

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Processo de ensino dinâmico a familiares cuidadores de
doentes dependentes: Contributo do Enfermeiro de
Reabilitação a partir de um ensino estruturado

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientadora: Professora Doutora Manuela Martins

Coorientadora: Professora Mestre Júlia Martinho

Patrícia Maria Correia Araújo

Porto, 2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha Avó
Maria Alice pela possibilidade que
me deu de ser familiar cuidadora.
Obrigada pelos ensinamentos!
Estarás para sempre comigo...

AGRADECIMENTOS

Ao estar próximo do final do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação torna-se um dever expressar o meu agradecimento a todos aqueles que me ajudaram ao longo desta trabalhosa caminhada, deram o seu precioso contributo para a realização desta dissertação em vários momentos e de diversas formas, nomeadamente:

- Á Professora Doutora Manuela Martins, por ter aceitado ser minha orientadora. O meu reconhecimento pela disponibilidade e acompanhamento com que colaborou neste trabalho.

- Á Professora Mestre Júlia Martinho, pelas dicas valiosas e pela sua disponibilidade durante a coorientação deste trabalho.

- Ao meu marido Rogério e filha Margarida, pelo tempo que lhes retirei de apoio familiar e pela coragem transmitida nos momentos mais difíceis.

- Aos meus pais e sogros, que sempre me apoiaram e pelos esforços que fizeram ao longo do meu percurso como estudante, principalmente na ajuda das tarefas do quotidiano.

- Aos Prestadores de Cuidados e doentes, que aceitaram participar neste estudo pela partilha de experiências e pelo conhecimento mútuo transmitido e aos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação dos serviços onde foi aplicado o ensino.

- A todos aqueles que me apoiaram na realização dos meios para aplicação do ensino dinâmico em especial ao meu irmão Filipe Araújo e ao colega Enfermeiro Especialista Eduardo Silva.

A todos... Muito Obrigada!

ABREVIATURAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

APER - Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD'S - Atividades de Vida Diárias

CEE - Comunidade Económica Europeia

CIF- Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit in - Citado em

EpS - Educação para a Saúde

IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional

MIF - Medida de Independência Funcional

OMS - Organização Mundial da Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1 - A PESSOA, AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA	25
2 - ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA VERSUS AUTOCUIDADOS	29
2.1 AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO: QUALITATIVA E QUANTITATIVA	29
3 - PROCESSOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM EM SAÚDE	35
3.1 DAS ESTRATÉGIAS DE ENSINO AO PROCESSO DE INFORMAR EM SAÚDE	36
3.2 APRENDER A SER CUIDADOR	46
4 - O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E OS PROCESSOS DE ENSINO/APRENDIZAGEM	51
4.1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	52
4.2 ORGANIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS PROCESSO DE ENSINO	53
4.2.1 Avaliação do Doente, Família e Contexto.....	54
4.2.2 Planeamento do Ensino	58
4.2.3 Avaliação da Eficácia do Ensino	63
4.3 CONSTRUINDO O PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM COM O CUIDADOR	67
5 - HÁ PROCURA DE RESULTADOS DE APRENDIZAGEM - TRABALHO DE CAMPO	71
5.1 OBJETIVOS E FINALIDADES	72
5.2 DESENHO DO ESTUDO	73
5.2.1 Questões de Investigação.....	75
5.2.2 Variáveis em Estudo.....	75
5.2.3 População e Amostra.....	80
5.2.4 Colheita de Dados.....	81

5.2.5	Procedimentos Éticos.....	83
6	- CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO PARA A APRENDIZAGEM.....	89
6.1	DESCRIÇÃO DO CAMPO	89
6.2	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DA AMOSTRA.....	92
6.3	DAS ÁREAS DE ENSINO ÀS ESTRATÉGIAS	95
6.4	RESULTADOS DAS ESTRATÉGIAS APLICADAS	96
6.5	O CONFRONTO DOS RESULTADOS OBTIDOS COM A APRENDIZAGEM.....	109
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS:		
	I-Questionário ao cuidador	
	II-Folha orientadora para o ensino estruturado	
	III-Consentimento informado ao cuidador	
	IV- Cronograma	

LISTA DE QUADROS

Quadro n.º1 - Desenho do estudo.....	74
Quadro n.º2 - Variáveis sócio demográficas.....	76
Quadro n.º3 - Variáveis de contexto.....	77
Quadro n.º4 - Variável - temas de ensino.....	78
Quadro n.º5 - Variável - estratégias de ensino.....	78
Quadro n.º6 - Variável - opinião dos familiares/cuidadores sobre as estratégias de ensino.....	79
Quadro n.º7 - Descrição do campo: estrutura física.....	89
Quadro n.º8 - Descrição do campo: recursos humanos.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela n.º1 - Caracterização sócia demográfica da amostra	80
Tabela n.º2 - Relação entre o género do cuidador e o contexto	92
Tabela n.º3 - Relação entre a idade do cuidador e o contexto	93
Tabela n.º4 - Relação entre a proximidade familiar e o contexto	93
Tabela n.º5 - Estratégias aplicadas nas áreas de ensino.....	95
Tabela n.º6 - Avaliação da estratégia explicação.....	97
Tabela n.º7 - Avaliação da estratégia treino.....	98
Tabela n.º8 - Avaliação da estratégia panfleto.....	99
Tabela n.º9 - Avaliação da estratégia filme.....	101
Tabela n.º10 - Avaliação das estratégias por multimétodos	103
Tabela n.º11 - Avaliação das estratégias de ensino pela quantidade do procedimento.....	105
Tabela n.º12 - Avaliação das estratégias de ensino pela qualidade do procedimento.....	106
Tabela n.º13 - Avaliação das estratégias de ensino pela aquisição de conhecimentos.....	107
Tabela n.º14 - Avaliação das estratégias de ensino pelos efeitos da aprendizagem.....	107
Tabela n.º15 - Avaliação das estratégias de ensino pela representação do adquirido.....	108

RESUMO

A Enfermagem tem vindo a acrescentar a família como parte essencial no cuidado ao doente. Torna-se indispensável capacitar a família para uma assistência eficaz e eficiente à pessoa dependente a fim de manter o doente no seio familiar. O trabalho por nós implementado centra-se no enunciado interrogativo: *Como estruturar ensinamentos para familiares de doentes dependentes de forma a garantir aprendizagem em cuidados de enfermagem de reabilitação?* Pretendemos contribuir para melhorar a aprendizagem dos familiares/cuidadores na execução do auto cuidado ao doente dependente.

Após a exploração da bibliografia sobre processos de aprendizagem e relacionando-os com a possível aplicabilidade no nosso contexto profissional procedeu-se à construção de um ensino estruturado recorrendo a quatro meios didáticos: o explicativo (exposição sobre os cuidados), o demonstrativo (o treino dos cuidados), o literário (entrega de um livro) e o audiovisual (visualização de um filme). Antes da implementação do ensino precedeu-se à avaliação do grau de dependência do doente para alguns autocuidados e o nível de conhecimentos prévios do cuidador. Após implementação das estratégias de ensino aplicou-se um questionário com uma escala de Fernandes e Martins (2010) a trinta e cinco cuidadores para analisar a opinião dos familiares face à aprendizagem desenvolvida a partir dos ensinamentos efetuados pelos Enfermeiros de Reabilitação e obter a avaliação da formação numa perspectiva de pilotagem incidindo sobre o controlo dos procedimentos (quantidade e qualidade) e resultados (aquisições, efeitos e imagens).

Na avaliação do procedimento quantidade, o filme surge como a estratégia mais contributiva para avaliar se as produções estão conforme o previsto. A estratégia explicação, aparece como a que proporcionou melhor relação pedagógica e do procedimento, pela clareza e coerência e, mais contributiva para a satisfação global dos cuidadores na avaliação do procedimento qualidade. Na avaliação dos resultados, o treino surge como a estratégia mais contributiva para as aquisições e efeitos e a explicação para a representação do adquirido.

Palavras-chave: Ensino estruturado; Cuidador; Aprendizagem de capacidades

ABSTRACT

Nursing has been added the family as an essential part of the patient care. It is essential to empower the family to efficient and effective assistance to the dependent person in order to keep the patient in the family environment. The work implement by us focuses on the question: How to structure teaching to family-dependent patients to ensure learning in nursing rehabilitation? We intend to improve the learning of family members / caregivers in the implementation of self care to the patient dependent.

After the exploration of the literature about the learning processes and relating them to the possible applicability of our professional context proceeded to build a structured teaching using four teaching aids: the explanatory (exposure on care), the statement (training care), literary (delivery of a book) and audio-visual (watching a movie). Before the implementation of the teaching will be preceded assessing the degree of dependence of the patient for self-care and some level of prior knowledge of the caregiver. After implementation of teaching strategies applied a questionnaire with a range of Fernandes and Martins (2010) to thirty-five caregivers to analyze the opinion of family members face learning developed from the teachings made by Nurses Rehabilitation and obtain assessment pilot training perspective focusing on monitoring procedures (quantity and quality) and results (acquisitions, effects and images).

In the evaluation of the quantity procedure, the film emerges as the strategy that more contributes to estimate if the productions are as planted. The strategy explanation is that who provide the pedagogical relationship and provided better procedure, for the clarity and consistency and, that more contribute to the overall satisfaction of caregivers in the assessment procedure of quality. In the evaluation of the results, training appears to be the most contributory strategy for acquisitions and effects and the explanation for the acquired representation.

Keywords: Structured Teaching; Caregiver; Learning Capacity

INTRODUÇÃO

No nosso país, como no resto da Europa e outros países em desenvolvimento, o aumento da esperança de vida e o consequente envelhecimento da população, acabam por traduzir-se num maior número de pessoas com problemas de saúde e dependências. Entre 1960 e 2004, a população idosa portuguesa duplicou em valores absolutos e prevê-se que em 2050 este grupo represente cerca de 32% da população total (Aper, 2011). É igualmente previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados.

O desempenho funcional começa a declinar a partir dos 30 anos altura em que se inicia o denominado envelhecimento funcional. Para Paschoal (2002) trata-se de um processo lento e imperceptível, mas inexorável e universal.

A prevalência de incapacidade funcional nas pessoas idosas é estimada em cerca de 20% para as que têm 65 anos ou mais e cerca de 35% para as que têm 75 ou mais (Black e Rush, 2002 e Caeiro e Silva, 2008) citados em Menoita (2012).

Segundo Manton et al (1993), citado em Menoita (2012) e utilizando os dados do *National Long Term Care Survey* o crescimento da população institucionalizada está previsto em 245%, a população com incapacidade 179% e a população que vive na comunidade e dependente em cinco a seis atividades de vida diária (AVD'S) em 208%. Esse aumento exponencial previsto deve levar a políticas de saúde que visam a prevenção da incapacidade e, quando essa surge, medidas capazes de capacitar a pessoa e cuidador a darem resposta a essa incapacidade com a maior eficácia e eficiência, a fim de evitar os principais problemas da incapacidade como a reinternação, o stress do cuidador, a depressão do doente e os maus cuidados inerentes a uma má prática das AVD'S. As estratégias de memorização que são utilizadas aquando do ensino ao cuidador tornam-se decisivas para aquisição de aprendizagem, a intenção isolada de querer aprender não é equivalente a sucesso.

Este trabalho apresenta como objetivos:

- Conceber um processo organizado de ensino a familiares/cuidadores de doentes com acidente vascular cerebral (AVC) a partir da revisão teórica;

- Analisar a opinião dos familiares/cuidadores de doentes com AVC dependente num autocuidado sobre as estratégias de ensino utilizadas;
- Analisar as diferenças mais frequentes das estratégias utilizadas nos ensinamentos aos familiares dos doentes dependentes num autocuidado pelo Enfermeiro de Reabilitação;
- Analisar as diferenças de opinião dos familiares/cuidadores face aos ensinamentos realizados;
- Relacionar os autocuidados com as estratégias utilizadas e por dimensão da avaliação da opinião dos familiares/cuidadores;
- Identificar as estratégias mais valorizadas pelos familiares.

Optou-se por aplicar o ensino dinâmico a cuidadores de doentes acometidos de AVC pela facilidade em obter a amostra, por estar enquadrada no âmbito da nossa prestação de cuidados, e pelo fato desta patologia ser a principal causa de incapacidade funcional nas pessoas idosas, segundo Leal(2001) citado em Menoita (2012). Este trabalho de investigação prende-se com o fato dos ensinamentos efetuados pelos enfermeiros à pessoa e/ou cuidador com incapacidade serem na sua maioria não estruturados e muito explicativos, não se obtendo aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades suficientes por parte do cuidador; pelo fato de envolverem vários enfermeiros no mesmo ensino, sem registos que permitam eficácia e eficiência na continuidade dos cuidados, não obtendo por parte dos cuidadores mecanismos de coping eficazes perante o novo papel a desempenhar. O provável inadequado planeamento da alta, pela educação insuficiente para o autocuidado, poderá surgir como causa para readmissões hospitalares. A base para a pesquisa foi o planeamento de um ensino estruturado a trinta e cinco cuidadores de doentes dependentes, envolvendo quatro metodologias dinâmicas, a fim de capacitar a pessoa e o cuidador para o autocuidado. Foi aplicado num hospital central do porto, em quatro serviços, no período de abril a setembro de 2011.

O trabalho é constituído por quatro partes distintas: na primeira parte (capítulos um e dois) é definido autonomia, dependência e incapacidade, atividades básicas de vida diárias e autocuidados; na segunda parte (capítulos três e quatro) o processo de ensino e aprendizagem em saúde e, o papel do enfermeiro de reabilitação no processo; na terceira parte (capítulo cinco) é apresentado todo

o trabalho de campo; na quarta parte (capítulo seis) é verificado qual o contributo do enfermeiro para a aprendizagem.

Este trabalho está inserido no paradigma quantitativo, é exploratório descritivo simples e o questionário foi o método utilizado para a avaliação das estratégias de ensino. O tempo dedicado à aplicação das quatro estratégias de ensino para cada cuidador e o preenchimento face a face da escala incluída no questionário, foram fatores limitadores da pesquisa. O fato do trabalho ser inserido num projecto do grupo de Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto, permitiu uma maior facilidade em obter a aprovação da comissão de ética para a aplicação dos questionários.

Foram pesquisadas estratégias que permitem aquisição de conhecimentos/capacidades a fim de verificar quais a adotar no ensino e, após a sua implementação, recorreu-se à avaliação das estratégias e o seu impacto no processo ensino/aprendizagem.

Os apoios estruturados das organizações de saúde tendo como alvo os cuidadores informais são pontuais e não permitem otimizar o seu potencial (Sequeira, 2010). O recurso a um ensino estruturado permite-nos uma abrangência de métodos informativos ou persuasivos que permitem aquisição de conhecimentos e competências por parte dos cuidadores, e facilitam a avaliação das estratégias com a finalidade de as corrigir e modificar, tornando o ensino mais eficaz.

A função do cuidar, em nossa opinião, está em fase de mudança, cada vez mais é uma situação partilhada, contudo, a escolha de um cuidador informal principal é fundamental. Assumir esse papel normalmente é influenciado pelas características e experiências pessoais de cada membro da família e pelo contexto em que se encontra (Sequeira, 2010). O enfermeiro que coloca em prática o ensino estruturado deve estar preparado não apenas nas variáveis de conhecimento, mas também, na vertente pedagógica. A aprendizagem de um adulto deve ser mais centrada na motivação do que na memorização de conteúdos, ao enfermeiro que implementa o ensino espera-se: capacidade de avaliar ao cuidador, a quem será submetido ensino; conhecimentos prévios na

área; capacidade de moldagem de ensino ao ritmo de aprendizagem do formando e adequação da linguagem.

PARTE I

1 - A PESSOA, AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA

O centro do nosso estudo é a pessoa, mais que um ser humano é a complexidade do todo, que nos prende no percurso da pesquisa pelo que na linguagem do dia-a-dia, a palavra pessoa refere-se a um ser racional e consciente de si mesmo, com identidade própria. Uma pessoa é um ser social dotado de sensibilidade, com inteligência e vontade. Para a psicologia, trata-se de um indivíduo humano concreto (o conceito abarca os aspetos físico e psíquico do sujeito que o definem pelo seu carácter singular e único). Martha Rogers considera a pessoa (ser humano unitário) como um campo de energia coexistente dentro do universo. A pessoa é um todo unificado, continuamente interagindo com o meio ambiente, possuindo integridade pessoal e manifestando características que são mais do que a soma das partes. A noção de pessoa cliente está a ser alargada para indivíduos, famílias e comunidade (Ana, 1995 em Hanson, 2005).

A dependência física de uma pessoa implica o recurso a um cuidador que pode ser familiar ou não e por tempo que pode ser indeterminado. Os profissionais de saúde que ajudam a pessoa na fase inicial de dependência necessitam de preparar o cuidador para assumir o seu papel, necessitando delinear um ensino que deve ser estruturado de acordo com os objetivos e que poderá ser idealizado logo após a estabilização do processo da doença que provocou a dependência.

O estado funcional de um grande número de pessoas caracteriza-se por gozar de determinado estado de saúde que lhes permite viver de forma autónoma, sem qualquer tipo de dependência e/ou incapacidade. Sabemos que, com o avanço da idade, há maior risco de comprometimento da capacidade funcional, com consequente perda de autonomia e independência.

Os termos autonomia, dependência e independência, muitas vezes são aplicados de forma errónea e, por isso, achamos pertinente apresentar algumas definições para um maior esclarecimento da sua aplicabilidade. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão dois,

considera a autonomia como a autogovernação e auto-orientação podendo se afirmar como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão com base na sua razão individual (Baltes e Sivelberg citados em Figueiredo, 2007). Segundo os mesmos autores, a dependência não é mais que um “(...) um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outrem.”. Podemos falar em dependência quando existe necessidade de apoio para alguma atividade de vida diária. Na opinião deles, existem três tipos de dependência: estruturada, física e comportamental. A estruturada, onde o significado do valor humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo (refira-se na velhice a dependência provocada pela perda de emprego). A dependência física, reporta-se à incapacidade funcional individual para realizar atividades de vida diária. Já a dependência comportamental, habitualmente precedida pela dependência física, é socialmente induzida, independentemente do nível de competência, pois o meio espera incompetência.

O Conselho da Europa (1998) define a dependência como “(...) um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal.” Por outro lado, para o conceito independência, o aspeto central é a capacidade funcional, em que na sua expressão máxima significa poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais de vida diária e de autocuidado.

Segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades, a capacidade, a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou ação (Aper, 2011).

Está-se perante uma incapacidade, quando o apoio de terceiros substitui a função. Segundo a CIF, citado em Figueiredo (2007), o termo incapacidade é substituído pela restrição da atividade: “(...) restrição ou perda de capacidade para exercer atividades consideradas normais para o ser humano, e consequência de um défice no funcionamento.”

Reportando-nos aos modelos teóricos da Enfermagem, a teoria de enfermagem de Dorothea Orem surgiu no final dos anos 50. Nela, a intervenção de enfermagem surge para compensar o défice de autocuidado quando, em situação de doença, esta capacidade está diminuída (Cunha, et al., 2005).

Dorothea Orem citado em Cunha et al, afirmava que “Todos os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade de se autocuidar, (...)”. Porém, quando por motivo de doença, falta de recursos, fatores ambientais, a necessidade de autocuidado do indivíduo é superior à sua capacidade de o realizar, surge a enfermagem para o ajudar a compensar o desequilíbrio existente.

Segundo Pearson (1992), citado em Cunha, et al (2005), a teoria geral de Orem é constituída por outras três teorias relacionadas entre si: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Apenas nos iremos referir à teoria do défice do autocuidado pela relação directa com a dependência e pelo interesse aplicado ao nosso estudo.

A Teoria do Défice de Autocuidado é aplicada ao indivíduo que é incapaz ou está limitado na satisfação do autocuidado (Cunha, et al, 2005). Esta teoria considera que há áreas de necessidade humana (denominados requisitos universais), que têm de ser satisfeitos a fim de se manter a vida, a saúde e o bem-estar. Estes requisitos universais devem ser alcançados através do autocuidado pelo próprio ou, em caso de dependência, por um cuidador ou cuidadores. As necessidades de cuidado, bem como as capacidades de autocuidado, são modificadas por fatores básicos condicionantes (Faucett, et al., 1989).

Um sistema de Enfermagem com suporte educativo é decisivo para a promoção da saúde e deve ser iniciado com o doente e/ou cuidador na incapacidade do primeiro, que requer a orientação dos cuidados e o ensino no desempenho do autocuidado (Simmons, 1990).

É importante referir que, analisando as diversas definições de autonomia e dependência, podemos afirmar que uma pessoa pode ser dependente e manter a sua autonomia, salvaguardo casos em que, por incapacidade, muitas vezes intelectual, a pessoa deixa de apresentar poder autónomo de decisão e, como consequência, a perda de autonomia.

Em síntese, a capacidade de autocuidado é adquirida ao longo do desenvolvimento humano, não se tratando de algo inato. Partindo desse princípio, também a família precisa de adquirir competências para satisfazer algum autocuidado de um dos seus membros, em caso de dependência. É importante que cuidadores e enfermagem trabalhem em papéis complementares e funções conjuntas a fim de alcançar a meta do autocuidado da pessoa que se encontra dependente. Na impossibilidade de uma independência total para o autocuidar e na garantia da continuidade de satisfação dos autocuidados, os enfermeiros devem instruir e treinar a família/ doente para os satisfazerem em contexto domiciliário.

2 - ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA VERSUS AUTOCUIDADOS

As atividades básicas de vida diária (ABVD) podem ser definidas: “(...)como o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros...” (Sequeira, 2010)

Autocuidado segundo a CIPE (2011) versão 2 é a actividade executado pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as ABVD. Na presença de um défice no autocuidado é importante descobrir a sua causa e promover a participação de terceiros para a sua promoção, sendo o défice de autocuidado a capacidade para o realizar que pode estar comprometido devido à incapacidade física instaurada por um processo de doença. “A promoção e a manutenção da saúde são reconhecidos por Orem como resultados para ser alcançados através do autocuidado” (Simmons, 1990). Uma atitude de procura do autocuidado individual é também influenciada por fatores condicionantes, que servem como modificadores do autocuidado e incluem a idade, o género, o estado de desenvolvimento, as condições de vida, a orientação sociocultural e o estado de saúde (Simmons, 1990).

Torna-se importante que o enfermeiro avalie o autocuidado e a sua capacidade de promoção para delinear com a pessoa e família as intervenções para a satisfação das AVD`S, a avaliação pode ser qualitativa ou quantitativa.

2.1 Avaliação do Autocuidado: Qualitativa e Quantitativa

Espera-se que os enfermeiros que utilizem um enquadramento conceptual na avaliação do autocuidado identifiquem problemas relacionados com os requisitos universais e com os fatores básicos condicionantes. Devem avaliar a combinação

entre as capacidades do indivíduo e a exigência do cuidado individualizado e desenvolverem objetivos de cuidado, facilitando e apoiando as capacidades de autocuidado da pessoa ou compensando os défices de autocuidado (Faucett, et al., 1989).

A avaliação qualitativa é feita pela identificação de problemas que a pessoa apresente nos diversos autocuidados. Deve ser feita pelo enfermeiro responsável pela admissão e ajustada regularmente durante o internamento. O enfermeiro delinea a sua intervenção mediante a identificação do grau de dependência em determinado autocuidados sem quantificar.

O recurso a índices internacionalmente conhecidos e já validados para avaliação do grau de dependência vai ajudar o enfermeiro no planeamento dos cuidados à pessoa e família e avaliar a capacidade para o autocuidado quantitativamente. Neste trabalho, destacamos três índices muito utilizados na prática clínica: o Índice de *Barthel*, o Índice de *Katz* e, mais recentemente, a Medida de Independência Funcional (MIF).

O índice de *Barthel* é utilizado para avaliar o grau de dependência em dez atividades: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência e deambulação. A sua pontuação varia entre 0 (dependência total) a 100 pontos (independência total). Permite determinar o grau de dependência de forma global e de forma parcelar para cada atividade.

Segundo Sequeira (2010), a sua validação para a população portuguesa é desconhecida. Contudo, o autor procedeu à análise fatorial e identificou três fatores (mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres) que explicam 75% da variância total e com uma boa consistência interna (alfa de *Cronbach* de 0,89). O mesmo autor em 2007 propôs uma categorização: acima de noventa pontos revela uma independência total e abaixo dos vinte pontos, uma total dependência. Granger, citado em Menoita (2012), refere que o valor sessenta neste instrumento corresponde ao ponto de viragem independência/dependência.

Paixão e Rechenheim (2005), citados em Menoita (2012), encontraram vinte estudos de validação e fiabilidade do índice de *Barthel* e concluíram que é o instrumento que possui os resultados de fiabilidade e validade mais consistentes.

O índice de **Katz** foi desenvolvido para ser usado em doentes institucionalizados (Sequeira, 2010). É constituído por seis atividades de vida diária como o banho, o vestir/despir, a ida à casa de banho, a mobilidade, o controlo de esfíncteres e a alimentação. Permite visualizar em cada item se existe dependência, necessidade de ajuda, supervisão ou independência. Este índice também pode ser utilizado no formato *Likert*, pontuando-se cada item de zero a três, sendo que o valor zero traduz a independência completa, o valor um a necessidade de supervisão, o valor dois a necessidade de ajuda e o valor três quando existe dependência de outrem.

A escala de **Medida da Independência Funcional (MIF)**, desenvolvida na América do Norte na década de 1980, é composta por dois campos: o motor e o cognitivo. O motor é composto por treze itens e subdivididos em quatro categorias: cuidados pessoais, controlo de esfíncteres mobilidade/transferência e locomoção. O campo cognitivo é composto por cinco itens de duas categorias: comunicação e cognição social. Para cada item é atribuído um valor que varia de um a sete sendo que o valor um traduz, a assistência total, o dois a alta assistência, o três a assistência moderada, o quatro a assistência mínima, o cinco a supervisão, o seis a independência moderada e o sete a independência total. O valor máximo do conjunto é de cento e vinte seis pontos (independência total) e o valor mínimo de dezoito pontos (dependência total).

A MIF surgiu pela necessidade de desenvolver um instrumento válido e fiável para documentar a gravidade da incapacidade, assim como os resultados do tratamento de reabilitação. Esta escala monitoriza a incapacidade nas categorias de desempenho: alimentação, cuidados pessoais, tomar banho, vestir a parte superior do corpo, vestir a parte inferior, utilizar as instalações sanitárias, controlo vesical, controlo intestinal, transferências cama/cadeira/cadeira de rodas, transferência para o sanitário, transferência para a banheira ou chuveiro, locomoção, comunicação, e cognição social. Não é um instrumento autoaplicado e exige treino na sua utilização.

A MIF tem sido exaustivamente estudada desde 1983 no sentido de aperfeiçoar os itens do instrumento e determinar a sua fiabilidade, validade e precisão. Foi traduzido para a língua portuguesa no Brasil em 2000 e apresentou uma boa fiabilidade, validade e sensibilidade às mudanças. Paixão e Rechenheim (2005) citado em (Menoita, 2012) referem que as propriedades psicométricas da

MIF foram encontradas em vinte e dois estudos e apresentam excelentes propriedades. Atualmente, apesar de muito usada, ainda não está validada para a nossa população.

Em síntese, é possível quantificar a capacidade para a realização do autocuidado de formas diferentes, o importante é a sua utilização sistemática e com o mesmo instrumento, por outro lado, também tem utilidade uma apreciação qualitativa do cuidado para uma melhor compreensão da especificidade face a cada pessoa.

PARTE II

3 - PROCESSOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM EM SAÚDE

Para se conseguir uma aprendizagem de cuidados por parte do cuidador é necessário que o formador planeie, implemente o processo de ensino e o avalie posteriormente, a fim de o modificar ou reforçar. Para a aprendizagem ser bem-sucedida, o educador deve definir as estratégias e moldar os métodos que irá utilizar ao grupo formador. Para isso, deve apresentar conhecimentos sobre as diversas teorias de aprendizagem e adequar à educação para a saúde (EpS).

A saúde é um bem e a EpS é uma missão que deve ser encarada com sentido pedagógico, didático e de investigação (Rodrigues et al, 2005)

Segundo Greene e Keuter, citados por Russel (1996), definem Educação para a Saúde (EpS) como :“(...) qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades”. Outro conceito de EpS é proposto por Tones e Tilford (1994) citado em Carvalho (2006):

Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença..., produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudança de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Para se implementar um processo de ensino capaz de produzir aprendizagem o enfermeiro deve centrar os seus objetivos na avaliação, recolha de dados, planeamento, tratamento, intervenção e avaliação dos resultados dos cuidados (Hanson, 2005).

3.1 Das Estratégias de Ensino ao Processo de Informar em Saúde

O conhecimento acompanha desde sempre a Humanidade. É algo enquadrado no nosso quotidiano. Muitos autores tentam definir o conhecimento. Segundo Rosini e Palmisano (2003), “ (...) o conhecimento humano é tático e orientado para a ação, baseado em regras, individual, e está em constante mutação.” Para estes autores, a melhor definição de conhecimentos é a competência, que consiste em cinco elementos: conhecimento explícito, habilidade, experiência, julgamento de valor e rede social. Os mesmos autores entendem também, que o conhecimento é um atributo e uma característica dos humanos, que se adequam às coisas pelo pensamento estabelecendo relações com o mundo. Esta linguagem é uma forma de expressão sendo o conhecimento o próprio conteúdo desse processo. Para Martins (2006, pg. 57) o conhecimento é:

(...) um reflexo da natureza no homem. Mas não é um reflexo simples, imediato, completo, mas sim uma série de abstrações, a formação de uma série de abstrações, a formação de uma série de conceitos, leis, etc., e estes conceitos de leis, etc. (pensamento, ciência = “a idéia lógica”) abarcam condicionalmente, aproximadamente, o carácter universal, regido por leis, da natureza em eterno desenvolvimento e movimento.

A educação deve centrar-se nas disposições e capacidades individuais e grupais, oferecendo conhecimento, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida (Rodrigues, et al, 2005).

Segundo Lash (1990), os Enfermeiros, para trabalharem como educadores para a saúde, precisam de: escutar os indivíduos e identificar quais as suas convicções acerca da saúde; criar uma relação de ajuda; criar interesse e entusiasmo pelo bem estar das pessoas; participar com os formandos na aprendizagem da tomada de decisões; ajudar a tornar claras as escolhas à disposição das pessoas; desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento; conferir autoridade quer a si próprios, quer aos educandos e tomar em linha de conta as influências sociais e obstáculos à saúde; conseguir que os educandos respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem.

Das teorias da aprendizagem desenvolvidas por Watson, Pavlov, Thorndike, Skinner entre outros ressalva-se que, diferentes conceitos de aprendizagem estão na base das diferentes teorias (Tavares, et al., 2005). As teorias behavioristas e as teorias cognitivas são as referências utilizadas por nós para delinear o método de aprendizagem por parte dos cuidadores e delinear o ensino estruturado.

À teoria behaviorista associa-se um estudo objetivo do comportamento humano. A ela encontra-se associado o psicólogo americano Watson, referindo que todas as formas de comportamento humano podem ser aprendidas (Tavares, et al., 2005). Fundamentalmente, para os behavioristas, o homem é um organismo que responde a estímulos externos de um modo mais ou menos automático e fortuito. Consideram a aprendizagem como uma forma de condicionamento, resultado de uma associação entre estímulos específicos e reacções específicas, susceptíveis de serem reforçadas até à optimização. É uma teoria que realça o “saber fazer” (Tavares, et al., 2005).

Dos vários autores que defendem a teoria cognitiva, destaca-se Kurt Lewin e a sua teoria de campo que toma como base a ideia de que toda a estrutura é mais do que a soma das suas partes. Afirma que a aprendizagem se realiza num campo de ação e que existem vários fatores que interferem e condicionam o comportamento de uma pessoa numa determinada situação (Tavares, et al., 2005). Na teoria cognitiva o “(...) educando não é um ser passivo, puro receptor de estímulos, mas um agente ativo, capaz de criar o seu próprio mundo e de se encontrar em evolução contínua, como resultado da experiência que vai adquirindo” (Tavares, et al., 2005). Também fica implícito que a aprendizagem passa pelo interior da pessoa e não será significativa se apenas imposta pelo exterior. Nesta teoria não é colocada de lado o “saber fazer” mas o saber está directamente relacionado com a compreensão da estrutura, a organização dos elementos no seu todo e a funcionalidade de uns em relação aos outros e ao seu conjunto (Tavares, et al., 2005).

Um dos psicólogos que se têm dedicado ao estudo dos fenómenos cognitivos é Ausubel. Após várias investigações sobre os processos de estruturar aprendizagem concluiu “(...) que é mais fácil aprender-se, se a informação for organizada e sequenciada de uma forma lógica” (Tavares, et al., 2005). Para a aplicação de um

processo de ensino se tornar organizado e lógico deve ser sujeito a diversas etapas estruturadas e sequências.

Ensino Estruturado

Seguindo a teoria behaviorista é necessário a elaboração de alguns princípios na execução do ensino estruturado: definir o objetivo final; determinar os objetivos de percurso; estruturar o ensino em unidades mais pequenas; apresentar estímulos capazes de suscitar reações adequadas; evitar as ocasiões de erro, de modo a evitar a instalação de hábitos errados; proporcionar os resultados obtidos e recompensar de acordo com a natureza dos seus comportamentos.

Seguindo a teoria cognitiva, o ensino estruturado deve ser complementado com outros princípios como: motivar o educando para a aprendizagem, relacionando com as necessidades pessoais da pessoa e os objetivos da própria aprendizagem; reconhecer experiências prévias; adequar o ensino ao nível do desenvolvimento do formador; ajudar o educando a perceber a estrutura da tarefa delineada para o ensino apresentando as várias etapas e a sua previsível duração; fornecer informações que facilitem a compreensão, a organização e a retenção de conhecimentos.

A aquisição de competências resulta de um processo experiencial, que tem duração variável. Para ser adquirida tem que haver mudança comportamental nas ações que o doente/cuidador não conseguia realizar previamente ao ensino e que após se traduzem em ações consistentes que transmitam estabilidade e que permitam ao educador para a saúde transferir tarefas no cuidar.

A aprendizagem pode ser considerada como um processo de construção interna que leva a pessoa a tornar-se cada vez mais apta e o desenvolvimento humano como um refinamento progressivo da estrutura do sujeito através de transformações que se efetuam e auto regulam dentro do próprio sistema da estrutura da pessoa. Assim os dois processos, desenvolvimento e aprendizagem exercem, muitas vezes, influências recíprocas, “(...) o desenvolvimento ao mesmo tempo que possibilita a aprendizagem, é por ela mesma dinamizado, adquirindo assim uma maior amplitude”(Tavares, et al., 2005).

No planeamento de um ensino estruturado é necessário a escolha dos recursos didáticos. O termo didático aparece aqui para definir meios que facilitem a aprendizagem através da estimulação dos sentidos. No processo de aprendizagem temos que ter em linha de conta os nossos sentidos, eles funcionam como um canal para acesso à informação. A visão surge como o sentido mais importante acabando por ser retida cerca de 75% daquilo que vemos após algumas horas de formação. A audição surge em segundo patamar de retenção com sessenta por cento e obtendo cerca de noventa por cento quando se conjuga por meios audiovisuais, ou seja, o que vemos e ouvimos. Mesmo após alguns dias da formação, continuamos a reter cerca de sessenta por cento da informação canalizada conjuntamente com a audição e visão (IEFP, 2009).

Passaremos a descrever alguns métodos mais utilizados na pedagogia referindo a sua aplicabilidade, vantagens e desvantagens para formador e formando.

Método Expositivo

No método expositivo existe uma exposição oral de conteúdos e conceitos. Trata-se de um método tradicional onde os conhecimentos são transmitidos oralmente existindo uma dicotomia entre emissor e recetor. Normalmente é um método não participativo, cuja qualidade depende do formador devendo este apresentar dons de oratória, ser expressivo e apresentar uma gestualidade adequada. Exige criatividade do formador na construção e encenação da sua exposição, é importante que capte de imediato a atenção do formando.

Este método apresenta como vantagens para o formador: ser de aplicação fácil e económica, adaptável e variada; apresentar grande liberdade de iniciativa; permitir apresentar conteúdos novos; possibilitar uma economia de tempo; permitir formação a grupos de grandes dimensões, e grande quantidade de informação; permitir ainda, expressar raciocínio lógico sem interrupções e pode ser usado como complemento de outros recursos educativos. Para o formando apresenta como vantagens: segurança, uma vez que não é implicado diretamente na ação, podendo facilitar a assimilação da lógica subjacente à própria exposição.

Como desvantagens, o método expositivo apresenta: exigência de um grande domínio da matéria por parte do formador; risco de passividade do formando acarretando desatenção; não respeita o ritmo individual de aprendizagem; nem sempre é estimulante ou motivador podendo reduzir ou mesmo anular a participação do formando; dá excessiva importância ao formador e sobrevaloriza a linguagem.

Este método isolado não deve ser o método privilegiado num processo de aprendizagem. Baseia-se numa pedagogia autoritária: o formador é o sujeito do processo e o formando o objeto, sendo assim “(...) o processo de aprendizagem é assumido como um acrescentar conhecimentos e não um desenvolver de competências ou capacidades” (IEFP, 2009).

Método literário - Instruções Escritas

A comunicação escrita teve o seu auge, e ainda hoje predomina, nas organizações burocráticas que seguem os princípios da teoria da burocracia enunciados por *Max Weber*. A sua principal característica é o fato de o recetor estar ausente tornando-a, por isso, num monólogo permanente do emissor.

As instruções escritas contemplam o livro, panfleto, anotações e impressão de conteúdos apresentados por outros meios didáticos. Neste subcapítulo iremos abordar o livro como método implícito no processo ensino/aprendizagem porque foi o usado por nós como um recurso.

Segundo a bibliografia consultada, o livro apresenta três funções distintas: o livro objeto, quando se trata de um investimento ou um elemento de decoração; o livro funcional, quando é utilizado para a prática que se destina; livro literário, quando proporciona o diálogo entre autor e leitor ou seja possibilita uma utilização projetiva na qual as mensagens invadem o autor.

Segundo Escarpit, citado em Miltão et al (2006), a “(...) função do livro permanecerá, como sempre foi, isto é, a possibilidade de ter à mão uma máquina que contém informação, mas que, ao mesmo tempo, tem o mérito de poder ser interrogada livremente por quem quiser de duas maneiras: uma pode ser

puramente informativa (...), [e a outra] a melhor e mais verdadeira (...) será a literária.” O livro como meio de comunicação apresenta como emissor o autor, como receptor o educando, a mensagem é o conteúdo transmitido e o próprio livro é o veículo de comunicação. Deve ser rigoroso e claro em relação aos conceitos utilizados e deve ser adequado incluindo elementos culturais da sociedade a que se destina (Miltão, et al., 2006).

Na elaboração de uma informação escrita, que servirá de apoio ao processo ensino-aprendizagem, é importante que o autor tenha atenção: à clareza da mensagem; ao rigor das definições e conceitos; à estrutura, apresentação e linguagem do conteúdo. Respeitando-se esses princípios, o livro para Escarpit, citado em Miltão e outros (2006), “(...) tem a possibilidade de registar e manter registrada, com fidelidade e permanência, a mensagem. (...). Através do livro, o educando terá a possibilidade de se reportar, quantas vezes quiser ou necessitar, ao conteúdo ensinado...”. É um método adequado para transmitir políticas, procedimentos, normas e regras.

Uma das desvantagens da utilização das instruções escritas é que, sendo produção humana, não é um produto neutro, estando sujeitas às limitações filosóficas, ideológicas e culturais do autor e tratando-se de um livro funcional vai depender muito dos conhecimentos temáticos do autor sobre o assunto, devendo este tentar prever as reacções/feedback à sua mensagem. Outra desvantagem é ser dispendioso na sua manufacturação. O fato de não ser personalizado para cada formando, também é encarado como uma desvantagem e, para que a mensagem seja perfeitamente recebida e compreendida pelo receptor, é necessário o uso de caligrafia legível e uniforme (se manuscrita) e uma apresentação cuidada com poucos defeitos sintéticos e gramaticais. Para Carvalho, et al., (2006), outra das desvantagens deste método é que “(...) podem ocorrer problemas com materiais escritos quando os participantes têm uma baixa literacia”.

O formador deve encarar o livro como um meio auxiliar no processo de ensino. Segundo Luckesi citado em Milton e outros (2006), ele deve ser encarado como “(...) um material exclusivamente auxiliar do seu processo de ensino, assumindo uma posição crítica frente aos conteúdos ali expostos, despertando nos seus alunos o senso crítico necessário para se ler alguma coisa.(...). O livro será o

auxiliar do professor no processo de ensino e o auxiliar do aluno no processo de aprendizagem.

O livro funcional, elaborado para este trabalho de investigação como uma metodologia no ensino estruturado, apresenta como objetivo a criação de uma tríade de sentimentos ao formando: ao ler as informações, o educando é levado a **pensar** nas informações extraídas, compará-las com as informações fornecidas por outro meio utilizado no ensino e **sentir** a confrontação. Por fim, permite o reelaborar o pensamento da técnica instruída pelo método expositivo e demonstrativo, ou seja, proporcionar facilitismo no **fazer**.

Meios Audiovisuais

Este método de ensino é baseado em fixação de imagens que podem incluir som, tendo finalidade de criação, decorrente de sua reprodução, impressão de movimentos, efeitos e transições de vídeos. Entende-se por meios audiovisuais, materiais que tentam prender a atenção do formando. Os mesmos, tornaram-se mais interativos e avançados, provocando uma era globalizada que acaba exigindo do corpo formador ideias em busca de resultados satisfatórios, através da criatividade, bom senso e a própria experiência prévia do formador (Finger, et al., 2008).

É importante que a linguagem usada nos meios audiovisuais seja de fácil compreensão e inovadora para permitir captar a atenção do formando. Para Finger e outros (2008) “A atividade audiovisual além de complemento didático, em determinados momentos pode servir como instrumento de aplicação de atividades que capacitam os estudantes, por meio de imagens, desvendar e esclarecer dúvidas que muitas vezes não constam na estrutura de um texto escrito.” Fica implícito que pode servir, por exemplo, como um esclarecimento ou reforço de uma mensagem transmitida através de um texto escrito como um livro ou panfleto.

O vídeo como um instrumento de ensino pode possibilitar uma aprendizagem mais dinâmica auxiliando o formando a raciocinar de maneira interativa. Não

serve apenas como um transmissor de conteúdos e imagens mas também como um processo de construção de conhecimentos e trocas de ideias. “O vídeo é uma tecnologia com grande potencial para uso na educação, capaz de apoiar o desenvolvimento de habilidades mentais e a aquisição de conhecimentos específicos” (Finger, et al., 2008).

O movimento provocado pelo vídeo também pode suscitar por parte do formador um fator acrescido de motivação para a sua prática pedagógica “(...) torna-se um processo de formação continuada que poderá ter o carácter de motivar o professor a participar da pesquisa de sua própria prática pedagógica, como agente ativo, produzindo conhecimento e intervindo na realidade” (Finger, et al., 2008).

Existem estudos em que o uso de vídeo como um recurso no processo de ensino leva a um aumento do índice de questionamentos, proporcionando diálogos e um maior envolvimento entre formador e formando. É um método complexo que exige interesse, criatividade e tempo. Porém, os resultados são satisfatórios, pois promove uma harmonia no ambiente, e é significativo no processo de aprendizagem (Finger, et al., 2008).

Contudo, à semelhança de outros métodos pedagógicos, o audiovisual por si só não garante uma aprendizagem significativa. “A presença do(a) professor(a) é indispensável. É ele/ela, com sua criatividade, bom senso, habilidade, experiência de docente, que deve ser capaz de perceber ocasiões adequadas ao uso do vídeo” (Finger, et al., 2008).

O recurso a meios audiovisuais apresenta como vantagem primordial o fato de melhorar a retenção da informação no processo de aprendizagem. Contudo, também permite: provocar grande impacto no formador, aumentando assim o interesse e atenção dos formandos; facilita a troca de ideias entre formador e formando e entre formandos; facilita a atividade do formador permitindo diminuir o tempo de formação (IEFP, 2009).

As suas desvantagens preendem-se com a exigência que os conteúdos sejam adequados a cada situação específica sendo necessário uma definição correcta dos

objetivos a atingir para não suscitar informações paralelas; tem que ser adaptável ao público, sendo, por exemplo, inadequado para um invisual; a sua aplicabilidade pode estar condicionada a materiais seja pela ausência de um computador ou um meio de projecção; a luminosidade do espaço de formação também pode ser um fator condicionante pela inadequada visualização.

O recurso a uma apresentação em *powerpoint* permite fazer apresentações eletrónicas podendo ser associado a outros suportes de apoio como vídeo, páginas descritivas e associar som, conjugando assim, alguns sentidos como a visão e audição.

Apresenta como vantagens o tornar o ensino dinâmico composto por som, cor e movimento que, sendo bem conjugados, aumentam o interesse e motivação do formando; a informação contida nos acetatos é de elevado grau de percetibilidade porque se recorre a letras de tamanho elevado e com pouca informação por acetato; de baixo custo porque evita revelações e pode ser impresso diretamente ou transmitido via informática.

Como desvantagens e à semelhança das desvantagens dos restantes meios audiovisuais, a apresentação em *power point*: exige equipamento dispendioso como um computador; para apresentações a grupos é necessário um meio de projecção, como um *data show*; exige conhecimentos específicos de informática por parte do formador; as apresentações mais complexas podem atingir formatos fora da capacidade de envio eletrónico (IEFP, 2009).

Método demonstrativo - Treino dos Cuidados

O método demonstrativo, aqui representado pelo treino de cuidados, é um método pedagógico que privilegia o saber-fazer. O formador executa a tarefa diante dos formandos e pede aos formandos que executem as tarefas propostas, mantendo-se presente a fim de corrigir de imediato eventuais erros, libertando o formando à medida que ele vai desempenhando corretamente as tarefas.

Neste método o formador tem como objetivos: motivar o interessado e prepará-lo, apresentar o trabalho, ordenar tentativas de execução e por fim

automatizar o formando na tarefa, sendo indispensável em certas aprendizagens de carácter técnico.

Segundo Silva (1989), citado em Moura (2005), o treino surge como um conjunto de práticas educacionais com a finalidade de ajudar a atuar mais efeciva e eficazmente. Também para Chiavenato (1995), o treino “(...) é uma resposta estruturada a uma necessidade de conhecimentos, habilidades ou atitudes...deve ser a solução dos problemas que deram origem às necessidades diagnosticadas ou percebidas...é um processo educacional para gerar mudanças”.

É necessário que o treino de cuidados seja considerado um processo dinâmico, planejado e que se efetiva em ambiente real para facilitar a adaptação e o desenvolvimento das competências e habilidades (Moura, et al., 2005).

O método demonstrativo apresenta como vantagens: o ser do domínio psicomotor (saber fazer) que se traduz num trabalho prático, aumentando assim a facilidade e segurança, manifestando-se certamente na assistência prestada ao cliente; maior interação entre formador e formando, em que este último consegue ter atenção ao ritmo individual de cada formando e permite uma avaliação no momento da ação. Apresenta como desvantagens : a dificuldade no controle e gestão do tempo; grupos de formandos reduzidos; exige um bom domínio do formador da teoria e prática; exige maior recurso humano, podendo acarretar maior custos a curto prazo e pode conduzir o formando ao mimetismo, ou seja, imitação pura do formador sem associar pensamento reflexivo e construtivo por parte do formando.

Após a exposição das vantagens e desvantagens de alguns métodos usuais para o processo ensino-aprendizagem é importante referir que os recursos didáticos devem ser encarados como meios auxiliares pedagógicos do formador e nunca meio para o substituir. Parece consensual que a qualidade da formação está directamente relacionada com a capacidade do formador. O uso excessivo de meios podem levar a fadiga do formador bem como as deficientes condições de apresentação sejam físicas ou ambientais. “ Cada recurso didático deve ser estruturado em função de um determinado grupo destinatário, para se atingir um objetivo específico. Por esse motivo, não há documentos didáticos universais” (IEFP, 2009). O mesmo autor refere que, sempre que se utilize documentos já

existentes como meio para o processo ensino-aprendizagem, é importante fazer uma análise cuidada prévia dos seus conteúdos e forma a fim de verificar a adequação aos fins pretendidos.

Um ensino eficiente depende, em parte, da eficácia das capacidades de comunicação do educador para a saúde. O conteúdo deve ser apresentado de uma maneira clara e rigorosa (Perry, et al., 2006) e ser conjugado com recursos didáticos, como filme, fotos, panfletos, apresentações audiovisuais, demonstrações de técnicas ou até aprendizagem assistida por computador. As técnicas de fornecimento de informação a utilizar dependem do estadio de desenvolvimento da pessoa e tornam o processo de aprendizagem mais ativo e estimulante (Perry, et al., 2006). Além disto, deve permitir-se à pessoa cuidada/cuidador um amplo período de tempo para aprender e reforçar o que se aprendeu, sendo também esta uma estratégia de ensino importante. Por fim, dever-se-á efetuar igualmente um método de avaliação do êxito do plano de ensino. O formando reformula as informações recebidas ou faz a demonstração das técnicas aprendidas, o que permite ao enfermeiro avaliar o êxito da aprendizagem (Perry, et al., 2006).

Em suma, os modos e os materiais de ensino são cruciais no alcance dos objetivos propostos e, por conseguinte, para o êxito da educação para a saúde (Redman, 2001). O recurso a multimétodos poderá potenciar mais a aquisição de conhecimentos e competências do que a utilização isolada de uma estratégia.

3.2 Aprender a ser Cuidador

A cultura Portuguesa atribui às famílias a responsabilidade de cuidar dos familiares mais frágeis ou dependentes. “Deste modo, cuidar de parentes apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, o que, aliado a alguma hostilidade para as instituições, pressiona a família no sentido de manter esse papel” (Sousa, et al., 2004). Cuidar, é um ato que implica uma relação de empatia e cumplicidade entre o prestador de cuidados e a pessoa que os recebe.

Os cuidados podem ser formais (âmbito profissional) e informais (prestados pela rede familiar, amigos ou vizinhos).

Interações entre um membro da família, amigo, ou vizinho que ajuda outro, de maneira voluntária e não remunerada, na realização de atividades que são necessárias para a pessoa viver com dignidade é chamado de cuidador informal (Figueiredo, 2007). Nos relatos escritos consultados existe uma referência a uma diminuição da disponibilidade dos cuidadores informais sendo solicitado muitas vezes a intervenção dos cuidadores formais, contudo, na nossa percepção individual a situação económica atual pode acarretar um acréscimo de cuidadores informais pelo aumento da oferta.

É importante referir que o cuidador informal não substitui o cuidador formal e vice-versa. O tempo despendido a prestar cuidados é superior num cuidador informal. De um ponto de vista subjetivo, receber cuidados de um familiar tem outro significado para a pessoa cuidada do que se recebesse de um profissional de saúde, pois há diversos fatores que este não possui. Segundo Figueiredo et al (2004) “Os mais velhos admitem que algumas formas de apoio podem provir de qualquer pessoa (cuidados instrumentais), mas outras (emocionais e sócias) têm que vir dos mais íntimos” e daí a importância de se manter a pessoa no ambiente familiar.

Segundo Luders e Storani, (2000) *cit in* Figueiredo (2007) o prestar cuidados “Trata-se de uma atividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sócias e demográficas, que também comporta os aspetos clínicos, técnicos e comunitários”. Os cuidadores informais veem os cuidadores formais como alguém do qual precisam e se sentem dependentes, mas só os veem também como parceiros no cuidar se o profissional se mostrar disponível em comunicar e colaborar com a família. Quando se estabelece uma relação mútua de complementaridade, admite-se o aumento do nível de satisfação. Quando uma pessoa está integrada na sociedade familiar, a família também deve ser envolvida na prestação dos cuidados, pois pode adquirir recursos e capacidades que, desenvolvidas de forma estruturada, podem significar uma verdadeira fonte de ajuda e suporte para a pessoa e para os seus cuidados. Para Hanson (2005) para se

reduzir os efeitos da doença o enfermeiro tem de ajudar as famílias a proporcionarem cuidados.

O objetivo da enfermagem e em especial os enfermeiros de reabilitação devem trabalhar em parceria com a família a fim de evitar ou reduzir os efeitos que uma dependência de um dos seus membros, ao proporcionarem um ensino estruturado que facilite a prestação de cuidados os enfermeiros podem reduzir o impacto da transição de papéis numa crise não normativa. Cada vez mais, se adota o termo preparar a família em deterioramento do único cuidador, pois como afirma Hanson (2005) os conflitos entre a prestação de cuidados e outras responsabilidades podem produzir tensão e sobrecarga, se os cuidados forem partilhados, provavelmente o risco de exaustão diminuirá, o mesmo autor afirma que “(...)qualquer que seja o seu papel na prestação de cuidados, todos os familiares devem ser ensinados...também é necessário ajudar a família a coordenar a prestação de cuidados...”(Hanson, 2005).

Os prestadores de cuidados são assegurados primariamente pelo cônjuge, na ausência ou por incapacidade deste os filhos surgem em segunda linha de prestação, nomeadamente a filha ou nora (Hanson,2005). Assiste-se a um crescente número de mulheres com responsabilidades laborais e com pouca disponibilidade para o cuidar. O fato de atrasarem a maternidade e assumirem o papel de prestadora de cuidados pode levar à inclusão na geração sanduiche (obrigadas a darem resposta à geração mais velha e à geração mais nova), tornando-as extremamente vulneráveis e muitas vezes com negligência das suas próprias necessidades como afirma Bunting(1989) em Hanson (2005) e os estudos confirmam a tensão sentida por estas filhas adultas (Brody, 1990 em Hason, 2005). A falta de conhecimento do papel pode acarretar preocupações acrescidas aos enfermeiros, este deve estabelecer objetivos realistas e aceitáveis de prestação de cuidados (Kashner et al, 1990 em Hanson, 2005).

Com a hospitalização da pessoa, há um aumento do stress e ansiedade relacionados com a doença. Os membros da família preocupam-se com a sua gravidade, com o possível sofrimento e com a sua morte. Como consequência, os prestadores de cuidados referem sentimentos de medo, vulnerabilidade, insegurança e depressão. A prática de enfermagem engloba os cuidados centrados

na família, contribuindo para acalmar a agonia dos seus membros. Devem ser fornecidas explicações sobre o estado de saúde do doente, a confirmação de que a pessoa está a receber cuidados adequados e a esperança na sua recuperação (Bolander, 1998).

Para além das pessoas dependentes, também os familiares, deverão ser focos de atenção de enfermagem. Mas, apesar de se reconhecer que a família tem um papel fundamental na saúde e na doença dos seus elementos, esta continua, na maior parte das vezes, a não entrar na cadeia dos cuidados de saúde. Assim, Sapeta (1997) refere que “A família só raramente é objeto de cuidados especiais ou atenção particular. A família circula “num corredor paralelo ao doente” e é nesse sentido que é vista e tida em conta. É, absolutamente, secundária.” Desta forma, em contextos hospitalares e comunitários, um tratamento centrado na família é mais um ideal do que propriamente uma prática comum (Wrighte e Leahey, 1994), sendo urgente a mudança desse paradigma. Neste contexto, McDaniel *et al.* (1997) refere que só ultimamente a sociedade começou a oferecer ajuda institucional às famílias para que estas ultrapassem este tipo de situações. Portanto, consideramos que a família deve ser cada vez mais chamada a intervir no planeamento dos cuidados dos seus membros, pelo que tem que ser envolvida e apoiada.

O enfermeiro deve ter em consideração que a pessoa e a família são o sujeito dos cuidados, e desse modo deve promover a expressão dos problemas e dificuldades encontradas, para que a família ajude a pessoa com eficácia e se consiga adaptar eficazmente (López, 1994).

A pessoa com dependência, os seus familiares e os profissionais de saúde são guiados pelas próprias representações. A família, na presença de uma pessoa dependente, necessita de ser reajustada para assegurar mais um apoio efetivo, para fazer face às consequências psicossociais complexas e consequências instrumentais tais como a alteração de tarefas e do projeto das suas vidas. Por isso, torna-se fundamental o apoio a este tipo de famílias, em função da fase da doença, do tipo de família e dos recursos existentes a nível do suporte social e mecanismos de superação de obstáculos (Mendes, 2004).

Segundo Pereira (2002), as reações à perda e à doença só podem ser ultrapassadas através de paciência e de apoio. Assim, o enfermeiro tem que cuidar a família no sentido de a ajudar a compreender os sentimentos e o comportamento que esta está a ter perante a adaptação à situação de crise. O enfermeiro deve estar atento às alterações emocionais da família, encorajando-a a não se isolar.

Cabe ao enfermeiro envolver a família no cuidado à pessoa doente, apoiando-a, informando-a e permitindo-lhe estar com o seu familiar sempre que possível (Lima, 2006). O enfermeiro deve estar ciente que, quando um membro da família adoece, todos os outros são afetados, visto que as rotinas e as responsabilidades se alteram, passando a haver maior inquietação e preocupação, ou seja, o impacto da doença na família é um fator suscetível de quebrar a unidade familiar. Compete ao enfermeiro o papel fundamental na satisfação das necessidades da unidade familiar, pois estão presentes em maior número de horas com o doente e respetiva família.

É também necessário evitar o excesso de ajuda externa. O excesso de informação e de necessidades de respostas poderão ter efeito negativo na família, provocando stress e confusão. Cada família tem a sua dinâmica, tempo e forma para assimilar os processos externos, fato que deve ser respeitado. O importante é agir de acordo com a observação das atitudes e evolução da aquisição de competências dos familiares.

Em síntese, cabe ao enfermeiro reunir todos os meios possíveis ao seu alcance, de forma a ajudar a pessoa doente e a sua família a sentir-se, dentro do possível, mais confortável e em segurança. O papel do enfermeiro é essencial desde o início da experiência da família com a doença, na medida em que, através de uma intervenção estruturada é possível avaliar a falta de conhecimentos da família (nomeadamente do prestador de cuidados), identificar os recursos existentes, instruindo-a e treinando-a a prestar cuidados e a facilitar o acesso a informações escritas e visuais que facilitem o processo de aquisição de competências.

4 - O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E OS PROCESSOS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

A reabilitação surge como uma especialidade multidisciplinar e apresenta como objetivos gerais: a melhoria da função; a promoção da independência e a máxima satisfação da pessoa. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação apresenta um nível de conhecimentos elevados que aliados à experiência o tornam no profissional de enfermagem que deve conceber, implementar e monitorizar planos de intervenção na educação do doente e pessoas significativas no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (DR- 18 de Fevereiro de 2011). Assim, na nossa opinião, os enfermeiros especialistas de reabilitação devem conceber e implementar um processo de ensino aprendizagem que no caso em estudo, é dirigido aos cuidadores com objetivo do treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da qualidade de vida da pessoa que cuidam, ensinando ao cuidador, técnicas específicas de auto cuidado.

Para que haja aquisição de competências é necessário que haja aprendizagem, segundo Carvalho e outros (2006) a

(...) aprendizagem é o resultado da interação da informação com todas as dimensões do nosso ser, sendo as emoções e os sentimentos os principais responsáveis por esta interação. Estes conhecimentos justificam a necessidade da inclusão de estratégias de desenvolvimento de competências sociais e emocionais nos programas de EpS.

Os enfermeiros são um importante grupo profissional de saúde que detém todas as capacidades para intervir nos diversos ciclos de vida do ser humano, e a sua função não pode ser apenas direcionado para a pessoa que necessita de cuidados mas toda a sua estrutura envolvente, seja familiar, social, cultural. Para Carvalho, et al.(2006): “Os enfermeiros devem trabalhar a família de forma a ajudá-las a desenvolverem capacidades para o desempenho adequado e eficiente das suas funções”.

Segundo Correia (2001), citado em Carvalho e outros (2006), o enfermeiro

(...) detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados em Portugal devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida, durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como os recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efectuar.

Com conhecimentos mais específicos, encontram-se os enfermeiros de reabilitação, que através da área de especialização adquiriram conhecimentos específicos na área dos autocuidados e desenvolvem estratégias adaptativas para a satisfação das AVD'S com a pessoa cuidada e seus cuidadores.

4.1 Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida dos enfermeiros de reabilitação permitem -lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. As competências específicas do Enfermeiro de Reabilitação encontram-se publicadas no Diário da República, 2.^a série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, das quais se destacam três com relevância para o nosso estudo: avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto -cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade) e avaliar os resultados das intervenções implementadas.

A tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação baseia-se na conceção, implementação e monitorização de planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade. Identificada a problemática, prescreve intervenções que promovam ações preventivas, assegurem a capacidade funcional, previnam complicações e evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas

(por doença ou acidente), ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, motora ou de outras deficiências e incapacidades (APER, 2011).

Uma das principais responsabilidades dos Enfermeiros de Reabilitação, a fim de garantir a continuidade de cuidados com segurança, é otimizar formas de envolvimento da pessoa significativa no processo de reabilitação, capacitando-a para agir como interveniente ativo no planeamento, execução e avaliação dos cuidados (APER, 2011). Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro de reabilitação conjuntamente com a pessoa que necessita de cuidados e o cuidador devem criar processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde, otimizar as capacidades para gerir o regime terapêutico prescrito envolvendo as pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio e apoio existente na comunidade.

4.2 Organização das Intervenções da Enfermagem de Reabilitação nos Processo de Ensino

Todos nós pertencemos a uma família e, como tal, possuímos sentimentos, valores e comportamentos que dela recebemos. Aquilo que somos e em que nos tornamos tem por base a nossa família e, sem nos darmos conta, influencia a nossa definição de família.

A família é reconhecida pelos grandes organismos internacionais: Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Comunidade Económica Europeia (CEE), como sendo ponto de referência, sobretudo nas situações de crise, doença e sofrimento.

A família, de um modo crescente, tem-se tornado objeto de atenção dos profissionais de saúde. O reconhecimento da sua natureza complexa é pré-condição para que possamos compreender as suas vivências, os seus problemas, dificuldades, necessidades e, fundamentalmente, para ajudá-las no processo de

adaptação tendo em vista melhorias na saúde ou na qualidade de vida, mesmo quando vivem em contextos adversos (Silva e Lunardi, 2006).

A enfermagem como ciência que cuida do Ser Humano sempre esteve comprometida com a função de educar e orientar, e o enfermeiro é um educador que, dentro de sua prática, precisa estar preparado para desenvolver processos educativos de forma a favorecerem o desenvolvimento de habilidades básicas para o crescimento pessoal e profissional.

Para Lash (1990) os Enfermeiros de Reabilitação podem e devem ser encontrados na linha da frente no planeamento, execução e avaliação de uma EpS.

4.2.1 Avaliação do Doente, Família e Contexto

Quando se delinea um processo de ensino é importante uma avaliação prévia da consciência, grau de dependência e colaboração da pessoa cuidada. O cuidador deve ser instruído a solicitar o máximo de colaboração da pessoa que cuida sem contudo ultrapassar os limites que devem ser delineados pelo profissional de saúde que avalia o doente. A pessoa submetida a cuidados, sempre que a consciência o permite, deve ser um interveniente ativo no processo ensino-aprendizagem.

A avaliação da família deve incluir as perceções e definições do fator de stress de família e das dificuldades subjacentes, bem como a perceção da família sobre os recursos disponíveis e as ações necessárias para satisfazer as exigências (Hanson, 2005) e por isso se torna eminente a avaliação da família antes da implementação de um ensino estruturado. Para Jenkins (2004) em Hanson (2005), “(...) o primeiro passo para entender as interações, os papéis e conflitos familiares é identificar os elementos primários da família ou pessoas significativas que possam funcionar como possíveis fontes de ajuda no problema de cuidados de saúde (...)”.

Potter e Perry (2006) referem que a família pode ser definida biologicamente, legalmente ou como uma rede social com laços e ideologias pessoalmente construídos. Ela é vista como um sistema, como um grupo institucionalizado, estável e que estabelece uma base na vida social.

Segundo Alarcão (2000) a família é:

Um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação: os contatos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda, o espaço de vivência de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e afetos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família.

Também Potter e Perry (2006) destacam que o funcionamento da família enfatiza os processos utilizados pela família para alcançar as metas, que incluem a comunicação, o estabelecimento de metas, a resolução de conflitos, a educação e o uso de recursos internos e externos. Os mesmos autores acrescentam ainda que, quando as necessidades psicológicas dos membros da família não são satisfeitas, os sintomas de disfunção familiar é uma das consequências comuns. Os mesmos autores advertem que o enfermeiro pode conceber a família como “(...) um conjunto de relacionamento que o doente identifica como família ou uma rede de pessoas que influenciam mutuamente a vida de cada um”. Os mesmos autores, citando Whall (1991), referem que “(...)embora o sistema de cuidados de saúde, tanto no passado quanto no presente, tenda a enfatizar o indivíduo, a tentativa da enfermagem para incluir as famílias na realização dos cuidados remota a Florence Nightingale”.

Também Maccain (1998), reconhece que: “(...)embora os cuidados de enfermagem incidam mais sobre os indivíduos, é importante reconhecer-se que existe uma resposta da família às necessidades de saúde e de doença dos seus elementos. A resposta da família tem que ser tida em consideração quando se prestam cuidados a qualquer dos seus elementos”.

Stanfhone (1999) refere que os cuidados de enfermagem à família podem apresentar três abordagens:

1º Abordagem - Vê a família como contexto e coloca o indivíduo em primeiro plano e a família em segundo plano;

2º Abordagem - a família é conceptualizada como cliente, ou seja, família em primeiro plano e o doente em segundo plano;

3º Abordagem - a família é centrada nos cuidados como um sistema. O alvo está na família como cliente e esta é vista como um sistema interativo no qual o todo é maior que a soma das suas partes.

A família interfere de forma significativa no conceito individual de saúde e doença, dado que é a primeira instância do processo de socialização e educação. É dentro da mesma que se processam as primeiras noções de saúde, doença e cuidados de saúde. São essas noções que vão contribuir para a representação do significado e experiência de doença. Estas perspetivas são partilhadas por Quartilho citado em Mendes (2004), que afirma que os conceitos de saúde e de doença são condicionados pela experiência que adquirimos na relação com a nossa unidade familiar, uma vez que “(...) é na experiência quotidiana que as normas, valores externos e as emoções interagem de tal modo que o indivíduo sente profundamente aquilo que é realmente fundamental para ele e as pessoas que estão próximas de si”.

Face ao exposto, em todas as famílias cada membro ocupa uma determinada posição ou tem um determinado estatuto, como, por exemplo, marido, esposa, filho, irmão. Por isso, cada membro da família desempenha, habitualmente, várias posições em simultâneo. Os indivíduos são orientados por papéis que são as expectativas de comportamento, obrigações e de direitos associados a uma dada posição na família ou grupo social (Mendes, 2004).

Para Martins (2002), as fases do ciclo vital da família encontram-se associadas a diferentes momentos: o nascimento da família nuclear, o nascimento dos filhos, a adolescência dos filhos, a partida dos filhos, a morte ou partida de um dos pais e a morte da família nuclear. Cada uma destas fases tem os seus próprios desafios e incluem tarefas que devem ser cumpridas de modo a que a família cresça e passe à nova fase. A forma como se ultrapassam essas etapas irá

influenciar as funções e desenvolvimento de toda a família. Assim, de forma a ultrapassar as diferentes etapas com sucesso, é necessário que a unidade familiar adquira novas técnicas e padrões de relacionamento, mantendo ou reajustando, simultaneamente, os antigos padrões de comportamentos.

Ao longo dos tempos, a família tem desenvolvido padrões de interação, designados por estruturas familiares, de forma a governar o seu funcionamento. Estes padrões têm sofrido alterações significativas nas últimas décadas. Segundo Moreira (2001) remetendo-se a Varela (1993), houve uma evolução no comportamento e estruturação da sociedade familiar. A família patriarcal, muito presente na antiguidade, compreendia todas as pessoas que se encontravam sobre a autoridade do mesmo chefe. Do agregado familiar faziam parte os filhos, os netos, a mulher, as noras e os escravos. Posteriormente, a família comunitária medieval compreendia apenas as pessoas ligadas entre si pelo vínculo do casamento e pela ligação biológica de reprodução. Com a revolução industrial contemporânea o modelo familiar anterior sofre uma alteração profunda, surgindo as famílias nucleares. Ainda segundo a mesma autora, quando falamos do conceito família, temos tendência a representá-lo de forma idealizada através de uma família constituída por crianças e pelos pais. Na realidade, cada vez mais, verificamos que na sociedade moderna coexistem diferentes modelos de famílias: compostas por pais e filhos, por um só conjugue, sem filhos, por anciãos e por outras formas de ligação.

Em resumo, dos diversos tipos da família e segundo Martins (2002), podemos afirmar que a compreensão da estrutura familiar constitui um parâmetro de avaliação da unidade familiar porque nos permite compreender a organização hierárquica da família, a distribuição dos papéis, as relações entre os subsistemas internos e externos e as características dos movimentos individuais.

As famílias não são semelhantes e têm necessidades específicas, em consequência das suas condições de vida, da sua história e das características do doente dependente. Para conhecer e intervir na e com a família, é importante situar o ponto em que esta se encontra no seu ciclo vital e verificar em que momento ocorrem determinadas alterações e se estas correspondem ou não a momentos de instabilidade/crise. É necessário conhecer os recursos e

competências que cada família dispõe e determinar as necessidades, os objetivos e as prioridades das famílias na presença da dependência de um dos seus elementos.

As representações sociais que a família desenvolve, face à presença da doença, desempenham um papel importante na compreensão das relações com o meio envolvente. As representações orientam as condutas das famílias nas relações com os outros, sendo construídas com base nas crenças, valores e atitudes. Para Sampaio (1998), é fundamental perceber como é que a família resolve os seus conflitos. É importante que defina objetivos, aprenda a lidar com as situações de crise e adquira competências para iniciar mudanças individuais, familiares e sociais e assumirem, com os menores riscos possíveis, a função de cuidadora de um dos seus membros.

4.2.2 Planeamento do Ensino

Segundo Navarro (2000), existem várias classificações de modelos que servem de base para um planeamento de ensino. Uns divergem pelos objetivos, outros pelas dimensões e outros mesmo pelas técnicas que implementam. Mas, dentro de todas estas classificações, existe uma classificação mestre que distingue os modelos em dois grupos. Falamos da classificação dos Modelos Tradicionais e dos Modelos Modernos.

Os Modelos Tradicionais são conhecidos pela sua severidade, pois fornecem a informação de forma autoritária e paternalista à população alvo. A decisão da mudança de comportamentos não é exclusiva dos doentes. Os formadores também decidem, o que leva a que na maior parte das vezes se elejam as opiniões dos profissionais. A informação é fornecida através da palavra sem auxílio de meios (Navarro, 2000).

Estes modelos visam apenas a transmissão de conhecimentos sobre as doenças e respetivos fatores de risco, não contemplando as questões do bem-estar e

sociais, políticas e económicas da população. A mudança de atitudes e a componente voluntária dos doentes não são objetivos deste modelo. Assim, por si só, não ocorre nenhuma alteração. Como refere Navarro (2000): “ (...) na realidade está perfeitamente demonstrado que a informação, por si só, não é geradora de atitudes e que os comportamentos relacionados com a saúde dependem de um grande conjunto de atitudes de vária ordem, das quais, uma pequeníssima parte se relaciona com saúde”.

Vargas e Navajas (1998) em Navarro (2000) apontam apenas como aspeto positivo do modelo tradicional o fato de “(...) terem êxito e poderem ser úteis na luta contra doenças infecciosas, de onde a aquisição de hábitos pontuais, por exemplo a vacinação, condiciona ao êxito sanitário (...)”.

No outro lado desta classificação, surgem os modelos denominados por Modelos Modernos. Estes são caracterizados por serem mais abrangentes que os anteriores. Para além de transmitirem a informação sobre as patologias e as suas consequências, indicam também as ações para preveni-las (Navarro, 2000). Um outro objetivo que diferencia este tipo de modelos é a contextualização da informação que é necessária divulgar de acordo com as condições socioeconómicas e políticas da população alvo, não se cingindo apenas à dimensão biomédica (Vargas e Navajas, 1998) em Navarro (2000). Para que ocorra essa contextualização, terá de ocorrer previamente uma análise das atitudes e comportamentos.

Os profissionais de saúde que integram as equipas educacionais devem trabalhar ‘com’ a população e não apenas ‘para’ a população. Isto confere um maior grau de liberdade e de interligação para a realização das atividades que o educador delinea.

Várias pessoas podem assumir papéis como educadores de saúde. Contudo, existe “(...) um grupo delimitado de pessoas que está cultural e cientificamente mais associado ao papel privilegiado de assumir o exemplo e o dever de intervenção de uma estratégia fundamentada” (Rodrigues et al., 2005) onde podemos incluir os Enfermeiros.

Greene e Simons(1994) citado em Rodrigues (2005) referem um documento de 1976 da *Society for Public Health Education* onde um educador de saúde é “(...) um especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspectiva pedagógica, seguindo por esta via estratégias de intervenção educativa, através de uma metodologia programada e cientificamente avaliada”.

Os enfermeiros especialistas em reabilitação deparam-se diariamente com situações que implicam mudanças sejam do próprio a quem prestam cuidados sejam à própria família que necessita para além de todo apoio emocional, a aquisição de competências com vista a ajudar o seu elemento familiar que se encontra numa fase de vida mais fragilizado e que recorre a ajuda de outros para satisfazer as AVD'S e por isso os torna num grupo privilegiado na organização, planeamento e prática de ensinamentos estruturados. A eles, cabem o papel de orientador, mediador e supervisor dos cuidados.

O desenvolvimento de uma sessão de educação para a saúde não deve ser demasiado longo. A organização, sequência, equilíbrio e fluidez são condições fundamentais para a eficácia da intervenção educativa (Rodrigues et al 2005).

No planeamento de um ensino deve-se recorrer a uma intervenção estratégica contextualizada, onde se planificam as intervenções após o correcto diagnóstico da situação. Segundo Rodrigues et al (2005), a planificação programática ou estratégia contextualizada “(...) é proactiva, de natureza participativa seguindo métodos qualitativos, gradualistas, programados, com relativa influência do especialista, com visão global e orientada para o contexto. Mais adequada a ajudar a desenvolver indivíduos, famílias, grupos e comunidades”

O êxito do ensino depende muito dos processos de organização e planeamento “(...) o processo de planificação deve prever sempre, desde o início, os processos para se envolverem as pessoas ou grupos que se pretendem capacitar” (Rodrigues,2005).

Segundo Carvalho e outros (2006), se o foco subjacente do ensino for o racionalismo ou tecnológico deve-se optar por um modelo fortemente estruturado, com uma definição clara dos objetivos evitando ambiguidade e a improvisação. Se o foco é crítico ou pragmático, opta-se por um programa adaptado a cada situação e contexto dando ênfase e protagonismo ao formando.

Nos programas de EpS, existem diversos autores que propõem etapas comuns a esses ensinos sendo: a análise da situação (determinação das necessidades educativas); justificação da necessidade do programa; definição de objetivos; conteúdos educativos; determinação das estratégias de intervenção; atividades e metodologias educativas; previsão dos recursos e o desenho da avaliação do programa (Osuna e Moral, 2000) citado em (Carvalho, et al., 2006).

Na análise da situação, devem ser identificadas as necessidades educativas da pessoa alvo do ensino e conhecer algumas características particulares do formador, para assim se adaptar a metodologia, as atividades e recursos. É importante referir que, segundo Clark (1996) citado em Carvalho e outros (2006), “A avaliação das necessidades educativas, na perspectiva epidemiológica, tem quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e sistema de cuidados de saúde”. A biologia humana contempla a maturidade do participante e a adequação à sua função fisiológica. Os fatores ambientais podem ser: físicos, tais como a presença de barreiras arquitectónicas; psicológicos, como o stress e ansiedade, que muitas vezes dificultam a aprendizagem, mesmo naqueles que se encontram muito motivados; sociais, porque podem ser influentes na formação de atitudes e comportamentos acerca da saúde.

A justificação da necessidade do programa deve ser apresentada de forma explícita, referindo o que se pretende com a implementação do ensino, devendo o formador ter plena consciência que é nesta fase que deve convencer os possíveis interessados sendo eles para aquisição de autorização da instituição, para a sua implementação, seja o próprio formando final, como por exemplo, o potencial cuidador.

A definição de objetivos, implica delinear o caminho evitando desvios e indicar o fim que se pretende, nunca esquecendo que os objetivos são um instrumento chave para uma posterior avaliação do programa (Carvalho, et al., 2006).

Os conteúdos educativos são a informação que queremos transmitir ao formando com objetivo de atingir os objetivos delineados. Estes são “(...) condicionados pelos objetivos previamente elaborados e pelas características das pessoas a quem o programa é dirigido. Entre essas características temos a idade

dos participantes, o seu nível de instrução, as suas experiências prévias...” (Osuma e Moral, 2000) citado em (Carvalho, et al., 2006).

A determinação das estratégias de intervenção pode compreender várias atividades de aprendizagem e o uso específico de meios de transmissão de informação. As estratégias devem manter o interesse do educando e ser adequadas e coerentes com os conteúdos a serem apresentados. Segundo Clark (1996), citado em Carvalho e outros (2006)

(...) a selecção das estratégias de ensino dependem das características dos participantes, das características do educador, do tipo de tarefas de aprendizagem, dos conteúdos envolvidos e da disponibilidade de recursos necessários à implementação de estratégias específicas. As estratégias de ensino/aprendizagem seleccionadas devem ser adequadas à idade, nível de desenvolvimento e nível educacional da audiência.

Pela bibliografia consultada não existem regras definidas para a actividade e metodologia educativa. A selecção do método deve ser adequada a cada situação, Garcia et al (1995), citado em Carvalho e outros (2006), define método pedagógico como “(...) o caminho a seguir para expor a informação da forma mais fácil e vantajosa”. Ainda nesta fase, segundo os mesmos autores, é importante ter em conta alguns fatores que podem condicionar a selecção das atividades e metodologias, tais como:

- a natureza do conteúdo- se for simples pode-se recorrer ao uso de materiais escritos como folhetos, slides, entre outros. Se o objetivo for aquisição e desenvolvimento de competências, a demonstração e a prática devem estar incluídos no método a aplicar;

- as características do grupo alvo - se o nível de instrução for alto e apresentar conhecimento prévio sobre o tema pode-se recorrer a métodos expositivos. Se o nível é mais baixo ou desconhecimento total do tema deve-se recorrer ao método demonstrativo que permita uma observação directa de cada uma das fases que constituem o comportamento concreto;

- a capacidade do educador- a experiência prévia do educador na utilização das diferentes metodologias deve ser tida em conta na altura da decisão do caminho a percorrer para a implementação do ensino.

- o material disponível- ao delinear a estratégia de ensino, o formador deve ter em conta a utilização dos diversos materiais e condições específicas para os aplicar, quando se parte para métodos demonstrativos, é necessário material clínico e algumas técnicas requerem participação de mais do que uma pessoa. A previsão dos recursos deve contemplar os humanos, materiais e financeiros. O sucesso de um programa de ensino estruturado pode estar comprometido se alguns dos recursos delineados não se encontrarem disponíveis. Devem ser definidos na sua quantificação e a forma de os obter. Segundo Osuna e Moral (2000), citados em Carvalho e outros (2006), nos recursos “(...) a sua provisão não pode deixar-se ao acaso, já que se põe em perigo o desenvolvimento da actividade educativa”.

A avaliação do programa deve ser uma das tarefas incluídas no planeamento do ensino. Ela deve ser entendida “(...) como uma actividade permanente e que percorre cada uma das etapas do planeamento” (Carvalho, et al., 2006). A avaliação da adequação dos recursos às necessidades do programa permite ao formador identificar a utilidade e contribuição de cada método de ensino para atingir os objetivos delineados. É importante salientar que a avaliação não deve servir apenas como comprovativo de eficácia ou ineficácia mas também para melhorar a qualidade do mesmo introduzindo, à posterior, modificações.

4.2.3 Avaliação da Eficácia do Ensino

Pode-se definir a avaliação como o somatório do controlo (dos objetivos e dos resultados) e da análise (das causas das constatações produzidas pelo controlo) de uma política de formação. Para Massingue (1999) a avaliação é um modo de conduzir procedimentos de recolha de fatos para a seguir os interpretar ou fazer com que o sejam.

Avaliar as intervenções delineadas para o ensino estruturado é condição essencial para permitir eficácia de intervenções futuras no âmbito do processo ensino/aprendizagem. Assim, a avaliação deve começar antes da formação surge como uma frase tipo *slogan*, mas, na realidade deve surgir como uma obrigação primária, pois ela se torna mais ou menos facilitada pelo delinear dos objetivos. Se operacionais, a avaliação surge com relativa facilidade e de menor custo. Ela

deve surgir em qualquer política de formação e deve naturalmente ser imposta tanto para aqueles que a realizam como para os que a prescrevem.

Na avaliação de programas de ensino estruturado podem-se referir duas tendências de avaliação: uma que se centra na avaliação dos objetivos e outra mais complexa, que se centra na aplicação do método científico, onde os efeitos dos programas são medidos através da experimentação. Segundo Carvalho, et al., (2006), a finalidade da avaliação é a tomada de decisões acerca das intervenções efetuadas cujas funções podem ser: modificações no programa para o melhorar, substituir ou mesmo eliminar; justificar as decisões adotadas, visando avaliar as decisões que se delinearão; financiamento de programas e serviços e comparação de teorias, mediante a generalização dos resultados da investigação.

Um dos objetivos da avaliação em saúde é verificar a qualidade das atividades realizadas nas instituições de saúde a fim de garantir os melhores resultados possíveis. Para tal, é necessária a aplicação de medidas de avaliação (indicadores) confiáveis que possibilitem a menor chance de erro dessa avaliação. A monitorização de ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em programas de melhoria contínua da qualidade, constitui uma prioridade dos cuidados (APER, 2011).

A avaliação do processo de ensino estruturado é um aspeto determinante para o sucesso da intervenção, ela deve ser pensada desde o início do planeamento a fim de propor mudanças ou continuidade. Segundo Rodrigues (2005), “(...) o principal objetivo da avaliação é saber o que aconteceu como resultado da implementação do programa(...)”. Ainda segundo o mesmo autor, “Da intenção de mudança à mudança efetiva vai uma grande distância, que os educadores de saúde devem compreender e saber contornar através de estratégias bem definidas e sustentadas”.

Segundo Casado (2000), citado em Carvalho e outros (2006), “(...) a avaliação de programas pode definir-se como a investigação sistemática através de métodos científicos dos objetivos, efeitos e resultados de um programa com a finalidade de tomar decisões sobre ele”. A avaliação da eficácia é um dos tipos de avaliação determinados para programas de EpS. A eficácia mede “(...) a utilidade do

programa em termos de consecução de objetivos ou das consequências resultantes”.

Os indicadores, muitas vezes quantitativos, servem como dados concretos de avaliação. Podem não proporcionar respostas definitivas mas indicam problemas potenciais ou boas práticas de cuidados. Para Silva e Nora (2008), os “Dados coletados são finitos em si próprios, só possuem significado à medida que são capazes de gerar informações para o processo de decisão, com a finalidade de melhoria contínua da qualidade”

A avaliação da qualidade em saúde contempla três dimensões clássicas: a estrutura, o processo e o resultado. Os indicadores podem incorporar essas mesmas dimensões. A avaliação estrutural refere-se às características dos recursos requeridos de um dado serviço de saúde. Apesar de possibilitarem padrões mínimos de capacidade de funcionamento de serviços, não asseguram a qualidade da assistência realizada com excelência. A avaliação processual refere-se à avaliação de acções e decisões de profissionais de saúde e dirige-se mais à dinâmica dos processos do que aos resultados. A avaliação de resultado mede com que frequência um evento acontece, tal como a incidência de eventos desejados ou não num dado serviço, podendo ser específicas a um dado problema de saúde ou para se ter maior compreensão do efeito de uma intervenção. Parece ser consensual que os três tipos de avaliação se completam para se obter a melhor qualidade (Silva e Nora, 2008).

McGlynn e Steven (1998), citados em Silva e Nora (2008), consideram três critérios para a escolha de práticas ou áreas a serem submetidas a medidas de avaliação da qualidade: importância da condição ou problema a ser avaliado; potencial para a implementação de qualidade, mais concretamente onde existe evidência de que a qualidade é subpadronizada; grau de controle dos mecanismos para a implementação do cuidado ou da prática pelos profissionais onde as acções de melhoria podem ser identificadas.

Para Massingue (1999), adotando a definição de J.Ardoine, uma prática de avaliação procede de um duplo procedimento: o de controlar e posteriormente o de analisar. Ao controlar, verifica-se a conformidade ou afastamento entre um objetivo e um resultado, pretendendo-se “(...) recolher com neutralidade os

fatos, observáveis e verificáveis” e não deve fornecer matérias de contestação, adotando uma vertente mais quantitativa. Com o analisar, pretende-se “(...) explicar ou comentar as razões e as causas das constatações produzidas pelo controlo”. É uma prática mais qualitativa, sujeita as pertenças estatutárias ou convicções próprias dos atores, sendo portanto, possível objecto de desacordo. Ainda, segundo o mesmo autor, o controlo deve proceder à análise, o que nem sempre se verifica. Os instrumentos do controlo não podem ser os mesmos da análise, afirmando que “ A pilotagem e a avaliação de uma política de formação consiste, portanto, depois de ter escolhido as suas modalidades e os instrumentos, em conduzir procedimentos de recolha de fatos para a seguir interpretar ou fazer com que o sejam”.

Ao avaliar a formação, deve existir um interesse, por duas vertentes, com cinco níveis diferentes de informação: a primeira vertente é sobre o procedimento (quantidade, qualidade); a segunda vertente é relativa aos resultados (aquisição, efeito e imagens). Para Massingue (1999) “(...) a pilotagem estratégica da avaliação de uma política de formação vai incidir sobre o controlo e a análise desses cinco níveis para obter tipos de informação”. Nos parágrafos seguintes, é descrito o controlo e análise de cada nível segundo Massigue (1999):

- Ao controlar o **Procedimento Quantidade** pretende-se: qualificar as realizações; medir se as produções de formação estão conforme o previsto; constatar e medir os desvios entre previsto/realizado e o não previsto/realizado. Analisar o mesmo procedimento implica explicar os fenómenos controlados de diversos pontos de vista dos diferentes atores; avaliar se os desvios constatados são conjecturais ou estruturais, positivos ou negativos e identificar as modalidades de correcções e ou de ajustes.

- Ao controlar o **Procedimento Qualidade** pretende-se: medir a qualidade da relação pedagógica, do procedimento e da logística, do ponto de vista das coerências de encargos e compromissos e da satisfação dos participantes e dos prescritores. Analisar o mesmo procedimento implica identificar e explicar as causas pelas quais as práticas não estão conforme a prescrição.

- Ao controlar os **Resultados Aquisições** pretende-se: medir e validar as aquisições da formação. Analisar os mesmos resultados, implica indagar as causas dos índices de sucesso e de insucesso das aquisições;

- Ao controlar os **Resultados Efeitos** pretende-se: medir se os recursos adquiridos na formação são utilizados nas situações de trabalho. Analisar os mesmos resultados implica recolher as explicações e os comentários dos beneficiários da formação e da sua hierarquia sobre a pertinência dos recursos adquiridos na formação e sobre a qualidade da sua utilização na situação profissional.

- Ao controlar os **Resultados Imagens** pretende-se: identificar e medir as representações dos beneficiários sobre aquilo que adquiriram e os seus cenários de utilização. Analisar os mesmos resultados implica indagar e explicar as causas das representações constatadas e identificar os fatores de excelência ou de disfunção.

4.3 Construindo o Processo de Ensino/Aprendizagem com o Cuidador

O ensino estruturado foi delineado e executado após uma revisão bibliográfica sobre metodologia educativa e elaborada uma folha de registo (datada e rubricada) de intervenções adaptadas e adequadas aos diversos autocuidados que permitem aos enfermeiros avaliar, instruir e treinar os cuidados (anexo II) para algum item de dependência pelo índice de *Barthel*. Previamente ao preenchimento desses itens anteriores é realizado uma breve caracterização do cuidador/cuidadores com o objetivo de identificar experiências prévias no cuidar de outro, nível de escolaridade (a fim de adequar a linguagem) e relação familiar com a pessoa que vai cuidar.

Após identificação e registo das necessidades, procedeu-se ao agendamento da instrução do cuidador/cuidadores nos autocuidados com alguma dependência. No dia um, o cuidador/cuidadores visualizaram os enfermeiros a prestar cuidados e foi feita a identificação de preconceitos ou ideias pré concebidas e esclarecimento de dúvidas. Nesse mesmo dia, também foi entregue um livreto

(realizado por uma aluna da especialidade em Enfermagem de Reabilitação sob a nossa orientação) com indicações escritas dirigidas aos autocuidados a serem instruídos, a visualização e manuseio de uma plataforma de *power point*, com diversos vídeos, sendo possível a seleção direta para os autocuidados a serem instruídos. No dia dois, o cuidador/cuidadores apresentaram dúvidas sobre a visualização da plataforma do dia um e instruções inscritas que levaram para casa para lerem e analisarem. Foi realizado o treino das intervenções delineadas anteriormente entre enfermeiro e cuidador/cuidadores, com supervisão pelo enfermeiro e correção de procedimentos. No fim do dia dois, foi feito pelo enfermeiro uma avaliação do nível de conhecimentos do cuidador/cuidadores e agendamento de novo treino, se tal o justifica ou se solicitado pelo cuidador/cuidadores.

Após a aquisição de competências práticas, por parte do cuidador e avaliação das mesmas pelo enfermeiro que estruturou o ensino, procedeu-se à aplicação do questionário ao cuidador com a finalidade de avaliar as estratégias metodológicas utilizadas pelo enfermeiro de reabilitação no ensino estruturado.

Em sínteses, a avaliação das estratégias implementadas permite -nos identificar a perceção do cuidador sobre o ensino estruturado. Os resultados permitem aos enfermeiros implementadores do ensino, ajustar a estrutura do mesmo para poder ser mais assertivo para a aquisição de aprendizagem e competências no cuidar por parte do cuidador.

PARTE III

5 - HÁ PROCURA DE RESULTADOS DE APRENDIZAGEM - TRABALHO DE CAMPO

Um trabalho de investigação é uma caminhada sistematizada que permite efetuar uma investigação de problemas ou fenómenos. A metodologia consiste na descrição, de forma organizada, da estrutura de um trabalho de investigação. Após a exposição da base teórica segue-se a descrição sistematizada e sucinta dos meios utilizados e das etapas que constituem o desenvolvimento desta investigação, contribuindo para a procura de resultados.

Fortin (2009), refere a metodologia como “(...) um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação (...) e uma secção (...) que descreve os métodos e técnicas utilizadas”. Toda e qualquer decisão metodológica é essencial na medida em que assegura a credibilidade e a qualidade dos resultados obtidos pela investigação.

Tendo em conta a questão central que norteia esta pesquisa, optámos pelo paradigma quantitativo como orientação principal do nosso estudo, pois acreditamos que a abordagem dedutiva será a forma mais adequada de alcançarmos um conhecimento mais profundo e abrangente do fenómeno em estudo.

No percurso que delineamos de modo a alcançarmos o objetivo desta pesquisa, atendendo à classificação de Fortin (2009), segundo a qual as investigações se inserem em duas grandes categorias: exploratórias-descritivas ou explicativas-preditivas. O nosso estudo enquadra-se no tipo exploratório-descritivo. É descritivo, uma vez que tem como objetivo descrever os fenómenos, observar, registar, analisar, denominar, classificar e relacionar os fatos sem os manipular. Para Fortin (2009), “(...) o objetivo do estudo descritivo consiste em

descrever os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo”. A característica exploratória pressupõe uma busca de maiores e novas informações sobre o problema em questão, descrevendo e analisando com rigor a situação. Segundo Fortin (2009), “(...) os estudos exploratórios e de descrição de fenómenos visam a determinação de fatores e a sua descrição numa dada situação”.

Colliére (2003) compara o estudo exploratório descritivo a uma fotografia que permite situar mais precisamente, as pessoas, os fatos e as suas interações. Acrescenta ainda que é o tipo de estudo que “(...) apresenta mais interesse para um grupo profissional que começa a interrogar sobre o que se faz e o que se inicia na investigação”.

O estudo foi realizado em meio natural como o hospital, segundo Fortin (2009) é “(...) um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório”.

Partilhamos da opinião de Polit e Hungler (1995) de que os estudos descritivos podem ter grande valor para a Enfermagem na medida em que permitem conhecer melhor um determinado fenómeno, antes de elaborar uma intervenção suscetível de melhorar uma situação.

5.1 Objetivos e Finalidades

Segundo Fortin (2009) “O objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação.” Assim delineamos os seguintes objetivos:

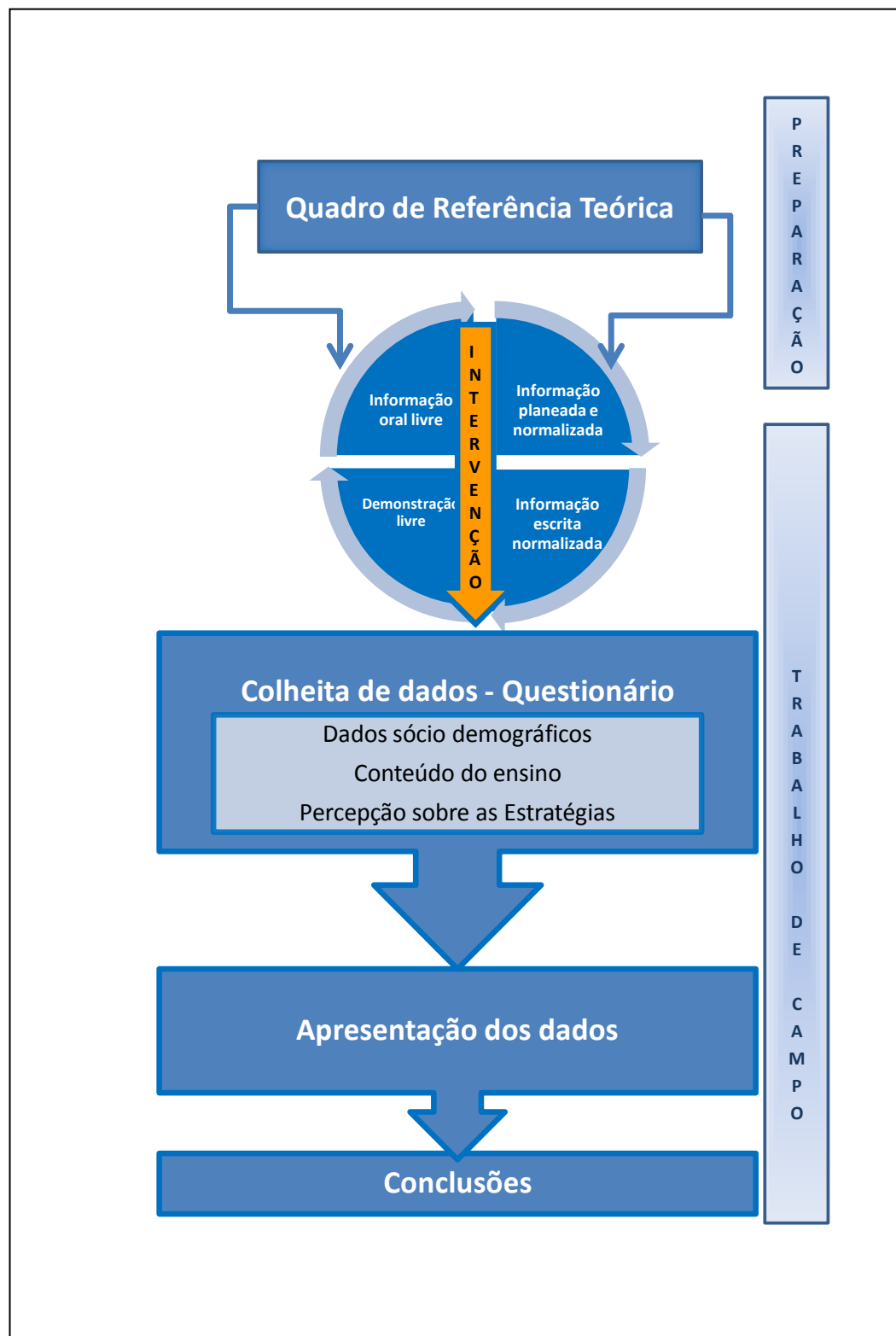
- Identificar as áreas de ensino desenvolvidas pelos Enfermeiros de Reabilitação junto dos familiares/cuidadores de doentes com AVC e com dependência num autocuidado;

- Conceber um processo organizado de ensino a familiares/cuidadores de doentes com AVC a partir da revisão teórica;
- Analisar a opinião dos familiares/cuidadores de doentes com AVC dependente num autocuidado sobre as estratégias de ensino utilizadas;
- Analisar as diferenças mais frequentes das estratégias utilizadas nos ensinamentos aos familiares dos doentes dependentes num autocuidado pelo Enfermeiro de Reabilitação;
- Analisar as diferenças de opinião dos familiares/cuidadores face aos ensinamentos realizados;
- Relacionar os autocuidados com as estratégias utilizadas e por dimensão da avaliação da opinião dos familiares/cuidadores;
- Identificar as estratégias mais valorizadas pelos familiares.

5.2 Desenho do Estudo

O desenho de um estudo funciona como um plano que permite responder às questões de investigação delineadas, para Fortin (2009) o desenho de investigação define mecanismos de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro.

O esquema seguinte representa o caminho a percorrer por nós para alcançar as conclusões do trabalho a que nos propusemos:



Quadro n.º1 - Desenho do estudo

5.2.1 Questões de Investigação

Segundo Fortin (2009) “A hipótese combina o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo....(...) é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis.”. Assim, neste trabalho, surgem como questões de investigação:

- Quais as áreas de ensino desenvolvidas pelos Enfermeiros de Reabilitação junto dos familiares/cuidadores de doentes com AVC e com dependência num autocuidado?
- Qual a opinião dos familiares/cuidadores de doentes com AVC dependente num autocuidado sobre as estratégias de ensino utilizadas, pelos enfermeiros de reabilitação?
- Existirá diferenças significativas entre as estratégias utilizadas nos ensinos aos familiares dos doentes dependentes num autocuidado?
- Quais as diferenças de opinião dos familiares/cuidadores face aos ensinos realizados sobre: quantidade de procedimento, qualidade de procedimento, aquisições de conhecimentos, efeitos da aprendizagem e representação do adquirido?

5.2.2 Variáveis em Estudo

Segundo Fortin (2009) “Quando um conceito é colocado em ação numa investigação ele toma o nome de variável”. As variáveis podem ser classificadas em dependentes, independentes, atributo e estranhas. As variáveis podem derivar de conceitos mais amplos, os constructos, que após a sua operacionalização se tornam concretos e observáveis. A passagem de um constructo a variável designa-se por processo de operacionalização das dimensões subjacentes aos

comportamentos em estudo. No nosso trabalho procedeu-se à operacionalização de um conjunto de variáveis, dividindo-as em variáveis sócio demográficas e de contexto, temas de ensino, estratégias utilizadas no ensino e a opinião dos familiares sobre as estratégias.

Componentes	Indicadores
Idade	Anos completos de vida
Género	Masculino (1)
	Feminino (2)
Relação Familiar	Filho/a (1)
	Cônjuge (2)
	Neto/a (3)
	Irmão/a (4)
	Outro grau (5)
	Amigo/Vizinho (6)

Quadro n.º2 - Variáveis sócio demográficas

Elegemos apenas as componentes idade, género, e relação familiar porque do conhecimento que emergiu dos estudos de Figueiredo (2007) e Sequeira (2010) estas são as variáveis sócio demográficas mais utilizadas para caraterizar os acompanhantes em meio hospitalar.

O presente estudo centra-se na opinião e aprendizagem do cuidador pelo que optamos por incluir variáveis que ajudem a compreender o cuidador no qual centraremos o nosso estudo e às quais chamamos de contexto.

Componentes	Indicadores
Residir com doente	Sim (1)
	Não (2)
Decisão para ser Cuidador	Afetos (1)
	Proximidade familiar (2)
	Interesse económico (3)
	Reconhecimento (4)
	Obrigaçao (5)
	Outra decisão (6)
Primeira vez cuidador	Sim (1)
	Não (2)
Recebeu Ensino	Sim (1)
	Não (2)

Quadro n.º3 - Variáveis de contexto

Optamos por escolher como variáveis de contexto características que nos possam ajudar a delinear um perfil de cuidador tais como se irá residir com o doente, qual a decisão para ser prestador, se o é pela primeira vez e se recebeu ensino sobre prestação de cuidados. Esta ultima componente, garante que o cuidador se sentiu sujeito de ensino, por vezes os enfermeiros dizem que realizaram ensino e as pessoas não reconhecem que foram sujeitos dos mesmos afirmando que não receberam ensino.

A variável temas de ensino permite informações sobre as áreas incidentes no ensino estruturado e as estratégias aplicadas para cada item do ensino.

Componentes	Dimensões	Indicadores
Banho	- Explicação de como se faz - Demonstração de como se faz - Dar indicações escritas - Dar um panfleto - Passar um filme - Outra estratégia	Sim (1) Não (2)
Higiene		
Alimentação		
Uso do Sanitário		
Vestir/Despir		
Controlo Intestino		
Controlo Bexiga		
Transferência		
Posicionar		

Quadro n.º4 - Variável: Temas de ensino

As componentes destas variáveis emergem das áreas de atuação mais comuns dos enfermeiros de reabilitação e para cada uma delas definimos um conjunto de dimensões que incluem as estratégias que identificamos como utilizadas pelos enfermeiros.

A variável estratégia de ensino permite saber qual a estratégia efetuada pelo enfermeiro de reabilitação na aplicação de um ensino estruturado.

Componentes	Indicadores
Explicação dos Cuidados	Efectuado (1) Não Efectuado (2)
Treino dos Cuidados	
Panfleto	
Filme	

Quadro n.º5- Variável - Estratégias de ensino

As componentes escolhidas surgem através das estratégias que identificamos como mais frequentes descritas pelo IEPF (2009).

As opiniões dos familiares sobre as estratégias de ensino assumem como componentes as utilizadas no estudo de Fernandes e Martins (2010).

Componentes	Dimensões	Indicadores
Quantidade do procedimento	Tempo adequado	Discordo fortemente (1) Discordo (2) Indiferente (3) Concordo (4) Concordo fortemente (5)
	Conteúdo adequado teoria/prática	
	Adequação ao nível de conhecimentos	
	A duração permite aprendizagem	
Qualidade do procedimento	Temas claros e coerentes	
	Contribuição para a motivação de cuidar	
	Incentivo à participação	
	Utilidade para a aprendizagem	
Aquisição de conhecimentos	Compreensão dos cuidados	
	Evolução dos conhecimentos	
	Aquisição de conhecimentos	
	Retenção de conhecimentos	
Efeitos da aprendizagem	Utilidade ao desenvolvimento da actividade	
	Impacto na prática	
	Aplicação dos conhecimentos	
	Aquisição de competências	
Representação do adquirido	Recomendação dos conteúdos	
	Despertar interesse sobre o tema	
	Diagnosticar lacunas dos conhecimentos adquiridos	
	Satisfação global com a estratégia	

Quadro n.º6- Variável - Opinião dos familiares sobre as estratégias de ensino

A opinião dos familiares sobre as estratégias permite detetar a importância que cada familiar atribuiu a cada estratégia aplicada para a quantidade e qualidade do procedimento, aquisição de conhecimentos, efeito na aprendizagem e representação do adquirido.

Com as variáveis expressas pretendemos assegurar a forma de medir o problema em estudo e dar resposta às perguntas que nos guiam no processo de pesquisa.

5.2.3 População e Amostra

Segundo Fortin (2009) “ A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira. A escolha da população será a primeira etapa do processo de amostragem. No presente estudo reporta-se aos *Familiars/Cuidadores de doentes dependentes em pelo menos um autocuidado internados na unidade de acidentes vasculares cerebrais e serviços de medicina de um hospital central da região do Porto.*

Sendo a população desta investigação constituída por um grande número de elementos, torna-se complicado considerá-lo na sua globalidade, dadas as limitações de tempo disponível para a realização do estudo. Assim, torna-se necessário selecionar um subgrupo desse universo que seja representativo da população-alvo (amostra). Para Fortin (2009) “A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população (...)”. Como critérios para inclusão na amostra o familiar teve que ser submetido a um estudo estruturado por enfermeiro de reabilitação, ter idade igual ou superior a 18 anos, ter capacidade comunicacional e de aprendizagem e aceitar participar no estudo.

Variável		(N)	(%)
Género	Masculino	10	28,6
	Feminino	25	71,4
Idade	<30	2	5,7
	31-40	8	22,9
	41-50	7	20,0
	51-60	6	17,1
	61-70	10	28,6
	71-80	2	5,7
Relação Familiar	Filho/a	16	45,7
	Cônjuge	15	42,9
	Outro grau parentesco	3	8,6
	Amigo/Vizinho	1	2,9

Tabela n.º1 -Caracterização sócio demográfica da amostra

Os trinta e cinco cuidadores participantes deste estudo apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos com uma média de 50,77. Na análise das idades estratificadas, a faixa etária mais prevalente de cuidadores situa-se entre os 61 e 70 anos como se verifica na tabela n.º1. Salienta-se o fato de 48,6% (n=17) dos cuidadores apresentarem idade inferior a 51 anos.

De acordo com a análise da tabela n.º1, verifica-se que a amostra é predominantemente do sexo feminino, ou seja, dos 35 inquiridos, 71,4% dos cuidadores são do sexo feminino (n=25) e 28,6% dos cuidadores são do sexo masculino (n=10).

Quando inquirimos que tipo de relação familiar apresenta o cuidador com a pessoa que vai cuidar, os filhos surgem em maior percentagem com 45,7% (n=16), os cônjuges com 42,9% (n=15), outros graus com 8,6% (n=3), e os amigos/vizinhos com 2,9% (n=1).

Trata-se de uma amostra intencional que segundo Polit e Hungler (1995) permite ao investigador “(...) selecionar os sujeitos tidos como característicos da população em estudo”. A amostra foi constituída após o período de aplicação de um ensino estruturado com componente dinâmica a ser realizado pelos enfermeiros de reabilitação a trinta e cinco familiares/cuidadores de doentes dependentes em pelo menos um autocuidado.

5.2.4 Colheita de Dados

O método de colheita de dados foi um questionário aplicado aos familiares/cuidadores num contexto face a face. Segundo Fortin (2009) o “ (...) questionário tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões”.

A investigadora optou por construir um questionário onde utiliza uma escala já existente e validade por Fernandes e Martins (2010) *in press* e completou com uma primeira parte constituída por dados sócio-demográficos e de contexto para poder responder às exigências da investigação que se empreende. **No instrumento de colheita de dados**, a problemática a ser estudada implicou a conceção de um instrumento de medida apropriado às variáveis. Assim, foi realizado um instrumento após o conhecimento aprofundado do objetivo de estudo e após a implementação do ensino estruturado que foi realizado pelos enfermeiros de reabilitação aos familiares/cuidadores de doentes dependentes em autocuidados.

A escala aplicada no questionário, é composta por vinte questões que avalia estratégias nos seus procedimentos e resultados. Apresenta-se com índice de *Cronbach* (alpha) de 0,617 para a explicação, de 0,860 para o treino, 0,883 para o panfleto e de 0,865 para o filme, o que revela uma consistência interna e fiabilidade elevada à exceção do índice para a explicação que é moderada, admitindo-se que são válidos para os objetivos a que se destinam, permitindo confiar nas conclusões e resultados extraídos. Os valores da escala original, de Fernandes e Martins, apresenta uma alta consistência interna com índice de *cronbach* para a formação 0,997, para o treino (jogo) um índice de 0,995, para o mail de 0,996 e para o filme de 0,996.

Após a implementação do ensino estruturado foi aplicado um questionário (anexo II) ao familiar cuidador constituído por uma primeira parte de caracterização do cuidador e tabela de identificação dos autocuidados em que recebeu instrução/ treino e qual a metodologia adotada pelo enfermeiro de reabilitação responsável pelo ensino. Na segunda parte aplicou-se uma escala de Fernandes e Martins (2010) constituída por vinte questões relativas à avaliação das estratégias de ensino, oito das quais relativas à informação sobre procedimentos (quantidade e qualidade) e doze questões relativas aos resultados (aquisições, efeitos e imagens) na qual o inquirido responde através de uma escala de *likert* sobre a sua forte concordância (valor 5) à sua forte discordância (valor 1).

O questionário foi de auto preenchimento, contudo em algumas situações o questionário foi preenchido por nós, nomeadamente, nos cuidadores que apresentavam menor grau de escolaridade.

Para o **procedimento de colheita de dados**, implementamos o ensino estruturado aos cuidadores à medida que iam surgindo nos serviços e após o consentimento informado. Para uma melhor continuidade ou diagnóstico de potencial cuidador, a ser incluído no estudo, foi pedido a colaboração dos enfermeiros de reabilitação dos serviços selecionados na aplicação ou continuidade do ensino estruturado sendo feito previamente formação sobre os objetivos do mesmo e o seu conteúdo por nós e pela orientadora do trabalho.

Após a implementação do ensino e informação prévia dos colegas enfermeiros de reabilitação, dirigimo-nos aos serviços onde foi realizado o ensino e procedeu-se à colheita de dados através da aplicação do questionário numa atitude de face a face ou aguardando o preenchimento dos questionários pelos inquiridos, esclarecendo no momento eventuais dúvidas de preenchimento.

5.2.5 Procedimentos Éticos

Sabemos que quase todo o trabalho de investigação relacionado com as ciências humanas acarreta dilemas éticos e morais e que em certas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação. No nosso estudo, foram preservados os direitos fundamentais dos inquiridos. A aplicação do questionário foi feita após parecer favorável da comissão de ética do hospital onde foi realizado o estudo incluído num projeto mais alargado do Núcleo de Investigação em Enfermagem e famílias do Porto da Escola Superior de Enfermagem do Porto em colaboração com o Hospital de São João, “ENFERMAGEM E FAMÍLIAS - Práticas dos Enfermeiros em Unidades de Internamento”

O consentimento informado por parte dos cuidadores foi obtido através da assinatura do participante em modelo próprio (anexo III) elaborado pela comissão de ética onde foi realizado o estudo e que após a explicação oral e escrita dos objetivos do estudo, aceitaram participar de forma voluntária.

Em investigação é importante proteger os direitos e liberdade dos inquiridos. Portanto, para a realização da investigação, tivemos em consideração todas as precauções formais e éticas. Para Fortin (2009) os (...) *cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e, por fim, o direito a um tratamento justo e legal.*

Passamos a descrever os direitos e a sua aplicabilidade no estudo, o:

- Direito à autodeterminação: “(...) baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino” (Fortin, 2009). A participação do cuidador no estudo foi voluntária e não foi utilizado nenhum meio para influenciar a sua decisão. Foi explicado ao inquirido que poderia deixar de participar no estudo a qualquer momento. Todo o material recolhido foi utilizado apenas para os fins acordados e não outros;

- Direito à intimidade: “(...) faz referência à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas” (Fortin, 2009). Cada cuidador teve a liberdade de decidir sobre a dimensão da informação a fornecer no questionário. Teve também direito ao anonimato ao longo da investigação, bem como na divulgação de resultados;

- Direito à confidencialidade: segundo este direito, “(...) os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes do estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador nem pelo leitor do relatório de investigação” (Fortin, 2009). Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que, eventualmente, se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados

relativos aos intervenientes, e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos;

- Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo: este direito “(...) corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou a prejudicarem” (Fortin, 2009). Não estão previstos quaisquer riscos para os participantes do estudo, contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação do cuidador no processo de cuidados a uma pessoa dependente e assim melhorar a ação do cuidar traduzindo-se, possivelmente em benefício imediato para a pessoa que vai ser cuidada;

- Direito a um tratamento justo e legal: “(...) refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitado a participação da pessoa (...)” (Fortin, 2009). Assim sendo, informou-se o inquirido sobre as finalidades e os objetivos do estudo, os riscos incorridos, a relação risco/benefício que o investigador atribuiu à sua participação, bem como as informações relacionadas com o direito das pessoas a se retirarem do estudo a qualquer momento.

No presente estudo pretendeu-se respeitar de forma absoluta os direitos descritos, desde a seleção dos participantes na amostra, até à apresentação e discussão dos resultados. Os aspetos deontológicos inerentes à própria profissão de Enfermagem (onde se incluiu a investigação) enquanto profissão que se autorregula quer pelo Código Deontológico como pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), também, foram respeitados.

PARTE IV

6 - CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO PARA A APRENDIZAGEM

Após a implementação de em ensino estruturado pelos enfermeiros de reabilitação é essencial que haja a avaliação das estratégias que foram utilizadas. Neste capítulo vai ser apresentado a descrição do campo, a descrição da amostra e os resultados obtidos, tentando perceber que estratégias se adequam mais à aprendizagem de competências por parte do cuidador.

6.1 Descrição do Campo

Este trabalho decorreu em quatro serviços de internamento de um hospital central do Porto, foram inquiridos trinta e cinco cuidadores de pessoas dependentes após implementação das quatro estratégias de ensino dinâmico.

Serviços Constituintes	Medicina A2	Medicina B		Unidade AVC
		B3	B4	
Enfermarias	5	7	7	1
Total de camas	25	21	29	8
Casa de banho (doentes)	1	7	1	1
Casa de banho (profissionais)	1	1	1	1
Copa	1	1		
Refeitório (doentes)	1	1	1	0
Sala de trabalho (Enfermagem)	1	1	1	1
Sala de família	0	1	0	0
Gabinete médico	1	2	1	1
Gabinete enfermagem	1	1	1	0
Sala de sujos	1	1	1	1
Sala de pausa	1	1	1	1
Sala de stock de material	1	1	1	1
Posto administrativo	1	1		1
Vestiários	2	2		2

Quadro n.º7-Descrição do campo: estrutura física

Em relação à estrutura física, apenas o serviço de medicina B3 apresenta enfermarias de três camas com casa de banho inclusa e uma sala de família que foram agentes facilitadores para a implementação do ensino estruturado promovendo privacidade e individualidade. Na aplicação da estratégia que contempla a visualização de um filme, os familiares cuidadores de doentes pertencentes à unidade de AVC e medicina B4 eram encaminhadas para a sala de família do serviço de medicina B3 promovendo assim ambiente acolhedor e propício ao diálogo e esclarecimento de dúvidas.

A descrição do campo é incorporada considerando que pode explicitar com mais clareza as limitações e potencialidades que ocorrem nos ensinos neste estudo, embora por limitações do tamanho da amostra não possamos analisar até que ponto estas determinantes do contexto possam também influenciar a aprendizagem, ficamos assim com a convicção que a estrutura pode “poluir” o processo de ensino aprendizagem.

Serviços Recursos humanos	Medicina A2	Medicina B		Unidade AVC
		B3	B4	
Enfermeiro Chefe	1	1		
Enfermeiro	18	16	22	16
Enfermeiros Especialistas:				
Reabilitação	1	4		4
Médico Cirúrgica	1			2
Director de Serviço	1	1		
Médicos	12	8		6
Assistentes operacionais	8	8	7	7
Administrativa	1	1	1	1
Assistente social	1	1		
Dietista	1	1		1

Quadro n.º8-Descrição do campo: recursos humanos

O quadro n.º8 apresenta os recursos humanos existentes nos serviços onde foi aplicado o ensino estruturado, ressalva-se, pelo interesse para o estudo, o número de enfermeiros especialistas em reabilitação salientando-se que apenas dois, exercem reabilitação em tempo total, sendo os restantes incluídos em equipas de trabalho com turnos rotativos, apenas exercendo reabilitação, esporadicamente, nos turnos de manhã e tarde.

Sabendo que a reabilitação é parte integrante do tratamento de inúmeras pessoas internados nestes serviços e que se centra no tratamento individualizado, a enfermagem de reabilitação tem como um dos objetivos melhorar a qualidade de vida das pessoas internadas.

No serviço de Medicina A2 mulheres a reabilitação encontra-se a cargo de um enfermeiro especialista durante o turno da manhã, de segunda a sexta-feira. No serviço de Medicina B3 e B4, os enfermeiros especializados em enfermagem de reabilitação atendem as pessoas no internamento nos dias úteis (segunda a sexta-feira) no turno da manhã e/ou tarde.

Na unidade de AVC a reabilitação é assegurada durante seis dias por semana e contempla os turnos de manhã e tarde de segunda a sexta e sábado de manhã, contudo os enfermeiros de reabilitação durante a tarde também asseguram cuidados ao serviço de Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina e sempre que não haja assistência de reabilitação no turno da manhã aos serviços de medicina B3 e B4. Nestes últimos, muitas vezes e por escassez de tempo, apenas prestam cuidados a doentes que foram transferidos da unidade de AVC para esses serviços.

6.2 Descrição do contexto da amostra

A amostra foi constituída após o período de aplicação de um ensino estruturado com componente dinâmica a ser realizado pelos enfermeiros de reabilitação, integrando trinta e cinco familiares/cuidadores de doentes dependentes em pelo menos um autocuidado

Depois da especificação sócio demográfica dos participantes do estudo e com o objetivo de compreender melhor os alvos do processo de ensino, apresentamos a variável contexto dos cuidadores, particularmente, para salientar a experiência do aprendiz adulto e a proximidade com o objeto que suporta o fim ultimo do conteúdo da aprendizagem, a pessoa que vai receber os cuidados .

Variável		(N)	(%)
Género	Masculino	10	28,6
	Feminino	25	71,4

Tabela n.º2- Relação entre o género do cuidador e o contexto de ser cuidador

De acordo com a análise da tabela n.º2, verifica-se que a amostra é predominantemente do sexo feminino, ou seja, dos trinta e cinco inquiridos, 71,4% dos cuidadores são do sexo feminino e 28,6% dos cuidadores são do sexo masculino. O ato de cuidar sempre esteve muito relacionado com a mulher e a nossa amostra, ainda é, representativa desse fato, contudo cada vez mais o homem se assume como cuidador principal. Este fato pode estar relacionado com a não disponibilidade de uma mulher dentro do seio familiar para assumir o papel, seja por necessidade económica de manter papel profissional ativo, ou pelo crescente assumir de elevados quadros empresariais por parte das mulheres, não estando, assim, disponíveis para assumirem o papel de cuidadoras.

Variável		(N)	(%)
Idade	<30	2	5,7
	31-40	8	22,9
	41-50	7	20,0
	51-60	6	17,1
	61-70	10	28,6
	71-80	2	5,7

Tabela n.º3 - Relação entre a idade do cuidador o contexto de ser cuidador

As idades dos cuidadores estão compreendidas entre os 18 e os 75 anos com uma média de 50,77. Pela análise das idades estratificadas, a faixa etária mais prevalente de cuidadores situa-se entre os 61 e 70 anos. Salienta-se o fato de 48,6% dos cuidadores apresentarem idade inferior a 51 anos.

No sentido de melhor caracterização dos cuidadores participantes e as suas especificidades, foram elaboradas tabelas de dupla entrada para análise dos dados sócio demográficos e contexto do cuidador.

Variável		Primeira vez cuidador (%)		Residir com o doente (%)		Decisão para ser cuidador(%)				
		Sim	Não	Sim	Não	Afetos	Proximidade	Económico	Obrigaçao	Outro
Relação Familiar	Filho/a	75,0	25,0	50,0	50,0	25,0	50,0	0,0	12,5	12,5
	Cônjuge	53,3	46,7	86,7	13,3	13,3	86,7	0,0	0,0	0,0
	Outro grau parentesco	0,0	100,0	33,3	66,7	0,0	66,7	0,0	0,0	33,3
	Amigo/Vizinho	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0

Tabela n.º4-Relação entre a proximidade familiar e o contexto de ser cuidador

Dos dezasseis filhos cuidadores, doze o serão pela primeira vez, dos cônjuges cerca de 50% já apresentavam experiências prévias como cuidadores de outrem. De salientar que os cuidadores com outro grau de parentesco e amigo/vizinho já apresentavam experiência prévia no cuidar e ainda que apenas um cuidador o faz por razões económicas.

Verifica-se, ainda, que 50% dos filhos vão residir com a pessoa que vai cuidar e os restantes, mesmo sendo cuidadores principais, não o farão durante as vinte e quatro horas. Também se verifica que dois cônjuges não irão residir a totalidade do dia com a pessoa de quem vai cuidar, uma vez que a pessoa dependente irá ser deslocada, temporariamente para a casa de um(a) filho(a). O único cuidador incluído no grupo amigo/vizinho irá residir com a pessoa que vai cuidar, afirmando-se assim como cuidador a tempo integral.

A proximidade familiar revela-se o fator de decisão para se tornar cuidador em 50% dos filhos e a 86,7% dos cônjuges. Apenas seis cuidadores (17,1%) referiram ser os afetos a razão da decisão, 11,4% dos quais, filhos, e 5,7% cônjuges. O interesse económico surge na tomada de decisão do cuidador não familiar.

Em síntese, podemos afirmar que a amostra é maioritariamente constituída por mulheres com idade superior a 31 anos, filhas ou cônjuges a residir com o doente, a cuidar pela primeira vez e assumem ser cuidadores por proximidade com o doente. Os filhos são os que mais cuidam pela primeira vez, os cônjuges os que mais residem e os que mais assumem por proximidade.

6.3 Das Áreas de Ensino às Estratégias

Delineou-se atividades básicas de vida contempladas no índice de *barthel* e após determinação do grau de dependência recorreu-se às estratégias delineadas e estruturadas para realizar o ensino, a tabela seguinte evidencia qual a estratégia ou estratégias aplicadas a cada área de ensino.

Estratégias Autocuidados	Explicação		Treino		Panfleto		Filme		Multi-método		Nenhuma		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Banho	0	0	0	0	2	5,7	0	0	33	94,3	0	0	35	100,0
Higiene	0	0	0	0	1	2,9	1	2,9	25	71,4	8	22,9	35	100,0
Alimentação	2	5,7	2	5,7	0	0	0	0	15	42,9	16	45,7	35	100,0
Uso Sanitário	3	8,6	0	0	2	5,7	1	2,9	22	62,9	7	20,0	35	100,0
Vestir/despir	0	0	0	0	1	2,9	1	2,9	31	88,6	2	5,7	35	100,0
C. Intestinal	4	11,4	0	0	2	5,7	0	0	6	17,1	23	65,7	35	100,0
C. Vesical	3	8,6	1	2,9	2	5,7	0	0	5	14,3	24	68,6	35	100,0
Transferência	0	0	0	0	1	2,9	0	0	33	94,3	1	2,9	35	100,0
Posicionar	0	0	0	0	0	0	0	0	27	77,1	8	22,9	35	100,0

Tabela n.º5 - Estratégias aplicadas nas áreas de ensino

Verificamos que o recurso a multimétodos, mais do que uma estratégia, foi o mais utilizado para o ensino aos familiares cuidadores dos diversos autocuidados; banho com 94,3%, na higiene com 71,4%, na alimentação com 42,9%, uso do sanitário com 62,9% e no vestir/despir com 88,6%. Quase a totalidade dos cuidadores aquando do ensino da transferência com 94,3% e no posicionar com 77,1%. Os autocuidados controlo intestinal e vesical apresentam percentagens reduzidas no recurso a mais do que um método para o ensino. No autocuidado controlo intestinal apenas foram aplicados ensinamentos a 34,3% dos cuidadores, 11,4% dos quais com a estratégia explicação e a 5,7% a entrega de um panfleto, sendo o

multimétodo aplicado a 17,1%. No autocuidado controlo vesical apenas 32,4% dos cuidadores foram submetidos a ensino, dos quais 2,9% com o treino, 5,7% com a entrega de um panfleto, 8,6% com a estratégia da explicação e o multimétodo aplicado a 14,3%. No autocuidado posicionar, foram aplicados o ensino por multimétodos à totalidade dos cuidadores submetidos a ensino.

Em síntese, os ensinamentos que foram efetuados com maior frequência foram: o banho, a transferência e o vestir/despir as estratégias mais utilizadas foram a explicação, o treino e o filme e a maior frequência em todos os temas recaiu no uso de multimétodos com exceção do ensino sobre o controlo do intestino e vesical que, nitidamente, ficaram na sua maioria sem estratégia de ensino.

6.4 Resultados das estratégias aplicadas

As estratégias utilizadas para o ensino dinâmico foram baseadas em quatro métodos distintos com objetivo de complementaridade. A explicação dos cuidados, o treino das técnicas pelo cuidador, a informação fornecida pela entrega de um panfleto e pela visualização de um filme com as técnicas a ensinar ao cuidador. As estratégias de ensino foram por nós delineadas e estruturadas, a aplicação isolada de uma estratégia ou o recurso a multimétodos foi opção do enfermeiro de reabilitação que aplicou o ensino, a escassez de tempo e a ausência de uma sala com os meios para a visualização de um filme foram motivos relatados pelos enfermeiros para a não aplicabilidade das quatro estratégias a cada área de ensino.

Apresentaremos os resultados obtidos por estratégia isolada, o recurso a multimétodos e a avaliação das estratégias quanto à qualidade, quantidade, aquisição de conhecimentos, efeitos da aprendizagem e representação do adquirido.

Legenda - D- Discordo; I-Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo Fortemente

Avaliação das Estratégias de ensino Explicação	Grau de concordância							
	D		I		C		CF	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos cuidados que irá prestar	0	0	0	0	14	40,0	21	60,0
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua actividade como cuidador	0	0	0	0	19	54,3	16	45,7
O tempo destinado a esta estratégia de ensino é adequado	5	14,3	0	0	12	34,3	18	51,4
Os temas desta estratégia são apresentados de modo claro e coerente	0	0	0	0	5	14,3	30	85,7
O conteúdo desta estratégia é adequado entre a teoria e a prática	0	0	0	0	11	31,4	24	68,7
Considera que a aprendizagem decorrente desta estratégia de ensino terá impacto ao nível do seu desempenho na prática como cuidador	0	0	0	0	14	40,0	21	60,0
A utilização desta estratégia de ensino contribui para a sua motivação como cuidador	0	0	0	0	17	48,6	18	51,4
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da prestação de cuidados com a utilização desta estratégia	0	0	1	2,9	14	40,0	20	57,1
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com este ensino	0	0	0	0	5	14,3	30	85,7
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos gerais	2	5,7	0	0	14	40,0	19	54,3
O momento proporcionado nesta actividade incentivou à participação como cuidador	0	0	0	0	15	42,9	20	57,1
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0	0	0	0	13	37,1	22	62,9
A duração desta actividade é adequada para permitir aprendizagem	7	20,0	2	5,7	16	45,7	10	28,6
Recomendaria os conteúdos abordados nesta estratégia de ensino a outras pessoas	0	0	0	0	10	28,6	25	71,4
Este instrumento é útil para adquirir conhecimentos	0	0	0	0	17	48,6	18	51,4
A utilização desta estratégia de ensino é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema do cuidar	0	0	0	0	18	51,4	17	48,6
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito dos conhecimentos a prestar	1	2,9	1	2,9	17	48,6	16	45,7
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre prestação de cuidados	1	2,9	0	0	19	54,3	15	42,9
Esta estratégia de ensino é adequada para aquisição de competências para eu ser cuidador	0	0	0	0	15	42,9	20	57,1
Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória	0	0	0	0	7	20,0	28	80,0

Tabela n.º6-Avaliação da estratégia explicação

De acordo com a tabela n.º6, 80% dos cuidadores mostraram-se muito satisfeitos com a estratégia explicação, 100% referem que a apresentação foi clara e com coerência e pretendem aplicar os conhecimentos adquiridos, contudo, 14,3% discordam com o tempo destinado à aplicação da estratégia explicação e

20% referem que a duração da mesma não é adequada para permitir aprendizagem.

Legenda - D- Discordo; I- Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo fortemente

Avaliação das Estratégias de Ensino Treino	Grau de Concordância							
	D		I		C		CF	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos cuidados que irá prestar	0	0,0	0	0,0	13	37,1	22	62,9
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua	0	0,0	1	2,9	17	48,6	17	48,6
O tempo destinado a esta estratégia de ensino é adequado	9	25,7	0	0,0	15	42,9	11	31,4
Os temas desta estratégia o são apresentados de modo claro e coerente	2	5,7	2	5,7	5	14,3	26	74,3
O conteúdo desta estratégia é adequado entre a teoria e a prática	0	0,0	3	8,6	9	25,7	23	65,7
Considera que a aprendizagem decorrente desta estratégia de ensino terá impacto ao nível do seu desempenho na prática como cuidador	0	0,0	0	0,0	6	17,1	29	82,9
A utilização desta estratégia de ensino contribui para a sua motivação como cuidador	0	0,0	2	5,7	13	37,1	20	57,1
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da prestação de cuidados com a utilização desta	0	0,0	0	0,0	10	28,6	25	71,4
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com este ensino	0	0,0	0	0,0	2	5,7	33	94,3
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos gerais	3	8,6	0	0,0	13	37,1	19	54,3
O momento proporcionado nesta actividade incentivou à participação como cuidador	2	5,7	0	0,0	15	42,9	18	51,4
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0	0,0	0	0,0	8	22,9	27	77,1
A duração desta actividade é adequada para permitir aprendizagem	14	40,0	3	8,6	9	25,7	9	25,7
Recomendaria os conteúdos abordados nesta estratégia de ensino a outras pessoas	0	0,0	0	0,0	12	34,3	23	65,7
Este instrumento é útil para adquirir conhecimentos	0	0,0	0	0,0	9	25,7	26	74,3
A utilização desta estratégia de ensino é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema do	0	0,0	0	0,0	16	45,7	19	54,3
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito dos conhecimentos a prestar	0	0,0	0	0,0	20	57,1	15	42,9
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre prestação de cuidados	0	0,0	0	0,0	17	48,6	18	51,4
Esta estratégia de ensino é adequada para aquisição de competências para eu ser cuidador	0	0,0	0	0,0	11	31,4	24	68,6
Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória	0	0,0	0	0,0	12	34,3	23	65,7

Tabela n.º7 - Avaliação da estratégia treino

O tempo destinado à estratégia treino foi discordado por 25,7% de cuidadores e 40% referiram que a duração da estratégia não permite aprendizagem. A totalidade dos cuidadores pretende aplicar os conhecimentos e

evidenciam que terá impacto no desempenho da prática. Salienta-se a forte concordância na utilidade para a aprendizagem com 62,9%, na aquisição de conhecimentos com 68,6%, o modo claro e coerente nos temas da estratégia treino com 74,3%, e evolução dos conhecimentos na prestação de cuidados com 71,4%.

Legenda - D- Discordo; I- Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo fortemente

Avaliação das Estratégias de Ensino Panfleto	Grau de concordância							
	D		I		C		CF	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos cuidados que irá prestar	0	0,0	3	8,6	14	40,0	16	45,7
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua	0	0,0	3	8,6	14	40,0	16	45,7
O tempo destinado a esta estratégia de ensino é adequado	5	14,3	3	8,6	7	20,0	18	51,4
Os temas desta estratégia o são apresentados de modo claro e coerente	2	5,7	2	5,7	13	37,1	16	45,7
O conteúdo desta estratégia é adequado entre a teoria e a prática	0	0,0	4	11,4	17	48,6	12	34,3
Considera que a aprendizagem decorrente desta estratégia de ensino terá impacto ao nível do seu desempenho na prática como cuidador	0	0,0	2	5,7	15	42,9	16	45,7
A utilização desta estratégia de ensino contribui para a sua motivação como cuidador	0	0,0	4	11,4	14	40,0	15	42,9
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da prestação de cuidados com a utilização desta	0	0,0	5	14,3	12	34,3	16	45,7
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com este ensino	0	0,0	0	0,0	10	28,6	23	65,7
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos gerais	0	0,0	2	5,7	24	68,6	7	20,0
O momento proporcionado nesta actividade incentivou à participação como cuidador	0	0,0	3	8,6	11	31,4	19	54,3
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0	0,0	0	0,0	11	31,4	22	62,9
A duração desta actividade é adequada para permitir aprendizagem	5	14,3	2	5,7	14	40,0	12	34,3
Recomendaria os conteúdos abordados nesta estratégia de ensino a outras pessoas	0	0,0	0	0,0	6	17,1	27	77,1
Este instrumento é útil para adquirir conhecimentos	0	0,0	0	0,0	11	31,4	22	62,9
A utilização desta estratégia de ensino é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema do	0	0,0	2	5,7	8	22,9	23	65,7
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito dos conhecimentos a prestar	0	0,0	2	5,7	14	40,0	17	48,6
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre prestação de cuidados	0	0,0	2	5,7	12	34,3	19	54,3
Esta estratégia de ensino é adequada para aquisição de competências para eu ser cuidador	3	8,6	2	5,7	15	42,9	13	37,1
Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória	3	8,6	2	5,7	9	25,7	19	54,3

Tabela n.º8 - Avaliação da estratégia panfleto

A totalidade dos cuidadores recomendaria o conteúdo da informação contida no panfleto a outras pessoas. Das quatro estratégias aplicadas, o panfleto surge como a estratégia mais útil para diagnosticar lacunas com 48,6% a concordarem fortemente e 40% a concordarem. Três dos cuidadores (8,6%) referem que o recurso isolado ao panfleto não é adequado para a aquisição de competências. O maior número de discórdia foi obtido na adequação do tempo destinado à aplicação da estratégia e a duração da mesma com cinco cuidadores (14,3%) a manifestarem a sua discordância. O recurso ao panfleto se apresenta como a estratégia com maior número de cuidadores a responderem indiferente às questões colocadas, quando comparado com as outras estratégias.

Legenda - D- Discordo; I- Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo fortemente

Avaliação das Estratégias de Ensino Filme	Grau de concordância							
	D		I		C		CF	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos cuidados que irá prestar	0	0,0	2	5,7	10	28,6	22	62,9
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua actividade como cuidador	0	0,0	3	8,6	12	34,3	19	54,3
O tempo destinado a esta estratégia de ensino é adequado	5	14,3	0	0,0	9	25,7	20	57,1
Os temas desta estratégia o são apresentados de modo claro e coerente	0	0,0	0	0,0	6	17,1	28	80,0
O conteúdo desta estratégia é adequado entre a teoria e a prática	0	0,0	0	0,0	17	48,6	17	48,6
Considera que a aprendizagem decorrente desta estratégia terá impacto ao nível do seu desempenho na prática como cuidador	0	0,0	3	8,6	15	42,9	16	45,7
A utilização desta estratégia de ensino contribui para a sua motivação como cuidador	0	0,0	2	5,7	15	42,9	17	48,6
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da prestação de cuidados com a utilização desta estratégia	0	0,0	3	8,6	11	31,4	20	57,1
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com este ensino	0	0,0	2	5,7	5	14,3	27	77,1
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos gerais	0	0,0	1	2,9	19	54,3	14	40,0
O momento proporcionado nesta actividade incentivou à participação como cuidador	0	0,0	1	2,9	13	37,1	20	57,1
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0	0,0	0	0,0	15	42,9	19	54,3
A duração desta actividade é adequada para permitir aprendizagem	6	17,1	0	0,0	16	45,7	12	34,3
Recomendaria os conteúdos abordados nesta estratégia de ensino a outras pessoas	0	0,0	2	5,7	5	14,3	27	77,1
Este instrumento é útil para adquirir conhecimentos	0	0,0	2	5,7	10	28,6	22	62,9
A utilização desta estratégia de ensino é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema do cuidar	0	0,0	2	5,7	7	20,0	25	71,4
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito dos conhecimentos a prestar	0	0,0	2	5,7	18	51,4	14	40,0
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre prestação de cuidados	0	0,0	2	5,7	13	37,1	19	54,3
Esta estratégia de ensino é adequada para aquisição de competências para eu ser cuidador	3	8,6	3	8,6	12	34,3	16	45,7
Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória	3	8,6	2	5,7	6	17,1	23	65,7

Tabela n.º9 - Avaliação da estratégia filme

No recurso ao filme, 14,3% dos cuidadores discordaram com o tempo destinado à estratégia e com a duração da atividade para permitir aprendizagem 17,1% . A totalidade dos cuidadores, referem que os temas apresentados durante o tema foram claros e coerentes e pretendem aplicar os conhecimentos adquiridos, 91,4% recomendaria os conteúdos a outras pessoas e referiram que esta estratégia

desperta interesse sobre o tema. O filme apresenta-se com maior número de cuidadores a concordarem fortemente (54,3%) na utilidade desta estratégia para a retenção de conhecimentos específicos sobre prestação de cuidados.

Legenda - D- Discordo; I- Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo fortemente

Avaliação das Estratégias de Ensino	Explicação dos cuidados (n) (%)				Treino dos cuidados (n) (%)				Panfleto (n) (%)				Filme sobre autocuidados (n) (%)			
	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF
USANDO MULTI - MÉTODO																
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos cuidados que irá prestar	0 0,0	0 0,0	14 40,0	21 60,0	0 0,0	0 0,0	13 37,1	22 62,9	0 0,0	3 8,6	14 40,0	16 45,7	0 0,0	2 5,7	10 28,6	22 62,9
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua actividade como cuidador	0 0,0	0 0,0	19 54,3	16 45,7	0 0,0	1 2,9	17 48,6	17 48,6	0 0,0	3 8,6	14 40,0	16 45,7	0 0,0	3 8,6	12 34,3	19 54,3
O tempo destinado a esta estratégia de ensino é adequado	5 14,3	0 0,0	12 34,3	18 51,4	9 25,7	0 0,0	15 42,9	11 31,4	5 14,3	3 8,6	7 20,0	18 51,4	5 14,3	0 0,0	9 25,7	20 57,1
Os temas desta estratégia o são apresentados de modo claro e coerente	0 0,0	0 0,0	5 14,3	30 85,7	2 5,7	2 5,7	5 14,3	26 74,3	2 5,7	2 5,7	13 37,1	16 45,7	0 0,0	0 0,0	6 17,1	28 80,0
O conteúdo desta estratégia é adequado entre a teoria e a prática	0 0,0	0 0,0	11 31,4	24 68,7	0 0,0	3 8,6	9 25,7	23 65,7	0 0,0	4 11,4	17 48,6	12 34,3	0 0,0	0 0,0	17 48,6	17 48,6
Considera que a aprendizagem decorrente desta estratégia de ensino terá impacto ao nível do seu desempenho na prática como cuidador	0 0,0	0 0,0	14 40,0	21 60,0	0 0,0	0 0,0	6 17,1	29 82,9	0 0,0	2 5,7	15 42,9	16 45,7	0 0,0	3 8,6	15 42,9	16 45,7
A utilização desta estratégia de ensino contribui para a sua motivação como cuidador	0 0,0	0 0,0	17 48,6	18 51,4	0 0,0	2 5,7	13 37,1	20 57,1	0 0,0	4 11,4	14 40,0	15 42,9	0 0,0	2 5,7	15 42,9	17 48,6
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da prestação de cuidados com a utilização desta estratégia	0 0,0	1 2,9	14 40,0	20 57,1	0 0,0	0 0,0	10 28,6	25 71,4	0 0,0	5 14,3	12 34,3	16 45,7	0 0,0	3 8,6	11 31,4	20 57,1
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com este ensino	0 0,0	0 0,0	5 14,3	30 85,7	0 0,0	0 0,0	2 5,7	33 94,3	0 0,0	0 0,0	10 28,6	23 65,7	0 0,0	2 5,7	5 14,3	27 77,1
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos gerais	2 5,7	0 0,0	14 40,0	19 54,3	3 8,6	0 0,0	13 37,1	19 54,3	0 0,0	2 5,7	24 68,6	7 20,0	0 0,0	1 2,9	19 54,3	14 40,0
O momento proporcionado nesta actividade incentivou à participação como cuidador	0 0,0	0 0,0	15 42,9	20 57,1	2 5,7	0 0,0	15 42,9	18 51,4	0 0,0	3 8,6	11 31,4	19 54,3	0 0,0	1 2,9	13 37,1	20 57,1
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0 0,0	0 0,0	13 37,1	22 62,9	0 0,0	0 0,0	8 22,9	27 77,1	0 0,0	0 0,0	11 31,4	22 62,9	0 0,0	0 0,0	15 42,9	19 54,3
A duração desta actividade é adequada para permitir aprendizagem	7 20,0	2 5,7	16 45,7	10 28,6	14 40,0	3 8,6	9 25,7	9 25,7	5 14,3	2 5,7	14 40,0	12 34,3	6 17,1	0 0,0	16 45,7	12 34,3
Recomendaria os conteúdos abordados nesta estratégia de ensino a outras pessoas	0 0,0	0 0,0	10 28,6	25 71,4	0 0,0	0 0,0	12 34,3	23 65,7	0 0,0	0 0,0	6 17,1	27 77,1	0 0,0	2 5,7	5 14,3	27 77,1
Este instrumento é útil para adquirir conhecimentos	0 0,0	0 0,0	17 48,6	18 51,4	0 0,0	0 0,0	9 25,7	26 74,3	0 0,0	0 0,0	11 31,4	22 62,9	0 0,0	2 5,7	10 28,6	22 62,9
A utilização desta estratégia de ensino é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema do cuidar	0 0,0	0 0,0	18 51,4	17 48,6	0 0,0	0 0,0	16 45,7	19 54,3	0 0,0	2 5,7	8 22,9	23 65,7	0 0,0	2 5,7	7 20,0	25 71,4
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito dos conhecimentos a prestar	1 2,9	1 2,9	17 48,6	16 45,7	0 0,0	0 0,0	20 57,1	15 42,9	0 0,0	2 5,7	14 40,0	17 48,6	0 0,0	2 5,7	18 51,4	14 40,0
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre prestação de cuidados	1 2,9	0 0,0	19 54,3	15 42,9	0 0,0	0 0,0	17 48,6	18 51,4	0 0,0	2 5,7	12 34,3	19 54,3	0 0,0	2 5,7	13 37,1	19 54,3
Esta estratégia de ensino é adequada para aquisição de competências para eu ser cuidador	0 0,0	0 0,0	15 42,9	20 57,1	0 0,0	0 0,0	11 31,4	24 68,7	3 8,6	2 5,7	15 42,9	13 37,1	3 8,6	3 8,6	12 34,3	16 45,7
Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória	0 0,0	0 0,0	7 20,0	28 80,0	0 0,0	0 0,0	12 34,3	23 65,7	3 8,6	2 5,7	9 25,7	19 54,3	3 8,6	2 5,7	6 17,1	23 65,7

Tabela n.º10 - Avaliação das estratégias por multimétodos

Para 85,7% dos cuidadores, a explicação foi a estratégia em que os temas foram apresentados com mais clareza e coerência, 68,7% concordaram fortemente com a adequação entre a teoria e a prática. Apresenta-se, também, como a estratégia mais satisfatória para 80% dos cuidadores.

A explicação e o treino foram as estratégias em que os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao nível de conhecimentos para 54,3% dos cuidadores.

O panfleto, quando comparado com as outras estratégias utilizadas, surge como a estratégia com menos cuidadores a concordarem fortemente, obteve, isoladamente, apenas na utilidade para detetar lacunas para 48,6% dos cuidadores.

O treino foi a estratégia que mais contribuiu para a compreensão dos cuidados para 62,9% dos cuidadores. Para 82,9% de cuidadores apresentou-se como a estratégia com mais impacto a nível do desempenho na prática e na motivação para ser cuidador para 57,1% dos inquiridos. Para 71,4% dos cuidadores, o treino foi a estratégia mais contributiva para evolução dos conhecimentos, a utilidade para a aprendizagem 77,1%, e para 68,7%, a que mais permitiu aquisição de conhecimentos e competências. A totalidade dos cuidadores refere que irão aplicar os conhecimentos adquiridos.

O filme apresenta-se para 57,1% dos cuidadores como a estratégia com o tempo de aplicabilidade mais adequado, e a que mais contribuiu para o despertar interesse sobre o tema (71,4% dos cuidadores). Apresenta-se no mesmo grau de forte concordância: com o treino na compreensão dos cuidados para 57,1% dos cuidadores; com a explicação no incentivo à participação como cuidador para 57,1%. A par com o panfleto, o filme, surge na duração adequada para permitir aprendizagem para 34,3% dos cuidadores. Na recomendação dos conteúdos a outras pessoas, para 77,1%, dos inquiridos e na retenção de conhecimentos para 54,3%.

Legenda - D- Discordo; I- Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo fortemente

Avaliação das Estratégias de Ensino	Explicação dos cuidados (n)				Treino dos cuidados (n)				Panfleto (n)				Filme sobre autocuidados (n)			
	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF
O tempo destinado a esta estratégia de ensino é adequado	5 14,3	0 0,0	12 34,3	18 51,4	9 25,7	0 0,0	15 42,9	11 31,4	5 14,3	3 8,6	7 20,0	18 51,4	5 14,3	0 0,0	9 25,7	20 57,1
O conteúdo desta estratégia é adequado entre a teoria e a prática	0 0,0	0 0,0	11 31,4	24 68,7	0 0,0	3 8,6	9 25,7	23 65,7	0 0,0	4 11,4	17 48,6	12 34,3	0 0,0	0 0,0	17 48,6	17 48,6
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos gerais	2 5,7	0 0,0	14 40,0	19 54,3	3 8,6	0 0,0	13 37,1	19 54,3	0 0,0	2 5,7	24 68,7	7 20,0	0 0,0	1 2,9	19 54,3	14 40,0
A duração desta actividade é adequada para permitir aprendizagem	7 20,0	2 5,7	16 45,7	10 28,6	14 40,0	3 8,6	9 25,7	9 25,7	5 14,3	2 5,7	14 40,0	12 34,3	6 17,1	0 0,0	16 45,7	12 34,3

Tabela n.º11 -Avaliação das estratégias de ensino pela quantidade do procedimento

Nos itens contemplados para avaliação da quantidade do procedimento o treino surge como a estratégia cujo tempo dedicado para 25,7% dos cuidadores, se mostrou mais inadequado e o filme apresenta 57,1% cuidadores a referirem forte concordância na adequação do tempo destinado à aplicação da estratégia. Quando se relaciona o conteúdo apresentado e a sua adequação entre a teoria e a prática, a explicação surge com a totalidade dos cuidadores, 31,4% a concordarem e 68,7% a concordarem fortemente. O panfleto surge como a estratégia menos contemplativa.

Na questão sobre a dualidade quantidade e adequação ao nível de conhecimentos a explicação e o treino apresentam-se como as estratégias mais contemplativas com 54,3% dos cuidadores a concordarem fortemente, o panfleto como a menos contemplativa na opinião de 20% dos cuidadores. A duração da aplicabilidade da estratégia permite aprendizagem, obteve o menor número de forte concordância por parte dos cuidadores em todas as estratégias, contudo, é no treino e na explicação onde se obtêm o maior número de discordos com 40% cuidadores a discordarem no treino, e 20% de cuidadores na explicação.

Legenda - D- Discordo; I- Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo fortemente

Avaliação das Estratégias de Ensino	Explicação dos cuidados (n) (%)				Treino dos cuidados (n) (%)				Panfleto (n) (%)				Filme sobre autocuidados (n)(%)			
	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF
Os temas desta estratégia o são apresentados de modo claro e coerente	0 0,0	0 0,0	5 14,3	30 85,7	2 5,7	2 5,7	5 14,3	26 74,3	2 5,7	2 5,7	13 37,1	16 45,7	0 0,0	0 0,0	6 17,1	28 80,0
A utilização desta estratégia de ensino contribui para a sua motivação como cuidador	0 0,0	0 0,0	17 48,6	18 51,4	0 0,0	2 5,7	13 37,1	20 57,1	0 0,0	4 11,4	14 40,0	15 42,9	0 0,0	2 5,7	15 42,9	17 48,6
O momento proporcionado nesta actividade incentivou à participação como cuidador	0 0,0	0 0,0	15 42,9	20 57,1	2 5,7	0 0,0	15 42,9	18 51,4	0 0,0	3 8,6	11 31,4	19 54,3	0 0,0	1 2,9	13 37,1	20 57,1
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0 0,0	0 0,0	13 37,1	22 62,9	0 0,0	0 0,0	8 22,9	27 77,1	0 0,0	0 0,0	11 31,4	22 62,9	0 0,0	0 0,0	15 42,9	19 54,3

Tabela n.º12-Avaliação das estratégias de ensino pela qualidade do procedimento

Quando analisamos as questões relativas à qualidade do procedimento a clareza e coerência foram as mais evidenciadas por 85,7% dos cuidadores quando se recorreu à estratégia da explicação. O treino, surge como a estratégia mais contributiva para a motivação para ser cuidador com 57,1% dos cuidadores a concordarem fortemente. O filme e a explicação surgem com o mesmo número de forte concordância quando que se questiona se o momento proporcionado incentivou à participação para 57,1% dos cuidadores. O treino, surge como a estratégia com mais utilidade para proporcionar aprendizagem com 77,1% dos cuidadores a concordarem fortemente.

Legenda - D- Discordo; I- Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo fortemente

Avaliação das Estratégias de Ensino	Explicação dos cuidados (n)(%)				Treino dos cuidados (n) (%)				Panfleto (n) (%)				Filme sobre autocuidados (n) (%)			
	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF
A aquisição de conhecimentos																
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos cuidados que irá prestar	0 0,0	0 0,0	14 40,0	21 60,0	0 0,0	0 0,0	13 37,1	22 62,9	0 0,0	3 8,6	14 40,0	16 45,7	0 0,0	2 5,7	10 28,6	22 62,9
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da prestação de cuidados com a utilização desta estratégia	0 0,0	1 2,9	14 40,0	20 57,1	0 0,0	0 0,0	10 28,6	25 71,4	0 0,0	5 14,3	12 34,3	16 45,7	0 0,0	3 8,6	11 31,4	20 57,1
Este instrumento é útil para adquirir conhecimentos	0 0,0	0 0,0	17 48,6	18 51,4	0 0,0	0 0,0	9 25,7	26 74,3	0 0,0	0 0,0	11 31,4	22 62,9	0 0,0	2 5,7	10 28,6	22 62,9
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre prestação de cuidados	1 2,9	0 0,0	19 54,3	15 42,9	0 0,0	0 0,0	17 48,6	18 51,4	0 0,0	2 5,7	12 34,3	19 54,3	0 0,0	2 5,7	13 37,1	19 54,3

Tabela n.º13-Avaliação das estratégias de ensino pela aquisição de conhecimentos

Na análise da aquisição de conhecimentos, a melhor compreensão dos cuidados a prestar foram atribuídas ao treino e ao filme com 62,9% dos cuidadores a concordarem fortemente. Para a evolução e aquisição dos conhecimentos na área de prestação de cuidados o treino é a estratégia mais contemplativa para 71,4% dos inquiridos. O panfleto e o filme surgem como as estratégias que permitem maior retenção de conhecimentos para 54,3% dos cuidadores.

Legenda - D- Discordo; I- Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo fortemente

Avaliação das Estratégias de Ensino	Explicação dos cuidados (n) (%)				Treino dos cuidados (n) (%)				Panfleto (n) (%)				Filme sobre autocuidados (n) (%)			
	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF
Efeitos da aprendizagem																
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua actividade como cuidador	0 0,0	0 0,0	19 54,3	16 45,7	0 0,0	1 2,9	17 48,6	17 48,6	0 0,0	3 8,6	14 40,0	16 45,7	0 0,0	3 8,6	12 34,3	19 54,3
Considera que a aprendizagem decorrente desta estratégia de ensino terá impacto ao nível do seu desempenho na prática como cuidador	0 0,0	0 0,0	14 40,0	21 60,0	0 0,0	0 0,0	6 17,1	29 82,9	0 0,0	2 5,7	15 42,9	16 45,7	0 0,0	3 8,6	15 42,9	16 45,7
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com este ensino	0 0,0	0 0,0	5 14,3	30 85,7	0 0,0	0 0,0	2 5,7	33 94,3	0 0,0	0 0,0	10 28,6	23 65,7	0 0,0	2 5,7	5 14,3	27
Esta estratégia de ensino é adequada para aquisição de competências para eu ser cuidador	0 0,0	0 0,0	15 42,9	20 57,1	0 0,0	0 0,0	11 31,4	24 68,7	3 8,6	2 5,7	15 42,9	13 37,1	3 8,6	3 8,6	12 34,3	16 45,7

Tabela n.º14 -Avaliação das estratégias de ensino pelos efeitos da aprendizagem

O filme apresenta-se como a estratégia em que os conteúdos abordados foram de maior utilidade para o desenvolver da atividade para 54,3% dos cuidadores. O treino surge com a estratégia que mais impacto irá ter no

desenvolvimento da prática como cuidador para 82,9% dos inquiridos. Quando se questionou os cuidadores sobre a pretensão de utilizar os conhecimentos adquiridos pelas estratégias delineadas, o treino e a explicação surge como as estratégias de eleição para 94,3% e 85,7% de cuidadores. Para a aquisição de competências como cuidador, o treino, surge como a estratégia mais contemplativa com 68,7% cuidadores a concordarem fortemente.

Legenda - D- Discordo; I- Indiferente; C - Concordo; CF- Concordo fortemente

Avaliação das Estratégias de Ensino	Explicação dos cuidados (n) (%)				Treino dos cuidados (n) (%)				Panfleto (n) (%)				Filme sobre autocuidados (n) (%)			
	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF	D	I	C	CF
Representação do Adquirido																
Recomendaria os conteúdos abordados nesta estratégia de ensino a outras pessoas	0 0,0	0 0,0	10 28,6	25 71,4	0 0,0	0 0,0	12 34,3	23 65,7	0 0,0	0 0,0	6 17,1	27 77,1	0 0,0	2 5,7	5 14,3	27 77,1
A utilização desta estratégia de ensino é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema do cuidar	0 0,0	0 0,0	18 51,4	17 48,6	0 0,0	0 0,0	16 45,7	19 54,3	0 0,0	2 5,7	8 22,9	23 65,7	0 0,0	2 5,7	7 20,0	25 71,4
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito dos conhecimentos a prestar	1 2,9	1 2,9	17 48,6	16 45,7	0 0,0	0 0,0	20 57,1	15 42,9	0 0,0	2 5,7	14 40,0	17 48,6	0 0,0	2 5,7	18 51,4	14 40,0
Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória	0 0,0	0 0,0	7 20,0	28 80,0	0 0,0	0 0,0	12 34,3	23 65,7	3 8,6	2 5,7	9 25,7	19 54,3	3 8,6	2 5,7	6 17,1	23 65,7

Tabela n.º15-Avaliação das estratégias de ensino pela representação do adquirido

O panfleto e o filme surgem como as estratégias que os cuidadores mais recomendariam a outras pessoas. Para despertar interesse sobre o tema cuidar o filme é a estratégia com maior número de cuidadores a concordarem fortemente (71,4%). Quando se pretende diagnosticar lacunas nos conhecimentos a prestar, o panfleto surge como a estratégia de eleição para 48,6% dos inquiridos. Para a satisfação global do ensino, a explicação surge como a estratégia mais contemplativa para 80% dos cuidadores.

Em síntese, na visão dos cuidadores a assertividade da quantidade do procedimento foi alcançado com o filme no tempo de aplicabilidade e a explicação no relacionamento do conteúdo entre a teoria e a prática. Na qualidade do procedimento a explicação traduziu clareza e coerência e o treino surge como a estratégia mais contributiva para a motivação e a que mais pode proporcionar aprendizagem de saberes. Para a aquisição de conhecimentos o treino e o filme surgem como as estratégias mais valorizadas, pelos cuidadores na compreensão dos cuidados e o treino na evolução e aquisição de conhecimentos.

Nos efeitos da aprendizagem, o treino traduz um maior impacto a nível do desenvolvimento da prática e na aquisição de competências. Na representação do adquirido os cuidadores recomendariam a outras pessoas conteúdos do panfleto e do filme. Para diagnosticar lacunas, os inquiridos, recorreriam ao panfleto e o filme serviria para despertar interesse.

6.5 O Confronto dos Resultados Obtidos com a Aprendizagem

A aprendizagem não é inata, surge como resultado de imposição, busca de conhecimento ou necessidade de dar resposta a problemas do quotidiano. Definir aprendizagem de capacidades engloba vários componentes objetivos e subjetivos.

Verificamos pela análise descritiva dos dados dos cuidadores que foi privilegiado o multimétodos para o ensino das diversas áreas. As AVD'S com maior incidência de ensino são: o banho e transferências com 94,3% dos cuidadores submetidos a ensino, o vestir/despir foi instruído e treinado a 88,6% dos cuidadores seguidos do posicionar com 77,1% dos cuidadores a serem submetidos. O autocuidado controlo vesical foi o menos submetido a ensino estruturado apenas foi aplicado em 14,3% dos cuidadores, o que pode estar intimamente relacionado com o grau de dependência da pessoa que será cuidada ou o menos valorizado pelos enfermeiros de reabilitação.

Estando a estratégia explicação intimamente relacionada com a forma de comunicar do formador, deparamos que se trata da estratégia que mais satisfação global causou aos familiares cuidadores reforçando assim o papel que os enfermeiros de reabilitação devem assumir como educadores para a saúde e a formação que devem acarretar no domínio da matéria.

A estratégia treino foi a que, na perspetiva do cuidador, mais impacto terá ao nível do desempenho da prática, e a mais adequada para aquisição de competências para Chiavenato (1995) o treino "(...) é uma resposta estruturada a uma necessidade de conhecimentos, habilidades ou atitudes...é um processo educacional para gerar

mudanças.” Por outro lado, o treino também se apresenta como a estratégia com maior percentagem de cuidadores (25,7%) a discordarem com o tempo dedicado à aplicação da estratégia, evidenciando escassez. A dificuldade no controlo e gestão do tempo manifestou-se assim, como uma das desvantagens associadas ao método demonstrativo utilizado neste ensino estruturado.

O filme surge como a estratégia que mais interesse despertou para o tema do cuidar para 71,4% dos cuidadores, o que corrobora a ideia transmitida pelo IEPF (2009) que o ensino dinâmico bem conjugado composto por som, cor e movimento aumenta o interesse e motivação do formando. Também Finger (2008) refere que o uso do vídeo como recurso no processo de ensino leva a um aumento do índice de questionamentos, proporcionando diálogo e um maior envolvimento entre formador e formando, contudo, só por si, não garante uma aprendizagem significativa. Torna-se imprescindível a presença de um enfermeiro para a explicação e treino dos cuidados

O panfleto foi a estratégia mais referenciada pelos cuidadores para diagnosticar lacunas e, a par da estratégia filme, a que mais ajudou a reter conhecimentos específicos sobre prestação de cuidado o que corrobora com a afirmação de Escapit citado em Miltão (2000) onde refere que através de instruções escritas o educando, neste caso, o cuidador,”(...) terá a possibilidade de se reportar, quando quiser ou necessitar, ao conteúdo ensinado.”

Para facilitar a apresentação dos resultados obtidos e relaciona-los com a aprendizagem do cuidador, torna-se emergente descrever a aprendizagem de capacidades pelas diferentes abordagens: abordagem do saber, abordagem do saber-fazer e abordagem do saber comportamental e interligar com as informações obtidas pelos procedimentos e pelos resultados.

Analizando pelo **procedimento quantidade**, que pretende medir se as produções de formação estão conforme o previsto e planificado e, que na escala aplicada se traduz pela: avaliação do tempo destinado e a sua adequação para a aprendizagem; coerência entre teoria e prática; e conteúdos adequados ao nível de conhecimentos. O filme surge como a estratégia mais contributiva com 57,1% na avaliação do tempo e 48,6% na adequação para permitir aprendizagem. segundo Lieury (1999), a memória sensorial visual é fugitiva, mas serve como

entrada para outras memórias especializadas, “(...) várias experiências demonstraram assim que a memória em imagens é extremamente poderosa e durável”, contudo e pela bibliografia consultada a imagem se não associada a palavra torna-se muito pouco eficaz.

No **procedimento qualidade** que controla a qualidade de relação pedagógica, do procedimento e da logística do ponto de vista da conformidade e da satisfação dos participantes e prescritores, pretendendo avaliar pela escala: a clareza e coerência dos temas apresentados; motivação e participação dos formandos; e se a metodologia é útil para a aprendizagem, a explicação surge como a estratégia mais contributiva pela clareza e coerência dos temas (85,7%) e o filme pela motivação e participação (57,1%). O filme, sendo considerado meio audiovisual, potencia a aprendizagem, seja pelo envolvimento entre enfermeiro e cuidador, proporcionando um processo de construção de conhecimentos e trocas de ideias (Finger, et al., 2008).

Donabedian (2003) apresenta uma classificação detalhada dos resultados englobando vários critérios, destaca-se as de resultados avaliativos onde se incluem as opiniões dos clientes sobre a satisfação com diversos aspectos do cuidar no caso em estudo os clientes são os prestadores de cuidados.

A **aprendizagem pelo saber** é incluída no **resultado das aquisições**, medir e validar as aquisições da formação, ou seja, os recursos adquiridos pela formação, avaliando as questões da escala relativo: às compreensões dos conteúdos; à evolução, retenção e revisão dos conhecimentos. O treino na opinião dos cuidadores, surge como a estratégia mais contributiva para o saber e o panfleto a estratégia menos contributiva. Como refere Moura (2005) citado em IEFP (2009) o treino sendo planeado e efetuado em ambiente real facilita a adaptação e o desenvolvimento das competências e habilidades.

A **aprendizagem pelo saber fazer** é explicado pelo **resultado dos efeitos**, medir se os recursos adquiridos na formação são utilizados nas situações de trabalho, avaliando as questões da escala relativas: à utilidade dos conteúdos; ao impacto do nível de desempenho na prática, à pretensão da aplicabilidade dos conteúdos fornecidos e à adequação da estratégia para aquisição de competências. O treino surge como a estratégia com mais impacto no desempenho

da prática (82,9%), na aplicabilidade dos conhecimentos (94,3%), e na aquisição de competências (68,7%), o panfleto surge como a menos contributiva no desempenho da prática (45,7%) o que corrobora a afirmação de Lieury (1999) de que “(...) aprender pela ação é mais eficaz do que aprender pela palavra”. Quando o objetivo do ensino se traduz em aquisições de competências técnicas, a ação acrescenta um componente motor na memorização de conteúdos.

A **aprendizagem comportamental**, ou do saber estar, é explicada pelo resultado das **representações do adquirido**, que foram construídas sobre as aquisições e os efeitos, ou seja, identificar e medir as representações dos cuidadores sobre aquilo que adquiriram e os cenários de utilização. Avalia as questões da escala relativas: à recomendação dos conteúdos a outras pessoas; ao despertar interesse pelo tema; ao diagnosticar lacunas na aprendizagem e a estratégia mais satisfatória para o cuidador. Embora sem diferença estatística relevante surge a explicação como a estratégia mais contributiva para a satisfação global para 80% dos cuidadores. Segundo (Bellier, 1999) “O comportamento inclui necessariamente saber-fazer e saberes, mas um lugar privilegiado é deixado à equação pessoal que permite pôr em operação saber ou saber-fazer e de com eles fazer competência”. A explicação para John Morton contendo informações visuais e auditivas, são fusionadas num código lexical, ao ouvir informações as palavras são vocalizadas e servem como memória auxiliar e é chamada de memória de trabalho pelo investigador Alan Baddeley (Lieury, 1999). A explicação, mesmo sendo a estratégia mais satisfatória para os cuidadores, não deve ser usada isolada pois apenas acrescenta conhecimentos não desenvolvendo competências (IEFP, 2009).

Assim, as áreas de ensino mais desenvolvidas pelos enfermeiros de reabilitação junto dos familiares/cuidadores de doentes com AVC e com dependência num autocuidado depreendeu-se com as atividades de vida contempladas na escala de *barthel* não havendo registo de ações complementares assinaladas pelos cuidadores, foi privilegiado o banho, vestir/despir, posicionar e transferir.

Na opinião dos familiares/cuidadores de doentes com AVC dependente num autocuidado sobre as estratégias de ensino utilizadas, a explicação foi a estratégia

que mais contribuiu para a satisfação global no ensino estruturado e o treino a que mais terá impacto a nível da prestação de cuidados.

Verificamos diferenças entre as estratégias utilizadas nos ensinamentos aos familiares dos doentes dependentes num autocuidado, sendo os mais ensinados (banho, vestir/despir, transferir, posicionar e higiene) com a estratégia multimétodos e o menos, controlo intestinal e vesical com a estratégia explicação.

Os familiares/cuidadores face aos ensinamentos realizados na perspetiva da quantidade e de procedimento situaram-se na sua maioria na estratégia filme. Sobre a qualidade de procedimento os familiares/cuidadores face aos ensinamentos realizados referiram a explicação como a estratégia mais clara e coerente. Considerando a aquisições de conhecimentos os familiares/cuidadores face aos ensinamentos realizados, o treino foi referido como a estratégia que mais impacto terá na aquisição de saberes. Os familiares/cuidadores face aos ensinamentos realizados e considerando os efeitos da aprendizagem, o treino, surge como a estratégia para a aquisição de competências. Por último, considerando a representação do adquirido os familiares/cuidadores face aos ensinamentos realizados referem o filme como a estratégia mais contemplativa para o despertar interesse e recomendar esses conteúdos a outras pessoas.

Em síntese, o maior contributo da análise desta investigação sobre familiares/cuidadores face aos ensinamentos realizados foi verificar que na opinião dos cuidadores o panfleto deve ser utilizado apenas como complemento de outras estratégias de ensino, pois não é valorizado para aquisição de conhecimentos e competências. O filme desperta interesse para o tema e poderá ser utilizado no início da aplicação do ensino estruturado para promover interesse pelo tema e no fim para diagnosticar lacunas. O treino é a estratégia a utilizar quando se pretende aquisição de competências, contudo o tempo dedicado à sua aplicabilidade neste ensino estruturado terá que ser aumentado. A explicação pela clareza e coerência deve ser utilizada ao longo de todo o ensino pois pode potenciar memória auxiliar e contribuir para uma melhor interiorização das práticas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É conhecida a importância que a continuidade de cuidados representa num enquadramento do nosso sistema de saúde. Ela deve ser de fácil acesso e estar ao alcance de todos. Tratar o ser como unitário é muito importante e promover o regresso a casa de uma pessoa previamente doente é a meta final a alcançar. Os enfermeiros apresentam autonomia na ação do ensinar, instruir e treinar a pessoa e cuidador na prestação de cuidados no domicílio. A aprendizagem mutiepisódica ou por estratégias complementares permite uma memorização relativamente estável e duradoura (Lieury, 1999). Os enfermeiros de reabilitação, como elementos responsáveis pela formação e prestação de cuidados mais especializados devem ser elementos pró-ativos no planeamento e implementação de ensinos estruturados que sejam facilitadores e eficientes para os intervenientes. “A investigação em educação para a saúde, deve ajudar a desenvolver recursos de intervenção inovadores e determinantes para ganhos em saúde sobretudo em populações com necessidades de saúde específicas” (Rodrigues, 2005).

Numa reflexão sobre o desenvolvimento desta investigação e considerando os objetivos que nos acompanharam, podemos agora explicitar que as AVD'S banho (94,3%), vestir/despir (88,6%), posicionar (77,1) e transferir (94,3%) foram as atividades mais desenvolvidas pelos Enfermeiros de Reabilitação, aquando do ensino estruturado aos familiares/cuidadores doentes com AVC e com dependência, os autocuidados controlo intestinal e vesical os menos desenvolvidos durante os ensinos.

Considerando um processo organizado de ensino a familiares/cuidadores de doentes com AVC a partir da revisão teórica podemos afirmar que a implementação de ensino estruturado por parte dos enfermeiros de reabilitação pode produzir intervenções de enfermagem eficazes e resultados aceitáveis. No nosso estudo, e após exploração teórica optou-se pela estruturação de um ensino com recurso a multimétodos, pois parece-nos potenciar a articulação entre o que os enfermeiros fazem e o impacto das suas ações quando realizam ensinos aos familiares/cuidadores.

Na opinião dos familiares/cuidadores de doentes com AVC dependente num autocuidado sobre as estratégias de ensino utilizadas foi valorizado método demonstrativo. O treino, foi a que mais contribuiu para a aprendizagem, o que vêm reforçar a importância dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente e cuidador.

As diferenças mais frequentes das estratégias utilizadas nos ensinamentos aos familiares dos doentes dependentes num autocuidado pelo Enfermeiro de Reabilitação emergem da avaliação das estratégias por parte dos cuidadores, o treino surge como a estratégia que mais contribuiu para a aquisição de competências para ser cuidador, o papel do enfermeiro é aqui realçado pela importância da sua ação, como refere Correia citado em Carvalho (2006) os enfermeiros detêm um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde, tem papel de agente facilitador da mudança que pretende efetuar. O tempo destinado à sua aplicabilidade demonstrou a maior fragilidade aquando da aplicação da estratégia. A explicação é a estratégia que mais satisfação global proporcionou aos cuidadores, o papel do enfermeiro na educação para a saúde é o de proporcionar atividades intencionais conducentes a aprendizagens, produzindo mudanças no conhecimento. O recurso ao panfleto obtém maior contribuição para a retenção de conhecimentos e no diagnosticar lacunas, o fato de ser generalista acaba por incluir informação não aplicável ao caso de ensino. O filme reforça a compreensão e desenvolvimento dos cuidados e contribuiu para o incentivo e interesse à participação no cuidar.

Nas diferenças de opinião dos familiares/cuidadores face aos ensinamentos realizados, a duração da aplicabilidade das estratégias surge como o elemento mais fragilizado do nosso ensino estruturado, evidenciando escassez de tempo, o que pode condicionar a própria aquisição de competências.

Na avaliação da quantidade de procedimento que pretende medir se as produções de formação estão conforme o previsto o tempo de dedicado às estratégias surge como o elemento mais fragilizador do ensino aplicado aos cuidadores sendo o treino a mais evidente também para permitir aprendizagem, o conteúdo da estratégia explicação é o mais adequado entre a teoria e a prática, o panfleto surge como a estratégia em que os conteúdos foram os menos adequados ao nível de conhecimentos gerais exemplificativo da importância de ensino personalizado.

Na avaliação da qualidade do procedimento em que se pretende medir a relação pedagógica a explicação foi a estratégia que foi apresentada de maneira mais clara e coerente, a motivação para ser cuidador surge mais valorizada com o treino e o treino como a estratégia mais útil para a aprendizagem.

Na avaliação da aquisição de conhecimentos que pretende medir e validar as aquisições da formação o treino contribuiu mais para a evolução dos conhecimentos e foi o instrumento mais útil para adquirir conhecimentos, o panfleto e filme servem como auxiliares de retenção de conhecimentos.

Na avaliação dos efeitos da aprendizagem que pretende medir se os recursos adquiridos na formação são utilizados nas situações de trabalho o filme surge como a estratégia em que os seus conteúdos mais seriam recomendados a outros cuidadores e a que mais desperta interesse sobre o tema de cuidar, o panfleto surge como a estratégia mais útil para diagnosticar lacunas no âmbito dos conhecimentos a prestar.

Na avaliação da representação do adquirido, que pretende identificar e medir as representações dos cuidadores sobre o que adquiriram e os cenários de utilização filme aparece como a estratégia com os conteúdos mais úteis para o desenvolvimento de como ser cuidador, já o treino é a estratégia que mais impacto teve no desenvolvimento da atividade e na pretensão da aplicação dos conhecimentos.

Concluir uma investigação é algo complexo, salientando-se algumas fragilidades, como a pouca experiência na área da investigação. O tamanho da amostra condiciona deduções específicas, e a opção por um estudo simples descritivo dá-nos a noção de um trabalho inacabado, contudo, pensamos ter cumprido os objetivos a que inicialmente delineados. A disponibilidade das orientadoras foi agente facilitador no percurso percorrido, e reforço o meu agradecimento.

A pesquisa efetuada pode contribuir para a realização de novos trabalhos de investigação, nomeadamente na avaliação da aquisição de competências de cuidadores submetidos a ensinos estruturados, recorrendo a indicadores que se traduzam em ganhos em saúde, pois como refere Mezomo (2001) citado em Gomes (2011), uma boa estrutura e a existência de processos adequados contribui para o

alcance de bons resultados, contudo, essa relação pode ser mais uma probabilidade do que uma certeza, daí a necessidade de mais estudos nesta área.

Acreditamos que podemos obter melhorias nas práticas quando se aplica ensino dinâmico estruturado, traduzindo-se em melhoria da satisfação e dos resultados. É importante que as instituições de saúde potenciem a formação em serviço, pois todo o trabalho não poderá depender apenas de um interveniente, terá que ser fruto de uma equipa. O enfermeiro de reabilitação deverá ser o impulsionador das mudanças existentes em prol de uma maior eficácia e efetividade de cuidados, traduzindo-se numa melhoria dos cuidados.

No contexto atual vivenciado pela profissão de enfermagem, em que os serviços reduzem ao número mínimo de enfermeiros por turno e os substitui por outros profissionais menos qualificados, torna-se emergente preparar os alunos da especialidade de reabilitação para a essência do reabilitar. Os enfermeiros de reabilitação devem fazer provas que podem contribuir para uma diminuição do grau de incapacidade da pessoa, reduzir dias de internamento e evitar reinternamentos por complicações e que podem ser uma mais-valia nos serviços de saúde contribuindo para a redução de custos com o sistema de saúde. Aliar os conhecimentos científicos, aos técnicos e aos relacionais nos tornam profissionais diferenciados, é importante que as instituições de educação preparem profissionais com competências relacionadas com a pedagogia e, relevem mais as disciplinas que proporcionem independência da profissão. Estamos confiantes no futuro da enfermagem de reabilitação e na sua afirmação perante uma sociedade que cada vez mais os procura e solicita, aguardando que a nossa dedicação se traduza numa valorização pessoal, económica e institucional a curto prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M. *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra : Quarteto editora, 2000.

APER, Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação. *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. 2011.

BELLIER, Sandra. - A competência. [autor do livro] PHILIPPE CARRÉ e PIERRE CASPAR. *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*. Lisboa : Horizontes Pedagógicos- Instituto Piaget, 1999.

BOLANDER, Verolyn. - *Sorensen e Luckmann enfermagem fundamental- abordagem psicofisiológica*. Lisboa : Lusodidata, 1998. 972-96610-6-5.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça. *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures : Lusociência, 2006.

CHIAVENATO, I. - *Recursos humanos: edição compacta*. 3ª ed. São Paulo : Atlas, 1995.

COLLIÈRE, Marie - *Cuidar....A primeira arte da vida*. 2.ª edição. Loures : Lusociência, 2003.

CUNHA, Ana Isabel; CARDOSO, Lúcia e OLIVEIRA, Vânia - Autocuidado-Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. *Sinais Vitais*. Julho, 2005, Vol. 61.

DONABEDIAN, Avedis. *An Introduction to quality assurance in health care*. New York : Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-515809-1.

EUROPA, CONSELHO da.- *Recomendação n.º R (98) do Comité de Ministros aos Estados- Membros sobre a dependência*. 1998.

FAUCETT, J, et al. - *O efeito do modelo de autocuidado de Orem nos cuidados de enfermagem em contexto de enfermagem no domicílio*. Autocuidado, EUA : Journal of Advanced Nursing, 1989, Vol. 15.

FIGUEIREDO, Daniela - *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa : Climepsi Editores, 2007.

FIGUEIREDO, et al. - *Envelhecer em Família-Os cuidados familiares na velhice*. Porto : Ambâr, 2004.

FINGER, Johanna; SILVEIRA, Jonathan; PINHEIRO, Soraia. - Recursos tecnológicos como estratégias de aprendizagem no ensino da ciência e biologia. *Net Saber Artigos*. [Online] Janeiro de 2008. [Citação: 25 de Outubro de 2011.] <http://www.webartigos.com>.

FORTIN, Marie –*Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : Lusodidata, 2009.

GOMES, José. - *Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento: resposta para a reabilitação*. Porto: ESEP : Tese de Mestrado, 2011.

HANSON, Shirley - *Enfermagem de cuidados de saúde à família:teoria, prática e investigação*. Loures : Lusociência, 2005. 972-8383-83-5.

HAYES, Sally. - *Reviewing and improving a clinical effectiveness department`s quality assurance model*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 2007, Vol. 20:3.

ICN. - *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão 2. Lisboa : s.n., 2011.

INSTITUTO de EMPREGO e FORMAÇÃO PROFISSIONAL - Recursos audiovisuais nas acções de formação. *slideshare.net*. [Online] 2009. [Citação: 1 de Novembro de 2011.] <http://www.slideshare.net>.

KELLY- HAYES, M. - Avaliação funcional. [autor do livro] S. HOEMAN. *Enfermagem de Reabilitação:aplicação e processo*. Loures : Lusociência, 2000.

LASH, S. - Convicções e comportamento na educação para a saúde. *Revista Nursing*. 27, 1990.

LIEURY, Alain - Memória e Aprendizagem. [autor do livro] PHILIPPE CARRÉ e PIERRE CASPAR. *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*. Lisboa : Horizontes Pedagógicos- Instituto Piaget, 1999.

LIMA, M. - O enfermeiro e o doente em fase terminal. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] [Citação: 11 de Setembro de 2011.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=280> .

LÓPEZ, M.- Investigación en cuidados paliativos de aspectos clínicos y psicológicos. [autor do livro] M et al BARÓN. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo com cáncer*. Madrid : Médica Panamerica, 1994.

MARTINS, Manuela - *Uma crise accidental na família: o doente com AVC*. Coimbra : Formasau, 2002.

MARTINS, Teresa - *AVC- Qualidade de Vida e Bem Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra : Formasau, 2006. ISBN:972-8485-65-4.

MASSINGUE, Bernard. - Pilotagem das políticas de formação. [autor do livro] PHILIPPE CARRÉ e PIERRE CASPER. *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*. Lisboa : Horizontes Pedagógicos- Instituto Piaget, 1999.

McDANIEL, et al. - *Orientacion familiar en atención primaria*. Barcelona : Springer Publisher, 1997.

MENDES, M. - Mudanças familiares ao ritmo da doença:as implicações da doença crónica na família e no centro de saúde. Braga : Dissertação apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais para prova de Mestrado na área científica da ciências sociais., 2004.

MENOITA, Elsa.- *Reabilitar a pessoa idosa com AVC- Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures : Lusociência, 2012.

MILTÃO, MILTON RIBEIRO, et al. - O uso do livro didático na visão dos professores da escola secundária:considerações gerais. *Sitientibus Série Ciências Físicas*. 2006, 02.

MOREIRA, I. - *O doente terminal em contexto hospitalar: uma análise de experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra : Formasau, 2001.

MOURA, Luciana, et al - Treinamento para cuidadores de idosos de uma instituição de longa permanência. [Online] 3 de Outubro de 2005. [Citação: 1 de Novembro de 2011.]

NAVARRO, M. - Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos. [autor do livro] J. PRECIOSO. *Educação para a saúde*. Braga : Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho., 2000.

PASCHOAL, S.- Autonomia e independência. [autor do livro] M. PAPALÉO - NETTO. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo : Atheneu, 2002.

PEREIRA, M. - *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa : Climepsi, Editores, 2002.

PERRY, Patrícia e Anne, Perry - *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e procedimentos*. 5.^a edição. Loures : Lusociência, 2006.

POLLIT, D e HUNGLER, D. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

REGULAMENTO n.º125/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. *D.R. II Série*. Nº 35 p.8658-8659 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa. - *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde.* Coimbra : Formasau- Formação e Saúde,lda, 2005.

ROSINI, Alessandro e PALMISANO, Ângelo. 2003. *Administração de Sistemas de Informação e a Gestão do Conhecimento.* s.l. : Thomson pioneira, 2003.

RUSSEL, Nacy - *Manual de educação para a saúde.* Lisboa : DGS, 1996.

SAMPAIO, Daniel - Actas do V Curso Internacional de Verão de Cascais. *A família.* Cascais : s.n., 1998. Vol. 4, Que família?

SAPETA, P. - O doente terminal e a família. Realidades e contextos. *Nursing.* 1997, Vols. 10, n.º117.

SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* Porto : Lidel - edições técnicas. lda, 2010.

SILVA, Cristiane; NORA, Andrea - *Qualidade em Saúde e Indicadores como ferramenta de gestão.* São Caetano do Sul : Yendis, 2008.

SILVA, M. e LUNARDI, V. - A concepção da família como unidade complexa. *Família, Saúde, Desenvolvimento.* 2006, Vol. 8.

SIMMONS, Susan - Health- Promotion Self-care System Model: directions for Nursing Research and practice. 9 de Fevereiro de 1990, Vol. 15, Health-Promotion Self-care System Model: directions for Nursing Research and practice, pp. 1162-1166.

SOUSA, Liliana, FIGUEIREDO, Daniela e CERQUEIRA, Margarida. 2004. *Envelhecer em família:cuidados familiares na velhice.* Porto : Ambar, 2004. 972-43-0861-8.

STANHOPE, Lencaster - *Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.* Lisboa : Lusociência, 1999.

TAVARES, J. e ALARCÃO, I. - *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem.* Coimbra : Edições Almedina, SA, 2005.

WRIGHT, L. e LEAHEY, M. - *Nurses and families:a guide to family assessment and intervention.* Philadelphia : F.A.Davis.Co, 1994.

