudaram em nada” E5
<b>Apoio Comunidade</b>	“ela não tem médico de família, é de recurso, e tudo isto me vai dificultar” E2 “tive o apoio do centro de dia que lhe levava a comida ralada a casa” E6
<b>Apoio Económico</b>	“o factor económico pesa sempre” E6 “preciso disponibilidade económica porque estes serviços são pagos” E6

No que concerne a esta categoria, o recurso aos apoios revelam-se imponentes para os cuidadores familiares, porque sem estes o processo de cuidar seria dificultado.

Pelos discursos de alguns cuidadores verificamos que o apoio familiar, constitui o primeiro apoio num momento de crise, sendo que para além de ajudar na prestação de

cuidados é também visto pelos cuidadores como uma fonte de apoio emocional ajudando a levantar e ultrapassar os momentos mais difíceis.

**“vai a minha filha me deitar a mão” E2**

A par com esta fonte de apoio, o apoio económico constituiu uma outra fonte para os cuidadores na medida em que cuidar do familiar leva a encargos financeiros e os cuidadores não têm disponibilidade económica para dar resposta a todas as necessidades do doente, porque para além dos encargos com o doente existe uma família que necessita da subsistência.

Sobretudo o recurso a uma terceira pessoa para cuidar a troco de uma remuneração económica na impossibilidade do cuidador é, referida como um factor potencial de consumo financeiro.

**“preciso disponibilidade económica porque estes serviços são pagos” E6**

Concomitantemente a esta realidade, o apoio informal, vindo do enfermeiro e dos recursos na comunidade constituem uma fonte importante de apoio o qual não se constatou pelo discurso dos entrevistados.

**“ a nível de treino de técnicas precisava de mais apoio” E5**

**“ aqui nunca me ajudaram em nada” E5**

**“ela não tem medico de família, é de recurso, e tudo isto me vai dificultar” E2**

Pensamos que o recurso dos cuidadores ao apoio dos profissionais de enfermagem e dos recursos na comunidade são fundamentais para ajudar e promover a prestação de

cuidados, neste sentido como refere Augusto *et al.* (2002), a parceria de cuidados é o fio condutor para a promoção da continuidade dos cuidados.

#### **3.2.4. Importância atribuída pelos cuidadores aos ensinamentos para cuidar do doente de forma a garantir a continuidade dos cuidados**

Através do discurso dos nossos entrevistados deparamo-nos com uma realidade representativa do que são os cuidados de saúde, que salienta a falta de informação e falta de ensinamentos transmitidos pelos enfermeiros. Neste contexto, nesta unidade definimos uma subcategoria respeitante às Necessidades de Informação dos cuidadores familiares.

**Quadro nº 8 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria necessidades de informação.**

Indicadores	Unidades de Registo
<p><b>Actividades de Vida Diária</b></p>	<p><b>Mobilização e posicionamentos</b></p> <p>“certas maneiras de posicionar, sentar, deitar essas coisas que não sabemos e depois vamos adquirindo” E5</p> <p>“mas quero saber como hei-de vira-la (...) levanta-la e tira-la da cama, como mexer com a perna e o braço do lado direito” E6</p> <p>“ate para aprendermos a como devemos ajudar para mudar de posições, como levantar” E7</p> <p><b>Higiene e conforto</b></p> <p>“sinto dificuldade em dar-lhe banho que é uma coisa que nunca fiz ainda, porque nunca me foi possível treinar” E5</p>
<p><b>Falta de conhecimentos</b></p>	<p>“todos os ensinamentos que sejam feitos para cuidar de um doente é bom, porque eu não sou enfermeiro sou um cuidador, nesse aspecto quanto mais coisas me ensinarem melhor.” E2</p> <p>“acho que sim, acho que haviam de dizer” E3</p> <p>“ate certo ponto sim, ate para uma pessoa ficar a saber. Agora eu vou fazer o que?” E4</p> <p>“precisava sempre de muito mais informação, porque tudo é novo” E5</p> <p>“acreditamos nos profissionais de saúde para nos ajudar e ensinar de como se tratam as pessoas” E6</p> <p>“há muita coisa que desconheço” E6</p> <p>“gosto muito dos porquês e de saber” E6</p> <p>“tenho a certeza que não vou sair daqui com a minha mãe sem fazer todas as perguntas que precisar” E6</p> <p>“só quero saber o essencial para cuidar da minha mãe em casa” E6</p> <p>“não estamos preparados para estas situações, não sabemos como lidar nem cuidar” E7</p>

No âmbito das necessidades de informação/ensino, observamos pelo discurso dos cuidadores que apresentam falta de conhecimentos e quando os questionamos acerca da importância dos ensinamentos efectuados, os cuidadores referiram que são importantes pelo facto de ser uma situação nova, que não têm conhecimentos, que não estão capacitados para responderem as necessidades do doente, para melhorar a sua prestação de cuidados, para adquirir informação afim de colocar na prática e que o capacite de competências para que possa efectuar o processo de cuidar.

**“precisava sempre de muito mais informação, porque tudo é novo” E5**

**“não estamos preparados para estas situações , não sabemos como lidar nem cuidar” E7**

Constatamos que os cuidadores atribuem aos ensinamentos uma utilidade essencial para desempenharem o seu papel, embora os enfermeiros não terem correspondido as expectativas e necessidades do familiar cuidador.

**“todos os ensinamentos que sejam feitos para cuidar de um doente é bom, porque eu não sou enfermeiro sou um cuidador, nesse aspecto quanto mais coisas me ensinarem melhor.” E2**

Assim o processo de cuidar pode tornar-se difícil não só pela inexperiência do cuidador, falta de transmissão de informação pelos profissionais de saúde, a falta de realização de ensinamentos, mas sobretudo pelas dificuldades inerentes as actividades de vida diárias, que se tornam árduas para quem nunca as realizou. Através dos discursos, observamos que o cuidar assume uma complexidade, que exige ao cuidador conhecimento e habilidades para a sua actividade, nomeadamente o treino de técnicas junto dos profissionais de saúde revela-se útil e minimiza o medo e receio ao cuidar do familiar.

**“sinto dificuldade em dar-lhe banho que é uma coisa que nunca fiz ainda, porque nunca me foi possível treinar” E5**

Constatamos nos cuidadores entrevistados, que as principais dificuldades e dúvidas referenciadas nas actividades de vida diária são ao nível da higiene e conforto e nas mobilizações e posicionamentos. Do ponto de vista dos cuidadores, as mobilizações e posicionamentos do doente constituem motivo de preocupação e de procura de informação sobretudo porque é das primeiras abordagens que terão de efectuar ao doente, levando a que assimilem o modo de lidar com este adequadamente, não lhe provocando complicações pelas suas intervenções.

**“mas quero saber como hei-de vira-la (...) levanta-la e tira-la da cama, como mexer com a perna e o braço do lado direito” E6**

**“ate para aprendermos a como devemos ajudar para mudar de posições, como levantar” E7**

De acordo com Moreira (2001, p.53), salienta que “(...) o apelo a necessidade de informação, sendo apontado como a estratégia a adoptar para capacitar a família para a função de cuidar, promovendo simultaneamente o ajuste a situação(...)”.

A necessidade de informação é assim um rumo a ser tomado para o modelo de cuidar em que a tríade família/doente/profissionais de saúde, descrita no modelo ecológico baseado em Góngora é a base de prestação de cuidados, da qualidade destes e da sua continuidade com garantia.

De acordo com o referido anteriormente, a transmissão de informação e realização de ensinamentos, desempenha um papel primordial na capacitação do familiar cuidador e até do próprio doente para lidar com a situação e também para a tomada de decisão do cuidador no envolvimento da prestação de cuidados. Contribui de uma forma

inigualável para a diminuição das incertezas do cuidador e conjuntamente o domínio do cuidador sobre as AVD.

Os ensinamentos por sua vez estão relacionados com o processo de aprendizagem que cada cuidador possui, sendo que os enfermeiros ao implementar o processo de enfermagem têm de adaptá-lo ao doente e familiar cuidador, acerca do assunto Bolander (1998, p.578) refere, “O processo de ensino/aprendizagem constitui parte integrante do processo de enfermagem”.

### **3.2.5. Expectativas do cuidador face às intervenções dos profissionais de saúde**

Da análise de conteúdo acerca das expectativas do cuidador face às intervenções dos profissionais de saúde, definimos uma subcategoria que diz respeito à **informação fornecida pelos profissionais de saúde**, da qual emergiram dois indicadores relativos aos profissionais de saúde que transmitiram em algumas situações informação aos cuidadores familiares e noutras se limitaram a não efectuar qualquer tipo de transmissão de conhecimentos nem realização de ensinamentos. Passamos de seguida a apresentar a subcategoria, os indicadores e unidades de registo respeitantes a categoria, expectativas do cuidador face às intervenções dos profissionais de saúde:

**Quadro nº 9 – Indicadores e unidades de registo relativamente a subcategoria informação fornecida pelos profissionais de saúde.**

Indicadores	Unidades de Registo
<b>Enfermeiro</b>	<p><b>Pouca</b></p> <p>“explicou-me as dificuldades que ele vai ter, que vai precisar de bastante tempo a ele falar, também por o braço direito estar afectado que vai levar tempo a recuperar.” E1</p> <p>“explica-me como estão a dar-lhe os medicamentos aqui” E2</p> <p>“aqui pouco mais me explicou” E2</p> <p>“conforme iam fazendo os cuidados a minha mulher, diziam como eu devia fazer” E2</p> <p>“que ela não pode estar tantas horas viradas para o mesmo sitio” E2</p> <p>“Chegar-lhe pomadas” E2</p> <p>“ensinaram-me a meter almofadas” E2</p> <p>“vira-la para um lado e para o outro” E2</p> <p>“lavar todos os dias, dar-lhe banhinho” E2</p> <p>“explicaram que ela não bebe agua e que tem de se por espessante e que a comida tem de ser ralada” E6</p> <p><b>Nula</b></p> <p>“ela não me explicou nada, só me disse que leva tempo a curar” E3</p> <p>“agora de ensinar a cuidar não ensinou nada” E3</p> <p>“ate agora ainda não falaram nada” E4</p> <p>“ainda não foram feitos” E4</p> <p>“não foram feitos ainda” E5</p> <p>“ainda não foram feitos aqui, ate porque ela só cá esta há 1 dia” E6</p> <p>“a mim não me explicou nada” E7</p> <p>“os enfermeiros deviam transferir informação entre eles, (...) informar os familiares sobre a situação clínica do doente” E7</p>
<b>Terapeuta da Fala</b>	<p>“aqui foram a terapia da fala” E1</p> <p>“só falei com a terapeuta da fala” E5</p> <p>“esteve a dizer a situação em que ela estava e que vai ser dificil, mas não me deu nenhuns ensinios, só que tinha de falar muito com ela” E5</p>

Perante os resultados obtidos, os profissionais de saúde dão mostras de não fazerem da comunicação um instrumento básico do cuidar, como nos é referenciado por um dos cuidadores,

**“até agora ainda não falaram nada” E4**

Partindo de uma reflexão em torno da comunicação, Phaneuf (2004, p.23) define-a como sendo:

“(…) um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e de modo mais global, pela forma de agir dos intervenientes.”

Com efeito verificamos que os profissionais de saúde tendem a adoptar para uma atitude de não informação, não esclarecendo a família/cuidador sobre o diagnóstico, o processo de reabilitação efectuado na unidade de convalescença, o ensinar o cuidador a lidar com doente e que cuidados este vai ter de prestar ao seu familiar.

**“os enfermeiros deviam transferir informação entre eles, (...) informar os familiares sobre a situação clínica do doente” E7**

**“agora de ensinar a cuidar não ensinou nada” E3**

**“a mim não me explicou nada” E7**

Dos discursos dos cuidadores parecemos que existe por parte enfermeiros uma carência enorme de transmissão de informação, em que a que é efectuada é pouca chegando mesmo a ser em certos casos nula. Estes dados vão de encontro ao estudo efectuado por Moreira (2001, p.122), em que “os profissionais não reconhecem o binómio

família/doente como sujeito dos cuidados, revelando uma atitude de “desinteresse” e rotineira na relação que estabelecem com estes”.

Como vimos, nos casos em que a informação fornecida pelos enfermeiros foi pouca, o que foi abordado é referente a alguns cuidados nas AVD e terapêutica, e um cuidador referiu ter sido informado das consequências que o familiar irá ter assim como as dificuldades.

**“explicou-me as dificuldades que ele vai ter, que vai precisar de bastante tempo a ele falar, também por o braço direito estar afectado que vai levar tempo a recuperar.” E1**

Ainda neste contexto, os cuidadores familiares referiram que obtiveram por parte do terapeuta da fala, na unidade de convalescença informação referente a situação clínica do doente e da intervenção deste terapeuta na melhoria da capacidade de comunicar.

**“aqui foram a terapia da fala” E1**

Tendo por base os aspectos indicados pelos cuidadores, parece poder afirmar-se que há um longo caminho a percorrer no sentido de o enfermeiro perceber que o cuidador necessita da sua ajuda, sendo que esta está centrada fundamentalmente na transmissão de informação e realização de ensinamentos, para que o cuidador possa cuidar do seu familiar e garantir a continuidade dos cuidados com qualidade no domicílio.

Por forma, a ter uma abordagem sucinta desta análise relativamente as entrevistas efectuadas, realizamos um quadro que apresenta as respostas dos cuidadores nas respectivas subcategorias e indicadores, que passamos de seguida a apresentar:

**Quadro nº10 - Respostas dos cuidadores nas respectivas subcategorias e indicadores**

Perspectivas dos cuidadores familiares numa unidade de convalescença face as necessidades de ensino para cuidar do familiar em contexto domiciliário		Alteração dos padrões de vida		Obrigatoriedade no cuidar		Capacidade em cuidar		Dificuldades no cuidar		Informação fornecida pelos profissionais de saúde			Necessidades de informação		Apoios			
		Disponibilidade	Condições habitacionais	Trabalho	Dever	Reside próximo	Laços afectivos	Existente	Inexistente	Do cuidador	Na prestação de cuidados	Enfermeiros	Nula	Falta de conhecimentos	Familiar	Enfermagem	Económico	Comunidade
E1		x			x													
E2						x												
E3				x														
E4																		
E5	x																	
E6	x																	
E7	x																	
	Subcategorias																	
	Indicadores																	

#### **IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Feita a apresentação e leitura dos dados torna-se fundamental proceder à discussão dos resultados obtidos no estudo. É este o objectivo a que nos propomos neste capítulo, tendo em conta os aspectos da investigação. Para Fortin (2003), a discussão dos resultados é uma etapa difícil que exige um pensamento crítico por parte do investigador.

A elaboração deste trabalho permitiu mos conhecer a dimensão das necessidades de ensino assim como o papel do enfermeiro face ao cuidador familiar e a sua preparação para a prestação de cuidados no domicílio, numa perspectiva de continuidade dos cuidados. Face ao exposto, tentar-se-á realçar os aspectos mais significativos da análise dos resultados obtidos.

Relativamente a percepção que o cuidador tem sobre o poder cuidar do seu familiar no domicílio, podemos constatar que os cuidadores consideram importante o cuidar e que este é visto por eles como um dever e uma obrigação moral. Para além deste aspecto esta obrigatoriedade no cuidar é detentora de factores como os laços afectivos com o doente e o residirem próximo deste, factores estes que impulsionam e levam a que o cuidador assuma o seu papel na prestação de cuidados.

Neste sentido, o cuidador ao assumir o seu papel levou a alterações dos padrões de vida que se manifestaram na sua actividade laboral, nas condições habitacionais e na disponibilidade, porque tiveram de reorganizar a sua vida dependendo das necessidades do seu familiar com incapacidade funcional. Para Moreira (2001), para cuidar é necessário e fundamental estar com a pessoa, presente, disponível, compreende-lo e partilhando sentimentos. Todavia, verificamos que os cuidadores privar-se-iam da sua disponibilidade para cuidar do seu familiar, mas também teriam de a ter para si para que não sejam sobrecarregados e deste modo afectar a qualidade da prestação de cuidados.

Perante a capacidade do cuidador para cuidar constatamos no discurso referido por alguns cuidadores que se sentem capazes e outros que afirmaram que não, pelo facto de terem de cuidar sozinhos o que demonstra a necessidade de apoio na prestação de cuidados. Para além de necessitarem de apoio, referem dificuldades ao nível das suas capacidades físicas que não permitem a prestação de cuidados como desejavam prestar.

Os apoios que os cuidadores reconheceram como necessários e que servirão de amparo e estimuladores para a prestação de cuidados, passam sobretudo pelo apoio familiar, dos profissionais de enfermagem, na comunidade e económico.

Numa perspectiva de continuidade dos cuidados, a relação entre enfermeiro/cuidador e doente é essencial para captar as necessidades/dificuldades do cuidador e doente. No âmbito das dificuldades no cuidar, os cuidadores referenciaram dificuldades na prestação de cuidados e inerentes a si próprios, que evidenciam a complexidade do processo de cuidar. As dificuldades sentidas pelos cuidadores na prestação de cuidados, prendeu-se sobretudo ao nível dos cuidados para a satisfação das necessidades fisiológicas do doente. No que diz respeito a dificuldades inerentes ao cuidador, evidenciou-se o facto de alguns cuidadores possuírem já eles uma idade avançada e com ela problemas de saúde que lhe estão intrínsecas, assim como o desconhecimento de informação relativa ao cuidar de um doente dependente. Face ao exposto e pela análise efectuada, reconhecemos que existem necessidades de ensino nos cuidadores familiares, o que nos levou a reflectir acerca da prática dos profissionais de enfermagem na transmissão de informação.

Neste sentido, de acordo com Hesbeen (2002, p.67):

“Os cuidados de enfermagem não serão mais do que uma atenção particular prestada pelo Enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares, com o objectivo de os ajudar numa situação específica, utilizando as suas competências e qualidades enquanto profissional de Enfermagem para concretizar essa ajuda”

É reconhecido que o enfermeiro é detentor de inúmeras competências não só técnicas e científicas mas também afectivas, por este facto o relacionamento entre enfermeiro/doente/cuidador é essencial no desenvolvimento de uma afinidade e de uma relação de ajuda, que levem a que o enfermeiro consiga avaliar as necessidades de ensino do doente/cuidador expressas assim como as não expressas.

Ao longo do estudo constatamos que a transmissão de informação pelos profissionais de saúde na Unidade de Convalescença aos cuidadores familiares foi muito pouca e em alguns casos nula, o que nos incute uma preocupação na preparação do cuidador de modo a que a garantia da continuidade dos cuidados não seja condicionada.

No que concerne ao processo de preparação do cuidador por parte dos enfermeiros, até este momento o seu desempenho não tem sido o mais correcto, pelo facto de a planificação e implementação de programas de ensino aos cuidadores sobre os cuidados a terem no domicílio não ter sido efectuados. Por outro lado, visto que o trabalho efectuado nas Unidades de Convalescença da RNCC é de uma equipa multidisciplinar que assegura a continuidade dos cuidados, verificamos que o terapeuta da fala transmitiu informação referente a situação clínica do doente e do que pode o cuidador fazer para ajudar o doente na sua dificuldade em comunicar.

Salientamos ainda a importância da comunicação, sendo que esta é um pilar base do processo de cuidar.

Constatamos que a maioria dos entrevistados referiu não lhe terem sido efectuados ensinamentos por parte dos enfermeiros e que estes os consideram importantes para a sua aquisição de competências para cuidar e para prestarem cuidados com qualidade, sem provocarem complicações ao seu familiar dependente. A inclusão dos ensinamentos e transmissão de informação ao cuidador revela-se fundamental para das respostas as necessidades destes e deste modo facilitar a adaptação do cuidador ao processo de cuidar e diminuir as suas carências e receios que estão inerentes a uma situação de crise

(Martins, 2002). Pelo que foi referenciado vemos que alguns cuidadores, ainda tem um papel secundário no envolvimento dos cuidados e sobretudo que não são vistos pelos enfermeiros na parceria que abrange os cuidados continuados. Com base nos relatos dos cuidadores, estes querem que lhes dêem informação sobre algumas actividades que terão de realizar, fundamentalmente AVD, como cuidados de higiene, mobilizações e posicionamentos.

Todo o processo de preparação do cuidador pressupõe que exista uma aprendizagem ao longo do tempo, sendo que esta envolve critérios que Corney (*cit. in Augusto et al, 2002, p.53*) refere:

“Há que considerar que para haver aprendizagem não basta fazer ensino, sendo necessário o interesse e envolvimento de ambas as partes no consecução dos objectivos delineados, o que impõe uma avaliação inicial da disponibilidade para o efeito, dos conhecimentos anteriores e das experiencias de doença na família.”

Ao reflectirmos sobre esta realidade transmitida pelo discurso dos cuidadores familiares, destacamos que as intervenções de enfermagem se devem dar no sentido da informação e da continuidade dos cuidados no domicílio.

Reconhecemos que a maior parte dos cuidadores não se sente preparado e que os enfermeiros não abordaram, nem transmitiram informação suficiente para dar continuidade aos cuidados. Os nossos dados vão ao encontro de outros estudos realizados neste âmbito. Ressalta neste estudo que as necessidades de informação/formação são pilares fundamentais para a continuidade dos cuidados.

Em suma, consideramos que o objectivo a atingir no âmbito de uma adequada continuidade de cuidados ainda esta longe de ser inteiramente satisfatória, visto termos deparado com algumas lacunas, já citadas anteriormente. Todavia, devem ser incutidos apoios que dêem resposta as necessidades dos doentes e seus cuidadores

porque estes são uma ajuda valiosa para a prestação de cuidados continuados com qualidade.

## V- CONCLUSÃO

Chegado o termo deste trabalho, seguem-se algumas considerações finais sobre o mesmo, no que se refere aos objectivos propostos, às dificuldades na sua realização, aos resultados obtidos e ao que eles representam e que poderão vir a representar para os futuros estudos.

Consideramos que a investigação realizada, no âmbito desta temática, permitiu-nos contactar com a realidade dos cuidados continuados e chegar a conclusões que apresentamos de seguida com limitações inerentes a própria investigação.

Perante o aumento considerável de pessoas idosas, com idades avançadas, doenças crónicas, ao aumento de pessoas que vivem sozinhas e ao aumento constante por parte da sociedade da procura de novas respostas aos problemas do envelhecimento e dependência surgiu a formação da RNCC, que vem facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas afim de dar resposta as pessoas que se encontrem em situações de dependência temporária ou prolongada.

A prestação de cuidados na RNCC tem como finalidade uma prestação de cuidados orientados para a promoção da qualidade de vida através do processo de reabilitação, promoção da autonomia e envolvimentos dos utentes e familiares no processo terapêutico.

Face a inclusão do cuidador familiar no processo terapêutico, instruindo-o e habilitando-o para cuidar do seu familiar no domicilio, revelou-se ao longo do estudo uma lacuna ao nível dos cuidados prestados pelos enfermeiros, porque estes devem ter em conta que os cuidados devem ser centrados não só no doente mas também na sua família, por forma, a que consigam dar respostas satisfatórias as necessidades do doente/cuidador familiar.

As necessidades do cuidador, em ensino, são imensas, salientando as necessidades de saber como realizar as AVD com o doente no sentido de dar resposta às suas próprias necessidades enquanto doente. Para além destes ensinamentos necessitam de respostas honestas às suas dúvidas, durante a permanência do doente na Unidade de Convalescença, principalmente ter conhecimentos sobre a situação clínica do seu familiar

Da análise, também, salientamos os factores que interferem no cuidar, como a capacidade para cuidar do cuidador familiar, a obrigatoriedade no cuidar e as alterações dos padrões de vida. O reconhecimento destes factores tornam-se importantes na medida em que o enfermeiro pode ensinar ao cuidador algumas estratégias para minorar a sobrecarga dos cuidados informando-o dos recursos da própria comunidade.

De forma a assegurar a continuidade dos cuidados, o papel do enfermeiro é preponderante pois este é responsável da transmissão de informação e de realizar ensinamentos para o cuidador aprenda e adquira competências para assumir o seu papel. Não podemos deixar de referir a importância que a comunicação assume no processo de cuidar e que os profissionais de saúde não dão mostras de o fazerem.

A este respeito, importa clarificar que cada cuidador familiar é único e que cada um tem necessidades diferentes, aqui o enfermeiro através das suas competências e experiência profissional deve dar resposta não só as necessidades que o cuidador expressa mas as que não expressa e que em algumas situações faz a diferença na prestação de cuidados.

Da análise global deste estudo, realçamos que existe um longo caminho a percorrer no sentido de mudança. Apesar de o ideal ser difícil de atingir pensamos que o empenho e dedicação dos profissionais de saúde e sobretudo o trabalho em parcerias levará a bom porto os cuidados continuados.

Relativamente às sugestões, são necessários mais estudos nesta área, envolvendo um maior número de indivíduos, o que permitira obtenção de resultados mais fidedignos no sentido de identificar as necessidades de ensino do cuidador para garantir a continuidade dos cuidados. Não podemos deixar de referir que a vivência dos cuidadores por nós encontrada no contexto do nosso trabalho poderá ser a de tantos outros em contextos diferentes. No entanto os resultados deste trabalho só tem significado para o local onde foi efectuado não podendo, nem devendo, extrapolar-se os resultados a outras realidades

Assentes numa análise crítico-reflexiva, consideramos que os objectivos a que nos propusemos no início do estudo foram concretizados. Finalizando, salientamos que o rumo que levará a dignificação da profissão de Enfermagem deverá passar pelos ensinamentos e que estes contribuam para o desenvolvimento de bases científicas.

## VI – FONTES E BIBLIOGRAFIA

### 6.1. Fontes

Constituição da República Portuguesa (2005), VII Revisão Constitucional

Decreto-Lei 101/2006 – Diário da República, 6 de Junho de 2006.

### 6.2. Bibliografia

Araújo, I *et al.* (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital a comunidade – Um desafio, *Referência*, nº7, pp. 43-53.

Augusto, B *et al.* (2002). *Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital Como Parceiros no Cuidar*. Coimbra, Formasau.

Bogdan, Robert & Biklen, Sari. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria do método*. Porto: Porto Editora.

Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica*. 3ª Edição, Lisboa, Lusodidacta.

Bradin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. 3ª Edição, Lisboa: Edições 70.

Cabete, D. (1999). Cuidados continuados e continuidade dos cuidados. *In*: Cordeiro, M. *Manual sinais vitais: O idoso - problemas e realidades*. Coimbra, Formasau, pp. 93-113.

Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra, Formasau.

Collière, M. (1999). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Lidel.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação*. 3ª Edição. Loures, Lusociência

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, Teoria, Prática, e Investigação*. 2ª edição. Loures, Lusociência.

Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures, Lusociência.

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. *In: Fonseca A. e Paul C. Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi, pp. 202-229.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda – Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência do Enfermeiro*. Lisboa, Lusodidacta.

Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. Coimbra, quarteto.

Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. *In: Fonseca A. e Paul C. Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi, pp. 180-202.

Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC*. Coimbra, Formasau.

Martins, M. (2003). A família um suporte ao cuidar. *Sinais vitais*, nº 50, pp.52-56.

Mendes, A *et al.* (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa, Climepsi Editores.

Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra, Formasau.

Phaneuf, Margot. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência.

Phipps, W. (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures, Lusociência.

Redman, B. K. (2003). *A Prática da educação para a saúde*. 9ª Edição. Camarate: Lusociência.

Squire, A. (2002). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas*. Loures, Lusociência.

Trincadeiro, M. et al. (2009). Evoluir no cuidar, *Hospitalidade: Cuidados continuados Complementaridades e Intercepções*. Publicação trimestral/Junho, pp. 12-17.

Varela, A. (1993). *Direito da Família*. 3ª Edição, Lisboa, Petrony.

Waldow, V. (2004). *O cuidado na saúde*. Petrópolis Brasil, Editora Vozes Lda.

## **VII - ANEXOS**

# **ANEXOS**

**Anexo I – Guião da Entrevista**

**Karine Janicas de Oliveira**

## **Guião da Entrevista**

**Continuidade de Cuidados: Necessidades de Ensino dos Cuidadores Familiares Numa  
Unidade de Convalescença do Grande Porto**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto, 2009**

---

Karine Janicas de Oliveira, aluna do 4º ano do Curso Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa no Porto, encontra-se a desenvolver no âmbito deste curso, uma investigação intitulada “**Continuidade de Cuidados: Necessidades de Ensino dos Cuidadores Familiares**”.

A investigação tem por objectivos: **identificar necessidades de ensino dos familiares cuidadores; identificar ensinamentos efectuados pelos enfermeiros na perspectiva dos familiares cuidadores**, para garantir a continuidade dos cuidados de saúde ao doente dependente.

Dessa forma e na perspectiva de dar resposta a esses objectivos, venho solicitar a Vossa Exa. a sua colaboração, respondendo às questões que lhe vão ser colocadas na colheita de dados que se segue. Peço juntamente autorização para a utilização de gravação sonora.

Os dados serão anónimos e confidenciais.

A demora desta entrevista é em média 15 minutos.

Antecipadamente grata pela colaboração prestada.

A aluna

---

Karine Janicas de Oliveira

---

## **Entrevista (Guião)**

### **I – Caracterização da Amostra**

#### **Do Cuidador:**

Género:

Idade:

Estado Civil:

Grau de parentesco como doente:

Profissão:

Nível de instrução (escolaridade):

Nº de visitas, do cuidador, por semana

#### **Do familiar internado:**

Género

Idade

Situação clínica

Tempo de internamento na unidade

---

## **II – Questões relativas há investigação em questão**

De acordo com a situação clínica do seu familiar, sente-se capaz de cuidar deste?  
Porque?

O que lhe custa mais fazer quando cuida do seu familiar?

O enfermeiro ajuda-a a prestar esses cuidados? De que forma?

O que lhe explica ou explicou o enfermeiro?

Considera importantes os ensinamentos efectuados pelos enfermeiros para cuidar do seu familiar em contexto domiciliário? Porquê?

De que forma, foram efectuados os ensinamentos? (Ou seja, se foram pertinentes, adequados ao momento, explícitos, ...) onde foram feitos os ensinamentos?

Para além do que o enfermeiro lhe ensinou o que pensa que lhe poderia ter ensinado e não o fez?

---

**Anexo II – Entrevistas Transcritas**

**E1**

**De acordo com a situação clínica do seu familiar, sente-se capaz de cuidar deste? Porque?**

Sim. Sou capaz porque estou em casa e é meu dever tomar conta dele, sinto-me na obrigação, mas por minha vontade.

**O que lhe custa mais fazer quando cuida do seu familiar?**

Nada. Não me custa fazer nada.

**O enfermeiro ajuda-a a prestar esses cuidados? De que forma?**

Sim. Quando tenho necessidades de saber mais pergunto, sobre o estado dele de como esta a desenvolver a fala.

**O que lhe explica ou explicou o enfermeiro?**

Explicou-me as dificuldades que ele vai ter, que vai precisar de bastante tempo a ele falar, também por o braço direito estar afectado que vai levar tempo a recuperar. Nos cuidados, praticamente não é preciso porque ele foi dois fins-de-semana a casa e eu levei a medicação nos envelopes e fiz o que me disseram e não tive dificuldades nenhuma. Se ele estivesse acamado como no início, isso eu precisava, agora não preciso.

**Considera importantes os ensinamentos efectuados pelos enfermeiros para cuidar do seu familiar em contexto domiciliário? Porquê?**

---

Sim. Foram importantes porque assim já sei como lidar com ele, certas situações. Quando ele tem dificuldade em falar e explicar aquilo que quer eu já consigo entender e procuro fazer mais que uma vez a pergunta e com calma e devagarinho para ele perceber aquilo que lhe estou a perguntar.

**De que forma, foram efectuados os ensinios? (Ou seja, se foram pertinentes, adequados ao momento, explícitos, ...) onde foram feitos os ensinios?**

Aqui foram a terapia da fala. E quando tenho alguma duvida falo com o enfermeiro e pergunto.

**Para além do que o enfermeiro lhe ensinou o que pensa que lhe poderia ter ensinado e não o fez?**

Nada. Ele ensinou-me tudo o que precisava, mas também não tenho muitas dificuldades porque eu cuido de pessoas com Alzheimer.

---

## **E2**

**De acordo com a situação clínica do seu familiar, sente-se capaz de cuidar deste? Porque?**

Não sou capaz de cuidar na totalidade, tenho de ter ajuda porque ela foi amputada numa perna e não tenho condições nenhuma, teve um AVC e ficou com os braços e as pernas sem se mexer, a língua também bastante debilitada, ficou atravessada na boca que nem conseguia comer agora já engole e come alguma coisa. Contudo não sou capaz de cuidar sozinho.

**O que lhe custa mais fazer quando cuida do seu familiar?**

O que mais me custa fazer é mudar a fralda, fazer os cuidados de higiene, mas vai a minha filha me deitar a mão.

**O enfermeiro ajuda-a a prestar esses cuidados? De que forma?**

Ajudou. Ele agora explica-me como estão a dar os medicamentos aqui, a dar de manhã ao pequeno-almoço, ao meio dia, a noite, como dar a insulina de manhã e a noite.

**O que lhe explica ou explicou o enfermeiro?**

Aqui pouco mais me explicou, que tenho que cuidar dela em casa que tenho de arranjar quem me ajude. Ela não tem médico de família é de recurso, e tudo isto me vai dificultar. Isto porque a minha mulher é diabética.

**Considera importantes os ensinamentos efectuados pelos enfermeiros para cuidar do seu familiar em contexto domiciliário? Porquê?**

---

Considero importante. E é aqui onde melhor cuidam da minha mulher.

**De que forma, foram efectuados os ensinios? (Ou seja, se foram pertinentes, adequados ao momento, explícitos, ...) onde foram feitos os ensinios?**

Conforme iam fazendo os cuidados à minha mulher, diziam como eu devia fazer, que ela não pode estar tantas horas virada para o mesmo sítio, vira-la e chegar-lhe pomadas, ensinaram-me a meter almofadas e vira-la por um lado e para o outro. Na questão da limpeza, lavar todos os dias, dar-lhe banhinho.

**Para além do que o enfermeiro lhe ensinou o que pensa que lhe poderia ter ensinado e não o fez?**

Não sei dizer, não posso calcular porque muitas das coisas já sei que tenho de ser eu a fazer, se ela precisar de ir para o hospital sou eu que a tenho de a levar, avaliar a tensão, os diabetes enfim todas essas coisas para poder ir orientando na saúde dela. Todos os ensinios que sejam feitos para cuidar de um doente é bom, porque eu não sou enfermeiro sou um cuidador, nesse aspecto quanto mais coisas me ensinarem melhor.

---

### **E3**

**De acordo com a situação clínica do seu familiar, sente-se capaz de cuidar deste? Porque?**

Não, porque a casa não tem condições para cuidar é pequenina mas eu gosto de lá estar, só que não tem condições para cuidar de uma pessoa doente. Os quartos são pequeninos e se precisar de uma cama articulada não cabe outra para eu dormir, o quarto de banho foi feito por ele, só que este tem um degrau e para ele ir nas condições como vai, vai ser difícil para mim porque ele não pode nem do braço nem da perna, não sei como vai ser eu leva-lo a casa de banho. Vou precisar de ajuda, vai ser difícil lidar com ele, por isso já pedi ajuda a assistente social porque vai ser preciso fazer tudo por ele.

**O que lhe custa mais fazer quando cuida do seu familiar?**

É leva-lo a casa de banho, porque pego nele do lado direito e ele cai-me do lado esquerdo e aí não sei como me vou arranjar.

**O enfermeiro ajuda-a a prestar esses cuidados? De que forma?**

Não lhe sei dizer, porque eu não estou aqui. Só sei que ele precisa de andar e ainda não o vi andar aqui. De tarde quando venho só o vejo na cama.

**O que lhe explica ou explicou o enfermeiro?**

Ele não me explicou nada, só me disse que leva tempo a curar que tanto pode ser oito meses, como mais tempo, como nunca mais curar, porque ele diz que é o cérebro que afectou e a parte de andar vem do cérebro. Agora de ensinar a cuidar não ensinou nada.

---

**Considera importantes os ensinamentos efectuados pelos enfermeiros para cuidar do seu familiar em contexto domiciliário? Porquê?**

Acho que sim, acho que haviam de dizer. Num destes dias vi-o em cima da cama assim para lá como calhava e eu tive o cuidado de o arranjar porque não sou nenhuma desmazelada, mas o enfermeiro ainda não me explicou nada. Acho que também não devo precisar porque já criei dois filhos e estão os dois bem, agora um doente assim deve ser diferente do que uma criança

**De que forma, foram efectuados os ensinamentos? (Ou seja, se foram pertinentes, adequados ao momento, explícitos, ...) onde foram feitos os ensinamentos?**

Como lhe tinha dito o enfermeiro não me explicou nada.

**Para além do que o enfermeiro lhe ensinou o que pensa que lhe poderia ter ensinado e não o fez?**

Não lhe sei dizer. Porque nem sei como é que ele vai nem o que vou fazer.

---

**E4**

**De acordo com a situação clínica do seu familiar, sente-se capaz de cuidar deste? Porque?**

É o que mais me preocupa, porque eu não posso até porque tenho problemas na coluna e não posso. Depois tenho dificuldades de arranjar gente para lá e estar sozinho.

**O que lhe custa mais fazer quando cuida do seu familiar?**

Custa-me fazer tudo, não faço nada. Eu nunca fiz nada, tinha a minha vida e era ela que tratava da casa, era o emprego dela. Eu não fazia nada em casa.

**O enfermeiro ajuda-a a prestar esses cuidados? De que forma?**

Aqui não.

**O que lhe explica ou explicou o enfermeiro?**

Aqui com os enfermeiros pouco falo, nem tenho confiança com eles, eles fazem o trabalho deles e eu sou uma visita e até agora ainda não falaram nada.

**Considera importantes os ensinamentos efectuados pelos enfermeiros para cuidar do seu familiar em contexto domiciliário? Porquê?**

Até certo ponto sim, até para uma pessoa ficar a saber. Agora eu vou fazer o que? O que é que eles me vão ensinar? O que é que eles vão dizer? Não sei.

---

**De que forma, foram efectuados os ensinios? (Ou seja, se foram pertinentes, adequados ao momento, explícitos, ...) onde foram feitos os ensinios?**

Ainda não foram feitos.

**Para além do que o enfermeiro lhe ensinou o que pensa que lhe poderia ter ensinado e não o fez?**

Alguns cuidados, os cuidados de higiene esses basicamente toda a gente sabe como é, os outros não sei não estou dentro do assunto. Não sei que lhe vou fazer, porque o problema vai ser andar com ela em casa.

---

**E5**

**De acordo com a situação clínica do seu familiar, sente-se capaz de cuidar deste? Porque?**

Tenho de cuidar porque não tenho outra hipótese, tem de ser mesmo, vou ter de alterar algumas coisas na minha vida, o meu trabalho e alterar a minha casa para ficar com ela lá em casa. Eu sinto que sou capaz, acho que sim, é a minha mãe.

**O que lhe custa mais fazer quando cuida do seu familiar?**

O que mais me custa não é bem o cuidar é mais o deixa-la sozinha para ir as compras ou pelo trabalho, não sei que vou fazer porque nesta altura ela não pode estar sozinha, tem de estar sempre acompanhada. Nas tarefas acho que consigo fazer tudo, alias eu ajudo aqui no hospital ajudava a leva-la a casa de banho, dava as refeições, fazia isso tudo.

**O enfermeiro ajuda-a a prestar esses cuidados? De que forma?**

Aqui nunca me ajudaram em nada, ajudaram-me foi no hospital. Nem vi muitos enfermeiros de volta dela, a minha experiencia foi no hospital, mas também estava mais tempo no hospital que aqui.

**O que lhe explica ou explicou o enfermeiro?**

Nada. Só falei com a terapeuta da fala que esteve a dizer a situação em que ela estava e que vai ser difícil mas não me deu nenhuns ensinios, so que tinha de falar muito com ela.

**Considera importantes os ensinios efectuados pelos enfermeiros para cuidar do seu familiar em contexto domiciliário? Porquê?**

---

Considero, acho que sim. Porque dão experiência em cuidar, certas maneiras de posicionar, sentar, deitar essas coisas que não sabemos e depois vamos adquirindo.

**De que forma, foram efectuados os ensinios? (Ou seja, se foram pertinentes, adequados ao momento, explícitos, ...) onde foram feitos os ensinios?**

Não foram feitos ainda mas o tempo de internamento também é curto.

**Para além do que o enfermeiro lhe ensinou o que pensa que lhe poderia ter ensinado e não o fez?**

Precisar, precisava sempre de muito mais informação porque é tudo novo. A nível de treino de técnicas precisava de mais apoio. Sinto dificuldades em dar-lhe banho que é uma coisa que não fiz ainda porque nunca me foi possível treinar, porque quem lhe dão são os enfermeiros e acho que aí vai ser um pouco complicado.

## **E6**

### **De acordo com a situação clínica do seu familiar, sente-se capaz de cuidar deste? Porque?**

Se ela não piorar e se a voz dela melhorar para eu perceber o que ela precisa, penso que sim e depois em princípio juntamente com outra pessoa vou ter de cuidar dela. Eu acho que sou capaz, mesmo não sendo todo o dia e tendo o factor económico que pesa sempre, mas se vejo que não tenho mesmo capacidade para tratar dela contracto uma pessoa que é o que vou fazer para durante o dia mas se vir que mesmo de noite se torne difícil, ate entre mim e a minha mulher, em principio contracto outra pessoa para ficar também de noite. Em ultimo caso, nunca a queria internar no lar, porque nunca foi vontade dela e é minha mãe e eu respeito isso, mesmo ela agora esta aqui mas não estou de bom grado embora eu saiba que é melhor para ela estar aqui em recuperação. Até pedi para accionar as unidades de três meses/media duração para ela recuperar mesmo. Mas se vejo que ela não tem recuperação ela não esta aqui a fazer nada e levo-o para casa, mas como disse o médico existe sempre hipótese de melhorar a dicção e ajudar a fortalecer o braço e a perna com a fisioterapia e isso já é uma grande ajuda. Eu até já tenho tudo preparado em casa, a cama articulada a cadeira de rodas e isso tudo. Bem a minha mãe tem a casa próxima da minha, que permite-me nas minha condições dormir em casa dela e estar lá e verificar tudo o que se esta a passar. Claro que na minha ausência, quando tiver que me ausentar até porque sou doente oncológico e preciso de disponibilidade para mim vou mesmo de ter de contratar uma pessoa para estar com ela. Bem mas para isso e preciso disponibilidade económica porque estes serviços são pagos.

### **O que lhe custa mais fazer quando cuida do seu familiar?**

Já cuidei da minha mãe anteriormente quando ela teve uma pneumonia e aí eu tive de a recuperar sozinho até porque ela ficou acamada. Claro que a parte desagradável das

---

peessoas não vamos esconder, é mexer com as fezes e fazer os cuidados de higiene. Mas mais ao nível fecal porque de resto tenho à vontade e faço. Embora o que mais me preocupe é a minha mãe não me poder ajudar, porque quando ela teve a pneumonia ela ajudava no que podia e quando começou a ter forças e a caminhar eu agarrava-a, mas também na altura eu tinha mais forças para a ajudar mas continuo a ter. o que mais me custara é ela não poder ajudar e participar.

**O enfermeiro ajuda-a (o) a prestar esses cuidados? De que forma?**

Sim, mesmo hoje já começaram a explicar, mas também só cá esta há um dia.

**O que lhe explica ou explicou o enfermeiro?**

Explicaram que ela não bebe agua e que tem de se por espessante e que a comida tem de ser ralada. Mas já antes de ela ter o AVC tive o apoio do centro de dia que lhe levava a comida ralada a casa. Apesar da minha mãe ser autónoma, eu obriguei-a comer a comida do centro de dia porque ela era desleixada, não cozinhava e assim comia sempre a tempo e horas. Como a minha mãe também tem um divertículo, ela sempre teve problemas a alimentação e como AVC piorou.

**Considera importantes os ensinios efectuados pelos enfermeiros para cuidar do seu familiar em contexto domiciliário? Porquê?**

Sim, claro. Acho que são importantes porque primeiro acreditamos nos profissionais de saúde para nos ajudar e ensinar de como se tratam as pessoas, e até porque há muita coisa que desconheço. Qualquer coisa o enfermeiro é que sabe, é o que temos do antigamente, e o que for preciso pergunta-se ao enfermeiro porque é ele que lida com o doente as 24 horas.

---

**De que forma, foram efectuados os ensinios? (Ou seja, se foram pertinentes, adequados ao momento, explícitos, ...) onde foram feitos os ensinios?**

Ainda não foram feitos aqui, ate porque ela só cá esta há 1 dia, mas quero saber como hei-de vira-la, mudar a fralda, levanta-la e tira-la da cama, como mexer com a perna e o braço da lado direito.

**Para além do que o enfermeiro lhe ensinou o que pensa que lhe poderia ter ensinado e não o fez?**

Sou uma pessoa que gosta muito dos porquês e de saber, e tenho a certeza que não vou sair daqui com a minha mãe sem fazer todas as perguntas que precisar e se me esquecer de alguma coisa volto cá para perguntar. Também só quero saber o essencial para cuidar da minha mãe em casa, não vou tirar o curso de enfermeiro. Eu também vou envelhecendo e as força não é a mesma.

---

**E7**

**De acordo com a situação clínica do seu familiar, sente-se capaz de cuidar deste? Porque?**

Sim, já cuidei da minha mãe outras vezes. Também vivo com ela e é minha mãe. Apesar de ter o meu trabalho, quando não posso, contratei uma pessoa para cuidar da minha mãe porque não tinha disponibilidade. Sinto-me capaz de fazer tudo, mas nunca pensei um dia ter de vir a trocar a fralda a minha mãe é a coisa que penso que terei dificuldade em fazer se for preciso.

**O que lhe custa mais fazer quando cuida do seu familiar?**

Nada, porque sei que tenho de fazer.

**O enfermeiro ajuda-a (o) a prestar esses cuidados? De que forma?**

Ainda não, porque também não senti necessidade que me ajudasse.

**O que lhe explica ou explicou o enfermeiro?**

A mim não me explicou nada.

**Considera importantes os ensinamentos efectuados pelos enfermeiros para cuidar do seu familiar em contexto domiciliário? Porquê?**

Sim. Porque muitas das vezes não estamos preparados para estas situações, não sabemos como lidar nem cuidar, acho importante até para aprendermos a como devemos ajudar para mudar de posições, como levantar.

---

**De que forma, foram efectuados os ensinios? (Ou seja, se foram pertinentes, adequados ao momento, explícitos, ...) onde foram feitos os ensinios?**

Ainda não foram prestados.

**Para além do que o enfermeiro lhe ensinou o que pensa que lhe poderia ter ensinado e não o fez?**

Penso que nada. Eu também já estou familiarizado com a situação e já sei o que ela vai precisar, para que eu a cuide. Na minha opinião os enfermeiros deviam transferir informação entre eles, entre os turnos, e informar os familiares sobre a situação do doente quando estes perguntam em vez de dizer que tenho que ir falar com o médico.