



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Capacitar para o cuidado: perceção do cuidador informal
da pessoa com Acidente Vascular Cerebral**

Célia Deolinda da Luz Marques

Coimbra, maio de 2015



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Capacitar para o cuidado: perceção do cuidador informal da pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Célia Deolinda da Luz Marques

Orientadora: Mestre Isabel Maria Henriques Simões, Professora Adjunta da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, maio de 2015

*"Diz-me e eu esquecerei,
mostra-me e eu lembrar-me-ei,
deixa-me fazer e eu aprenderei".*

Confúcio

Para o João por todos os momentos que te roubei na certeza que agora sou mais

Para os meus pais, é um orgulho

Para o Pedro porque és O companheiro

Este estudo não teria sido concluído sem o contributo de pessoas que ao longo do caminho foram afastando algumas pedras, provendo-me trampolins para saltar outras e fornecendo-me indicações para prosseguir nos inúmeros cruzamentos.

À Professora Isabel Simões pela sabedoria, disponibilidade, compreensão e constante questionamento que me fez refletir e crescer, permitindo levar a bom porto este estudo;

Ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Médio Tejo e Comissão de Ética pela prontidão de resposta favorável à colheita dos dados, indispensável à realização do estudo;

A todos os participantes pela disponibilidade e aprendizagem;

À Ritinha, à Mécia e ao Carlos pelos momentos de pura alegria e partilha;

Todos os colegas do serviço de Urgência da Unidade de Torres Novas pelo alento, pelas palavras de incentivo, pelas gargalhadas;

A todos os cuidadores informais com os quais me fui cruzando, pela partilha, pelas respostas nos silêncios, pelo crescimento;

A todos o meu sincero obrigado.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIT	Acidente Isquémico Transitório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHMT	Centro Hospitalar Médio Tejo
DGS	Direção Geral da Saúde
E	Entrevista
EpS	Educação para a Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
parent.	Parentesco
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SAPE	Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

RESUMO

O acidente vascular cerebral representa elevada morbidade, que se traduz em prejuízo motor, mas também em sequelas de carácter cognitivo e comportamental, que abalam profundamente o sistema familiar, traduzindo-se frequentemente na dependência de outro. Assim, a capacitação do cuidador informal enquanto parceiro nos cuidados, deverá ser uma prioridade nas organizações de saúde e o enfermeiro surge como ator principal na satisfação dessa necessidade.

Perante a inquietação despontada após os ensinamentos realizados ao cuidador informal da pessoa com AVC, em que existe o sentimento partilhado de que o cuidador não parece envolvido, ou que o esforço da equipa não se traduz na efetividade dos cuidados prestados no domicílio, optámos pela realização de um estudo ancorado na metodologia qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, cujo objetivo geral foi compreender se os ensinamentos realizados pelos enfermeiros contribuem, na perspetiva dos cuidadores, para a sua capacitação no cuidado à pessoa com AVC. Assim, os participantes foram intencionalmente selecionados, sendo os cuidadores informais que receberam ensinamentos programados, realizados pelos enfermeiros responsáveis pelos cuidados à pessoa com AVC num serviço de Medicina. Para a colheita de dados optámos pela entrevista semidirigida que foi realizada após a alta da pessoa, quando os cuidadores já exerciam o papel de cuidador informal. Após a colheita de dados e da análise das entrevistas, emergiram três categorias: Antes da Alta, Pós - alta e Contributos. Deste estudo salientamos que existe a efetiva preocupação por parte dos enfermeiros em contribuir para a capacitação dos cuidadores informais da pessoa com AVC, alertando-o durante o internamento para as necessidades daqueles, realizando os ensinamentos mediante a disponibilidade do cuidador. Ficou também evidenciado que todos os cuidadores atribuíram importância aos ensinamentos e a maioria dos cuidadores reconhece-lhes a capacidade de os tornar mais aptos para prestar cuidados ao seu familiar. Todavia também consideram que são insuficientes quer no tempo dedicado à prática, quer no número de vezes que praticam. Também percecionam que são desajustados à realidade do meio ambiente domiciliário. Os ensinamentos realizados foram direcionados sobretudo para as atividades de vida diárias.

Palavras-Chave: Cuidador informal, Capacitação, Enfermeiro

ABSTRACT

The stroke morbidity is high, which results in motor impairment but also cognitive and behavioral consequences which profoundly shake the family system, resulting often dependent on each other. Thus, the capacity of the informal caregiver as a partner in care, should be a priority in health organizations and the nurse emerges as leading actor in meeting this need.

In view of the unrest emerged after the training made the informal caregiver of the person with stroke, where there is a shared feeling that the caregiver does not seem involved, or that the team effort does not translate into effectiveness of care provided at home, we opted for conducting an anchored study in qualitative methodology, exploratory-descriptive type, whose main objective was to understand whether the training performed by nurses contribute the perspective of caregivers for their training in caring for people with stroke. The participants were selected intentionally, and informal caregivers who received training, performed by nurses responsible for care of the patient with stroke. For data collection we opted for the semi-structured interview that took place in a medical service, after discharge of the person, when caregivers have played the role of informal caregivers. After data collection and analysis of interviews revealed three categories: Before hospital discharge, After hospital discharge and Contributions. This study point out that there is a real concern from nurses to contribute to the training of informal caregivers of patient with stroke, warning him during hospitalization for the needs of those, performing the training upon the availability of the caregiver. It was also evident that all caregivers attributed importance to the training and most caregivers recognize them the ability to make them more capable to provide care to their family. But also consider that insufficient either in the time devoted to practice, whether the number of times they practice. They also have the perception that they are unfit to environmental reality where provide care. The teachings made were directed mainly to daily life activities.

Keywords: Informal caregiver, Training, Nurse

ÍNDICE DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
FIGURA I – Representação de um modelo de <i>empowerment</i> para enfermagem	40

ÍNDICE DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
TABELA I – Caracterização sociodemográfica dos participantes	58
TABELA II – Matriz de análise das entrevistas	59
TABELA III – Matriz de análise da categoria Informação	60
TABELA IV – Matriz de análise da categoria Ensinos	64
TABELA V – Matriz de análise da categoria Percepção da Eficácia dos Ensinos	67
TABELA VI – Matriz de análise da categoria Dificuldades/ Sobrecarga no Cuidado	70
TABELA VII – Matriz de análise da dimensão Contributos	72

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
INTRODUÇÃO	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	29
1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	31
2. FAMÍLIA	35
2.1 CUIDADOR INFORMAL	37
3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	39
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	47
1. METODOLOGIA	49
1.1. TIPO DE ESTUDO	49
1.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO	50
1.3. POPULAÇÃO E PARTICIPANTES	51
1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	53
1.5. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS	55
1.6. PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS	56
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	57
2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	57
2.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	58
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
CONCLUSÕES	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
APÊNDICES	
Apêndice I – Pedido de autorização para realização do estudo	
Apêndice II – Guião de entrevista	
Apêndice III – Termo de consentimento e assinatura	
ANEXOS	
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética	

INTRODUÇÃO

A qualidade da prática do cuidar em Enfermagem deverá estar presente nas preocupações políticas, económicas e de gestão dos vários organismos de saúde. Em Enfermagem a avaliação da qualidade dos cuidados não é um fim, mas um meio que permite implementar medidas para a melhoria do exercício profissional com o objetivo de cuidar, tornando-se assim imprescindível que nos questionemos sobre a forma como desenvolvemos esse cuidar, bem como se vai de encontro às necessidades sentidas pela pessoa/ família/ comunidade.

Cuidar com qualidade exige mudança de mentalidades. Algumas condições são importantes para que tal mudança aconteça, como a centralização e o envolvimento da pessoa/família no projeto de saúde, a consciencialização dos problemas, o conhecimento da sua natureza e dimensão, e finalmente, a procura de soluções eficientes e exequíveis. Sendo a Enfermagem uma profissão em mudança, é-lhe exigido a atualização do corpo de conhecimentos e como consequência o desenvolvimento de novas competências, assim, a investigação surge como um caminho na procura de novos conhecimentos e na sua afirmação enquanto ciência.

Collière (1999, p. 340) refere,

“A investigação em cuidados de enfermagem, oferece novos caminhos à profissão se se propuser identificar o serviço que oferece à população, esclarecer melhor os factores que favorecem ou inibem esse serviço, tanto para os utilizadores como para o pessoal, avaliar melhor as implicações sociais, económicas e políticas de acção sanitária que ela considera.”

A Ordem dos Enfermeiros (OE) no documento “Tomada de Posição” sobre a investigação em enfermagem considera que apenas a investigação poderá assegurar a produção e renovação contínua do seu próprio corpo de saberes. Considera ainda que são “...sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Acção aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros” (2006, p. 1). Nesse mesmo documento são enunciados quatro eixos prioritários de investigação, sendo que a “Adequação dos cuidados de Enfermagem

gerais e especializados às necessidades do cidadão” é um desses eixos. A OE clarifica que devem ser feitos estudos que clarifiquem as necessidades das populações em cuidados de enfermagem e os benefícios que resultam de respostas concretas, assentes nos processos de conceção dos enfermeiros. Também no eixo educação para a saúde (EpS) na aprendizagem de capacidades, a Ordem realça a importância de elaborar estudos com foco na EpS que promovam programas em áreas consideradas prioritárias como “...a dependência para o autocuidado e a necessidade de cuidados continuados, estilos de vida, qualidade de vida e ambiente” (Idem, p. 4).

No caderno temático “Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem”, onde é definido o perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, a OE define, e de acordo com o alvo de intervenção, que a especialidade em enfermagem à pessoa em situação crítica é “dirigida aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica com vista à promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (2009, p. 7).

Efetivamente a OE (2009) realça a importância do papel do enfermeiro na recuperação do doente, na sua reabilitação, e através do Texto da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação¹, refere que é um desafio para todos os enfermeiros informar, apoiar, orientar e formar a família e outras pessoas envolvidas na prestação de cuidados ao doente com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Refere também, e em relação aos cuidados intra-hospitalares, que deverão ser “...aproveitadas todas as oportunidades para incentivar e ensinar a família a participar nos cuidados ao doente, de acordo com as suas possibilidades” (Idem).

Em Portugal continental, no ano de 2011, foram admitidas no hospital 15733 pessoas com o diagnóstico de AVC agudo². No ano de 2013, o número de utentes saídos com o diagnóstico de AVC isquémico foi de 20123, com uma taxa de óbitos hospitalares/utentes saídos correspondente a 11,51%, o que corresponde a um decréscimo da taxa de mortalidade nestes doentes³, mas que constitui uma das principais causas de morte em Portugal, sendo também a principal causa de morbilidade e de potenciais anos de vida perdidos no conjunto das doenças cardiovasculares⁴. Também Sá atribui ao AVC a principal causa de dependência e de incapacidade (2009).

¹ Texto elaborado a propósito do Dia Nacional do Doente com Acidente Vascular Cerebral.

² VIAS VERDES CORONÁRIA E DO AVC - Relatório de Atividades 2011

³ Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2014

⁴ Informação constante no Portal da Saúde, sítio da responsabilidade do Ministério da Saúde, em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2011/3/inem+avc.htm>.

A Direção Geral da Saúde (DGS), no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, refere que o AVC "...constitui um problema de saúde pública, não apenas como importante causa de morbilidade e mortalidade (...), como pelo consumo de recursos e de encargos que ocasiona no sistema de saúde e, portanto, na sociedade" (2006, p. 22). A mesma publicou em 2004 a Circular Informativa n.º 12/DSPCS intitulada "Programa Planeamento da Alta do Doente com AVC". Neste documento é referido, como forma de justificação para o mesmo, que o planeamento da alta é fundamental para assegurar a maximização da autonomia do doente. Reconhece que é um processo complexo que exige a envolvimento de todos os elementos da equipa multidisciplinar, que deverá ser centrado no doente e na sua família e enfatiza a educação como processo que contribui para que "...os cidadãos sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo informado e, quando for caso disso, sejam capazes de gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma, sendo o planeamento da alta o momento privilegiado para tal" (*Idem*, p. 3). O referido documento analisa cinco áreas a ter em consideração na alta destes doentes, o planeamento da alta; equipamentos e adaptações; informação a prestar; reunião com as famílias e normas institucionais, e define em cada uma delas as metas que deverão ser atingidas. No que concerne ao planeamento da alta, é recomendado que seja referenciada uma pessoa de contacto (no hospital ou na comunidade) que esclareça o doente e sua família nas suas dúvidas após a alta. É também recomendado que a equipa responsável pelo doente se reúna de forma regular com ele e sua família, a fim de assegurar uma boa gestão da alta, orientando-o para a reabilitação e reinserção, considerando as suas limitações. Relativamente aos equipamentos e adaptações deverá ser previsto que os equipamentos necessários à transferência do doente sejam providenciados à família, bem como treino do seu uso. Também é prevista a avaliação domiciliar pelo fisioterapeuta do uso dos referidos equipamentos, bem como o esclarecimento de dúvidas dos cuidadores. A área da informação a prestar tem duas vertentes, uma relacionada com o tratamento, em que a família deverá ser informada sobre a evolução clínica do doente, e outra relacionada com todos os recursos necessários, apoios institucionais e organizações voluntárias a que poderão recorrer, e que deverão ser identificados antes da alta do doente. As reuniões com as famílias surgem como uma parceria entre estas e a equipa multidisciplinar no planeamento da alta com o objetivo de assegurar a boa gestão do plano de alta, mas também da reabilitação e reinserção da pessoa com AVC. Finalmente na área de normas institucionais é recomendado que as instituições prestadoras de cuidados elaborem normas de orientação para os diferentes momentos de articulação institucional.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 representa a mudança de paradigma também defendida pela Organização de Saúde (OMS), em que os cidadãos devem ser assumidos enquanto parceiros e não objetos de trabalho das diferentes organizações de saúde. Assim, na definição dos valores do mesmo, surge a “Capacitação do cidadão”, descrito como promovendo o potencial de cada pessoa, organizações e comunidades com o objetivo de promoverem a sua saúde e a dos outros (DGS, 2012). Neste plano, do qual fazem parte quatro eixos estratégicos, é evidente o papel do cidadão enquanto parceiro ativo. Assim, e especificamente ao eixo Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde, que é reconhecido como um dos eixos que mais contribui para os ganhos em saúde, que garante a coesão e a justiça social e promove o desenvolvimento de um país; estão descritas as orientações específicas aos vários níveis, e para os profissionais é referido que estes devem “estimular ativamente a educação para a saúde, o autocuidado, a figura de cuidador informal, do voluntário e o sector social como relevantes na prestação de cuidados e como parceiros nos cuidados de saúde” (DGS, 2012, p. 16).

O Hospital onde foi realizado o estudo está integrado num centro hospitalar, e desenvolve desde há mais de 20 anos esforços no sentido de planear de forma eficiente as altas das pessoas internados. Atualmente, e desde há mais de uma década, conta com uma equipa de gestão de altas que de uma forma global promove desde o momento da admissão da pessoa à alta da mesma. No serviço de Medicina é usada a metodologia de trabalho por enfermeiro responsável, o que segundo J. Costa (1999), permite assegurar a continuidade de cuidados desde o momento da admissão, e planear a alta através de ensinamentos à pessoa e família e encaminhamento apropriado, pois cada enfermeiro é responsável pela globalidade de cuidados a prestar-lhe, centralizando nela os cuidados. É reconhecida nesta metodologia a humanização dos cuidados, sendo este o seu principal objetivo. Efetivamente neste serviço a admissão é geralmente feita pelo enfermeiro que ficará responsável pelos cuidados, sendo a pessoa informada disso mesmo. Posteriormente esse enfermeiro elabora a avaliação inicial onde para além da história de clínica (atual e antecedentes) recolhe informação relativa às condições socioculturais e económicas da família, bem como às condições higiénico sanitárias da habitação. Esta avaliação é muitas vezes elaborada tendo por base informações dadas por contacto telefónico por um elemento da família. O enfermeiro responsável tenta indagar, telefónica ou pessoalmente quem é o elemento familiar de ligação, e será através deste que serão feitos todos os contactos no que concerne à pessoa doente, nomeadamente todas as informações sobre a evolução clínica e preparação para a alta. Além do enfermeiro responsável, a assistente social exerce um papel preponderante na

alta, na medida em que junto com a família procura dar resposta a algumas necessidades, como sejam as ajudas técnicas (cama, cadeira de rodas, andarilhos, entre outros) ou os apoios económicos. Desta forma, a alta é gerida não em função da doença mas em função da pessoa e da família, sendo muitas vezes o enfermeiro que a protela se entende que a família não reúne as condições necessárias para o receber, nomeadamente a ausência de definição de cuidador, ou se há necessidade de proceder a alterações estruturais na habitação. Claro que desta decisão fazem parte todos os elementos da equipa multidisciplinar.

É também desde a avaliação inicial que o enfermeiro procura antecipar as necessidades formativas da família no que toca às limitações da pessoa dependente. Após o internamento e esclarecimento do diagnóstico e consequentes sequelas, o enfermeiro responsável alerta o elemento familiar de ligação/cuidador informal para as necessidades especiais da pessoa, sendo-lhe logo proposto a realização de ensinamentos no que concerne aos cuidados à pele, higiene, mobilizações, transferências e levante. Segundo Serrano⁵ (2008, p.199), uma das dimensões do cuidar neste serviço é a preparação do regresso a casa que tem início no momento de admissão, acrescentando que a “colheita de dados e os diagnósticos efetuados de forma sistemática promovem um *continuum* de identificação, preparação e trabalho em conjunto para o momento da decisão” e que

“na preparação do regresso a casa a capacitação do prestador de cuidados tem como intervenções: ensinar, treinar ou instruir e perspetiva uma articulação de cuidados. Nestas situações constata-se partilha de significados e trabalho em equipa de modo a atingir o objetivos proposto” (Idem, p. 201).

Efetivamente constata-se que há uma aposta clara por parte da equipa em maximizar o potencial de cada pessoa, envolvendo a família em todo o processo.

Da nossa permanência no serviço, sobressaiu uma inquietação que é transversal aos enfermeiros e que se prende com os ensinamentos que são realizados. Existe o sentimento partilhado na equipa de enfermagem de que aquando da efetivação dos mesmos o cuidador não parece não estar envolvido, por outro lado, tem-se a percepção que o esforço da equipa não se traduz na efetividade dos cuidados prestados pela família, quer aquando da vinda à consulta externa, quer nas sessões de fisioterapia, onde por vezes os profissionais notam regressão na mobilidade adquirida no servido durante o internamento.

Foi neste contexto que surgiu a seguinte questão e que norteou o estudo:

⁵ Tese de Doutoramento sobre “Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho” desenvolvido no serviço de Medicina da Unidade Hospitalar onde decorreu este estudo.

Os cuidadores informais da pessoa com AVC sentem-se capacitados com os ensinamentos recebidos antes da alta, efetuados pelos enfermeiros?

Martins *et al.* (2007) afirmam que cuidar no domicílio implica que os trabalhadores da saúde tenham novas formas de fazer e de saber, pois essa atitude deve distinguir-se por efetivar ações que permitam a integralidade, a intersubjetividade e o cuidado direcionado à família. Pereira (2011) refere que a preparação do regresso a casa implica por parte dos enfermeiros, conhecer o modo como o cuidador perspetiva a continuidade de cuidados em casa. Implica também, perceber os conhecimentos que o cuidador possui sobre o processo terapêutico e quais os recursos pessoais e da comunidade necessários para manter os cuidados no domicílio. Isto pressupõe que o cuidador possa expressar as suas dúvidas e inquietações para que, atempadamente possa ser ajudado a lidar com a situação. Efetivamente os trabalhos de investigação nacionais consultados sugerem continuamente as necessidades de informação/formação dos cuidadores informais, tanto ao nível dos aspetos práticos do cuidar, mas também no que concerne ao encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer essas necessidades (Marques, 2007; Petronilho, 2007; Andrade *et al.*, 2009; Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010, Gomes e Henriques, 2011). As novas formas de saber e fazer referidas por Martins *et al.* poderão ser entendidas como ter a competência que permita capacitar os cuidadores informais, para que possam atender às necessidades da pessoa dependente, levando em consideração não somente as limitações físicas do doente e cuidador, mas também os aspetos sociais, psicológicos e culturais dessa díade (2007). Redman (2003, p. 3) considera que os profissionais de saúde na prática da EpS deveriam sustentar-se em "... teorias, em resultados de investigação e em competências que devem ser aprendidas e praticadas". Pelo exposto considera-se importante que os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, investiguem as suas práticas de forma a ir de encontro às necessidades da pessoa/família/comunidade.

Com a realização deste estudo é nossa pretensão, enquanto mestranda e enquanto profissional da instituição, compreender se os ensinamentos realizados pelos enfermeiros contribuem para a capacitação do cuidador na perspetiva dos cuidadores informais da pessoa com AVC, tendo como ancoragem os ensinamentos realizados pelos enfermeiros do serviço de medicina. Pretendemos assim, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados adotando, se necessário, outras estratégias para ir de encontro às necessidades sentidas pelos cuidadores informais, numa política de melhoria contínua da qualidade, que desde sempre foi uma aposta clara por parte desta unidade hospitalar.

Fortin, Côté e Fillion realçam a importância de aproximar o estudo da investigação à prática profissional de forma que este "...possa servir-se dos seus conhecimentos para definir problemas particulares e ajustar conseqüentemente a sua acção" (2009, p. 17). Collière (1999) também frisa que só estando próxima dos recetores de cuidados, a investigação poderá contribuir para a valorização dos cuidados de enfermagem.

Para a concretização deste estudo recorreremos à metodologia qualitativa pois esta pretende "proporcionar uma visão da realidade que é importante para os participantes" (Streubert e Carpenter, 2013 p.22) e, tal com referem Fortin, Côté e Fillion, "as questões de investigação, que necessitam (...) de uma descrição do vivido ou da experiência humana importam à investigação qualitativa" (2009, p. 32). Optámos pelo estudo exploratório descritivo porque visa descrever e posteriormente compreender a realidade vivida pelos participantes.

Este estudo apresenta-se em duas partes distintas. A primeira consiste na conceptualização teórica acerca da problemática em estudo, resultante da revisão da literatura. Streubert e Carpenter (2013) referem que embora alguns investigadores sugiram que não deve ser feita qualquer revisão da literatura, outros "aceitam que uma revisão sumária da literatura possa ajudar a focalizar o estudo ou a proporcionar um enquadramento orientador" (Creswell citado por Streubert e Carpenter, 2013, p. 26). Fortin, Côté e Fillion defendem que na investigação qualitativa a revisão da literatura permite ao investigador obter um conhecimento mais aprofundado sobre o tema a estudar, as últimas investigações e suas limitações (2009).

A segunda parte refere-se ao estudo empírico propriamente dito e que está dividido na metodologia, nos resultados e a discussão dos resultados.

No final apresentam-se as principais conclusões e, em consonância, algumas sugestões. São referidas também as limitações do estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Na base do que e de quem somos está o Sistema Nervoso. De forma sintetizada, a informação é recebida pelas células recetoras sensoriais e é transmitida ao sistema nervoso. Aqui é processada, integrada e iniciada uma resposta adequada (Haines; Raila e Terrell, 2006).

O Sistema Nervoso é constituído pelo Sistema Nervoso Central e pelo Sistema Nervoso Periférico. O Sistema Nervoso Central em termos anatómicos é constituído pelo encéfalo, que está encerrado dentro da caixa craniana e pela espinal medula, localizada no canal vertebral dentro das vértebras. Estas duas estruturas entram em continuidade no buraco occipital.

No que concerne à anatomia do encéfalo, este é dividido em quatro partes distintas, o cérebro, o diencéfalo, o cerebelo e o tronco cerebral, sendo que cada uma tem funções distintas, e que quando lesionadas conduzem a sequelas a diferentes níveis.

O encéfalo depende de forma extrema de um abastecimento constante de oxigénio e glicose, devido à sua elevada taxa metabólica encefálica. Desta forma a irrigação sanguínea assume um papel primordial no correto funcionamento do mesmo, pois as células cerebrais são incapazes de armazenar moléculas de alta energia. Sumariamente, o aporte sanguíneo é feito por dois pares de grandes vasos, as carótidas internas e as vertebrais. As carótidas internas irrigam as regiões anteriores do cérebro e as vertebrais juntam-se e formando a artéria basilar, irrigam as regiões posteriores de cérebro incluindo o cerebelo, o tronco cerebral e os lobos occipitais. O polígono de Willis é onde as ramificações das artérias, basilar e carótida, se unem formando uma rede que “...teoricamente, permite ao sangue circular de um hemisfério para o outro e da região anterior para a região posterior” (Flannery e Bulecza, 2010, p.1465).

O AVC consiste num conjunto de défices neurológicos focais, que habitualmente são súbitos e que resultam da interrupção do aporte de sangue a uma zona do tecido cerebral, que se prolongam por mais de 24 horas, podendo resultar em lesão cerebral irreversível. Segundo Flannery e Bulecza (2010) por ter múltiplas causas, o AVC dever-se-á denominar de síndrome em vez de doença e por esse mesmo motivo, as autoras defendem que o termo AVC carece de rigor, porque ao ter subjacente uma ou várias

patologias não se trata de um acidente mas sim uma consequência das patologias de base.

O AVC pode ser dividido em duas categorias: isquémicos e hemorrágicos.

A isquemia prolongada pode causar a morte das células cerebrais, que vai criar um núcleo de tecido necrosado. Provoca também "...uma segunda zona de lesão tecidual, conhecida por *penumbra*, em que as células ficam temporariamente incapazes de funcionar, podendo contudo, permanecer viáveis" (Flannery e Bulecza, 2010, p. 1466). A atuação emergente nas pessoas com AVC pode, através de tratamento adequado, reperfundir a zona de penumbra e diminuir os défices neurológicos permanentes.

O AVC hemorrágico pode ter origem numa hemorragia intracerebral ou subaracnoídea, sendo que a primeira pode ter origem numa malformação arteriovenosa ou um aneurisma. A hemorragia intracerebral consiste no extravasamento de sangue para o tecido cerebral. A hemorragia destrói o tecido cerebral, causando edema e aumentando a pressão intracraniana. A origem da hemorragia deve-se habitualmente a uma artéria.

Segundo Urden, Stacy, e Lough (2008) o AVC isquémico representa cerca de 80% do total, todavia o AVC hemorrágico apresenta maior taxa de mortalidade. Em Portugal continental, no ano de 2011, 1565,93/milhão de habitantes foram acometidos de AVC isquémico e 160,44/milhão⁶ AVC hemorrágico. Relativamente à prevalência estimada do AVC em Portugal continental no ano de 2013, foi de 1,9%, sendo que corresponde a uma prevalência de 2,6% nos homens e 1,3% nas mulheres. Relativamente ao intervalo de idades, a prevalência mais elevada foi observada nos homens com idade entre os 65 e os 74 anos, de cerca de 14,1%⁷. Sá, referindo estudos realizados pela OMS refere que a par da mortalidade, o AVC também é a principal causa de dependência e incapacidade em Portugal (2009).

Seja de que origem for, o AVC habitualmente comporta variados défices e consequentes dependências físicas, mas também alterações emocionais, sensoriais e cognitivas, que se tornam muitas vezes definitivas. Oliveira (2000) refere que as parésias e paralisias, as alterações da linguagem e os distúrbios emocionais, são algumas das principais sequelas a ter em conta na síndrome do hemiplégico⁸. As manifestações motoras mais frequentes são as hemiparesias e hemiplegias, que determinam uma assimetria do controlo muscular do lado afetado, que tem como consequência uma alteração postural. Também as alterações relacionadas com a comunicação são comuns, quer ao nível

⁶ VIAS VERDES CORONÁRIA E DO AVC - Relatório de Atividades 2011.

⁷ Estudo de Prevalência do Acidente Vascular Cerebral na população residente em Portugal Continental, pelo Departamento de Epidemiologia do INSA, numa amostra de 1000 Unidade de Alojamento.

⁸ O autor considera "síndrome do hemiplégico" um conjunto de sintomas que o doente vítima de AVC, independentemente da etiologia, apresenta.

motor mas também ao nível cognitivo, com alterações na compreensão da linguagem, sendo que as afasias e as disartrias são as mais frequentes (DGS, 2010). Berenguel (2009) refere que além do prejuízo motor, o AVC pode trazer sequelas de carácter cognitivo e comportamental, que incluem alterações ao nível da consciência, da memória, da linguagem, da personalidade, do juízo crítico e da tomada de decisões, e que poderão ser irreversíveis ou não. Naturalmente que as sequelas vão depender tanto das áreas anatómicas afetadas como da gravidade do próprio evento, mas também da adequação da rede vascular periférica. Face a todas as sequelas, podemos constatar que as atividades de vida diária ficam frequentemente comprometidas, com limitações sobretudo ao nível da alimentação, eliminação e higiene, e que “a dependência do outro passa a ser uma realidade” (*Idem*, p.38)

Perante a pessoa com AVC, o enfermeiro tem um papel muito importante quer na prevenção da agudização das sequelas, quer na manutenção e melhoria das capacidades remanescentes. A DGS refere que a reabilitação física da pessoa com AVC deverá ter início tão precocemente quanto possível, num processo em que ela deverá ser o foco e que deverá envolver toda a equipa (2010). A mesma, alerta para o fato das alterações comunicacionais poderem causar sentimentos de revolta e angústia na pessoa, que poderão comprometer o processo de reabilitação.

“O conceito de identidade e auto-imagem sofrem uma desorganização e, como consequência, os distúrbios emocionais e a baixa auto-estima tomam lugar. A depressão e a ansiedade são os factores emocionais mais significativos que afetam o doente e a família” (Berenguel 2009, p.38).

Neste sentido, além dos défices relacionados diretamente com a doença, os enfermeiros também deverão estar atentos às consequências sociais resultantes da doença, que conduzem frequentemente a pessoa vítima de AVC e à sua família ao isolamento social. Oliveira (2000) refere que a incapacidade súbita, independentemente da gravidade, pode alterar os princípios da vida de qualquer pessoa, alterando todo o ambiente envolvente, e as suas relações, representando um desafio que a pessoa pode não conseguir ultrapassar. O desempenho das suas obrigações enquanto cônjuge, pai e profissional podem ser completamente alteradas e limitadas. Sá (2009) refere que quando falamos em dependência da pessoa com AVC, implica observar toda a dimensão do problema pois este afeta consideravelmente a sua qualidade de vida.

Para além do processo de reabilitação que deverá ser iniciado o mais precocemente no hospital, é função do enfermeiro integrar a família nesse processo de cuidar. O AVC é um evento crítico para a família, sobretudo para o cuidador informal, pelo que é fundamental a intervenção do enfermeiro como recurso potenciador de adaptação.

Neste sentido, a DGS e orienta os profissionais de enfermagem para dedicar especial atenção à família.

“A equipa de enfermagem tem um papel preponderante no acompanhamento da família, no sentido de a manter informada das suas dificuldades e das capacidades do doente, envolvendo-a na prestação de cuidados, de forma a capacitá-la e a encorajá-la...” (p.133, 2010).

Martins (2002) alerta para que a análise da situação familiar e a consequente intervenção deverá ser individualizada. Acrescenta que, a equipa de saúde responsável pelo ensino e monitorização das aprendizagens, deverá criar as condições, as oportunidades e os meios para que a família possa utilizar as suas capacidades para adquirir novas competências na área da prestação de cuidados. Concluindo, a pessoa com AVC exige uma avaliação multidimensional e transdisciplinar por parte do enfermeiro, integrado numa equipa pluridisciplinar, em que a pessoa/família deverão estar no centro dos cuidados prestados.

2. FAMÍLIA

A Família constitui a unidade fundamental da sociedade e um valor inalienável da mesma. É reconhecida e protegida pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e pela Constituição da República Portuguesa, o que atesta a sua importância no desenvolvimento da pessoa e da sociedade. É no seio familiar que a pessoa se realiza, que há transmissão de valores e princípios que influenciam as gerações futuras.

O conceito de família evoluiu ao longo dos tempos em conceitos mais ou menos abrangentes. É consensual que a estrutura familiar é determinada pelos aspetos culturais e tradições de cada sociedade e são estes que determinam a forma organizacional de cada família. Alarcão refere “é habitual pensarmos na família como o lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que, nesse longo percurso, possamos ir tendo mais do que uma família” (2006, p. 37).

Segundo Gameiro e Sampaio citados por Marques (2007, p. 54) a família é

“...um conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só: de certo modo consideramos que fazem parte da mesma família elementos não ligados por traços biológicos mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo.”

Relvas (2000, p. 11) refere que “cada família enquanto sistema é um todo mas também é *parte* de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra” dando o exemplo da comunidade. “Por outro lado, dentro da família existem outras totalidades mais pequenas que são, elas próprias, partes do grupo total.” (Relvas, 2003, p.24). A autora refere que cada elemento da família participa em diferentes sistemas e subsistemas e portanto ocupa diversos papéis, funções e tipos de interações com variados graus de autonomia (*Idem*). Exemplos dos diferentes subsistemas defendidos são o “individual”, o “fraternal”, o “conjugal” e “parental”, que traduzem os tipos de relações que existem dentro da família. É das relações entre cada um e da organização dos próprios elementos que surge a “estrutura da família” (*Ibidem*). No fundo, a família é um sistema que é formada por pessoas, que assumem determinado papel e que dão o seu contributo para o funcionamento da mesma como um todo. Assim sendo, poderemos considerá-la como um sistema aberto, que:

“...integra as influências externas mas não está dependente delas, não é simplesmente reactiva às pressões do meio, pois também está sujeita a “forças internas”, possuindo uma capacidade auto-organizativa que lhe dá coerência e consistência neste jogo de equilíbrios dinâmicos” (Relvas, 2000, p. 12).

Desta forma, qualquer alteração que se efetue dentro ou fora das suas fronteiras, ou afete um dos seus elementos, vai causar impacto em todos os elementos do sistema familiar. A família é a fonte primária de auxílio e cuidados aos seus elementos, desde o nascimento até à morte e em particular em todos os momentos de doença (Andrade *et al.*, 2009). Estudos realizados neste âmbito revelam que são essas as expectativas dos integrantes da família, nomeadamente no estudo de Torres *et al.*⁹, em que os autores concluíram que, em termos prospetivos, quando os inquiridos foram questionados sobre com quem pensam contar no caso de dependência ou na velhice, cerca de 59,6% afirmam contar com os familiares próximos (cônjuge e filhos) (2005). Os mesmos autores referem que os “...cuidados com os idosos surgem, (...), como um campo em que o familismo¹⁰ parece ainda claramente dominante no plano das representações e no contexto da sociedade portuguesa” (*Idem*, p. 102). Reforçam no mesmo artigo, que

“...os idosos dependentes, que precisam de cuidados especiais, estão em sua própria casa, ou em casa de familiares, e são ajudados pela sua família. São, fundamentalmente, as mulheres familiares desses idosos quem presta essa assistência” (Idem, p. 108).

Silva (2008) confirma estas conclusões referindo que a família, na nossa sociedade, continua a ter um papel importantíssimo no apoio prestado ao idoso ou à pessoa com dependência.

Dado que é no seio da família que é cuidada a pessoa, seja pela doença ou pela inerência da idade, considera-se que cabe aos enfermeiros a tarefa de avaliar as necessidades nos cuidadores no domicílio, devendo para tal, ter especial atenção e visão crítica dos cuidados efetuados, de forma a melhor a atender às necessidades da pessoa doente mas também dos cuidadores (Bocchi e Angell, 2005). É então neste contexto que surge a entidade cuidador principal, ou seja, a pessoa que assume a responsabilidade pelos cuidados prestados.

⁹ “Homens e Mulheres entre Família e Trabalho”, estudo realizado entre Novembro de 1997 e Maio de 2000, que se debruça sobre os efeitos das políticas na divisão do trabalho entre homens e mulheres.

¹⁰ Terminologia utilizada pelos autores do estudo português que entendemos como proteção familiar, comportamento adotado pela família na proteção dos seus idosos.

2.1 CUIDADOR INFORMAL

Pereira (2007) reporta-se, em relação à definição de cuidados, à língua inglesa que nos dá duas definições “*to cure*” e “*to care*”. Se a primeira diz respeito ao tratar, que está associado ao modelo biomédico, cuja essência é o curar, em que a pessoa que sofre é vista como um somatório de partes distintas, que deverão ser tratadas de forma que o todo funcione, a segunda significa tomar conta, cuidar. Segundo Hesbeen (2000, p. 37) cuidar “...é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos do conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.”

Collière descreve cuidar como sendo

“...mobilizar em alguém tudo o que vive, (...), toda a sua vitalidade, (...) todo o seu potencial de vida, mas também toda a vida (...) que existe em potência até ao limiar da morte, não para a prolongar o todo custo mas para procurar aquilo a que a pessoa ainda dá valor, como aquele olhar a uma pessoa querida, aquela mão que ainda deseja tocar” (1999, p. 306).

Inerente ao cuidar está a compreensão do “eu” do outro, o desenvolvimento de uma relação de confiança baseada em valores como a escuta, a disponibilidade, a humildade, a autenticidade, a compaixão, o calor e, não menos importante, o humor (Hesbeen, 2000).

Silva (2008, p. 23) refere que cuidar

“... implica uma relação interpessoal, que inclui comportamentos e sentimentos, nomeadamente o assistir, o ajudar, o ouvir, o respeito, o estar ao serviço de, mostrar capacidade de empatia em relação às experiências e individualidade do cliente.”

Em sùmula, cuidar é apoio, é relação, é comunicação, é estar com o outro.

Santos, fazendo referência à contextualização teórica de Braithwaite, define familiar cuidador como sendo “...a pessoa ligada por um grau de parentesco (...), não remunerada, que assuma o papel principal na assistência e prestação de cuidados e que tenha contacto com o utente alvo de cuidados na últimas quatro semanas” (2005, p. 39).

Cuidador informal segundo Júnior *et al.* (2011) é um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado a pessoas dependentes, de acordo com as suas necessidades. Santos define cuidado informal como “...todo aquele cuidado que não é remunerado, prestado de forma parcial ou integral, à pessoa com

doença crónica incapacitante e dependente por pessoas pertencentes à rede familiar” (2005, p. 26). Todavia entendemos que o cuidado informal caracteriza-se por ser não remunerado e que pode ser prestado por familiares ou outras pessoas próximas que não pertençam à rede familiar.

Imaginário (2002, p. 77) citando Domínguez-Alcón refere que cuidar em termos informais é uma relação em que “...a dedicação é essencial” e que exige a pré-existência de vários aspetos como “...fortes laços de solidariedade, sentimentos de afecto, carinho, e desejo de manter o idoso dependente no seio familiar” (*Ibidem*).

O cuidador informal é sem dúvida um precioso aliado nos cuidados prestados à pessoa dependente, mas também para as redes de apoio formais oferecidas pelo Estado, que não têm capacidade para responder à grande maioria das necessidades das pessoas com dependência e das suas famílias. Mas Pimentel (2001) refere que existe a propensão para enaltecer as vantagens do cuidar informal sem que sejam analisadas as suas limitações. Fernandes (2009) acrescenta que frequentemente os profissionais de saúde esquecem a sobrecarga vivida pelos cuidadores informais, que assumem toda a responsabilidade do cuidado muitas vezes de forma súbita e inesperada, e sem preparação prévia. Efetivamente, sendo os hospitais “centros especializados de tratamento, onde não há lugar ao completo restabelecimento do doente” (Sarmento, Pinto e Monteiro, 2010, p.55), o cuidador informal surge como parceiro na prestação de cuidados, mas também com um papel primordial na continuação da reabilitação da pessoa doente. Esta parceria exige do cuidador informal disponibilidade mas também o desenvolvimento de competências para cuidar, e a este nível o enfermeiro surge como elo potenciador dessas competências. Assim, Sarmento, Pinto e Monteiro (2010) defendem que os profissionais deverão ter sensibilidade para compreender que todas as pessoas têm capacidade e potencialidade para crescerem e tornarem-se competentes no processo de cuidar.

Em súpula, os cuidadores requerem informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer as suas necessidades (Andrade *et al.*, 2009).

3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A Conferência de Alma-Ata ocorrida em 1978¹¹ determinou que é um direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde. Em 1986, em Ottawa, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde determinou que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades, dando ênfase ao envolvimento da comunidade como um tema central no discurso da promoção da saúde. Na Declaração de Jacarta, em 1997, é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde.

Desde então denota-se preocupação dos organismos internacionais no fomento da EpS como veículo da promoção de uma vida mais saudável, sendo que a OMS tem tido um papel muito importante nessa área. Em Portugal, e pela OE, também é sublinhada a importância da educação e promoção da saúde, sendo transposta essa preocupação para as suas diretivas e orientações, mas também pela regulamentação da carreira desde 1991 até 2009, data da recente revisão da Carreira de Enfermagem.

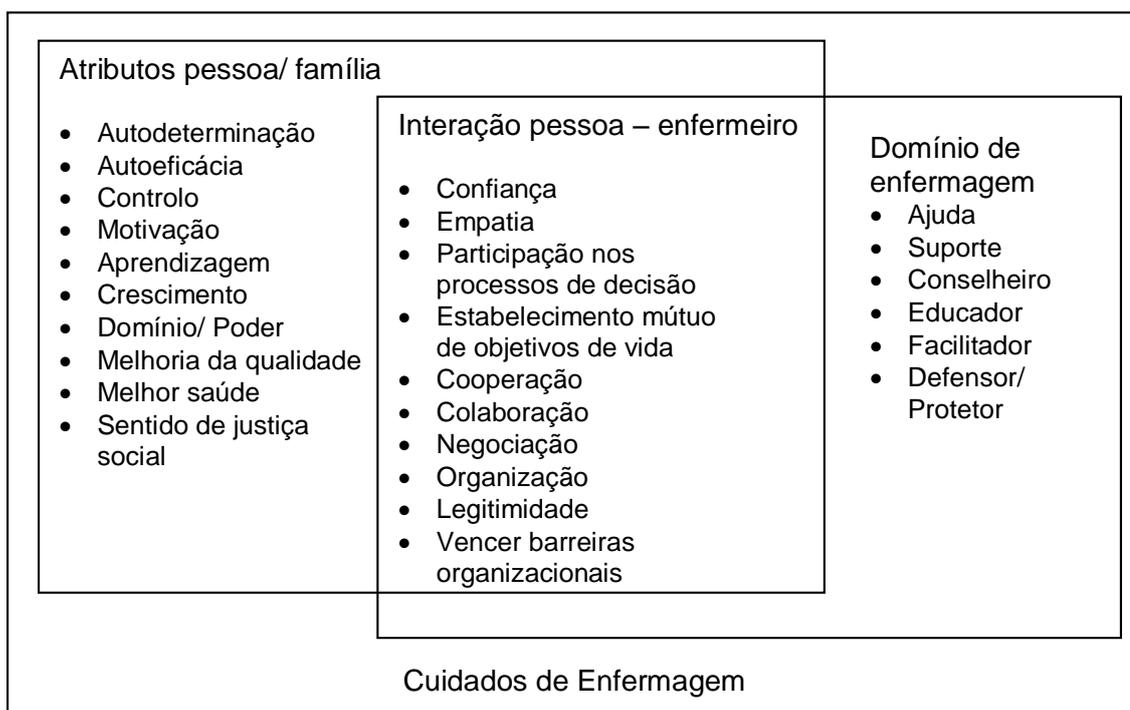
A evolução na prestação de cuidados, nomeadamente cuidados de enfermagem, tem evoluído no sentido duma mudança de paradigma, em que os cuidados deixam de estar centrados no profissional e nas equipas prestadoras para dar aos cidadãos e suas famílias o poder decisório face aos cuidados que necessitam. Desta forma a pessoa, a família e até a comunidade foram, de forma mais ou menos abrangente, integrados nos processos de decisão, o que compeliu o profissional a repensar o papel da pessoa/família no planeamento e efetivação dos cuidados. É neste contexto que surge o termo *empowerment* ou empoderamento. Félix refere que na perspetiva de ganhos em saúde para o idoso e também de redução do stresse do cuidador, "...o processo de *empowerment* funciona como ferramenta de motivação individual (...) revestindo-se de grande importância na ligação entre os cuidadores informais e outros parceiros (formais ou sociais)" (2010, p.56).

¹¹ Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em 12 de Setembro de 1978 (tradução livre da investigadora).

O *empowerment* foi definido por Gibson como o processo de ajudar as pessoas a deter controlo sobre os fatores que afetam a sua saúde, através da promoção e da capacitação para que as pessoas consigam satisfazer as suas próprias necessidades, resolver os seus problemas e mobilizar os recursos necessários a fim de se sentirem em controlo das suas próprias vidas (2001)¹².

O mesmo autor defende um modelo de empoderamento para a prática de enfermagem centrado na interação enfermeiro – pessoa/família¹³, com três dimensões: a primeira relaciona-se com atributos da pessoa/família; a segunda refere-se à interação pessoa - enfermeiro; e a terceira está relacionada com o domínio da enfermagem, tal como podemos observar na figura abaixo:

Figura I – Representação de um modelo de *empowerment* para enfermagem



Fonte: Adaptado de Gibson C. (1991) – “A visual representation of an empowerment model for nursing.

O autor defende que o processo de promover e reforçar a capacidade das pessoas de satisfazerem as suas próprias necessidades, envolve ajudar a pessoa/família/comunidade a construir uma consciência crítica sobre a situação e facilitar o surgimento de um plano de ação que seja realista. Assim, defende que competências de comunicação efetiva (incluindo competências no ensino e aconselhamento) são essenciais.

¹² Gibson, C. (1991), A concept analysis of empowerment (tradução livre da investigadora).

¹³ O autor refere-se a *cliente*.

Surge assim a EpS por parte dos profissionais de saúde como um fator essencial no empoderamento e capacitação da pessoa/família.

Vários têm sido os autores que refletem sobre a EpS, em distintas áreas das ciências sociais, definindo-a de formas diferentes. A propósito Carvalho e Carvalho referem que “educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas (...) sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde” (2006, p.23). No entanto, na base da EpS está um processo complexo que Martins *et al.* definem como “um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população” (2007, p.256). Rodrigues, Pereira e Barroso, assumindo a causalidade múltipla do processo saúde/doença, consideram que as estratégias de promoção de saúde deverão ser orientadas para o processo de capacitação dos indivíduos e das comunidades, aumentando o seu controlo sobre os determinantes de saúde¹⁴ (2005). Assim, podemos concluir que EpS é um processo de ensino – aprendizagem que visa capacitar a pessoa/família/comunidade na procura de melhor saúde.

Tones e Tilford citados por Carvalho e Carvalho referem que “a nova EpS não é mais persuadir as pessoas a cumprir as instruções médicas, mas deve capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica” (2006, p. 25), afastando desta forma a visão de EpS em que a pessoa alvo do processo era passiva. Atualmente, além de representar uma das funções centrais da atividade de enfermagem, a EpS assume importância na dimensão da qualidade dos cuidados. Smith (1998, p. 578) refere que “os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem usados na acreditação dos hospitais partem do princípio que os clientes e os outros significativos recebem educação relativa às suas necessidades de saúde.”

De encontro ao defendido pelo autor, a OE em 2001 publicou o documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde é salientada a importância do desempenho do enfermeiro como agente de EpS nos diferentes enunciados descritivos. No que concerne à promoção da saúde, é definido que o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde através da identificação correta da situação de saúde; da criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

¹⁴ Determinantes de saúde são os fatores que influenciam a saúde e que autores enunciam como a biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida e o sistema de assistência de saúde.

Além das questões relacionadas com a adoção de estilos de vida saudáveis e participação no projeto de saúde, este documento aponta outra área importante da EpS e que está relacionada com o treino de habilidades para o cuidado, quer da pessoa quer do cuidador informal. Assim, no enunciado readaptação funcional é definido, entre outros, que o enfermeiro deverá planear a alta dos clientes internados de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade, maximizando o aproveitamento destes; instruir, ensinar e treinar a adaptação individual requerida face à readaptação funcional do cliente.

A capacitação dos cuidadores informais começa agora a ser alvo de alguma pesquisa científica. Cabral *et al.* (2010) defendem a importância da EpS na capacitação de idosos mas também dos seus cuidadores informais. Os autores alertam para que os objetivos dos cuidados deverão advir das preferências da pessoa e não das percepções dos enfermeiros, numa clara centralização do processo de cuidar na pessoa. Assim, defendem que a pessoa e os seus cuidadores deverão ser estimulados de forma a permitir a sua autonomia, visando o aumento da capacidade de assumir responsabilidades para resolver os problemas que seriam melhor solucionados por eles mesmos, cabendo aos enfermeiros implementar ações específicas de EpS, orientando tanto a pessoa quanto os cuidadores envolvidos nesse processo. Este processo de capacitação dos cuidadores informais significa dotá-los de capacidades que lhes permitam atender às necessidades da pessoa, tendo em consideração os aspetos físicos, mas também os aspetos sociais, culturais e espirituais (*Idem*). Com efeito, não basta a simples transmissão de informação técnico-científica aos cuidadores informais, é necessária uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (Carvalho, citado por Carvalho e Carvalho, 2006). Como o processo de EpS visando a capacitação, deve ser centralizado no cuidador informal, é fundamental que o enfermeiro conheça as suas características, necessidades e expectativas de forma a adequar as práticas à realidade de cada cuidador informal.

Revuelta e Diaz citados por Rodrigues, Pereira e Barroso, referindo-se aos educadores de saúde, consideram que estes “devem agir de forma assertiva, realizando um cuidadoso diagnóstico da situação, analisando os recursos disponíveis, obstáculos previsíveis, necessidades de saúde e nível de conhecimentos, atitudes e crenças existentes” (2005, p. 107). Martins *et al.* (2007) ressaltam a importância de realizar a EpS através de um processo que estimule o diálogo, a discussão, a reflexão, a procura e a ação partilhada. Para que a EpS seja eficaz é necessário atender a aspetos como a motivação para aprender, a capacidade (física e intelectual), a maturidade e o ambiente

de aprendizagem (Redman, 2003; Potter e Perry, 2006; Peixoto, 2013). Em particular, e no que concerne à motivação, Redman (2003) tal como outros autores, defende que a prática da EpS deverá ser baseada na análise aprofundada das motivações do cuidador e alerta para os danos que ela poderá trazer, nomeadamente a confusão ou perda de autoconfiança, quando as estratégias adotadas não têm em consideração o processo educativo.

Para Redman (2003) a EpS é a estratégia a adotar quando se pretende ajudar a pessoa/família a desenvolver o (auto) cuidado e é "...praticado segundo um processo de diagnóstico e intervenção" (*Idem*, p. 4), nas etapas sequenciais referidas abaixo:

1. Avaliação da necessidade de aprendizagem;
2. Avaliação da motivação;
3. Declaração do diagnóstico e estabelecimento dos objetivos com o utente (família)
4. Ensino - aprendizagem
5. Avaliação e reensino se necessário

Também Smith (1998) defende que o processo ensino-aprendizagem divide-se em etapas, como a identificação das necessidades, diagnóstico, planeamento da ação, intervenção e avaliação dos resultados, que terão como objetivo identificar as necessidades educativas da pessoa/família e executar as ações que responderão a essas necessidades.

Redman (2003) refere que é nas situações reais que a aprendizagem é mais eficaz, defendendo a criação de grupos de apoio para a pessoa e cuidadores, onde possam aprender habilidades específicas. O estudo de Greene e Monahan¹⁵ (1987) referido pela autora sobre cuidadores de pessoas "idosas frágeis"¹⁶ na comunidade, concluiu que a institucionalização diminuiu de 17% para 5% quando os cuidadores estão implicados em grupos educacionais e de apoio. Este programa incidia na ajuda aos cuidadores sobre aspetos relacionados com os seus sentimentos como também sobre os aspetos práticos do cuidar.

Os grupos de apoio são uma realidade na rede de apoio informal, nomeadamente em relação a algumas patologias mais específicas, mas em contexto hospitalar, e perante pessoas com as mais diversas patologias geradores de limitações, o enfermeiro deverá proporcionar a EpS à pessoa/família, indo de encontro às necessidades formativas dos

¹⁵ The effect of a professional guided caregiver support and education group on institutionalization of care receivers.

¹⁶ Terminologia utilizada pela autora mas que dado contexto consideramos que se refere a pessoas idosas e/ou dependentes.

cuidadores informais, tendo em consideração as características de aprendizagem do adulto. Smith (1998) citando Knowles refere quatro características de aprendizagem do adulto a que o enfermeiro deverá atender no planeamento de ensino de adultos:

- Aprendizagem autodirigida, o adulto define as suas necessidades de aprendizagem e procura os conhecimentos de forma a colmatá-la;
- Experiências anteriores facilitam a aprendizagem, o "aluno adulto"¹⁷ encara as novas experiências tendo por base as anteriores, que constituem um recurso que facilitará a nova aprendizagem;
- Disponibilidade para aprender, o adulto aprende com rapidez, mas fá-lo apenas se a informação recebida se revelar importante para o desempenho com sucesso dos papéis sociais;
- Resolver os problemas reais da vida, a aprendizagem tem de estar centrada no problema.

De uma forma global o enfermeiro deverá inteirar-se das experiências e das competências adquiridas anteriormente pelo adulto, validar com ele a melhor metodologia de ensino-aprendizagem e motivá-lo, orientando o processo para a resolução dos problemas reconhecidos.

Em contexto hospitalar, e segundo os “Modos de Ensino Interpessoal” definidos por Redman (2003, p. 47), o modo de ensino mais vulgarmente usado é a demonstração e prática. Este consiste basicamente em ensino pela observação e treino, ou seja, o enfermeiro desempenha determinados procedimentos na presença do cuidador de forma que ele obtenha uma imagem mental da forma como esse procedimento é realizado e posteriormente ele próprio desempenhará esse procedimento, supervisionado pelo enfermeiro, que lhe dará retorno e o motivará com o objetivo de aperfeiçoar a habilidade. Neste modo de ensino, e segundo a mesma autora, o plano de sessão deve contemplar tempo para as práticas, em ambiente semelhante ao onde os cuidados serão prestados. É evidente que perante a situação de doença e alteração da dependência, como no caso de pessoas com AVC, o ensino é uma ferramenta importante do enfermeiro para facilitar a sua reabilitação.

Smeltzer e Bare (2005) referem que a EpS da pessoa e da família é uma componente fundamental da reabilitação da pessoa com AVC. Para além de lhes ser fornecida informação sobre a doença, as suas causas e qual a prevenção, também lhes deverão ser feitos ensinamentos tendo em conta os défices apresentados. Poderão ser necessários

¹⁷ Terminologia utilizada pelo autor

equipamentos que o enfermeiro deverá mencionar à família, orientá-la para a sua obtenção e validar com ela a utilização dos mesmos.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A metodologia científica é imprescindível aos estudos de investigação, pois é através desta que se estuda, descreve e explica todas as etapas do estudo a realizar. Fortin, Côté e Fillion (2009, p. 53) referem que é “...no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter resposta às questões de investigação...” e acrescenta que “...as decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo”.

1.1 TIPO DE ESTUDO

Tendo os cuidadores informais da pessoa com AVC a quem foram feitos ensinios relacionados com a dependência como foco de investigação, pressupõe-se a compreensão do fenómeno a partir da realidade que os participantes têm como relevante. Assim, foi nossa intenção descrever e traçar um retrato claro e preciso da situação, pelo que optámos por um estudo do tipo descritivo exploratório, inserido no paradigma qualitativo.

Esta metodologia “...serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a acção, (...) e tem por finalidade chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos” (Fortin, Côté e Fillion, 2009, p. 20). Segundo os autores, a metodologia qualitativa tem como objetivo compreender o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes, inseridos no seu meio, cabendo ao investigador embrenhar-se na população-alvo do estudo. Marcus e Liehr referem que a pesquisa qualitativa é “...particularmente bem adequada ao estudo da experiência humana sobre a saúde, uma preocupação fundamental da ciência de enfermagem” (2001, p. 124).

Este estudo é descritivo exploratório porque procurou investigar a experiência dos cuidadores sobre um fenómeno, ao qual atribuem significado, e cujo conhecimento é escasso (Fortin, Côté e Fillion, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004). Efetivamente, a investigação das práticas dos enfermeiros, na perspetiva dos cuidadores face aos ensinios efetivados por aqueles, como parte integrante do planeamento para a alta, é

um assunto pouco estudado mas que se reveste de grande interesse, pois os estudos sobre a sobrecarga dos cuidadores e suas necessidades apontam para um déficit de conhecimentos para a prática dos cuidados. Ferreira *et al.* (2011) referem que pouco se tem escrito acerca da avaliação do planejamento da alta, e existem poucas informações sobre a percepção dos doentes e cuidadores.

Posto isto, e porque os estudos descritivos possibilitam a descrição da atitude de uma população a respeito de um fenómeno, permitindo identificar as suas características de forma que consigamos obter uma visão geral do mesmo (Fortin, Côté e Filion, 2009), constatámos que seria o tipo de estudo mais indicado. Seja na prática efetiva de cuidados, seja aos outros níveis de intervenção dos enfermeiros, o resultado da investigação que segue esta metodologia pode proporcionar aos profissionais significado para a sua ação, na medida em que é o alvo dos seus cuidados quem descreve a sua experiência. Possibilita ao enfermeiro a reflexão sobre o impacto das suas ações no outro, neste caso no cuidador informal.

1.2 QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

A partir da questão que foi impulsionadora do estudo, tendo por base a experiência enquanto enfermeira no serviço de Medicina; das discussões construtivas e de crescimento com a orientadora, e posteriormente pelo quadro de referência, várias foram as questões que emergiram, pois como afirmam Fortin, Côté e Filion “em investigação qualitativa, as questões são reformuladas à medida que o estudo avança e a informação se acumula (2009, p.297)”. Assim as questões de investigação definidas foram:

- Os ensinamentos realizados pelos enfermeiros contribuem para a capacitação do cuidador informal da pessoa com AVC?
- Qual a percepção do cuidador informal face aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros antes da alta?
- Que ensinamentos foram realizados?
- Os cuidadores informais percebem os ensinamentos como adequados às suas necessidades?

Delineadas as questões de investigação, foi definido o objetivo principal do estudo:

- Compreender se os ensinamentos realizados pelos enfermeiros contribuem, na perspectiva dos cuidadores, para a sua capacitação no cuidado à pessoa com AVC.

A partir deste, e para melhor compreender o fenómeno, foram delineados objetivos específicos:

- Descrever a percepção dos cuidadores informais da pessoa com AVC sobre os ensinamentos realizados pelos enfermeiros antes da alta;
- Identificar quais os ensinamentos realizados pelos enfermeiros;
- Analisar as dificuldades sentidas pelos cuidadores no exercício do cuidado à pessoa com AVC;
- Analisar os contributos dos cuidadores relacionados com os ensinamentos.

1.3 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES

Quando falamos de um estudo qualitativo falamos em participantes e não em amostra, isto porque “os indivíduos que cooperam no estudo têm uma parte mais activa do que passiva e são, por isso, denominados *informantes* ou participantes do estudo” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 44). Streubert e Carpenter defendem que “os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência em primeira-mão com a cultura, processo social ou fenómeno de interesse” (2013, p. 29). Assim, os participantes foram seleccionados de acordo com a sua experiência, neste caso terem sido alvo de ensinamentos, assegurando dessa forma uma relação íntima com o fenómeno, dentro dos critérios de inclusão gerais do estudo, sem manipulação ou controlo. A principal preocupação foi sempre o desenvolvimento de uma descrição rica e densa da percepção acerca dos cuidados prestados (Streubert e Carpenter, 2013).

Após pedida autorização ao Conselho de Administração no Hospital onde se realizou o estudo para proceder à consulta dos processos dos doentes (Apêndice I), foi possível a seleção dos participantes. Assim, e neste estudo, os participantes foram os cuidadores informais de pessoas com AVC que receberam ensinamentos programados durante os meses de Março a Junho de 2012, realizados pelos enfermeiros responsáveis pelos cuidados

à pessoa com AVC, no serviço de Medicina, e que simultaneamente cumprissem os critérios de inclusão previamente definidos:

- Cuidadores informais da pessoa com AVC a quem foram realizados ensinamentos;
- Cuidadores com capacidade cognitiva para compreender e responder às questões formuladas,
- Cuidadores informais que aceitaram participar no estudo

Foram excluídos os cuidadores informais que não obedeciam aos critérios de inclusão.

Durante o período definido foram realizados ensinamentos programados a 8 cuidadores informais da pessoa com AVC, representando esta a população em estudo. Fortin, Côté e Filion (2009, p. 327) referem que “se o objectivo do estudo consiste em explorar e descrever fenómenos, a amostra será de pequeno tamanho.” Os mesmos autores referenciando Morse acrescentam que nos estudos qualitativos descritivos, cujo objetivo é desenvolver conhecimentos, as amostras pequenas são suficientes para obter as informações necessárias para o fenómeno em estudo (*Idem*). Efetivamente se a preocupação é desenvolver uma descrição rica e densa da cultura ou fenómeno, sem generalização dos resultados obtidos as amostras pequenas são as indicadas (Streubert e Carpenter, 2013). Assim, a seleção dos participantes foi realizada tendo por base a sua experiência denominando-se de *amostra com propósito* ou *intencional* (*Idem*).

Os cuidadores informais foram selecionados após pesquisa de pessoas internadas classificados por Grupo de Diagnóstico Homogéneo¹⁸ 14, 15, 16, 17 e 810, no período e serviço definidos. Posteriormente foi analisado o processo clínico para validar o diagnóstico principal e o processo de enfermagem no programa SAPE® onde foram recolhidos os dados do cuidador, foi analisada a avaliação inicial, os ensinamentos efetuados (quando e de que forma), e a avaliação por parte do enfermeiro que os realizou, relativamente aos mesmos. Também foi observado o grau de dependência da pessoa com sequelas de AVC, tendo sido utilizado para isso os fenómenos: Autocuidado: Higiene, Posicionar-se, Transferir-se e Alimentar-se, bem como o *status* atribuído a cada um dos fenómenos anteriores, concretizado através do diagnóstico de enfermagem, efetivado em linguagem CIPE®. Os cuidadores informais foram contactados via telefone, e com os que se mostraram interessados e disponíveis para participar – sete cuidadores – foi agendada a entrevista.

¹⁸ Portaria nº 839-A/2009 de 31 de Julho define no Anexo II a Tabela Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneo, em que os GDH 14, 15, 16, 17 e 810 correspondem respetivamente a Acidente vascular cerebral com enfarte; Acidente vascular cerebral não específico e/ou oclusão pré-cerebral sem enfarte; Perturbações cerebrovasculares não específicas, com CC; Perturbações cerebrovasculares não específicas, sem CC e Hemorragia intracraniana.

As entrevistas foram realizadas no local e hora escolhidos pelo cuidador, após contacto telefónico onde foi esclarecido o objetivo do estudo, identificado o método de seleção dos participantes e obtido o consentimento do cuidador. Segundo Streubert e Carpenter “é uma boa prática conduzir a entrevista num lugar e momento que seja mais conveniente e confortável pelos participantes. Quanto mais confortável estiver, mais provável que partilhe informação importante” (2013, p. 37).

1.4 ENTREVISTA

Para a colheita de dados nesta pesquisa optámos pela entrevista semidirigida ou semiestruturada. Este tipo de entrevista é mais flexível do que a entrevista aberta e apesar de existirem perguntas orientadoras, “a oportunidade de contar uma história está inerente ao formato” (Streubert e Carpenter, 2013, p.36). É principalmente usada nos estudos onde o investigador quer obter informação particular sobre um tema e quando “...quer compreender a significação (...) de um fenómeno vivido pelos participantes (Fortin, Côté e Fillion, 2009, p. 377). Os mesmos autores citando Savoie-Zacj (2003, p.282) definem entrevista semidirigida como

“...uma interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo”.

Permitindo desta forma que o participante exprima os seus sentimentos e a sua opinião sobre o tema em estudo.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a entrevista semidirigida, que as autoras definem como *enfocadas*¹⁹, devem ser usadas quando os investigadores têm uma lista de temas que deverão ser abordados. Assim, deverão usar um guia de tópicos escrito de forma a garantir que todos os temas são efetivamente abordados. A função do investigador é encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos. Também Fortin, Côté e Fillion expressam a necessidade de se “elaborar um plano ou um esquema de entrevista, indicando quais os temas e subtemas a tratar” (2009, p. 378). Também Haggman-Laitila citada por Streubert e Carpenter defende que previamente à colheita de dados, deverão ser planeadas de questões chave mas que as mantenham abertas,

¹⁹ Itálico no original.

em “estilo de debate, verificando as interpretações, fazendo mais perguntas e permitindo acrescentos e correções de modo a evitar perguntas de retórica ou diretivas” (2013, p.69).

Assim, nesta pesquisa, e no sentido de facilitar a comunicação e de traçar um eixo condutor que permitisse ao investigador certificar-se que todas as questões foram abordadas, construiu-se um guião de entrevista (Apêndice II). O guião de entrevista foi construído tendo em consideração os ensinamentos realizados pelos enfermeiros que visam desenvolver competências no cuidador informal para o cuidado; os objetivos desta investigação; o conhecimento anterior detido, resultante do exercício profissional; e das discussões construtivas entre a investigadora e a orientadora do estudo de investigação. Foi constituído por questões abertas sobre a temática em estudo, que promoveram o pensamento e favoreceram a exploração da resposta por parte da investigadora, mas também por questões fechadas com o intuito de caracterizar sócio demograficamente os participantes em estudo. Duma forma sucinta as temáticas abordadas foram a preparação da alta e os ensinamentos realizados (quais e de que forma), a percepção sobre a importância dos ensinamentos e as necessidades sentidas e consequentes contributos, com o objetivo de compreender a percepção dos cuidadores sobre os ensinamentos realizados pelos enfermeiros, mas também compreender se os ensinamentos os capacitam para a prestação de cuidados em ambiente domiciliário.

Em retrospectiva foi essencial a realização de uma entrevista prévia para assegurar a adequação do guião de entrevista, por forma a dar resposta às questões de investigação e aos objetivos do estudo. Também permitiu verificar que o instrumento estava enunciado de forma clara, livre de principais tendências e que solicitava o tipo de informação que se desejava (Polit, Beck e Hungler, 2004). Todavia, embora estivesse enunciado de forma clara, e porque a reflexão sobre a temática foi uma constante, este guião inicial sofreu algumas alterações que foram de encontro à clarificação dos objetivos do estudo.

Assim, foram realizadas entrevistas a cuidadores informais da pessoa com AVC a quem foram realizados ensinamentos no decorrer do internamento no serviço de Medicina, segundo o guião elaborado previamente, em local e data escolhidos por eles, após contacto telefónico. A duração das entrevistas situou-se entre os 16 e os 32 minutos, e foram gravadas em registo áudio e complementadas com anotações manuscritas.

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à sua transcrição. A leitura das transcrições foi fundamental para reconhecer a semelhança entre os diferentes relatos nas questões do estudo. May citada por Morse defende que, quando o investigador não

identifica novas histórias que fazem parte do assunto e consegue prever o resultado da identificação de padrões de experiência, a saturação está alcançada (2007). Assim, embora com um número reduzido de participantes, considera-se alcançada a saturação de dados relativos ao período temporal definido, pois as experiências relatadas traduziram informações semelhantes.

A transcrição das entrevistas permitiu a descrição das percepções e experiências de cada participante. Ao longo das entrevistas procurámos interpretar os silêncios esclarecendo as questões colocadas algumas vezes, outras formulando questões subsequentes de forma a permitir um relato mais completo.

1.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a colheita de dados e transcrição das entrevistas começa efetivamente a análise de dados. Nesta o investigador examina os dados, organiza-os e tenta compreender a significação dos dados recolhidos, gerando conclusões, numa ação inquestionavelmente complexa (Streubert e Carpenter, 2013). Este processo assume a forma de agrupamento de dados semelhantes, ou temas, que emergem dos dados não se sobrepondo aos mesmos (*Idem*).

A metodologia utilizada para a análise das entrevistas foi a análise de conteúdo, que segundo Bardin é "um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens" (2011, p.40) com o objetivo de inferir conhecimentos relativos às experiências relatadas (*Idem*). De entre as diferentes técnicas defendidas pela autora, optou-se análise categorial, de tipo temático pois é "eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples" (*Idem*, p.199). Assim, após leituras sucessivas de todas as entrevistas, foi feita uma pré-análise onde a partir de intuições e da elaboração de indicadores se sistematizaram as ideias iniciais. Posteriormente foram ordenados os dados em categorias, subcategorias, unidades de registo e unidades de contexto (*Idem*).

Após este processo de análise inicial procedeu-se à discussão dos achados com a orientadora do estudo o que originou diferentes categorizações que refletiam a integridade dos dados.

A validação da análise com os participantes do estudo, pelo recurso a nova entrevista, não foi necessária apesar de ter sido prevista essa possibilidade, e acordada com os mesmos (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

1.6 PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS

A prática diária da profissão de enfermagem exige dos profissionais uma postura ética, sendo que no REPE estão acautelados os direitos do cidadão. Assim, no Capítulo IV – Exercício e intervenção dos enfermeiros, no número 1 do artigo 8º está descrito que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (1996, p. 2961).

Também na investigação em Enfermagem, e em particular na investigação qualitativa, os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de conduzir a investigação à luz dos princípios éticos e protegendo a pessoa. (Streubert e Carpenter, 2013).

Nesse sentido, e no que concerne aos procedimentos legais, foi pedida autorização ao Conselho de Administração da Unidade Hospitalar, que após análise pelo Conselho de Ética, deu parecer favorável à realização do estudo e recolha de dados que permitiram seleccionar os participantes neste estudo (Anexo I), tal como referido anteriormente.

Os participantes foram devidamente informados sobre o tema e os objetivos do estudo, tanto na marcação prévia da entrevista, via telefone, como pessoalmente aquando da realização da mesma, que foi precedida de assinatura do consentimento informado e novamente esclarecido o caráter voluntário de participação, sendo também pedida autorização escrita para a gravação áudio da mesma (Apêndice III). Dado que as entrevistas foram marcadas telefonicamente, consideramos estar garantida a recusa de participação no estudo. Todas as entrevistas foram concluídas com nova validação do referido consentimento e todos os participantes revelaram interesse nos resultados da investigação, considerando o estudo pertinente e oportuno, não obstante todos os participantes foram informados que poderiam pedir a exclusão dos seus relatos.

Nesta investigação, e porque os dados foram colhidos em entrevista e foram o reflexo das experiências do participante, das suas opiniões, foi assegurado o direito ao anonimato e à confidencialidade dos seus relatos. Foi-lhes assegurada a destruição do material gravado após a conclusão do estudo, bem como que na apresentação dos resultados não seria utilizado o texto total das repostas, mas somente unidades de contexto retiradas de excertos de parágrafos.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Numa investigação qualitativa a análise dos dados faz parte de um processo indutivo, iniciado aquando da colheita de dados e que exige do investigador um grau significativo de “dedicação à leitura, intuição, análise, síntese e relato das descobertas” (Streubert e Carpenter, 2013, p.47). Neste processo o investigador imerge nos dados colhidos de forma a questionar e a clarificar as descobertas (Streubert e Carpenter, 2013; Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Da leitura atenta, por diversas vezes e em diferentes momentos, das entrevistas transcritas, e num processo indutivo, emergiu uma categorização que será desenvolvida em texto narrativo, ao qual são apensos algumas unidades de contexto mais significativas e quadros de matrizes de análise, com o objetivo de refletir a percepção dos cuidadores informais da pessoa com AVC face aos ensinamentos obtidos antes da alta. Streubert e Carpenter referem que a apresentação dos dados deverá refletir a história que se pretende contar (2013).

A apresentação dos resultados iniciar-se-á com a apresentação dos dados sociodemográficos dos cuidadores informais e posteriormente com o resultado da análise das entrevistas.

2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

O estudo foi desenvolvido numa população de 7 participantes, em que existiu apenas um homem. A idade variou entre os 40 e os 66 anos. Relativamente ao estado civil 6 participantes eram casados e 1 divorciado. A escolaridade predominante é a 4ª classe, correspondendo atualmente ao 1º ciclo, representativa de 5 cuidadores, havendo 1 participante com o 12º ano e 1 licenciado. Relativamente à sua situação laboral 4 dos cuidadores informais estavam empregados, sendo que 2 não exerciam atualmente a função de cuidador informal permanente, por terem apoio formal nos cuidados através de apoio domiciliário num caso, e noutra a pessoa estava internada num lar. O grau de parentesco predominante é filha, sendo que um participante é filho e outro esposa.

Apenas um cuidador referiu já ter experiência prévia enquanto cuidador informal (Tabela I).

Tabela I – Caracterização sociodemográfica dos participantes

E	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Situação laboral	Grau parent.	Experiência prévia	Rede de apoio de cuidados
E1	42	M	Casado	4ª Classe	Empregado	Filho	Não	Sim ¹
E2	66	F	Casado	4ª Classe	Reformado	Esposa	Não	Não
E3	41	F	Casado	4ª Classe	Fundo desemprego ²	Filha	Não	Não
E4	40	F	Casado	Licenciatura	Empregada	Filha	Não	Sim ³
E5	63	F	Casado	4ª Classe	Doméstica	Filha	Sim	Sim ⁴
E6	53	F	Divorciado	12º Ano	Empregada	Filha	Não	Não
E7	65	F	Casado	4ª Classe	Reformada	Filha	Não	Não

¹ Os familiares têm apoio formal diário do Centro de Dia.

² Apesar de estar no Fundo de Desemprego a cuidadora exerce funções como auxiliar de limpeza numa instituição pública ao abrigo de um programa do Centro de Emprego.

³ A pessoa com AVC está institucionalizada num lar.

⁴ A cuidadora tem apoio para os cuidados de higiene de uma vizinha

2.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A apresentação dos resultados será acompanhada por unidades de contexto que correspondem a excertos das entrevistas, considerados relevantes para ilustrar as diferentes categorias/subcategorias. Cada unidade de contexto é identificada com a letra E que corresponde à entrevista realizada a um cuidador informal, seguida do número da entrevista correspondente.

Para facilitar a análise e apreciação dos dados, cada categoria é apresentada individualmente, sendo analisados os dados obtidos.

Neste estudo surgiram então três dimensões distintas: **ANTES DA ALTA**, **PÓS-ALTA** e **CONTRIBUTOS**.

Na dimensão **ANTES DA ALTA** foram extraídas unidades de contexto relacionadas com a percepção dos cuidadores informais relativamente aos ensinamentos, nomeadamente a informação transmitida pelos enfermeiros relacionada com a alta e os ensinamentos realizados, que foram organizadas em categorias e subcategorias. Na dimensão **PÓS-ALTA** foram categorizadas unidades de contexto emergiram com a percepção dos

cuidadores informais relacionadas com os ensinamentos recebidos mas também com a prática do cuidado no domicílio. Na dimensão **CONTRIBUTOS** foram extraídas os contributos dos cuidadores face à sua percepção dos ensinamentos numa perspetiva de melhoria e adequação dos mesmos, e relacionada com as dificuldades referidas. Na tabela seguinte apresentamos a matriz de análise das entrevistas com as dimensões, categorias e subcategorias encontradas (Tabela II).

Tabela II – Matriz de análise das entrevistas

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
ANTES DA ALTA	Informação	<i>Iminência da Alta/Necessidade de Cuidados</i>
		<i>Necessidade de Ensinos</i>
	Ensinos	<i>Planeamento do dia</i>
		<i>Metodologia</i>
		<i>Tipologia de Cuidados Abordados no Ensino</i>
		<i>Informação em Suporte de Papel</i>
		<i>Duração</i>
		<i>Atitude Enfermeiro</i>
		<i>Avaliação do Ensino</i>
PÓS – ALTA	Percepção da eficácia dos ensinamentos	
	Dificuldades/Sobrecarga no cuidado	<i>Físicas</i>
		<i>Emocionais</i>
		<i>Sociais</i>
		<i>Económicas</i>
		<i>Equipamentos/Materiais de apoio</i>
CONTRIBUTOS	Treino de habilidades	
	Adequação ao domicílio	

ANTES DA ALTA

Esta dimensão englobou a percepção dos cuidadores respeitantes aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros e reflete a percepção dos cuidadores informais relativamente à estratégia adotada por parte dos enfermeiros no planeamento daqueles. Foi dividida em duas categorias: **Informação** e **Ensinos**.

Relativamente à categoria **Informação** a mesma foi dividida em duas subcategorias: a *Iminência da Alta/Necessidade de Cuidados* e a *Necessidade de Ensinos* por parte do cuidador (Tabela III).

A subcategoria *Iminência da Alta/Necessidade de Cuidados* corresponde às unidades de registo relacionadas com a informação veiculada pelo enfermeiro junto do cuidador sobre a iminência de alta e a necessidade de cuidados no domicílio relacionados com os défices apresentados. Constatou-se pela análise das entrevistas que os cuidadores informais percecionam preocupação por parte dos enfermeiros em alertar os familiares sobre a iminência da alta e conseqüente necessidade de cuidados no domicílio, tendo este facto sido observado no discurso de cinco cuidadores.

“... enfermeira do hospital que me chamou...que ele vinha breve para casa e se eu tava preparada.” E2

“... olhe, se calhar é bom pensar e ver o que é que quer fazer relativamente ao seu pai. Ele vai ter estas limitações... o que é que quer fazer relativamente ao seu pai? Se calhar é melhor começarem a pensar nisto.” E4

“... ela um dia falou-me que ele tava a melhorar e como é que ia ser, se eu ia tomar conta dele, que ele ia ficar assim, sem força num dos lados.” E7

A subcategoria *Necessidade de Ensinos* traduz a percepção dos cuidadores relativa à preocupação dos enfermeiros em informar o cuidador informal sobre a necessidade dos cuidadores aprenderem a realizar cuidados que o seu familiar iria necessitar. Dos relatos dos cuidadores, estes não parecem percecionam que os enfermeiros avaliam as necessidades formativas dos cuidadores informais, mas somente realizam os ensinos partindo do pressuposto que existiria sempre a necessidade dos ensinos, face aos défices apresentados pela pessoa com AVC:

“A enfermeira achou que era bom os familiares mais próximos, que estivessem mais próximo do doente ter alguma explicação para depois cuidar melhor dele...” E1

“... a senhora vem cá um dia e vamos ensiná-la.” E2

“... ela falou de eu ir lá para ver como havia de dar banho na cama e por os cremes e as comidas e essas coisas.” E5

Tabela III – Matriz de análise da categoria **Informação**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Informação	<i>Iminência de Alta/ Necessidade de Cuidados</i>	<p><i>“... enfermeira do hospital que me chamou (...) ele vinha breve para casa e se eu tava preparada.” E2</i></p> <p><i>“... falou-se (...) acerca de cuidar, a gente em casa.” E3</i></p> <p><i>“... se calhar é bom pensar e ver o que é que quer fazer relativamente ao seu pai. Ele vai ter estas limitações... (...) Se calhar é melhor começarem a pensar nisto.” E4</i></p> <p><i>“... falou-me que ela ia ficar pior do que tava antes.” “... se eu já tomava conta dela e se ia continuar.” E5</i></p>

		“... ela – a enfermeira – um dia falou-me que ele tava a melhorar e como é que ia ser, seu eu ia tomar conta dele, que ele ia ficar assim, sem força num dos lados.” E7
	Necessidade de Ensinos	<p>“A enfermeira achou que era bom os familiares mais próximos (...) ter alguma explicação para depois cuidar melhor dele...” E1</p> <p>“... a senhora vem cá um dia e vamos ensiná-la.” E2</p> <p>“... a minha cunhada disse que não tinha grande experiência e... depois disseram que lá que ensinavam... prá gente lá ir.” E3</p> <p>“... traz também a sua mãe ou traz alguém que em principio irá acompanhar o pós saída do hospital.” “...amanhã traga as pessoas que vão cuidar do seu pai.” E4</p> <p>“... falou de eu ir lá para ver como havia de dar banho na cama e por os cremes (...) e essas coisas.” E5</p> <p>“Falaram-me que devia ir lá para saber como tratar dela.” E6</p> <p>“... falou que era bom aprender a toma conta dele, se eu queria ir lá aprender.” E7</p>

No que respeita à categoria **Ensinos**, traduz a percepção dos cuidadores informais sobre a efetividade dos mesmos (planeamento, realização e avaliação). Da análise emergiram sete subcategorias, a saber: *Planeamento do dia, Metodologia, Tipologia de Cuidados Abordados no Ensino, Informação em Suporte de Papel, Duração, Atitude do Enfermeiro e Validação do Ensino* (Tabela IV).

A subcategoria *Planeamento do dia* pretendeu fazer eco da marcação dos ensinos e todos os cuidadores referiram que houve marcação prévia dos ensinos.

“... depois... ficou lá marcado pra gente ir no outro dia.” E3

“... marcámos um dia de manhã. Até tivemos de marcar outra vez porque da primeira eu acabei por não poder ir.” E5

Três cuidadores referiram que os ensinos foram efetuados em dias de descanso semanal (E4), (E6) e (E7), demonstrando sensibilidade por parte dos enfermeiros em efetuar a marcação dos ensinos de acordo com a disponibilidade dos cuidadores. Um dos cuidadores referiu ter sido dele a iniciativa.

“... eu pedi se podia ser no dia a seguir que era dia 1 de Maio, porque (...) é o dia de feriado e eu não tinha que ir trabalhar.” E4

A subcategoria *Metodologia* está relacionada com o método de ensino-aprendizagem descrito pelos cuidadores durante a realização dos ensinos. Da análise dos relatos não são descritas práticas uniformes. Assim, alguns cuidadores descrevem que os enfermeiros realizaram o procedimento e depois praticaram com os cuidadores, outros cuidadores referem uma prática conjunta com o enfermeiro do serviço após alguma

explicação, outros ainda referenciam que somente lhes foi explicado e observaram sem praticar.

“Ela fez para nós vermos. (...) Ela fez... e depois ofereceu para que nós fizéssemos... fiz.” E1

“... explicou à gente... lá a enfermeira que tava de serviço e explicou. (...) Mostrou. Elas... elas até esperaram para lhe dar banho e essas coisas todas pra gente ver como é que elas faziam. (...) Também fizemos.” E3

“... fomos para o pé dele e demos banho, ela explicou e fizemos as duas, ela dum lado e eu doutro.” E5

“Elas fizeram e eu vi ,, até eram duas enfermeiras, mostraram-me como é que dava banho (...). Elas fizeram e eu vi. (...) Não.” – em resposta se praticou E6

Na subcategoria *Tipologia de Cuidados Abordados no Ensino* constatou-se a descrição predominante dos ensinamentos técnicos relacionados com as atividades de vida diárias, como os cuidados de higiene, posicionamentos, transferências e alimentação, o que foi de encontro aos achados nos processos clínicos. Denota-se que os ensinamentos efetuados estavam relacionados com os fenômenos e *status* atribuídos no processo de enfermagem à pessoa com AVC. Também se pode constatar que os relatos dos cuidadores estavam em concordância com os registros dos ensinamentos efetuados.

Dos relatos verificou-se os ensinamentos relativos aos cuidados de higiene foram os mais abordados e praticados, todavia só foram realizados ensinamentos relativos ao banho do leito, não tendo sido abordado o banho na casa de banho. Os posicionamentos e os cuidados com a prevenção das úlceras de pressão também foram referidos pela maioria dos cuidadores informais. As transferências relatadas foram efetuadas da cama para a cadeira de rodas e vice-versa. Menos relatados foram os ensinamentos relacionados com a especificidade na abordagem do membro com limitação e a alimentação.

“Demos banho (...). Pusemos creme e ela até mostrou como é que havia de fazer assim nos ossinhos, nas ancas e nos pezinhos e nos bracinhos. E virar e mudar os lençóis e depois foi por as almofadas assim ficar com os pés levantados e as costas apoiadas.” E7

“... ensinaram a por o lençol, a dar a volta porque na altura ele não se mexia nada, a dar a alimentação, como é que ele podia urinar, a fazer... a fazer um esforçozinho para ele se levantar. (...) E foi a higiene, a higiene dele... o principal foi a higiene... e a alimentação.” E2

“... vamos movê-lo lá pra cadeira de rodas, da cadeira de rodas para aqui, o vestir tem que ser sempre deste lado, por lado... se bem me recordo, já não sei se foi pelo lado que está... doente, acho que é assim... pelo lado que está doente... tentar que ele se penteie, tentar que ele faça a barba.” E4

“Foi só mais para levantar da cama e pôr na cadeira e tirar da cadeira e pôr na cama...”
E1

A cuidadora da entrevista 6 referiu que apesar de lhe só ter sido ensinado o banho no leito, no domicílio começou por dar banho na casa de banho, o que significou ter de realizar levante e transferência e banho na casa de banho sem o ter experienciado nos ensinamentos recebidos antes da alta.

“Quando ela saiu consegui dar banho no chuveiro” e quando lhe foi questionado se também lhe tinha sido explicado o banho no chuveiro respondeu *“Não,.. foi só na cama”*.

A subcategoria *Informação em Suporte de Papel* traduziu os suportes informativos referenciados pelos cuidadores e entregues pelos enfermeiros aquando dos ensinamentos, de forma a reforçar o ensino efetuado. Somente dois cuidadores fizeram referência aos mesmos, todavia devemos ressaltar que não foi efetuada nenhuma questão direta aos participantes sobre este assunto. Da análise aos processos clínicos constatou-se o registo de entrega de documentação a todos os cuidadores.

“Até me deu uns papéis para me ajudar, uns que falavam das quedas.” E7

Relativamente à subcategoria *Duração* todos os cuidadores referiram que os ensinamentos foram realizados uma só vez, no dia previamente marcado, o que está de acordo com os achados nos processos clínicos consultados.

“Lá só fomos uma vez e foi só dessa vez que a gente fez.” E3

A subcategoria *Atitude do Enfermeiro* diz respeito aos comportamentos não-verbais do enfermeiro que poderiam ser facilitadores da aprendizagem. Também nesta subcategoria verificaram-se atitudes dissemelhantes, todavia a maioria dos entrevistados referiram atitudes como simpatia, atenção, paciência e disponibilidade por parte dos enfermeiros, que são efetivamente facilitadoras do processo ensino-aprendizagem.

“A Sra. enfermeira lá do hospital explicou muito bem, com calma e paciência assim para uma pessoa já com a minha idade.” E5

“A enfermeira foi muito simpática, explicou tudo muito bem, teve paciência comigo assim que já sou mais velha.” E7

Todavia do relato de duas cuidadoras infere-se que os enfermeiros não apresentaram atitudes facilitadoras do processo, sendo que uma delas distingue a atitude dos dois enfermeiros que lhe ministraram os ensinamentos.

“... foi tudo muito rápido... ok, vamos pegar no doente, vamos move-lo lá pra cadeira de rodas, da cadeira de rodas para aqui, (...) Depois voltamos a por o meu pai na cadeira de rodas, (...) e a enfermeira foi-se embora, pra vida dela, foi mesmo assim.”

E4

“Ele mais calmo mais sereno, assim com muito cuidado, com muita atenção... a enfermeira, ou auxiliar ou não sei o que era a ser mais despachada, mais rápida. Não tava muito preocupada.” E1

Finalmente a subcategoria *Avaliação do Ensino* diz respeito à percepção dos cuidadores sobre a preocupação dos enfermeiros em validarem a informação transmitida junto daqueles, certificando-se dessa forma, da integração dos conhecimentos adquiridos pelos cuidadores. Devemos salientar que da consulta dos processos clínicos a avaliação da sessão foi registada e em todas as situações foi registado por parte dos enfermeiros que não haveria necessidade de reforçar os ensinamentos efetuados, depreendendo-se portanto que teria sido feita a avaliação dos mesmos. Todavia pelos relatos percebe-se que nesta subcategoria as práticas percebidas foram díspares, pois se alguns cuidadores referem que ao longo da sessão os enfermeiros os questionaram sobre a compreensão dos ensinamentos, outros referem nunca lhes ter sido questionado nada, inclusive se tinham dúvidas.

“... estava sempre a perguntar se estava a ser complicado, se tinha dúvidas.” E5

“Perguntou-me sempre se estava a perceber.” E7

“Nem sequer perguntou se já sabíamos... porque claro que ninguém sabe logo à primeira e não deduziu disso...” E1

“Nada nada...” E2 – quando questionada se lhe tinham perguntado se tinha dúvidas.

Tabela IV – Matriz de análise da categoria **Ensinos**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Ensinos	<i>Planeamento do dia</i>	<p><i>“... depois marcámos ... e fomos (...) lá noutro dia.”</i> E1</p> <p><i>“Foi num dia.”</i> E2</p> <p><i>“... ficou lá marcado pra gente ir no outro dia.”</i> E3</p> <p><i>“... dia anterior ao dia da saída.”</i> E4</p> <p><i>“... marcámos um dia de manhã. Até tivemos de marcar outra vez porque da primeira eu acabei por não poder ir.”</i> E5</p> <p><i>“... fui lá numa manhã de domingo.”</i> E6</p>

		“... fui lá num dia (...) foi ao domingo.” E7
	Metodologia	<p>“Ela fez para nós vermos. (...) e depois ofereceu para que nós fizéssemos... fiz.” E1</p> <p>“Ensinararam-me muito bem” “Não, eu não fiz.” E2</p> <p>“... a enfermeira que tava de serviço e explicou.” “Mostrou (...) esperaram para lhe dar banho e essas coisas todas pra gente ver como é que elas faziam.” “Também fizemos...” E3</p> <p>“... olhe eu agora vou explicar como é que tem que agir, como é que se faz (..) a minha mãe tentou fazer o levante (...) ela nem sequer o levantou da cama” “eu fiz uma vez” “fez-se e tal ... e acabou.” E4</p> <p>“... ela explicou e fizemos as duas, ela dum lado e eu doutro.” E5</p> <p>“Elas fizeram e eu vi, (...) mostraram-me (...) elas fizeram e eu vi.” “Não” – em resposta de praticou E6</p> <p>“...ela mostrou-me como é que havia de fazer em casa. Demos banho” E7</p>
	Tipologia de Cuidados Abordados no Ensino	<p>“... levantar da cama e pôr na cadeira e tirar da cadeira e pôr na cama...” E1</p> <p>“... ensinaram a por o lençol, a dar a volta porque na altura ele não se mexia nada, a dar a alimentação, como é que ele podia urinar, a fazer... a fazer um esforçozinho para ele se levantar (...). E foi a higiene, a higiene dele... o principal foi a higiene... e a alimentação.” “... depois ao vestir primeiro a mão que tá doente, para despír ao contrário.” E2</p> <p>“... banho e essas coisas” “é mais ou menos aquilo que a gente faz.” E3</p> <p>“... o levante da cama para a cadeira de rodas (...) como é que tem que vestir (..) tentar que ele se penteie, tentar que ele faça a barba” “pegar no doente, vamos move-lo lá pra cadeira de rodas, da cadeira de rodas para aqui, o vestir tem que ser sempre deste lado.” E4</p> <p>“Demos banho, pusemos creme, os lençóis, o outro dobrado” “virá-la para não ter feridas, as almofadas.” E5</p> <p>“... só na cama” – se lhe foi explicado o banho na casa de banho, “... mostraram-me como é que se dava banho (...), os lençóis, por o lençol e virar.” E6</p> <p>“Demos banho (...). Pusemos creme e ela mostrou como é que havia de fazer assim nos ossinhos (...). E virar e mudar os lençóis e depois foi por as almofadas.” E7</p>
	Informação em Suporte de Papel	<p>“Deram-me um livro.” “vim para casa com o livro.” E6</p> <p>“Até me deu uns papéis para me ajudar, uns que falavam das quedas.” E7</p>
	Duração	<p>“... foi ... uma vez foi.” “Foi só um dia.” E2</p> <p>“... quase uma manhã.” “... só fomos uma vez e foi só dessa vez que a gente fez.” E3</p> <p>“... debitar os ensinamentos em não sei quanto tempo, não me recorde.” E4</p> <p>“Nessa manhã.” E5</p> <p>“... numa manhã.” E6</p>

	<p><i>Atitude do Enfermeiro</i></p>	<p><i>“Ele mais calmo mais sereno, assim com muito cuidado, com muita atenção... a enfermeira, ou auxiliar ou não sei o que era a ser mais despachada, mais rápida. Não tava muito preocupada.”</i> E2</p> <p><i>“... maneira como elas (...) se aprontaram (...) para nos ensinar (...) a gente não tava à espera.”</i> E3</p> <p><i>“... foi tudo muito rápido (...) a enfermeira foi-se embora, pra vida dela”</i> E4</p> <p><i>“... explicou muito bem, com calma e paciência assim para uma pessoa já com a minha idade.”</i> E5</p> <p><i>“A enfermeira foi muito simpática, explicou tudo muito bem, teve paciência comigo assim que já sou mais velha”</i> E7</p>
	<p><i>Avaliação do Ensino</i></p>	<p><i>“Nem sequer perguntou se já sabíamos (...) ninguém sabe logo à primeira e não deduziu isso.”</i> E1</p> <p><i>“Nada nada...”</i> E4 – quando questionada se lhe tinham perguntado se tinha dúvidas</p> <p><i>“...estava sempre a perguntar se estava a ser complicado, se tinha dúvidas.”</i> E5</p> <p><i>“Perguntou-me sempre se estava a perceber.”</i> E7</p>

A dimensão **PÓS – ALTA** diz respeito às experiências dos cuidadores relacionadas com o cuidado à pessoa com AVC. Nesta dimensão emergiram duas categorias, a **Percepção da Eficácia dos Ensinos** e as **Dificuldades/Sobrecarga no Cuidado**.

A categoria **Percepção da Eficácia dos Ensinos** (Tabela V) traduz a percepção dos cuidadores informais sobre a eficácia dos ensinamentos realizados pelos enfermeiros.

Da análise das entrevistas constatámos que os cuidadores informais têm percepções claras sobre os ensinamentos e emergiram três ideias principais: os cuidadores atribuem importância aos ensinamentos e consideram que são importantes; consideram que são insuficientes quer no tempo dedicado à prática de habilidades quer no número de vezes que praticam; a realidade da prática formativa é muito diferente da realidade vivida no ambiente onde estão inseridos e onde praticam o cuidado informal.

Assim, e relativamente à importância que atribuem aos ensinamentos referiram:

“Ensinarão-me muito bem.” “... foi uteis ...pois, eu nunca tinha feito nada.” “Aprendi ... claro que aprendi” E3

“Percebi bem e foi muito bom. E gostei de aprender (...) A gente assim a aprender é mais simples tomar conta. Como lhe disse não sabia que ensinavam assim as pessoas, é muito importante que se preocupem com a gente.” E5

Quatro cuidadores referiram que embora importantes, não era apenas numa sessão que se sentiam aptos para cuidar, ou seja, a sua percepção foi de que os ensinamentos numa única sessão, não os capacitam para o cuidado informal.

“... não é agora uma pessoa porque tem um familiar assim vai lá uma vez e dão-lhe uma explicação e fica a saber, não é verdade.” E1

Também quatro cuidadores, embora reconhecendo a importância dos ensinamentos, perceberam que cuidar no domicílio seria diferente da experiência vivenciada no hospital.

“Não foi suficiente... eu não considero que tenha sido uma explicação suficiente. (...) se tivesse se calhar tomado a decisão de posto o meu pai em casa (...) se calhar eu teria depois que acabar por eu... ter que pedir ajuda em termos de me explicarem como é que havia de ter... ou seja, eu não me senti confortável só com aquilo que ela me ensinou aqui...(..) Do ver ao fazer é totalmente diferente.” A mesma cuidadora acrescentou *“A única coisa que eu ali vi foi esses tais cuidados que eu não podia estar a dar ao meu pai.” E4*

“... os ensinamentos são bons, são fundamentais, mas sabe... na prática não funciona.” E6 – referindo-se à disponibilidade, em termos do número de profissionais e tempo, que existe nos hospitais para cuidar.

Dois cuidadores consideraram que ficaram aptos a cuidar, sendo que uma delas já tinha experiência prévia.

“Capaz... claro, claro” – quando questionada se sentiu que tinha ficado capaz de cuidar do seu marido E2

Tabela V – Matriz de análise da categoria **Percepção da Eficácia dos Ensinamentos**

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Percepção da eficácia dos Ensinamentos	<p><i>“Ninguém aprende de uma vez.” “... apenas numa reunião (...) não... não tinha hipótese.” “... não era assim numa reunião que que ficávamos já aptos a cuidar.” “... dão-lhe uma explicação e fica a saber, não é verdade” E1</i></p> <p><i>“Ensinaram-me muito bem.” “... foi uteis ...pois, eu nunca tinha feito nada.” “Aprendi ... claro que aprendi.” “Capaz... claro, claro.” – quando questionada se sentiu que tinha ficado capaz de cuidar do seu marido E2</i></p> <p><i>“Assim totalmente não.” “... foi uma explicação... bem dada... a gente até gostamos da maneira como explicaram.” “... mais ou menos, ficamos assim a perceber.” E3</i></p> <p><i>“A única coisa que eu ali vi foi esses tais cuidados que eu não podia estar a dar ao meu pai.” “... a questão dele ter que mudar a fralda (...) talvez isso tenha ajudado.” “Não foi suficiente (...) eu não considero que tenha sido uma explicação suficiente.” “... debita-se, porque a mim foi debitar os ensinamentos em não sei quanto tempo (...) debita-se e pronto, tudo a correr bem, boa sorte e ponto final.” “... se tivesse tomado a decisão de posto o meu pai em casa ... se calhar eu teria depois que acabar por ter que pedir ajuda em termos de me explicarem.” “... eu não me senti confortável só com aquilo que ela me ensinou aqui...” E4</i></p> <p><i>“Fiquei mais ou menos. Fiquei a saber (...) as coisas, agora fazer já é diferente.” “Fiquei a saber como tratar dela (...) só que sem a ajuda da minha comadre não conseguia. Mas foram uteis.” “Percebi bem e foi muito bom. E gostei de aprender.” “Sabe eu pensava</i></p>

<p><i>que ma mandavam para casa e mais nada, não pensava que ia lá para aprender e cuidar dela.” E5</i></p> <p><i>“Não. Foi tudo muito complicado.” “... os ensinamentos são bons, são fundamentais, mas sabe ... na prática não funciona.” E6</i></p> <p><i>“Vi que era trabalhoso (...) na cama que tinha, assim, baixinha.” “... achei que era capaz (...) foi muito bom.” E7</i></p>
--

Relativamente à categoria **Dificuldades/Sobrecarga no Cuidado** houve a necessidade de criar subcategorias dados os relatos dos cuidadores. Emergiram as subcategorias: *Físicas, Emocionais, Sociais, Económicas e Equipamentos* (Tabela VI).

Em virtude das entrevistas terem sido realizadas aos cuidadores informais, quando estes já prestavam cuidados, os cuidadores tiveram facilidade em identificarem as dificuldades na prestação de cuidados. Assim, e relativamente às dificuldades *Físicas* os cuidadores referiram sobretudo a falta de força muitas vezes relacionada com o peso e as limitações físicas da pessoa com AVC. As questões relacionadas com a saúde do cuidador também foram referenciadas como limitações. Uma cuidadora referiu que necessitou de pedir a ajuda a outra pessoa, porque não conseguia sozinha tratar do seu familiar.

“... ele era muito pesado e ainda é (...) eu não sou capaz com ele sozinha.” E2

“... eles ainda o sentavam mas cá em casa eu não consegui, mesmo magrinho eu não consegui.” E7

“... quando vim para casa não conseguia com as minhas costas (...) tive de pedir a uma comadre minha que me ajudasse.” e quando questionada que ainda mantém a ajuda *“Sim, dar banho sozinha é muito difícil, ela não ajuda nadinha.” E5.*

Os relatos relacionados com a subcategoria *Emocionais* revelam que este tipo de dificuldades se prende sobretudo com os aspetos emocionais de reação à situação, o inesperado. Efetivamente os cuidadores informais da pessoa com AVC são confrontados com uma situação de doença súbita do seu familiar, que trará limitações físicas, e que por isso têm de se adaptar rapidamente à situação de dependência do seu familiar, mas também a mudança do seu papel dentro do seio familiar, para o papel de cuidador.

“... às vezes assim nestes casos de... é assim coisas de repente que a gente ficamos assim sem saber como é que havemos de lidar com as pessoas...” E3

“... nós somos um bocadinhos, fomos um bocadinho, somos um bocadinho apanhadas de surpresa. É a primeira vez que estamos a lidar com uma situação daquelas.” E4

A ausência de partilha no papel de cuidador também é referida, sobretudo pelas cuidadoras mais velhas. Algumas acrescentam que embora o marido esteja presente não pode ser parceiro nos cuidados, pela sua condição de género.

“... o que foi mais difícil foi eu ser sozinha (...) O meu marido já se sabe, é homem e eles não se ajeitam para estas coisas. Sabe a verdade é que hoje ninguém quer saber assim das pessoas mais velhas.” E7

O confronto entre as necessidades do familiar e a disponibilidade de tempo por parte do cuidador traz sentimentos de impotência, descritos por uma cuidadora:

“Eu sou sozinha, trabalho das 8 às 5, chego a casa e não é possível dar banho todos os dias (...). Lá tão todo o dia (...) não tenho disponibilidade como lá.” E6

Outra cuidadora também referenciou sentimentos de angústia e desconforto decorrentes de não poder ser cuidadora e de ter tomado a decisão de institucionalizar o pai.

“... eu sempre disse que colocar os meus pais numa instituição destas só em ultimo recurso.” “... só há relativamente pouco tempo... três quatro meses talvez, é que eu aceitei o facto da hipótese de... de o facto de ter que o ter colocado numa instituição.” E4

Na subcategoria *Sociais* os cuidadores relataram as dificuldades relacionadas com os apoios sociais que não conseguiram obter.

“Liguei ao centro de dia, não tinham possibilidade (...). Liguei à Santa Casa tão pouco” E2

“os cuidados – cuidados domiciliários – não estão permanentes, vão de manhã, vão à tarde ou vão à noite.” “... pensei numa pessoa permanente, mas depois se (...) me falha, eu não posso contar com a minha mãe.” E4.

Perante a ausência de resposta social alguns cuidadores arranjaram outras soluções.

“... não é o centro de dia, trabalha lá mas é fora do horário” e prontos aceitei. Treze dias... treze dias a senhora veio aqui, paguei-lhe.” E2

“... ela recuperou muito mas não foi da fisioterapia do hospital, foi que eu tinha uma pessoa que lá ia fazer fisioterapia” E6.

As dificuldades *Económicas* foram referidas por quatro cuidadores, sobretudo por perceberem que não têm capacidade económica para providenciar melhores cuidados:

“Sou sozinha com o ordenado mínimo e tenho um filho de 17 anos que quer ser médico e ela quer ajudar-me com a reforma...” E6

“os lares são muito caros e por isso tenho de poder ... Acho que havia de haver sítios para por pessoas como ele, mas que a gente pudesse pagar, ou que fosse que a reforma dele que é pequenina, nem chega aos 300€.” E7

As dificuldades relacionadas com os *Equipamentos/ Material de Apoio* são direcionadas para a falta de cama articulada, referenciada por dois cuidadores, mas também com a estrutura física da habitação.

“Sabe sra enfermeira lá é feito com tudo á mão, as bacias, as mesinhas, as camas, tá tudo à mão e é próprio. Cá em casa é tudo diferente. (...) cá as nossas casas não temos as coisas próprias.” E5

“... em casa as condições são diferentes. E6

Uma cuidadora refere que arranjou uma cama articulada mas não tinha grades:

“Falei com ela – assistente social – e ela arranjou-me uma cama daquelas que se levantam, daquelas do hospital mas só que não tinha grades.” E7

Tabela VI – Matriz de análise da categoria **Dificuldades/Sobrecarga no Cuidado**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Dificuldades/ sobrecarga no Cuidado	<i>Físicas</i>	<p><i>“Uma pessoa sozinha não lida com ele.” E1</i></p> <p><i>“... ele era muito pesado (...) eu não sou capaz com ele sozinha.” E2</i></p> <p><i>“... a minha mãe tem problemas de saúde, nomeadamente de força (...) Pra já ela nem sequer o levantou da cama.”</i></p> <p><i>“... fiz como me ensinaram, e como eu tenho visto... só que é a tal coisa, não consegui (...) fiquei com esta parte cheia de dores.” E4</i></p> <p><i>“... eu já não tenho saúde para andar abaixada.” “... diferente porque quando vim para casa não conseguia com as minhas costas, não conseguia virá-la na cama e dar banho todos os dias.” “... tive que pedir a uma comadre minha.” “Sim, dar banho sozinha é muito difícil” – em reposta se a comadre ainda a ajuda. E5</i></p> <p><i>“Quando ela saiu consegui dar banho no chuveiro.” “Eu sou sozinha.” E6</i></p> <p><i>“... o que foi mais difícil foi eu ser sozinha a tratar dele.” “... dar a volta sozinha não é fácil.” “.. eles ainda o sentavam mas cá em casa eu não consegui, mesmo magrinho eu não consegui.” E7</i></p>
	<i>Emocionais</i>	<p><i>“Não tou preparada (...) nesta idade também não estou preparada pra nada.” E2</i></p> <p><i>“... assim coisas de repente que a gente ficamos assim sem saber como é que havemos de lidar com as pessoas” E3</i></p> <p><i>“... somos um bocadinho apanhados de surpresa.” “É a primeira vez que estamos a lidar com uma situação daquelas.” “... colocar os meus pais numa instituição destas só em último recurso.” “... eu estava num dilema</i></p>

		<p><i> muito grande eu só há relativamente pouco tempo... três quatro meses talvez, é que eu aceitei o facto (...) de ter que o ter colocado numa instituição.” “Foi das piores decisões” E4</i></p> <p><i>“O meu marido não ... quer dizer lavar uma senhora ... é uma questão de respeito” E5</i></p> <p><i>“Eu sou sozinha, trabalho das 8 às 5, chego a casa e não é possível dar banho todos os dias (...). Lá tão todo o dia (...) não tenho disponibilidade como lá.” E6</i></p> <p><i>“... o que foi mais difícil foi eu ser sozinha (...) O meu marido (...) é homem e eles não se ajeitam para essas coisas.” “Sabe a verdade é que hoje ninguém quer saber assim das pessoas mais velhas.” E7</i></p>
	Sociais	<p><i>“Liguei ao centro de dia, não tinham possibilidade (...). Liguei à santa casa tão pouco” “ treze dias a senhora veio aqui, paguei-lhe.” E2</i></p> <p><i>“... conversa com a assistente social (...) ela ficou de me telefonar (...) e depois nunca me telefonou” “só que depois os cuidados não estão permanentes, vão de manhã, vão à tarde ou vão à noite” – relativamente aos cuidados domiciliários “pensei numa pessoa permanente, mas depois se (...) me falha, eu não posso contar com a minha mãe.” E4</i></p> <p><i>“... ela recuperou muito mas não foi da fisioterapia do hospital, foi que eu tinha uma pessoa que lá ia fazer fisioterapia.” E6</i></p>
	Económicas	<p><i>“... meu Deus eu tenho que fazer isto sozinha, eu não vou pagar mais que eu não posso.” E2</i></p> <p><i>“... nas condições de pagamentos e essas coisas, a gente não tinha condições.” E3 – para colocar o familiar no lar</i></p> <p><i>“Sou sozinha com o ordenado mínimo e tenho um filho” E6</i></p> <p><i>“... os lares são muito caros e por isso tenho de poder.” E7</i></p>
	Equipamentos/Materiais de Apoio	<p><i>“... a cama lá em casa é baixa.” “Cá em casa é tudo diferente (...) cá as nossa casa não temos as coisas próprias.” E5</i></p> <p><i>“... em casa as condições são diferentes.” E6</i></p> <p><i>“... cama (...) baixa.” “arranjou-me uma cama daquelas que se levantam (...) só que não tinha grades.” E7</i></p>

A dimensão **CONTRIBUTOS** traduz o relato dos cuidadores informais sobre as oportunidades de melhoria dos ensinos, sobretudo quais os aspetos que deveriam ser mais valorizados pelos enfermeiros para que os ensinos fossem de encontro às suas necessidades. Assim emergiram duas categorias, **Treino de Habilidades** e **Adequação ao Domicílio** (Tabela VII).

Relativamente à categoria **Treino de Habilidades** os cuidadores sugerem a duração do ensino como uma oportunidade de melhoria no sentido de ser mais longa a sessão, mas também referenciam que o número de sessões poderia ser em maior número.

“Pra mim é uma questão de estar... (...) tar com mais calma. É assim, se a pessoa está para fazer aquilo é só ali que neste momento... nem que demore uma hora, em que a pessoa tenha que repetir mais do que uma vez, mas nem que demore uma hora...”
“...pra mim acho que se as coisas se forem geridas e se forem feitas com mais calma, eu acho que se calhar nós, que estamos a aprender, principalmente face a uma situação nova, se calhar é muito mais fácil tirar proveito desses tais ensinamentos e se calhar ate ter tempo de colocar dúvidas, não é?” E4

De outra forma tinha que ser mais lento, porque não se trata de um material, é uma pessoa. (...) Teria que ir mais vezes. E1

“Mas se fosse mais vezes se calhar era melhor. As enfermeiras têm muito trabalho, até dá gosto ver, vira dum lado, põe do outro, mas também têm muita prática, fazem isso todos os dias, agora a gente não, nunca fazemos e olhe temos de fazer, que é mesmo assim.” E7

Uma cuidadora referenciou um aspeto direcionado para o método de ensino.

“Apesar de a gente lá tar quase uma manhã... se fosse mais... prontos, nós a fazermos com elas... se calhar aprendíamos mais.” E3

Relativamente à categoria **Adequação ao Domicílio**, e em concordância com algumas das dificuldades experienciadas, duas cuidadoras referiram que os ensinamentos deveriam refletir as condições domiciliares.

“Só é pena que cá as nossas casas não temos as coisas próprias.” E5

“Serem mais perto da nossa realidade, das condições que temos em casa” E6

É de referir que uma cuidadora quando questionada referiu não ter qualquer sugestão E2.

Tabela VII – Matriz de análise da dimensão **Contributos**

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO
Treino de Habilidades	<p><i>“... tinha que ser mais lento (...) Teria que ir mais vezes” “Penso que só com o tempo” E1</i></p> <p><i>“Não, nos ensinamentos não.” E2</i></p> <p><i>“Explicarem mais vezes.” “Acho pouco” “... se fosse mais... prontos, nós a fazermos com elas... se calhar aprendíamos mais.” E3</i></p> <p><i>“... há uma questão fundamental, é o tempo (...) as coisas feitas com mais calma, com mais tempo...” “É uma questão de estar com mais calma (...) se a pessoa está para fazer aquilo é só ali que neste momento... nem que demore uma hora, em que a pessoa tenha que repetir mais do que uma vez” “se é esse o objetivo é fundamental haver tempo, estar-se com tempo e com calma a explicar-se as coisas” “se as coisas</i></p>

	<p><i>se forem geridas e se forem feitas com mais calma, eu acho que se calhar nós, que estamos a aprender, principalmente face a uma situação nova, se calhar é muito mais fácil tirar proveito desses tais ensinamentos e se calhar ate ter tempo de colocar duvidas, não é?” E4</i></p> <p><i>“Irmos lá mais vezes (...) se fosse mais vezes se calhar era melhor.” E7</i></p>
Adequação ao Domicilio	<p><i>“Só é pena que cá as nossas casas não temos as coisas próprias”. E5</i></p> <p><i>“Serem mais perto da nossa realidade, das condições que temos em casa” E6</i></p>

Compilando os dados mais evidentes, contactámos que os ensinamentos são planeados e agendados durante o internamento e de acordo com a disponibilidade do cuidador, realizam-se numa única sessão e são descritos predominantemente os ensinamentos técnicos relacionados para as atividades de vida diária, nomeadamente os cuidados de higiene, posicionamento, transferências e alimentação. A maioria dos cuidadores referiu que os enfermeiros têm atitudes facilitadoras do processo ensino-aprendizagem. A avaliação dos ensinamentos pelos enfermeiros foi percebida por alguns cuidadores, todavia denota-se pelos relatos, práticas dispare. Relativamente à percepção da eficácia dos ensinamentos, contactámos que os cuidadores consideram que os ensinamentos são importantes mas são insuficientes quer no tempo dedicado à prática, quer no número de vezes que praticam. Também a realidade da prática formativa é muito diferente do ambiente domiciliar. As dificuldades elencadas pelos cuidadores informais são de ordem física, emocional, social, económica e de falta de equipamentos/materiais de apoio. Relativamente aos contributos, os cuidadores apontam aspetos relativos ao treino de habilidades mas também à adequação ao domicílio, como oportunidades de melhoria.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados constitui frequentemente a etapa mais difícil do trabalho de investigação. Após a análise e apresentação dos resultados cabe ao investigador a discussão dos mesmos face ao enquadramento teórico, às questões de investigação e consequentes objetivos, através de uma reflexão crítica dos aspetos mais relevantes do estudo e que poderão traçar o retrato fiel das percepções dos cuidadores.

A discussão dos resultados será feita tendo por base as questões e os objetivos da investigação. Em virtude de ser importante a percepção dos cuidadores relativos ao ensino, optámos por fazer a discussão tendo por base as dimensões encontradas na análise dos dados e no final uma reflexão sobre o objetivo principal do estudo.

No que concerne aos achados sociodemográficos dos participantes neste estudo, podemos constatar que são maioritariamente mulheres e filhas da pessoa com AVC. São casadas e com a 4ª classe, o que corresponde atualmente ao 1º ciclo. Estes dados estão em concordância com os diferentes estudos cuja amostra era constituída por cuidadores informais realizados em Portugal e que mostram a constante do papel de cuidador atribuído à mulher, com grau de parentesco próximo, esposa ou filha, e com baixa escolaridade (Marques, 2007; Araújo, Paúl e Martins, 2008; Santos, 2008; Fernandes, 2009; Gomes e Henriques, 2011; Santos, 2011). Relativamente à idade os cuidadores informais têm idades compreendidas entre os 40 e os 66 anos, numa média de 52,8 anos, o que mostra uma população mais nova do que os estudos acima referenciados, que apresentam cuidadoras predominantemente mais velhas, mas está de acordo com o estudo de Lage (2007) cuja média de idade das cuidadoras é de 53,6 anos. Relativamente à situação laboral os achados estão em concordância com Martins (2006) que refere que os cuidadores informais são, preferencialmente, membros da família que não estão a exercer atividade laboral ou que têm trabalhos menos diferenciados.

Relativamente ao cuidado partilhado, somente 2 cuidadores referiram que tinham apoio formal, o que parece contrariar o estudo de Santos (2008) e Sarmento, Pinto e Monteiro (2010) em que a maioria dos participantes afirmaram ter a colaboração de outras

pessoas na prestação de cuidados, seja de rede formal, seja de rede informal. Todavia está de encontro aos achados no estudo de Lemos 2012 que refere que 69,9% dos cuidadores informais não recebe qualquer apoio ou ajuda na prestação dos cuidados.

O facto de 6 dos cuidadores não terem experiência prévia poderá ser explicado pelo carácter súbito do AVC, sendo que a cuidadora com experiência prévia a terá desenvolvido no cuidado a outro familiar que não este afetado com o AVC.

ANTES DA ALTA

O planeamento dos ensinamentos por parte dos enfermeiros teve início durante o internamento, alguns dias antes da alta, e denotou-se a preocupação por parte daqueles em identificar os cuidadores informais que prestariam cuidados no domicílio e alertá-los para a necessidade de cuidados. Todavia dos relatos constatou-se que não foi realizada uma avaliação das necessidades formativas dos cuidadores informais, parecendo que os enfermeiros assumiram que todos os cuidadores informais necessitassem de ensino face à dependência apresentada pela pessoa com AVC. Também no que concerne às experiências prévias, às capacidades (físicas e emocionais) e motivação dos cuidadores, os cuidadores não referiram terem sido aferidas, tal como defendem Redman, 2003; Potter e Perry, 2006, Petronilho, 2007 e Peixoto, 2013. Estes autores frisam a necessidade de envolver os familiares no processo de cuidados, avaliar as expectativas e necessidades de aprendizagem bem como a motivação, e estabelecer metas de aprendizagem conjuntas. Também defendem que o planeamento da intervenção deverá ser feito posteriormente e de acordo com as necessidades identificadas. Corroborando Melo, Rua e Santos (2014) referem que o reconhecimento das necessidades é de extrema importância, tendo em consideração que é a primeira etapa para o diagnóstico da situação para posterior planeamento das intervenções. Ora, para a correta avaliação das necessidades é necessário que o enfermeiro estabeleça com o cuidador informal uma relação que lhe permita poder avaliar as suas necessidades, capacidades e motivação. Pereira²⁰ (2010) concluiu no seu estudo, parecer existir necessidade dos enfermeiros consolidarem a vertente terapêutica nas intervenções relacionais, através de uma relação enfermeiro/doente baseada na parceria, na confiança, na disponibilidade e proximidade. Efetivamente apesar dos conhecimentos detidos, parece haver necessidade dos enfermeiros os transporem para a sua prática melhorando as suas competências de relação interpessoal com a pessoa/família. Além da empatia é importante que os enfermeiros estabeleçam com a

²⁰ A importância atribuída pelos enfermeiros ao *empowerment* do doente na relação terapêutica enfermeiro/ doente.

pessoa/família verdadeiras parcerias no cuidar, que os envolvam no planeamento dos cuidados, que se mostrem disponíveis para esclarecer as suas dúvidas e receios, e que fomentem uma participação ativa.

Da análise dos achados, constatámos que o planeamento do ensino foi realizado pelos enfermeiros, denotando-se a sua preocupação em marcar a sua realização mediante a disponibilidade dos cuidadores. Relativamente aos conteúdos, foram aparentemente selecionados mediante as dependências da pessoa com AVC, não tendo sido os cuidadores informais envolvidos no levantamento das necessidades, e embora todos os cuidadores tivessem referido que foram alertados pelos enfermeiros sobre as dependências dos seus familiares, alguns referiram que não foram questionados sobre as suas experiências prévias. O facto do levantamento das necessidades formativas não ter sido percecionado pelos cuidadores poderá estar relacionado com as dificuldades relatadas pelos cuidadores quando confrontados com a prestação efetiva de cuidados. Por outro lado, apesar de na história inicial, logo após o internamento, ser realizado um levantamento de informação relativa às condições socioculturais e económicas da família, bem como às condições higiénico-sanitárias da habitação, esse conhecimento não é percecionado pelos cuidadores, ou seja, parece haver a necessidade de os enfermeiros integrarem as diferentes informações de que dispõem, e que das quais fazem levantamento, no planeamento dos ensinamentos de forma a irem de encontro à realidade da pessoa/família. Corroborando Raposo (2012) refere que somente conhecendo como é que os cuidadores aprendem a cuidar no quotidiano, permite depois aos enfermeiros apoiá-los, e promover as suas capacidades na avaliação das necessidades do doente.

No que concerne à intervenção propriamente dita, constatou-se que todos os cuidadores informais referiram que a mesma foi realizada numa sessão única, e de acordo com as rotinas instituídas no serviço, num período relativamente curto – uma parte da manhã. Esta prática contraria o defendido por Petronilho (2007), que refere que não pode existir apenas um momento de ensino-aprendizagem, mas que este deverá ser repetido ao longo do internamento, mesmo que o cuidador pareça ter apreendido os conteúdos e técnicas. Acrescenta que o enfermeiro terá de ser capaz de avaliar a disponibilidade e motivação do cuidador, adequando o ritmo e os conteúdos da formação. Também Gomes (2012) defende que para que as aprendizagens aconteçam de forma gradual, e portanto cimentadas, o cuidador informal deverá ser envolvido na prestação de cuidados ao longo do internamento, como parte integrante da equipa. Relativamente à duração da sessão Redman (2003) que refere que o plano de sessão deve contemplar tempo para as práticas, o que pressupõe uma duração alargada e em ambiente semelhante ao

onde os cuidados serão prestados, o que não se constatou pelos relatos dos participantes. Realça-se a preocupação por parte de alguns enfermeiros, e referida por alguns cuidadores de marcar os ensinamentos para dias fora do horário laboral, dado que 4 dos cuidadores participantes mantêm uma atividade profissional. Esta prática vai de encontro ao defendido por Knowles citado por Smith (1998) que refere que a adequação do momento dos ensinamentos à disponibilidade do cuidador potencia a sua disponibilidade para aprender.

Neste estudo constatou-se que a metodologia adotada durante a intervenção não foi uniforme tal como demonstrado na análise das entrevistas. Constatou-se explicação por parte do enfermeiro seguida de prática pelo cuidador; explicação seguida de prática conjunta (enfermeiro – cuidador); e explicação sem prática. Redman (2003) defende que a demonstração prática é modo de ensino mais comum em ambiente hospitalar. Defende também que deverá ser efetuada em dois momentos, num inicial o cuidador observa os procedimentos para assim obter uma imagem mental dos mesmos, e seguidamente desempenha esse procedimento supervisionado pelo enfermeiro, que lhe dará retorno e o motivará. Petronilho defende que o “processo de ensino-aprendizagem programado” deverá passar por três momentos, um inicial de informação teórica, um segundo momento focado na explicação/demonstração por parte do enfermeiro e finalmente propor ao cuidador a realização das intervenções com supervisão do enfermeiro (2007). Sequeira defende que a área de competência relacionada com a habilidade instrumental, ou seja o saber-fazer, deve estar assente num programa estruturado em três etapas, em que numa fase inicial o cuidador observa o enfermeiro a executar os procedimentos, na segunda fase o cuidador desempenha os procedimentos (primeiro com ajuda e depois de forma autónoma com supervisão) e finalmente numa terceira fase o cuidador deverá repetir os cuidados tantas vezes quantas necessárias de forma autónoma e segura para si e para o seu familiar (2010). Não obstante, Peixoto (2013) refere que a metodologia adotada para os ensinamentos deve relacionar-se com o nível de maturidade e com a capacidade de aprendizagem do destinatário, todavia constata-se que o método de aprendizagem escolhido pelos enfermeiros não resultou de qualquer avaliação das capacidades ou motivações dos cuidadores. Assim, a disparidade de metodologias adotadas por parte dos enfermeiros além de não estar de acordo com o defendido pelos autores citados, poderá indiciar a falta de preparação dos enfermeiros para atividades de orientação e ensino como defendem Gaspar *et al.* (2002), ou falta de “prática profissionalizada”, em que o envolvimento da família na preparação para a alta é um processo ainda pouco sistematizado (Petronilho, 2007, p.181). Consideramos que apesar dos enfermeiros

deterem conhecimentos relacionados com o processo de ensino-aprendizagem, sobretudo no curso base, e representando a preparação da alta um marco fundamental na prática de Enfermagem, é importante que os enfermeiros integrem esses conhecimentos na sua prática diária, mas também é importante que essa prática seja efetivamente valorizada como reflexo da qualidade dos cuidados prestados.

Do relatado constata-se que os ensinamentos efetuados foram sobretudo orientados para as necessidades percebidas pelos enfermeiros, tendo por base os défices e autocuidados apresentados pela pessoa com AVC, o que está em concordância com os estudos de Araújo, Paúl e Martins (2008), Gomes e Henriques (2011) e Santos (2011) que referem que os cuidadores informais apontam os cuidados instrumentais como foco da educação para a saúde, referindo a alimentação por sonda, a eliminação vesical, cuidados de higiene e conforto, posicionamentos e transferências, ou seja, direcionados para os autocuidados afetados. Marques (2007) concluiu no seu estudo que ensinamentos direcionados para o cuidado são oportunos, mas devem ser promovidos também ajustes à situação, e adaptação à perda, que é comum nos cuidadores dos doentes com AVC. Corroborando, Souza, Wegner e Gorini (2007) referem que o enfermeiro deverá preparar o cuidador para exercer cuidados totais numa perspetiva holística e não ações fragmentadas como normalmente acontecem. No estudo de Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) é sobretudo nas áreas relativas à mobilização e higiene, que os cuidadores manifestam mais necessidades formativas, não obstante, a EpS deve observar não só os aspetos relacionados com a saúde preventiva e curativa mas também a promoção da saúde (Souza, Wegner e Gorini, 2007), evoluindo as práticas no sentido observar a família como sistema, ao invés de se focalizar somente na pessoa doente (Araújo, Paúl e Martins, 2008).

Na análise dos processos clínicos constatámos a entrega de informação em suporte de papel a todos os cuidadores, e embora não fosse feita qualquer questão direcionada para este assunto nas entrevistas, apenas dois cuidadores fizeram referência aos mesmos. A informação em suporte de papel é importante para cimentar os conhecimentos, e a sua utilização é defendida nomeadamente por Petronilho (2007) que alerta para a importância dos suportes informativos como instrumento de reforço na aquisição e na solidificação de conhecimentos e capacidades, concluindo que os mesmos parecem dar um contributo significativo na melhoria das suas competências. Redman (2003) alerta todavia para a complexidade da informação. Segundo a autora, para muitos cidadãos os materiais disponíveis apresentam um nível de complexidade muito acima do que conseguem compreender. A mesma autora refere que o nível de

literacia em saúde²¹ está normalmente abaixo do nível acadêmico e “que tem sido dada pouca atenção à mensuração da capacidade de compreensão ou de aprendizagem dos utentes face à literatura educacional” (*Idem*, p.53).

A atitude dos enfermeiros é fundamental para o processo de ensino-aprendizagem. As atitudes descritas pelos cuidadores informais de simpatia, paciência, calma são associadas à melhor compreensão dos ensinamentos, e portanto facilitadoras do processo. Por outro lado a rapidez, a exaltação descritas por outros cuidadores, são comportamentos inibidores do processo, parecendo estar associados a uma pior contribuição para a sua capacitação nalguns cuidadores. A propósito Marques (2007) alerta para que os enfermeiros tenham especial cuidado em transmitir mensagens claras pois fatores como o cansaço e ansiedade estão presentes no cuidador e interferem com o seu grau de aprendizagem. Também Melo, Rua e Santos (2014) referem que a informação prestada aos cuidadores deve ser transmitida de forma clara, em ambiente calmo. Andrade (2009) refere que o enfermeiro deverá partilhar conhecimentos através de uma postura de receptividade, empatia, serenidade e compreensão, através da comunicação verbal e não-verbal. Todavia e na prática, nomeadamente no estudo de Gomes e Henriques (2011), os entrevistados referiam a pouca disponibilidade dos enfermeiros para esclarecimento e orientação, como um dos fatores agravantes para as limitações do cuidador informal. A este propósito, Petronilho (2007) refere que é determinante para o envolvimento com o cuidador, a capacidade que os enfermeiros têm para estabelecer uma relação interpessoal. Neste estudo, embora a adoção de atitudes facilitadoras do processo ensino-aprendizagem fosse predominante, houve outros que referiram atitudes contrárias, o que poderá demonstrar que alguns enfermeiros devem manter a preocupação em procurar o estabelecimento de uma relação interpessoal alicerçada na confiança, na parceria e disponibilidade, em que os aspetos da comunicação, verbal e não-verbal, são essenciais. Só assim poderão demonstrar apreço e reconhecimento do papel de cuidador informal (Pereira, 2011; Gomes, 2012).

Consideramos que o enfermeiro deverá consciencializar-se que o cuidador informal ao iniciar estas novas funções sofre uma transição, que é complexa. Que o papel de cuidador informal é complexo e que envolve muitas variáveis relacionadas com a própria doença, com o conhecimento detido, com os apoios, com as próprias limitações, com o dever moral, entre outras, e que ter uma atitude facilitadora do processo, é essencial para a capacitação do cuidador ao nível instrumental, mas também emocional (Melo, Rua e Santos, 2014).

²¹ Literacia em saúde é definida como a capacidade de compreensão de um texto escrito (Redman, 2003).

A avaliação é a etapa que permite verificar se as metas estão a ser atingidas e deve ocorrer ao longo de todo o processo (Redman, 2003). Dos relatos, no decorrer dos ensinos a sua realização pelos enfermeiros só foi percebida por parte de dois cuidadores, no entanto outros dois cuidadores referiram que a mesma não foi realizada, o que contraria as práticas de EpS, pois como afirma Redman (2003), é imprescindível efetuar avaliação para verificar se os objetivos delineados estão a ser alcançados, sendo que na maior parte dos casos os “re-ensinos” são necessários (*Idem*, p. 4). Relativamente à avaliação global da formação, ou seja, avaliação por parte dos enfermeiros sobre a apreensão dos conhecimentos por parte dos cuidadores informais, existe evidência da sua realização nos processos clínicos, no entanto, os relatos dos cuidadores não o confirmam. Assim, sendo que não existe qualquer procedimento ou norma formal de avaliação da sessão, parece-nos que a avaliação é realizada tendo por base o conhecimento profissional. Em concordância com os achados, Redman (2003) refere que a avaliação não é prática sistematizada na EpS e que apesar de existirem muitos instrumentos de avaliação formalmente desenvolvidos não são utilizados. Todavia, apesar de a evidência mostrar que todos os enfermeiros considerarem não ser necessário o “reforço do ensino”²², é de notar a discrepância entre a avaliação efetuada por parte dos enfermeiros e a percepção dos cuidadores informais. Esta situação poderá ser explicada com a sobrevalorização que os enfermeiros fazem das capacidades dos cuidadores informais defendida por Pimentel (2001), ou então, porque os enfermeiros tendem a perceber o cuidado instrumental como sendo de fácil apreensão, não valorizando as potenciais dificuldades dos cuidadores informais. Consideramos que os enfermeiros deverão integrar os conhecimentos adquiridos nos processos de ensino-aprendizagem, de forma a melhorarem as suas práticas, mas sobretudo para potenciar a capacitação dos cuidadores informais e com isso a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com dependência.

PÓS – ALTA

A percepção da eficácia dos ensinos pelos cuidadores revelou achados claros relativos aos ensinos. Assim todos os cuidadores atribuíram importância aos ensinos e a maioria dos cuidadores reconhece que os ensinos os tornam mais capazes para prestar cuidados ao seu familiar. Todavia também consideram que são insuficientes no tempo dedicado à prática mas também no número de vezes que praticam. Percebem também que são desajustados à realidade do domicílio.

²² Termo utilizado nos processos clínicos para avaliação do ensino.

Estes achados são corroborados por diferentes estudos, como Ferraz (2003) que refere que após os ensinamentos ministrados pelos enfermeiros houve cuidadores que mencionaram sentir-se inseguros face à informação proporcionada. Também Araújo, Paúl e Martins (2008) concluíram que, relativamente à adequação dos ensinamentos, havia cuidadores a referirem-nos como pouco ou mesmo desadequados às suas necessidades. Gomes e Henriques (2011) narram que os cuidadores referiram que a sua participação nos cuidados é positiva mas manifestaram a necessidade de um maior envolvimento na participação dos cuidados ao longo do internamento, o que é concordante com o estudo de Gomes (2012) que concluiu existir insatisfação por parte dos cuidadores relativamente ao treino recebido para as tarefas do cuidar. No estudo de Santos²³ (2011) os cuidadores referiram que os ensinamentos são imprescindíveis para a prestação de cuidados ao doente no domicílio, mas ressaltam que é precoce avaliar a sua eficácia porque só quando se encontrarem sozinhas no domicílio é que poderão sentir dificuldades. Morais²⁴ (2010) demonstrou que durante a preparação para a alta, os doentes e cuidadores referiram que os enfermeiros lhes proporcionaram informação insuficiente e que não havia sido fomentada a participação efetiva do cuidador. Do exposto pode inferir-se que parece existir efetivamente um desfasamento entre a percepção das necessidades formativas dos cuidadores por parte dos enfermeiros e as necessidades efetivas dos cuidadores informais, o que motiva ensinamentos desadequados, insuficientes e portanto ineficazes.

Ainda relativamente aos ensinamentos, os cuidadores referem que se praticassem mais vezes, com mais tempo e os ensinamentos fossem ajustados ao ambiente onde prestam cuidados, ou seja, se as necessidades formativas fossem realizadas com maior envolvimento e parceria do cuidador informal, ele sentir-se-ia mais capacitado para prestar cuidados ao seu familiar. Corroborando, Raposo (2012) citando Cooke *et al.*, refere que existem muitos fatores que podem interferir com a eficácia das intervenções, entre outras, o tipo de intervenção e o envolvimento ativo do cuidador informal no planeamento e tomada de decisão, defendendo que a EpS deverá ser adaptada à especificidade da doença. Petronilho (2007) defende que a aquisição de competências por parte do cuidador terá, indiscutivelmente, de passar pelos ensinamentos, e que estes terão obrigatoriamente, de envolver o cuidador informal no planeamento de cuidados individualizado para fomentar a sua participação ativa, que é condição óbvia de aprendizagem. A propósito, Ferreira *et al.* 2011 referem é do conhecimento geral que os

²³ O estudo realizado aos familiares/cuidadores informais durante o internamento de utentes com AVC, hospitalizados num serviço de medicina, que pretendeu conhecer qual a percepção acerca das ajudas/apoio/ensinamentos que tiveram durante o internamento realizadas pelos enfermeiros.

²⁴ Preparação do regresso a casa: do hospital ao contexto familiar – Doente submetido a artroplastia da anca.

profissionais de saúde ainda não incluem os cuidadores informais de forma sistemática nos processos de tomada de decisão, e conseqüentemente no planeamento de cuidados e da alta. Melo, Rua e Santos (2014) referem que não só é importante o firmar de parcerias entre os enfermeiros e os cuidadores informais, como também o planeamento de intervenções deverão ser contextualizadas para facilitar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Araújo coloca ênfase nesta parceria referindo que a família (no papel de cuidador informal) não deverá ser o objeto da intervenção mas sim o sujeito da mesma, enaltecendo o papel importante que ela tem no unir esforços com os serviços de saúde, no propósito final de melhorar os cuidados prestados à pessoa doente (2010).

Ao analisar as dificuldades expressas pelos cuidadores informais conclui-se que estas são de vária ordem, e são sobreponíveis às encontradas na bibliografia consultada. Estas dificuldades representam desafios ao cuidador informal, e os relatos dos cuidadores mostram que a intervenção do enfermeiro é fundamental para a minimização das mesmas. Simões e Grilo (2012) concluíram que ser cuidador informal é um desafio cada vez maior, repleto de exigências muito distintas, acarretando dificuldades do ponto de vista físico, psicológico, isolamento social, disfunções familiares e problemas financeiros e pessoais que requerem ajuda específica, nomeadamente a intervenção dos enfermeiros. Também Sarmento, Pinto e Monteiro (2010) demonstraram que os cuidadores referem os ensinamentos como essenciais para ultrapassar as dificuldades sentidas. Os cuidadores estudados referiam, em particular, que lhes fosse transmitida informação necessária para cuidarem do seu familiar, inclusive que fossem envolvidos na prestação de cuidados em contexto hospitalar.

Analisando em particular as dificuldades físicas relatadas pelos cuidadores neste estudo, as limitações físicas do cuidador e as próprias limitações da pessoa com AVC parecem associadas ao grau de dependência do familiar, o que se justifica pelas incapacidades temporárias e/ou permanentes que frequentemente apresentam elevados graus de dependência na pessoa com AVC. Perlini e Faro (2005) referem que as atividades que necessitam de esforço físico são as que causam maior dificuldade para o cuidador, corroborando, Sarmento, Pinto e Monteiro (2010) concluíram que as exigências de ordem física são uma dificuldade severamente sentida. Perante as dificuldades físicas sentidas uma cuidadora pediu ajuda a uma vizinha, o que está em concordância com o estudo de Araújo, Paúl e Martins que descrevem que a rede de apoio predominante é dos filhos, dos vizinhos e amigos, e que este é habitualmente regular, espontâneo e constante (2010), todavia no estudo referido o apoio informal é

sobretudo de supervisão e apoio emocional, o que no presente estudo não se verifica, pois o apoio da vizinha corresponde ao apoio instrumental. Neste sentido, Andrade (2009) constatou que o apoio dos vizinhos nas tarefas do cuidado à pessoa dependente é uma realidade e uma mais-valia no quotidiano destes cuidadores.

No que concerne às dificuldades emocionais ressaltam as relacionadas com a situação súbita de doença, com consequentes dificuldades na adaptação à mudança. Simões e Grilo (2012) referem que a instalação de um quadro de AVC é súbita e não permite a preparação psicológica do cuidador, que se vê perante de uma situação inesperada, para a qual não está preparado e bastantes vezes lhe é imposta. Nesta circunstância os autores referem ser essencial a preparação da alta hospitalar, com o envolvimento do cuidador na mesma. O facto da preparação para a alta não contemplar aspetos relacionados com a adaptação emocional à situação está patente no estudo de Araújo, Paúl e Martins (2008), em que no momento da alta os cuidadores referiram sentimentos negativos de tristeza, desamparo, insegurança, sobrecarga, atribuindo esses sentimentos à falta de apoio dos profissionais de saúde e à sua própria debilidade, mas também por sentirem dúvidas sobre a continuidade de cuidados. Corroborando, Perlini e Faro (2005) também concluíram no seu estudo, que as informações/orientações dadas aos cuidadores pelos enfermeiros não foram suficientes para possibilitar-lhes uma ação segura, criando neles sentimentos de temor e insegurança.

A questão relacionada com o sentido de dever de cuidado, aliado à impossibilidade de ser o cuidador informal, também foi referenciada por uma cuidadora como geradora de grande angústia. Petronilho (2007) referencia a imagem tradicional da família cuidadora, em contraposição com a evolução social e económica do papel da mulher, que se traduz na redução do tempo e disponibilidade para cuidar dos idosos dependentes/doentes no domicílio. Esta situação traduz-se, segundo o autor, em situação de crise aquando da alta da pessoa doente. Efetivamente os estudos mostram que a decisão de ser cuidador está muito enraizada na nossa sociedade, e é sentida como um dever moral (Lage, 2007; Araújo, Paúl e Martins, 2008; Santos, 2008; Gomes e Henriques, 2011).

Duas cuidadoras, embora sejam casadas, não reconhecem que os maridos possam ser cuidadores informais por questões relacionadas com o género. Gomes (2012) explica este sentimento citando Perista que o classifica como “estereótipo de género”, uma vez que é culturalmente aceite que o cuidar é do domínio feminino pois as mulheres apresentam qualidades pessoais de sensibilidade, compreensão e preocupação com as necessidades afetivas. Assim, a socialização da mulher leva-a a desempenhar o papel de cuidadora da família. Além de não reconhecerem no marido a legitimidade para cuidar do familiar, as cuidadoras referem que não têm com quem partilhar os cuidados,

o que se revela numa dificuldade acrescida. Gomes (2012) refere que este sentimento é agravado nas mulheres portuguesas que têm pouco ou nenhum apoio informal vindo de vizinhos, familiares ou amigos.

No respeitante às dificuldades sociais, os cuidadores relatam a dificuldade quer no acesso quer nos apoios que podem obter dos cuidados domiciliários. Esta dificuldade é corroborada por Petronilho (2007), em que os membros da família prestadores de cuidados manifestam uma insatisfação muito grande com as redes formais de apoio no contexto domiciliário, mas também por Sarmento, Pinto e Monteiro que referem que a procura de ajuda dos serviços sociais é muito importante mas que é insuficiente (2010).

As dificuldades económicas relatadas surgem das condições socioeconómicas pré-existentes, pois as cuidadoras relatam dificuldade em socorrer-se dos apoios sociais, como lares, por baixo rendimento económico.

Relativamente aos equipamentos e materiais de apoio, constatou-se que as dificuldades dos cuidadores prendem-se sobretudo com a falta de materiais adequados, nomeadamente camas articuladas, o que está de acordo com o estudo de Sarmento, Pinto e Monteiro (2010). É de ressaltar que, pela perceção de dois participantes, aquando da efetivação dos ensinos, a necessidade de cama articulada foi de imediato identificada, todavia dos relatos conclui-se que somente a uma cuidadora conseguiu obtê-la, o que pode indiciar falta de conhecimento sobre as ajudas disponíveis. A este respeito, Andrade citando Fernandes (2009) refere que a divulgação de informação relativa às ajudas técnicas veiculada pelos profissionais de saúde fica ainda aquém do desejável. Gomes (2012) reforça que as informações relacionadas com as redes de apoio, formais ou informais, e os materiais e equipamentos disponíveis são aspetos importantes a ter em consideração na preparação para a alta de pessoas com AVC. Assim, consideramos que é importante a articulação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar na preparação da alta a fim de colmatar esta necessidade identificada pelos cuidadores.

Em suma, analisando as dificuldades sentidas, muitos cuidadores associam-nas à desadequação dos ensinos, pois entendem que estes não vão de encontro às suas necessidades, o que é corroborado por Pinto, Sarmento e Monteiro que concluíram que 62% dos cuidadores informais referiram ter a perceção de que os técnicos de saúde não têm ideia dos problemas que eles enfrentam no exercício do cuidado (2010). Raposo (2012) evidencia que os profissionais de Saúde transmitem muitas vezes ideias, ensinos e “prescrições” que se tornam completamente desajustadas ao ambiente familiar, tornando-se para o doente/cuidador pouco uteis.

CONTRIBUTOS

Quando questionados, os contributos dados pelos cuidadores relacionam-se com a dificuldades sentidas, prendendo-se sobretudo com a falta de treino, ou seja, com os ensinamentos mas também com a sua adequação ao ambiente domiciliar. Relativamente ao treino, os cuidadores sugerem que os ensinamentos sejam efetuados ao longo do internamento, em vários momentos, possibilitando uma melhor apreensão dos conceitos/conteúdos/técnicas e consequente prática. Consideram que praticando mais vezes se sentiriam mais capacitados para prestar cuidados ao seu familiar. No que concerne à adequação dos ensinamentos ao ambiente domiciliar as sugestões elencadas prendem-se sobretudo com as diferenças entre os equipamentos/instalações/materiais existentes em ambiente hospitalar e o ambiente onde prestam cuidados.

Em síntese, e de acordo com o objetivo principal do estudo, conclui-se que a percepção dos cuidadores informais da pessoa com AVC que os ensinamentos efetuados pelos enfermeiros contribuíram para a sua capacitação, todavia não foram sentidos pelos participantes como suficientes para os tornar capazes de cuidar. Considerando que capacitar implica devolver ao cidadão/cuidador/família o poder de decisão no que diz respeito aos seus processos de saúde, em que um dos objetivos dos cuidados de enfermagem deverá ser o de capacitar os cuidadores informais para a prática do cuidado para que se sintam mais competentes, independentes e autoconfiantes nos cuidados que prestam (Pereira *et al.*, 2011). Pelos relatos compreendemos que após os ensinamentos, os cuidadores informais perante as dificuldades despoletadas pela necessidade de cuidar, conseguiram arranjar estratégias que lhes possibilitaram cuidar melhor. Assim, e embora alguns cuidadores informais refiram que os ensinamentos não respondam a todas as suas necessidades, consideramos que contribuem para a sua capacitação, na medida em que lhes dão poder para ser “um solucionador activo dos seus problemas” (Pereira *et al.*, 2011, p.11). Capacitar o cuidador informal é criar oportunidades nele através de conhecimentos/informação veiculada pelos enfermeiros, que lhes permitam sentir-se mais competente, independente e autoconfiante nas suas capacidades para responder às necessidades do seu familiar (*Idem*). Neste sentido, os cuidadores são um bom exemplo de aprendizagem adquirida, ou seja, aprendem com a prática, com os seus erros e acertos (Araújo, 2010), mas tendo por base os ensinamentos realizados pelos enfermeiros.

CONCLUSÕES

A capacitação do cuidador informal enquanto parceiro nos cuidados deverá ser uma prioridade das organizações de saúde e o enfermeiro surge como ator principal na satisfação dessa necessidade. Todavia, os estudos produzidos na área da educação para a saúde e capacitação dos cuidadores informais indiciam dificuldades na assunção desse papel por parte dos enfermeiros. Neste sentido, os estudos produzidos no âmbito da sobrecarga do cuidador informal também parecem indicar um desencontro entre os ensinamentos realizados pelos enfermeiros e as necessidades dos cuidadores informais. Efetivamente, parece existir falta de sistematização do processo ensino-aprendizagem e falta de conhecimento real das verdadeiras dificuldades dos cuidadores informais, que são demonstrados nos estudos de sobrecarga do cuidador. Ressalvamos todavia a evidente falta de estudos que demonstrem a perceção dos cuidadores face aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros.

Do exposto, considera-se que só através da compreensão das perceções e necessidades dos cuidadores informais, é que poderão ser desenvolvidos processos de ensino-aprendizagem que vão de encontro às necessidades daqueles, de forma a serem capacitados de facto para a prestação de cuidados, fazendo diminuir a sobrecarga percebida pelos cuidadores informais e diminuindo os custos com os internamentos relacionados com os deficitários cuidados domiciliários.

Assim, foi pretensão do estudo compreender como são percebidos pelos cuidadores informais os ensinamentos feitos pelos enfermeiros, e de que forma contribuem para a capacitação dos cuidadores informais da pessoa com AVC,. Assim, tratando-se de um estudo inserido no paradigma qualitativo, as conclusões do mesmo refletem somente a realidade estudada e não são por isso passíveis de generalização.

Após este percurso considera-se que os objetivos propostos para a concretização do trabalho foram atingidos. Além dos objetivos do próprio estudo, os objetivos pessoais de desenvolvimento de competências na área de investigação também foram concretizados, através de um percurso difícil, de amadurecimento pessoal e profissional.

Assim, e no que concerne ao estudo, podemos concluir o seguinte:

- Foi evidenciado que os enfermeiros antes da alta informam os familiares sobre a eminência da mesma e, identificando o cuidador informal, alertam-no para o grau de dependência da pessoa com AVC. Em consonância, fazem a marcação prévia dos ensinamentos que consideram necessários face à dependência identificada. Contudo os cuidadores não percebem que sejam consideradas as suas necessidades, capacidades, experiências prévias e motivação.
- Os ensinamentos versam sobretudo os cuidados instrumentais voltados para as AVD, sobretudo as básicas, como a higiene, o posicionamento, alimentação, eliminação e prevenção de úlceras de pressão.
- A metodologia delineada para a realização dos ensinamentos parece variar consoante o enfermeiro que a realiza, e não de acordo com as capacidades dos cuidadores. Os ensinamentos são efetuados numa única sessão, e a sua avaliação parece ser subjetiva, na medida que não foram identificados quaisquer instrumentos válidos de aferição das aprendizagens, nem a mesma foi percebida pelos participantes.
- As atitudes dos enfermeiros de compreensão, simpatia, paciência e disponibilidade descritas pelos cuidadores durante os ensinamentos vão de encontro às competências fundamentais para o processo ensino-aprendizagem, porém, a descrição de atitudes contrárias, como pressa e desinteresse, também foi referida por dois cuidadores.
- Relativamente à percepção dos cuidadores, estes referem os ensinamentos como muito importantes, mas que são poucos, e que a estratégia de serem realizados numa única sessão não é facilitadora da aprendizagem, por conseguinte alguns cuidadores manifestam que não se sentiram capacitados com os ensinamentos para a prestação de cuidados ao seu familiar.
- Ao nível das dificuldades evidenciadas pelos cuidadores informais, estão de acordo com as descritas em diferentes estudos de sobrecarga e dificuldades dos cuidadores, sendo que algumas delas poderiam ser colmatadas com um processo de ensino-aprendizagem que respondesse às necessidades dos cuidadores.
- Os contributos elencados pelos cuidadores vão de encontro às necessidades sentidas e são sobretudo voltadas para o treino de habilidades e a adequação às condições que têm no domicílio.

Porque os dados parecem refletir um desencontro entre as necessidades dos cuidadores informais e o processo ensino-aprendizagem planeado pelos enfermeiros, e que este facto parece relacionado com a percepção de alguns cuidadores de que os ensinamentos não os capacitam para prestar cuidados aos seus familiares e tendo em

consideração os contributos dados pelos participantes, propomos a elaboração de um procedimento/norma orientadora de planeamento de alta que contemple as etapas do processo de ensino-aprendizagem, que seja baseado na evidência científica e validado pelos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar incluindo os cuidadores. Neste sentido, propomos a realização de momentos formais de reflexão sobre as práticas atuais e sobre os resultados desta e outras investigações para a otimização do processo ensino-aprendizagem. Também consideramos que seria importante, durante o internamento, a realização de conferências familiares para determinação do cuidador informal mas também para que os familiares pudessem expressar os sentimentos de angústia, de medo e perda que apresentam mas que raramente parecem ter a oportunidade de expressar.

Propõe-se também a adoção de um instrumento de avaliação da qualidade do planeamento da alta para os cuidadores, como por exemplo a escala *PREPARED-C*, validada para a população portuguesa.

Findo este percurso considera-se que dada a nossa inexperiência, a profundidade das entrevistas poderia ter sido maior, assumindo que os resultados poderiam refletir com maior exatidão as percepções dos cuidadores informais. Salientamos a falta de estudos sobre a avaliação/percepção dos cuidadores informais face aos ensinamentos dados pelos profissionais de saúde a familiares/cuidadores informais de doentes com AVC, que poderiam enriquecer a discussão dos resultados.

Da realização deste estudo fica sobretudo a evidência de que aquilo que os enfermeiros percebiam como válido, no respeitante aos ensinamentos, não corresponde à percepção evidenciada pelos cuidadores informais que são alvo dos mesmos. Fica também o contributo para a alteração das práticas no sentido de haver uma aproximação entre os objetivos do processo ensino-aprendizagem e as necessidades dos cuidadores informais, num processo contínuo de melhoria dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. [et al.] – A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo. ISSN: 0080-6234. Vol. 43, nº1 (2009), p. 37-43.

ALARCÃO, Madalena – **(Des)equilíbrios Familiares**. 3.^a ed. Coimbra: Quarteto, 2006. 374 p. ISBN 989-558-067-3.

ARAÚJO, Isabel – Cuidar da Família com Um Idoso Dependente: Formação Em Enfermagem. [Em linha]. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. [Consult. 20 Jan. 2015]. Disponível em WWW:URL:<<http://hdl.handle.net/10216/45001>>.

ARAÚJO, Isabel; PAUL, Constança; MARTINS, Manuela – Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN: 0874.0283. II.^a Série, N.º7 (Out. 2008), p.43-53.

ARAÚJO, Isabel; PAUL, Constança; MARTINS, Manuela – Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN: 0874.0283. III.^a Série, N.º2 (Dez. 2010), p.45-53.

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. 5.^a ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 281 p. ISBN: 978-972-44-1506-2.

BEREGUEL, Mésicles – A tríade utente-família-equipa. **Hospitalidade**. Lisboa: Instituto S. João de Deus. ISSN 0871-0090. Ano 73, nº284 (Abr.-Jun. 2009), p.36-43.

BOCCHI, Sílvia; ANGELL, Allan – Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. ISSN:1413-8123. Vol.10, nº3 (Jul.-Set. 2005), p. 729-738.

CABRAL, Luciane [et al.] – A importância da Educação em Saúde aos cuidadores de idosos. [Em linha]. Paraná, 2010. [Consult. 24 Jun. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<<http://isapg.com.br/2010/ciepg/download.php?id=79>>>.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência, 2006. 168p. ISBN 972-8930-22-4.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999. 385 p. ISBN 272 96-0009-4.

COSTA, José – Método e Percepção de Cuidar em Enfermagem. [Em linha]. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 1999. [Consult. 30 Mai. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt>>.

Direção Geral da Saúde – **Acidente Vascular Cerebral, Itinerários Clínicos**. Lisboa: Lidel, 2010. 162 p. ISBN 978-972-757-661-6.

Direção Geral da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. [Em linha]. Lisboa, 2006. [Consult. 12 Mai. 2010]. Disponível em WWW:< URL:<http://www.dgs.pt>>.

Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 1. Enquadramento do Plano Nacional de Saúde. [Em linha]. Lisboa, 2012. [Consult. 20 Nov. 2012]. Disponível em WWW:http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_1_Enquadramento_2013-01-151.pdf>.

Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 3.2. Eixo Estratégico – Equidade e Acesso. [Em linha]. Lisboa, 2012. [Consult. 20 Nov. 2012]. Disponível em WWW:http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf>.

Direção Geral da Saúde – Programa Planeamento da Alta do Doente com AVC. [Em linha]. Lisboa, 2004. [Consult. 12 Mai. 2010]. Disponível em WWW:< URL: <http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>>.

FÉLIX, Ana – Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar. [Em linha]. Aveiro. Secção Autónoma Ciências da Saúde, 2010. [Consult. 3 Mai. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10773/3886>>.

FERNANDES, Jacinta – Cuidar no domicílio, a sobrecarga do cuidador familiar. [Em linha]. Lisboa. Faculdade de Medicina, 2009. [Consult. 3 Mai. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10451/1088>>.

FERRAZ, Carla - A Família do Doente com AVC e a Alta Hospitalar: Papel do Enfermeiro na Gestão da Adaptação nas Freguesias de Aldoar e Ramalde. [Em linha]. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2003. [Consult. 20 Jan. 2015]. Disponível em WWW:URL:<http://hdl.handle.net/10216/9582>>.

FERREIRA, Maria; SILVA, Isilda – Empenhamento organizacional de enfermeiros e relação com a chefia. Revista Enfermagem UERJ [Em linha]. Abr./ Jun. (2013), p.156-161. [Consult. 10 Out. 2013]. Disponível em: WWW:URL:<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6818>>.

FERREIRA, Pedro [et al.] – Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (*PREPARED*). **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN: 0874.0283. III.^a Série, nº5 (Dez. 2011), p.121-133.

FLANNERY, Jeanne; BULECZA, Susan – Problemas Vasculares e Degenerativos do Cérebro. In MONAHAN; [et al.] – Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença. 8.^aed. Cap. 49 Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.

FORTIN, Marie Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. 595p. ISBN 978-989-8075-18-5.

GASPAR, Maria [et al.] – Planeamento de Altas: Um projecto de Humanização e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem do Hospital de Egas Moniz. **Enfermagem em Foco**. Lisboa. ISSN: 0871-8008. Ano XI, nº 47 (Abr.-Jun. 2002), p.36-41.

GIBSON, Cheryl – A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**. Chichester. ISSN: 1365-2648. nº16 (1991) p.354-361.

GOMES, Maria – Vidas após um Acidente Vascular Cerebral: Efeitos individuais, familiares e sociais. [Em linha]. Braga. Instituto de Ciências Sociais, 2012. [Consult. 23 Mar. 2015]. Disponível em WWW:URL:<http://hdl.handle.net/1822/21005>>.

GOMES, Nisa; HENRIQUES, Sara – A Família no Hospital. A Percepção da Prática do Enfermeiro na Preparação para a Alta Hospitalar. **Revista Enformação**. Lisboa. nº14 (Mar, 2012) p.14-19.

HAINES, Duane; RAILA, Frank; TERRELL, Alen – Orientação à Estrutura e à Imagem do Sistema Nervoso Central. In HAINES, Duane – Neurociência Fundamental: para aplicações básicas e clínicas. 3.ªed. Cap. 1. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 432 p. ISBN 85-352-1977-3.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência 1997. 201 p. ISBN 972-8383-11-8.

IMAGINÁRIO, Cristina – **O idoso dependente em contexto familiar**. Coimbra: Formasau, 2002. 242 p. ISBN 972-8485-38-7.

JÚNIOR, Paulo [et al.] – Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com défice de autocuidado. Ciência & Saúde Coletiva [Em linha]. 16:7 (2011), p. 3131-3137. [Consult. 12 Abr. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800013>>. ISSN 1413-8123.

LAGE, Maria – Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal. [Em linha]. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. [Consult. 3 Mai. 2015]. Disponível em WWW:<URL:<http://hdl.handle.net/10216/7243>>.

LEMOS, Jacinta – Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes. [Em linha]. Bragança. Escola Superior de Saúde, 2012. [Consult. 20 Abr. 2015]. Disponível em WWW:URL:<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8088>>.

MARCUS, M; LIEHR P – Abordagens de pesquisa qualitativa. In LOBIONDO-WOOD Gery; HABER Judith – Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. ISBN 85-2770-659-8. p.332.

MARQUES, Sónia – **Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC**. Coimbra: Formasau, 2007. 186 p. ISBN 972-8485-78-6.

MARTINS, J. [et al.] – Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Revista Texto e Contexto - Enfermagem. [Em linha]. 16:2 (Abr.-Jun. 2007), p.254-262. [Consult. 12 Abr. 2012]. Disponível em WWW:<URL :<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>>.

MARTINS, Maria – **Uma crise acidental na família: o doente com AVC**. Coimbra: Formasau, 2002, 296 p. ISBN 972-8485-30-1.

MARTINS, Teresa – **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau. 2006. 264p. ISBN: 972-8485-65-4.

MELO, Ricardo; RUA, Marília; SANTOS, Célia – Necessidades do Cuidador Familiar no Cuidado à Pessoa Dependente: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN: 0874.0283. IV.ª Série, nº2 (Mai.-Jun. 2014), p.143-151.

MORAIS, João – Preparação do Regresso a Casa: Do Hospital ao Contexto Familiar. [Em linha]. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa, 2010. [Consult. 3 Mai. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/104000.14/9210>>.

MORSE, Janice – **Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa**. Coimbra: Formasau, 2007. 373 p. ISBN: 978-972-8485-89-4.

OLIVEIRA, Rui – Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. nº4 (2000), p.437-453.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dia Nacional do Doente com Acidente Vascular Cerebral** – Texto da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [Em linha]. (2009). [Consult. 12 Mai. 2010]. Disponível em WWW:URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaNacionaldoDoenteAVC2009.aspx>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Investigação em Enfermagem** – Tomada de Posição [Em linha]. (2006). [Consult. 12 Mai. 2010]. Disponível em WWW:URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem** [Em linha]. (2009). [Consult. 12 Mai. 2010]. Disponível em WWW :URL:<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematico s2.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**, [Em linha]. (2001). [Consult. 12 Mai. 2012]. Disponível em WWW :URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. [Em linha]. (1996). [Consult. 5 Mar. 2010]. Disponível em WWW:URL:http://ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/18_REPE-vf.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Declaração de Alma-Ata, Saúde Para Todos no Ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários**. [Em linha]. Genebra: OMS (1978) Acedido em 7 de Maio de 2012, em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Carta de Ottawa. Primeira conferencia internacional sobre promoção da saúde**. [Consultado em 02/06/2012]. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. Quarta conferencia internacional sobre promoção da saúde** [Em linha]. Genebra: OMS (1997). [Consultado em 12/08/2013]. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf>.

PEIXOTO, Isaura – **Educação para a Saúde: contributos para a prevenção do cancro**. Loures: Lusociência, 2013. 175p. ISBN 978-989-748-000-3.

PEREIRA, C. [et al.] – Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. **Nursing: revista de formação contínua em enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-6196. nº267 (Mar. 2011), p. 8-15.

PEREIRA, Isabel – Do hospital para casa: estrutura da acção de enfermagem. Uma teoria de médio alcance. [Em linha]. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa, 2011. [Consult. 20 Jan. 2015]. Disponível em WWW:URL:<http://hdl.handle.net/10400.14/9353>>.

PEREIRA, Maria – Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia. [Em linha]. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. [Consult. 2 Ago. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10216/7152>>.

PEREIRA, Mónica – A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente. [Em linha]. Lisboa. Universidade Aberta, 2010. [Consult. 2 Dez. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10400.2/1666>>.

PERLINI, Nara; FARO, Ana – Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Revista Escola de Enfermagem USP [Em Linha]. Vol.39, nº2 (2005), p.154-163. ISSN 0080-6234. [Consult. 10 Out. 2013]. Disponível em: WWW:URL:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200005>>.

PETRONILHO, Fernando – **Preparação do Regresso a Casa**. Coimbra: Formasau, 2007. 216p. ISBN:978-972-8485-91-7

PIMENTEL, Luísa – **O lugar do Idoso na família: contextos e trajetórias**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 244 p. ISBN 972-8535-66-X

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernardette – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora SA, 2004. 487 p. ISBN 85-7307-984-3.

Portaria n.º 839-A/09. **D.R. I Série**. 147 (09-07-31) 4978-(124).

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Vias Verdes Coronária e do AVC – Relatório de Atividades 2011**. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa. 2012. [Consult. 15 Mai. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://dgs.pt>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014**. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: DGS, 2014. 106p. ISSN: 2183-0681. [Consult. 15 Mai. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://dgs.pt>>.

POTTER, Patrícia; PERRY, Griffin - **Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006. 1106p. ISBN 972-8930-24-0

RAPOSO, Ana – Efeito de uma intervenção educativa dirigida ao cuidador informal: utente com doença avançada no domicílio. [Em linha]. Lisboa. Faculdade de Medicina, 2012. [Consult. 3 Mai. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10451/7229>>.

REDMAN, Barbara – **A prática da educação para a saúde**. 9.ªed. Loures: Lusociência, 2003. 304 p. ISBN 972-8383-39-8

RELVAS, Ana – **O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica**. 2.ªed. Porto: Edições Afrontamento, 2000. 236p. ISBN 978-36-0413-9.

RELVAS, Ana - **Por detrás do espelho: da teoria à terapia com a família**. 2ªed. Coimbra: Quarteto Editora, 2003. 213p. ISBN 989-558-012-6.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa – **Educação para a Saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra, 2005. 155p. ISBN 9728485522.

SÁ, Maria – AVC – Primeira causa de morte em Portugal. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. nº6 (2009), p.12-19.

SANTOS, Ana - Perceção dos familiares cuidadores informais de utentes hospitalizados no serviço de Medicina 1A com diagnóstico de AVC acerca das ajudas, apoios, ensinios. [Em linha]. Viseu. Escola Superior de Saúde, 2011. [Consult. em 24 Jan. 2014] Disponível em WWW:URL:<http://hdl.handle.net/10400.19/1661>>.

SANTOS, Dina – As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Concelho da Lourinhã. [Em linha]. Lisboa. Universidade Aberta, 2008. [Consult. 2 Dez. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10400.2/732>>.

SANTOS, Paulo – **O Familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social**. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, 2005. 120 p.

SARMENTO, Emília; PINTO, Paula; MONTEIRO, Sónia – **Cuidar do Idoso, Dificuldades dos familiares**. Coimbra: Formasau, 2010. 168p. ISBN 978-989-8269-14-0.

SERRANO, Maria – Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho. [Em linha]. Aveiro. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, 2008. [Consult. 3 Mai. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio.ipsantarem.pt>>.

SEQUEIRA, Carlos – Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel, 2010. 360 p. ISBN 978-972-757-717-0

SILVA, Irene – **Orientações Técnicas para Cuidadores Informais na Área dos Cuidados Continuados**. Funchal. Universidade Atlântica, 2008. 84p.

SIMÕES, Sílvia; GRILLO, Eugénia – Cuidados e Cuidadores: O Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Alta do Doente Pós Acidente Vascular Cerebral. **Revista de Saúde Amato Lusitano**. Castelo Branco. ISSN: 0873-5441. nº31, 2º Trimestre (2012), p.18-23.

SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Brunner & Suddarth**. 10.ªed. Vol. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN 85-277-1057-9

SMITH, Carol – Ensinar e Aprender. In BOLANDER, Verolyn – Enfermagem Fundamental - Sorensen e Luckman: Abordagem Psicofisiológica. 3.ªed. Cap.26. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5 577. 596 p.

SOUSA-UVA, Mafalda; DIAS, Carlos – Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. [Em linha]. Lisboa. Departamento de Epidemiologia, INSA, 2013. [Consult. 28 Abr. 2015] Disponível em WWW:<URL:http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf>.

SOUZA, Lucas; WEGNER, William; GORINI, Maria – Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Vol.15, nº2 (2007), p.337-343. ISSN 1518-8345. [Consult. 26 Abr. 2015] Disponível em: WWW:<URL:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200022>>.

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona – **Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançando o Imperativo Humanista**. 5.ª ed. Loures: Lusodidacta, 2013. 474 p. ISBN 978-989-8075-34-5.

TORRES, Anália; [et al.] – **Homens e Mulheres entre Família e Trabalho**. 2.^aed. Lisboa: DGEEP:CID, 2005. 258 p. ISBN 972-704-237-6.

URDEN, Linda D.; STACK, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – **Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção**. 5.^a ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização para realização do estudo

Exmo. Sr. Presidente
Conselho de Administração
Centro Hospitalar Médio Tejo

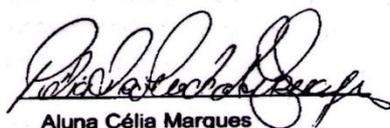
Célia Deolinda da Luz Marques, enfermeira graduada com o número mecanográfico 71169 a exercer funções na Unidade de Torres Novas, no serviço de Urgência, a frequentar o Curso de Pós Licenciatura / Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem requerer a V. Exa. autorização para consultar os processos dos doentes que permaneceram internados no serviço de Medicina da referida Unidade durante o ano de 2009, com o diagnóstico de acidente vascular cerebral, de forma que lhe seja possível colher os dados relacionados com o contacto do cuidador, e que permitam a realização de um trabalho de investigação cujo tema será *A satisfação dos cuidadores informais dos doentes com AVC com os ensinamentos recebidos antes da alta.*

Este trabalho de investigação, sob a orientação da Professora Adjunta Isabel Simões, surge no âmbito do referido curso, e tem como principal objectivo descrever a satisfação dos cuidadores da pessoa com AVC com os ensinamentos recebidos antes da alta. Com este estudo tentará contribuir para a melhoria dos mesmos sugerindo, se necessário, outras estratégias de forma a ir de encontro às necessidades sentidas pelos cuidadores informais, numa política de melhoria contínua que desde sempre foi uma aposta clara por parte da unidade hospitalar e do Centro.

Para a concretização do mesmo serão efectuadas entrevistas semiestruturadas em local a designar pelos próprios cuidadores, após contacto prévio.

Compromete-se a cumprir as normas éticas que presidem a este tipo de trabalho.

Sem outro assunto de momento, pede deferimento,


Aluna Célia Marques

Torres Novas, 2 de Novembro, 2010


Professora Adjunta Isabel Simões

CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.	
EXPEDIENTE GERAL	
ASS: 	N.º: 13203
DATA: 2/11/10	
DESTINO:	
CÓPIA:	
ARR:	DATA:

APÊNDICE II – Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

TEMA: Capacitação para o cuidado: Percepção dos cuidadores informais da pessoa com AVC

Entrevista nº _____	Data: ____/____/20__	Hora de início: _____
		Hora de término: _____
Identificação do Cuidador:		
Idade: _____	Sexo: M ____ F ____	Estado Civil: _____
Escolaridade: _____	Situação Laboral: _____	
Grau de parentesco: _____	Apoio nos Cuidados: _____	
Quem: _____		

Objetivo Geral:

- Compreender se os ensinamentos realizados pelos enfermeiros contribuem, na perspetiva dos cuidadores, para a sua capacitação no cuidado à pessoa com AVC.

Objetivos Específicos:

- Descrever a percepção dos cuidadores informais da pessoa com AVC sobre os ensinamentos realizados pelos enfermeiros antes da alta;
- Identificar quais os ensinamentos realizados pelos enfermeiros;
- Analisar as dificuldades sentidas pelos cuidadores no exercício do cuidado à pessoa com AVC;
- Analisar os contributos dos cuidadores relacionados com os ensinamentos.

Questões de Investigação:

- Qual a percepção do cuidador informal face aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros antes da alta?

- Que ensinios foram realizados?
- Os ensinios realizados pelos enfermeiros contribuem para a capacitação do cuidador informal da pessoa com AVC?
- Os cuidadores informais percecionam os ensinios como adequados às suas necessidades?

Observações

APÊNDICE III – Termo de consentimento e assinatura

TERMO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver pela Enfermeira Célia Deolinda da Luz Marques sobre a Capacitação para o cuidado: Percepções dos cuidadores informais da pessoa com AVC, fui informado: sobre o seu âmbito, objetivos, garantia de confidencialidade, do carácter voluntário da minha participação, do meu envolvimento na mesma e de que posso desistir a qualquer momento. Fui esclarecido sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas.

Assim, declaro que aceito colaborar como participante, na referida investigação, assinando este documento em duplicado.

_____, _____ de _____ de 20__

(Local, dia, mês)

(Assinatura do participante)

Investigadora: Célia Deolinda da Luz
Marques

Contato: cedeom@gmail.com /
913918319

(Um exemplar para a investigadora e outro para o participante)

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética



**Exma Senhora
Enf.ª Célia Deolinda Luz Marques
Serviço de Urgência
Unidade de Torres Novas**

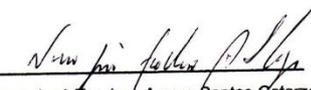
Com conhecimento:

2010-11-15

- **Senhora Enfermeira Directora**
Enf. Lurdes Toscano
- **Senhor Director Clínico**
Dr. Edgar Pereira

A Comissão de Ética do CHMT decidiu dar parecer favorável ao pedido de consulta de Processos Clínicos dos doentes internados no Serviço de Medicina da Unidade de Torres Novas, no âmbito de um trabalho de investigação, subordinado ao tema "A Satisfação dos Cuidadores Informais dos Doentes com AVC com os Ensinos Recebidos Antes da Alta", devendo-se manter o respeito e confidencialidade de todos os dados obtidos nos procedimentos realizados para esse fim.

A Comissão de Ética do CHMT


Nuno José Teodoro Amaro Santos Catorze
Presidente da Comissão de Ética

UNIDADE DE ABRANTES
Lj. Eng.º Biosses
2200-202 Abrantes PORTUGAL
tel.: 241 360 700 fax: 241 363 211
abrantes@chmt.mtm-saude.pt

UNIDADE DE TOMAR
Av. Maria de Lourdes Melo e Castro – Apartado 118
2304-009 Tomar PORTUGAL
tel.: 249 320 100 fax: 249 320 122
tomar@chmt.mtm-saude.pt

UNIDADE DE TORRES NOVAS
Av. Xanana Gusmão – Apartado 45
2350-754 Torres Novas PORTUGAL
tel.: 249 810 100 fax: 249 810 106
geral@chmt.mtm-saude.pt