



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MIRIAN TEREZA CERQUEIRA BRITO MACIEL**

**CUIDAR DE PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO NO  
DOMICÍLIO: PREPARO RECEBIDO PELAS FAMÍLIAS**

SALVADOR  
2008

**MIRIAN TEREZA CERQUEIRA BRITO MACIEL**

**CUIDAR DE PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO NO  
DOMICÍLIO: PREPARO RECEBIDO PELAS FAMÍLIAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa o Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Dora Sadigursky

SALVADOR  
2008

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central Julieta Carteado.  
Bibliotecária: Maria de Fátima de Jesus Moreira (CRB:5/1120)

Maciel, Mirian Tereza Cerqueira Brito  
M139c Cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio:  
preparo recebido pelas famílias / Mirian Tereza Cerqueira  
Brito Maciel. – Salvador, 2008.  
.87f.

Orientador : Profª Drª Dora Sadigursky

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade  
Federal da Bahia, Escola de Enfermagem.

1. Cuidar e educar. 2.Família. 3. Enfermeira. 4.Feira de  
Santana – Saúde pública. I. Sadigursky, Dora. II.  
Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 616-002.44

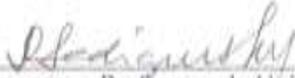
MIRIAN TEREZA CERQUEIRA BRITO MACIEL

## CUIDAR DE PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO NO DOMICÍLIO: PREPARO RECEBIDO PELAS FAMÍLIAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 18 dezembro de 2008

### BANCA EXAMINADORA

Dora Sadigursky   
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Roseanne Montargil Rocha   
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Santa Cruz

Álvaro Pereira   
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

Darci de Oliveira Santa Rosa  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que me cuidaram como expressão da manifestação do amor de Deus e onde quer que estejam criam espaço para cuidar emanando Luz.

Ao meu marido Cleber, que manifestou o cuidado nos momentos do dia a dia, com sua presença solidária.

Aos meus filhos Carla, Camila, Clarissa e Rafael, sinais vivos do cuidar com a alma, como quem cuida do sagrado que se manifesta.

A todas as pessoas que se fizeram presentes, como manifestação da presença constante de Deus na minha vida. Impossível dizer os nomes, para não correr o risco de esquecer algum.

## AGRADECIMENTOS

É com emoção e profunda gratidão que neste momento da finalização deste trabalho recordo-me daqueles(as) que me acompanharam durante este período de mestrado e, me auxiliaram na construção deste trabalho final.

Agradeço a Deus que criou todas as coisas perfeitas e confiou ao homem à capacidade de preservá-las e cuidá-las, pela oportunidade da concretização de mais um sonho, tendo como compromisso o propósito de contaminar a todos, que estiverem ao meu redor com a alegria do cuidar.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudo, importante apoio financeiro, sem o qual seria difícil a conclusão deste curso.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo acolhimento e apoio durante este tempo de preparo para fazer diferente a minha caminhada profissional e pessoal.

À querida Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Dora Sadigursky pelo apoio, conduzindo de forma tão clara este aprendizado. Obrigado pela segurança nos inúmeros momentos de dúvida.

À banca examinadora: Professora Doutora Roseanne Montargil Rocha, Professora Doutora Darci de Oliveira Santa Rosa, Professor Doutor Álvaro Pereira, pela contribuição na avaliação deste trabalho.

Aos colegas de curso de Mestrado, especialmente aos da turma 2007, pelo convívio e compartilhamento de alegrias e preocupações.

À Glícia Gama, Olívia, Isleide e Deusélia, pelos momentos de empolgação, onde o CUIDAR era o tema principal e único.

À Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), por possibilitar essa experiência enriquecedora e gratificante, fundamental para o meu crescimento profissional.

Às minhas queridas companheiras de Feira de Santana: Eva, Silvone e Zannety, pelo companheirismo, pelas reflexões, pelo apoio nos momentos difíceis e, principalmente, pela alegria das viagens, o que tornava a distância sempre menor.

À Mariza Leal Correia pelo apoio e generosidade desde quando iniciei minhas atividades como docente, na qual tudo era novo e difícil.

Às minhas queridas colegas de disciplina na UEFS, Márcia Sandra, Eliana, Eude, que carinhosamente estiveram presentes, apoiando e valorizando meu desenvolvimento.

À Rita Amorim, Eliana e Eva, pelo apoio nos momentos críticos desta caminhada e, principalmente, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos.

A todas as minhas colegas, professoras e funcionárias do Departamento de Saúde da UEFS, pelo carinho e interesse.

À Agenor Junior pela presença e carinho em todos os momentos em que a tecnologia era empecilho para avançar.

Às enfermeiras e demais funcionárias da clínica Cirúrgica e Clínica Médica do Hospital Geral Clériston Andrade, pelo apoio recebido durante o período da coleta dos dados para a realização deste trabalho.

À Mary, minha querida secretária e amiga, que sempre cuidou com muito carinho de tudo que era preciso durante minha ausência, mesmo estando fisicamente presente.

À todas as grandiosas mulheres cuidadoras que entrevistei, pelos depoimentos prestados.

Enfim, a todos e todas que direta ou indiretamente deram sua parcela de contribuição para a concretização e enriquecimento deste trabalho... Muito Obrigado... Sem vocês seria impossível realizá-lo...

“Como aprender pela razão um processo que envolve certa magia? Como equipará-lo a um ato de descoberta, quando ele é um ato criador? Como reduzi-lo a um to mecânico e linearmente estruturado, quando ele se assemelha a uma grande aventura, na qual a paixão e o prazer se combinam com o suspense, a inquietação e a angústia, as quais se acentuam diante das limitações dos seres e os obstáculos que o meio impõe? Deste modo, além de pensar o cuidado é preciso senti-lo, e traduzir nossos sentimentos era uma riqueza de detalhes é uma tarefa impraticável, considerando os meios ainda disponíveis” (DA SILVA, ALCIONE LEITE, 1999, p.74).

MACIEL, Mirian Tereza Cerqueira Brito. **Cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio**: preparo recebido pelas famílias. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

## RESUMO

Este estudo buscou analisar o preparo recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio. Foi realizado nas clínicas médica (neurológica) e cirúrgica de um hospital público da cidade de Feira de Santana-Ba. Procedeu-se uma pesquisa com abordagem qualitativa utilizando a entrevista sem-estruturada e a observação não participante, no período de junho a agosto de 2008. Os sujeitos constituiriam-se de nove familiares cuidadoras dos pacientes que apresentavam úlcera por pressão. Para análise dos dados, foi usado a análise de conteúdo temático de Bardin, à luz dos pressupostos de Collière, e demais autores que abordam sobre o cuidar/cuidado. Os resultados mostraram que, a maioria dos sujeitos são preparados de forma inadequada, para dar continuidade aos cuidados após a alta hospitalar, e os que se consideram preparados, não se sentiam seguros para realizá-los em casa. Identificamos, também, que o cuidar/educar, como processo de trabalho acontece de forma precária nas unidades estudadas. Às famílias, são delegadas responsabilidades pelos cuidados, sem o devido preparo e/ou supervisão, o que acarreta o aparecimento de úlceras por pressão, ou aprofundamento das lesões, já existentes. Concluímos que o distanciamento da enfermeira e a delegação de cuidados, têm impedido que ações educativas, possam garantir aos familiares condições para realizarem, adequadamente, os cuidados de seu parente em casa.

Palavras-chave: Cuidar/educar; família; enfermeira.

MACIEL, Mirian Tereza Cerqueira Brito Maciel. **Taking care of people with ulcer by pressure of the domicile: preparation received by families.** 89 f. Dissertation, master's. Nursing school, Federal University of Bahia, Salvador, 2008.

### ABSTRACT

This study intended to check and to analyze the preparation received by families to take care of people with ulcer by pressure in the domicile. It was carried out in medical and surgical clinics (neurological) of a public hospital in the city of Feira de Santana – Ba. It was conducted a research with qualitative approach using the semi-structured interview and the non-participating observation, between June and August 2008. The subjects were consisted of nine relatives caretakers of the patients that presented ulcer by pressure. For the data analysis, it was used Bardan's thematic content analysis, to the light of Collière's purposes and other authors who talk about caring/care. The results showed that most of the subjects are inappropriately prepared to go on caring after discharge from hospital the ones who considered themselves prepared did not feel safe to carry out such activity at home. We also identified that caring/educating as process of work happens poorly in the studied units. Responsibilities for the care are delegated to the families without proper preparation or supervision which causes the apparition of ulcer by pressure or already existing injury deepening. We conclude that the nurse's being far away and the delegation of care have impeded that educational actions can provide the relatives conditions to properly take care of their relative at home.

**Key words:** caring/educating; family; nursing; pressure ulcer

## LISTA DE FIGURAS

- 1 Figura 1.** Sinopse dos conteúdos das categorias e sub-categorias sobre o Cuidar recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio. Feira de Santana, Ba-2008.....

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research

EUA – Estados Unidos da América

HGCA – Hospital Geral Cleriston Andrade

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UP – Úlceras por pressão

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
2.1	ÚLCERA POR PRESSÃO: CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	20
2.2	CUIDAR/CUIDADO DE PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO.....	27
2.3	PROCESSO EDUCATIVO PARA ALTA HOSPITALAR.....	34
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>42</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	42
3.2	SUJEITOS DO ESTUDO.....	42
3.3	LÓCUS DA PESQUISA.....	43
3.4	COLETA DE DADOS.....	47
3.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	49
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	50
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>52</b>
4.1	COMO AS CUIDADORAS COMPREDEM O CUIDAR .....	56
4.1.1	Cuidar como relacionar-se, envolver-se.....	56
4.2.2	Cuidar como precaução.....	58
4.1.3	Cuidar como tratar dos ferimentos.....	58

	14
4.2 COMO AS CUIDADORAS SE PREPARAM PARA CUIDAR.....	59
4.2.1 As cuidadoras se preparam observando.....	59
4.2.2 As cuidadoras se preparam cuidando.....	64
4.3 COM QUEM AS CUIDADORAS APRENDEM A CUIDAR .....	65
4.3.1 As cuidadoras se preparam para cuidar das pessoas com úlceras por pressão com as professoras.....	66
4.3.2 As cuidadoras se preparam para cuidar das pessoas com úlceras por pressão com profissionais de enfermagem.....	68
4.3.3 As cuidadoras se preparam para cuidar das pessoas com úlceras por pressão com profissionais da equipe de saúde.....	69
4.4 COMO AS CUIDADORAS SE SENTEM PARA CUIDAR.....	74
4.4.1 As cuidadoras sentem-se inseguras para cuidar.....	74
4.4.2 As cuidadoras sentem-se solitárias para cuidar.....	76
4.4.3 As cuidadoras sentem-se despreparadas para cuidar.....	77
4.4.4 As cuidadoras sentem-se ansiosas e temerosas para cuidar.....	82
4.4.5 As cuidadoras sentem-se sem recursos para cuidar.....	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES .....	95
ANEXOS.....	98

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o tempo de estudante de graduação assisto, com indignação, a saída das pessoas de alta hospitalar, sem preparo, mas obrigadas a assumir seu cuidado, em casa. E como enfermeira, tenho me inquietado com a continuidade dos cuidados prestados às pessoas, após a alta hospitalar, em seus domicílios.

Vivenciei esta experiência sem saber o que fazer ou o que dizer e, às vezes, constrangida, despedia-me das pessoas entregando-lhes apenas a receita deixada pelo médico, no prontuário. Isto me incomodava profundamente, pois na minha formação como pessoa, aprendi a valorizar o ser humano, e entregar-lhes somente a receita me parecia ser insuficiente para que aqueles familiares dessem conta das futuras demandas na continuidade dos cuidados em casa.

Hoje, sei que este despreparo e esta atitude refletiam a minha formação profissional, baseada no modelo biomédico que, deslocava o foco do cuidado de enfermagem prestado à pessoa, para centrar-se na doença ou em normas e rotinas hospitalares, as quais priorizavam a doença, os procedimentos e as condutas médicas.

Com o passar do tempo, fui adquirindo confiança e maturidade para questionar esta prática e modificar o meu atendimento ao paciente e família, de forma a prepará-los para efetuar a continuidade dos cuidados no domicílio, bem como expressar minha indignação frente às situações desrespeitosas que presenciava e nas quais, até certo ponto, estava envolvida, pois, como enfermeira, fazia parte daquele contexto.

Depois de algum tempo de prática, aprendi que a enfermeira, ao desempenhar o seu papel, se propõe a cuidar/assistir pessoa, família e comunidade no atendimento de suas necessidades, sendo, portanto, o período da internação um dos momentos em que ela deve lançar mão de habilidades e competências para cuidar, educando para a saúde e, desta forma, cumprir o compromisso assumido com a profissão.

Assim, ao trabalhar na Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana, uma instituição que contava com enfermeiros contratados pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) para desenvolver suas atividades, neste hospital, com o objetivo de preparar o campo de prática para as alunas do curso de graduação desta universidade, tive a oportunidade de realizar atividades de enfermagem direcionadas ao cuidado individualizado e humanizado aos pacientes lá internados.

Sem dúvida, a referida instituição foi um marco na minha vida, pois foi a partir desta época que passei a desenvolver um trabalho visualizando o indivíduo como ser único, incluindo a atenção às famílias, respeitando e valorizando suas singularidades, orientando-os na tentativa de favorecer os cuidados a serem desenvolvidos no domicílio. Naquele contexto, as altas eram previstas e as famílias preparadas pelas enfermeiras, para assumir e dar seguimento à assistência, após a alta hospitalar.

Esta experiência me fez acreditar na possibilidade de oferecer uma assistência de melhor qualidade ao paciente, envolvendo o preparo para a alta hospitalar, prevista a partir da admissão e, que tivesse continuidade durante toda a internação.

Considero importante a prática educativa da enfermeira, como principal estratégia de preparação para a alta hospitalar. Este preparo que compreende, a orientação do paciente e sua família, bem como de pessoas a eles vinculadas, para execução de tarefas simples e, ainda, a orientação para cuidarem de si, tornando-as, em muitos casos, independentes dos serviços e dos profissionais de saúde.

Tempos depois de ter atuado na Santa Casa, ingressei como professora do curso de Graduação em Enfermagem da UEFS, já com a intenção de formar alunas para cuidar de pessoas, vislumbrando o momento da alta hospitalar e, portanto, treinando-as para orientar paciente e família, para a continuidade dos cuidados no domicílio. Assim sendo, passei a considerar o preparo da família como um compromisso desafiador para todas as profissões de saúde. Porém, cabe à enfermeira o desafio e a responsabilidade deste preparo, principalmente, no que diz respeito às pessoas que precisam da ajuda da família para realizar os cuidados, como é o caso daquelas que se encontram acamadas e possuem úlcera por pressão.

A formação das úlceras por pressão (UP) durante o período de internação prolongado ou não, consiste em um problema que afeta as pessoas em todos os níveis assistenciais. Segundo Fernandes (2000), é um desafio à assistência aos pacientes críticos, pois, não raro, a ocorrência de complicações advindas do tratamento dispensado a estes, nas unidades de tecnologia avançada e nas situações de emergência, mostra que, alguns aspectos relacionados aos cuidados, têm merecido pouca atenção por parte dos profissionais.

Dentre estas complicações estão as UP, como um problema significativo e oneroso para os pacientes imobilizados. Estas lesões podem se desenvolver num período de tempo rápido e após sua instalação, o paciente pode ter o tempo de internação prolongado.

Considerando a mudança do perfil epidemiológico da população, é cada vez maior o número de pessoas com doenças crônicas degenerativas que, muitas vezes, trazem consigo incapacidades e dependências. Também, são dignos de nota outros aspectos que são: o

expressivo aumento da população urbana; o envelhecimento populacional e o crescimento no quantitativo de pessoas vítimas de violência por arma de fogo ou no trânsito que, não raro, apresentam seqüelas físicas ou mesmo mutilações, com limitações na mobilidade, e/ou locomoção as quais, podem propiciar o surgimento das UP. Depois de debelada a situação emergencial e, tendo recebido alta hospitalar, estas pessoas serão encaminhadas aos seus domicílios para dar continuidade à assistência fora do hospital, mesmo que as UP não estejam cicatrizadas.

As úlceras por pressão (UP) são complicações comuns, que ocorrem no período de internação, prolongada ou não e, que se apresentam como lesões de pele, causando aumento da dor física e do desconforto emocional, com perda da função tecidual, aumento do risco para infecções e outras complicações, podendo prolongar o tempo de permanência no hospital, diminuindo as chances de pronta recuperação.

Estas complicações são mais evidentes quando o paciente apresenta alguma incapacitação que dificulta e/ou impossibilita sua mobilidade, ou quando, este fato não é devidamente observado e corrigido pela equipe de enfermagem durante a internação ou, familiar/cuidador, no domicílio.

Segundo Hoeman (1996), imobilidade é a inabilidade ou a diminuição da capacidade de mudança de posição corporal, que pode ter longa duração ou não, dependendo dos fatores que a condicionam. Quanto maior o tempo de imobilidade, maior a probabilidade do aparecimento de lesões no organismo.

Considera-se que a imobilidade está relacionada a fatores como: restrição mecânica, aparelho gessado, trações e/ou quadros patológicos como: coma, paralisias, parestesias, traumas, cirurgias e sedação que levam à restrição da mecânica corporal.

As pessoas podem ter o mesmo tempo de imobilidade, mas, cada uma delas perceberá e responderá de forma singular, dependendo das condições físicas individuais, do cuidado dispensado ou de fatores psicológicos e emocionais, que determinarão a reação do corpo para a reconstrução do organismo estas lesões se encontram geralmente, em áreas corporais inacessíveis ao cuidado pelo próprio paciente, como região sacra, glúteo, trocânteres, escápulas e calcânhares.

Normalmente, as pessoas que apresentam UP estão incapacitadas de realizar seu auto cuidado pela localização e complexidade das lesões e, em função disso, um familiar/cuidador(a) assume esta tarefa, na maioria das vezes, penosa, pois o aspecto das úlceras e os seus odores desagradáveis, podem se tornar barreiras à prestação dos cuidados.

Na hospitalização de pessoas com imobilidade cabe à equipe de enfermagem a realização de medidas planejadas de cuidado capazes de prevenir danos causados pela imobilização. A partir da inserção da família como acompanhante, observa-se que o familiar/cuidador passou a empreender tal cuidado mais precocemente, ainda no contexto hospitalar.

Portanto, é no domicílio, após a alta hospitalar, quando não se pode contar com a presença do profissional de saúde, que os pacientes com dificuldades de mobilidade e locomoção, dentre outros, precisam ter um familiar/cuidador preparado para garantir uma assistência adequada, evitando o aparecimento das UP, ou agravamento das já existentes.

Desta forma, caso a enfermeira desenvolva uma atividade educativa insuficiente quanto ao preparo do paciente e da família para a alta, este familiar/cuidador despreparado terá dificuldades para dar continuidade à assistência, ao retornar para o seu ambiente familiar.

Assim, a alta hospitalar precisa ser entendida e programada desde os primeiros cuidados. Além disso, os familiares/cuidadores são agentes primordiais na continuidade dos cuidados e, como tal, precisam ser informados, orientados, envolvidos, compreendidos, e fortalecidos, para que possam vivenciar de maneira mais tranqüila e eficiente os cuidados que deverão ser implementados, após a alta.

A responsabilidade da enfermeira, em relação às pessoas que têm ou até, podem desenvolver UP, extrapola o limite do cuidado durante a internação, e se estende para o preparo adequado do familiar que assumirá este encargo, visando à continuidade da assistência no domicílio. Esta conduta, orientada e adequada às necessidades do paciente, evitará o surgimento de outras lesões, ou quando estas já se apresentam no paciente, impedirá que se cronifiquem.

Assim, o preparo a ser dado ao familiar/cuidador(a) de pessoas com UP é de importância fundamental dentro das unidades de internação, não só no que diz respeito aos aspectos físicos e emocionais mas, também, em relação às condições ambientais, para que este familiar possa realizar cuidados de forma adequada, em sua residência.

Kipper (2006, p.29) reflete sobre a importância do acompanhamento de cuidadores familiares no processo de recuperação das pessoas doentes, e destaca também, as dificuldades enfrentadas por estes cuidadores, pois “assumir a responsabilidade sobre a saúde e o bem-estar de uma pessoa doente é uma tarefa difícil”.

Deste modo, há necessidade da enfermeira organizar suas atividades de forma a preparar o familiar/cuidador(a), para que ele possa desempenhar esta tarefa de cuidar da pessoa com UP em casa, quando este receber alta hospitalar.

Segundo Giraldes (2007, p 152), o papel da enfermeira como parte integrante da equipe multiprofissional no tratamento de pessoas com lesões de pele, consiste em “desenvolver a ação terapêutica propriamente dita e dar suporte aos clientes e familiares, no que diz respeito ao enfrentamento da doença, pois o tratamento das lesões é prolongado e passível de efeitos adversos.” Essa complexidade de funções provoca transformações nas relações sociais e pessoais entre o cliente e sua família, o que requer atenção e suporte por parte do profissional, orientando, preparando e acompanhando as ações de enfermagem, de forma individualizadas levando em conta as características pessoais e sociais de ambos.

Neste sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem determina que é dever da enfermeira, prestar informações ao cliente e à família, respeitar e reconhecer o seu direito de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar; e, colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, entre outros. Também prevê que a assistência seja prestada de forma sistematizada, baseada em métodos científicos para que o cuidar se adeque ao cliente (COFEN, 2000).

Nesta perspectiva, o processo educativo ou a prática educativa é uma das dimensões da prática da enfermagem, visando diminuir os riscos e estresse da alta hospitalar, facilitando o enfrentamento das dificuldades decorrentes de uma internação prolongada e do aparecimento de UP.

A respeito disso, Giraldes (2007) afirma que cabe a enfermeira, devido ao fato de estar mais tempo em contato com o cliente e conhecer melhor as suas respostas, exercer papel fundamental no cuidado integral ao cliente portador de lesões de pele, por possuir domínio sobre a técnica educativa.

Desta forma, as situações aqui apresentadas levaram-me a definir como objeto de estudo o preparo recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlceras por pressão no domicílio, questionando: qual o preparo recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlceras por pressão no domicílio?

E como objetivo: Analisar o preparo recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlceras por pressão no domicílio.

Este estudo pretende contribuir para a construção de um conhecimento que fundamente um cuidar de qualidade para as pessoas - que, na maioria das vezes, encontram-se incapacitadas, - tendo como meta a continuidade dos cuidados após alta hospitalar no domicílio, lembrando que medidas simples podem amenizar ou evitar o aparecimento de lesões que causam tanta dor e sofrimento às pessoas.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 ÚLCERA POR PRESSÃO: CONSIDERAÇÕES GERAIS

As alterações da integridade da pele que resultam em Úlceras por Pressão (UP), foram detectadas desde o século XIX, nos escritos de Florence Nightingale e, portanto, são objetos de preocupação das enfermeiras, há longas décadas (CARRARO, 2000).

Durante muitos anos, as UP foram consideradas como falta de tratamento e, particularmente, conseqüência de uma enfermagem de má qualidade. Florence Nightingale atribuía o surgimento/aparecimento das UP como culpa da enfermeira. Conseqüentemente, as UP se tornaram uma questão de honra para a enfermagem. Estas questões eram discutidas pelos médicos como um “problema de enfermagem” e pelas enfermeiras como ponto de honra, com comentários do tipo “aqui não temos UP”. (DEALEY, 1996).

No seu livro *Notes on Nurse Florence Nightingale* também afirmava que a enfermagem deveria se preocupar em “manter o paciente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ele”. (NIGHTINGALE, 1989, p.95). E, quanto às úlceras por pressão, orientava que “quando houver algum perigo de sobrevir uma escara de decúbito, nunca deve ser colocado cobertor sob o doente. O cobertor retém umidade e atua como um cataplasma” (NIGHTINGALE, 1989, p.96). Portanto, a experiência de Florence já destacava a preocupação da enfermeira, em corrigir ou prevenir a umidade da pele que consiste em um dos fatores que, somados a outros, propiciam um maior risco para o aparecimento de UP, que naquela época era conhecida como escaras.

Na Enfermagem Moderna, Nightingale (1989) considerava que se o doente sentia frio, apresentava-se febril, sofria desfalecimento, sentia-se mal após as refeições, ou ainda, apresentava úlcera de decúbito, geralmente não era devido à doença, mas ao tipo de assistência prestada pela enfermagem.

No entanto, o desenvolvimento científico das últimas décadas, na área celular tem levado os profissionais de saúde que atuam na prevenção e tratamento de feridas, a uma revisão nos conhecimentos e procedimentos tradicionais, muitos dos quais, empregados desde a antiguidade e, acima de tudo, ao reconhecimento de que a lesão de pele é apenas um aspecto de um todo holístico, que é o ser humano (SANTOS, 2000).

As evidências científicas, através de estudos e surgimento de novas tecnologias, têm mostrado que a existência de úlceras por pressão não é responsabilidade apenas da enfermagem, mas, devido aos fatores múltiplos e à multicausalidade de sua ocorrência, salientando que ações multidisciplinares são importantes para sanar o problema (DEALEY, 1997; WALSH, FORD, 1992).

Simmons e Handerson (*apud* RABEH, 2001) afirmam que as UP são vistas como consequência da falta de atividade física, qualquer que seja a sua causa e que poderiam ser prevenidas e curadas com um bom cuidado de enfermagem apesar do fato do tratamento algumas vezes ser prescrito por médicos, freqüentemente é a enfermeira quem escolhe o tipo de curativo, o planejamento de aspectos relacionados à atividade física, à mudança de posição e ao uso de colchões especiais para prevenir a ocorrência de úlceras e promover a cicatrização das feridas, quando já instaladas.

Segundo Nogueira (2005), a manutenção da integridade da pele e tecidos adjacentes como prevenção de UP, tem sido tradicionalmente atribuída como responsabilidade da equipe de enfermagem, embora haja necessidade do envolvimento de outros profissionais da equipe de saúde, pois o aparecimento e desenvolvimento das UP, tem natureza multicausal. Internacionalmente, a presença da UP tem sido apresentada como um indicador de qualidade da assistência dos serviços prestados em pacientes hospitalizados.

Essa situação é contestada por Silva (1999), quando destaca que penaliza-se a enfermagem em detrimento de todos os aspectos administrativos e organizacionais dos serviços de saúde que, certamente, estão envolvidos na questão da qualidade da assistência. Este autor lembra que é necessária uma adequação qualitativa e quantitativa de recursos humano e material para que o cuidado de enfermagem, prestado ao paciente, seja livre de riscos.

Os estudos de Rabe (2001) evidenciaram a preocupação dos pesquisadores na área, em eximir o sentimento de culpa que recai, principalmente, sobre a enfermagem, quanto ao aparecimento de UP, mas, destaca com freqüência, a importância do cuidado de enfermagem, principalmente para a prevenção, pois cabe à enfermagem, planejar a assistência para atender ao paciente de forma integral

Assim, a avaliação global, sistematizada e interdisciplinar do indivíduo, permite a detecção de condições ou “co-fatores” locais e sistêmicos que potencializam o desenvolvimento de lesões e, portanto, a ruptura da integridade cutânea, ou a fatores que levam à manutenção de lesões, manifestando-se através da lentidão na cicatrização ou pelo

desenvolvimento de complicações ou retardos bioquímicos anormais ou inadequados (SANTOS, 2000).

Neste sentido, lesões são feridas que apresentam perda da integridade de tecidos ou órgãos, atingindo desde o tecido epitelial até mucosas, músculos, tendões, ossos e/ou órgãos cavitários, com prejuízo de suas funções básicas (MENEHIN *et al*, 2002 apud CARVALHO, 2005).

Assim, as úlceras por pressão são definidas como lesões cutâneas ou lesões de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, secundária a um aumento da pressão externa, que localiza-se usualmente, sobre as proeminências ósseas. Normalmente, estas úlceras decorrentes de isquemia tecidual local são provocadas pela alteração do reflexo de dor em pessoas com lesão medular (tetraplégicos, paraplégicos ou hemiplégicos) ou pessoas debilitadas, idosas ou cronicamente doentes (COSTA *et al*, 2005).

As úlceras por pressão representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados, ou seja, aqueles pacientes que têm condições clínicas graves ou necessidades de controles mais frequentes e rigorosos, associado às terapias mais complexas, de caráter invasivo ou não (FERNANDES; CALIRE, 2000).

A classificação das úlceras por pressão em estágios vai de I a IV e apresenta as descrições do aspecto dos tecidos, enfocando uma única variável, que é a profundidade de perda deste tecido. Este sistema uniforme de estadiamento já se constitui em um sistema classificatório aceito universalmente (RABEH, 2001).

Desta forma, este sistema considera como características das feridas no Estágio I - eritema da pele íntegra que não embranquece, após a remoção da pressão. Em indivíduos de pele negra a descoloração da pele e os sinais de inflamação como calor, edema ou o endurecimento podem também ser indicadores; Estágio II – perda parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. A lesão apresenta-se como uma abrasão; Estágio III – perda da pele na sua espessura total, envolvendo danos ou uma necrose do tecido subcutâneo que pode se aprofundar, não chegando até a fáscia. Apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda; Estágio IV - perda da pele em sua total espessura com uma extensa destruição, necrose dos tecidos ou danos aos músculos, ossos e estruturas de suporte como tendões ou cápsulas de articulações (FERNANDES, 2000; IRION, 2005; MAIA; MONTEIRO, 2007).

Segundo Costa *et al* (2005), as úlceras podem se desenvolver em 24 horas ou levar até cinco dias para a sua manifestação. Por isto, todas as pessoas envolvidas na assistência, incluindo o familiar/cuidador, devem estar atentas aos fatores de risco, estabelecendo medidas profiláticas para eliminar forças de pressão contínua, cisalhamento ou fricção.

O tratamento é demorado, o que requer uma mobilização de recursos para a garantia dos cuidados de reparação, somados aos cuidados de prevenção, para evitar o aparecimento das lesões. Estima-se que, quando cuidada de forma terapêutica uma úlcera por pressão de grau III, em região sacra, por exemplo, demora aproximadamente seis meses para cicatrizar. O que ocorre em geral é que a causa base da hospitalização é corrigida ou minimizada, descartando a necessidade de manter a pessoa hospitalizada e por isso, esta, ao receber alta, leva consigo ainda uma ferida por tratar, requerendo um envolvimento e responsabilização mais direta da família frente a esse cuidado.

Portanto, essas pessoas que necessitam de cuidados especiais e atenção constante da enfermeira, pois, em virtude da internação prolongada ou não, e, devido à imobilidade, os fatores de risco tornam-se iminentes, em função do déficit de perfusão capilar, forças de cisalhamento, fricção e umidade.

O aparecimento das úlceras por pressão prolonga ainda mais a hospitalização, dificulta a recuperação da pessoa e, como conseqüência, aumenta a possibilidade do surgimento de outras complicações como infecções e até osteomielites. Mas é, essencialmente, o sofrimento físico e emocional da pessoa, em função das dores, odores e limitações, que comprometem a sua existência e de sua família/cuidadora, que merece atenção especial da equipe multiprofissional, principalmente da enfermeira, no sentido de prevenir aparecimento das UP e/ou favorecer o tratamento adequado, orientando-as e preparando-as para a alta hospitalar, visando o cuidado que deverá ser dado em casa.

A literatura internacional, registrada por Maia e Monteiro (2007), apontam que, dentre todos os clientes hospitalizados, aproximadamente 3% a 14% desenvolvem úlcera por pressão, embora salientem que algumas delas são decorrentes de fatores inerentes à doença e às condições clínicas do cliente, as quais muitas vezes podem ser evitadas com o uso de materiais e equipamentos adequados ao alívio da pressão e ao cuidado específico com a pele.

Braden e Bergstrom (*apud* FERNANDES, 2000), após uma revisão de literatura, construíram um modelo conceitual, no qual afirmam que os determinantes críticos das úlceras por pressão são a intensidade e duração da pressão sobre as regiões do corpo e a capacidade da pele e tecidos subjacentes para tolerá-los.

Segundo o referido modelo conceitual, a intensidade da pressão em determinadas áreas do corpo, quando prolongada, leva a uma oclusão capilar. Essa acarreta a diminuição do suprimento sangüíneo causando conseqüente diminuição de nutrientes e oxigênio para os tecidos. Persistindo a pressão, ocorre uma isquemia que pode envolver a pele, tecido

subcutâneo, muscular e ósseo. A duração da pressão é fator preponderante, pois quanto maior o tempo de exposição à pressão, maiores serão os danos causados aos tecidos.

Este modelo conceitual considera também, que fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente podem alterar a tolerância tissular. Os fatores extrínsecos referem-se à umidade, fricção e força de cisalhamento. Os fatores intrínsecos referem-se à nutrição, idade, e pressão arteriolar. Outros fatores intrínsecos como edema, stress, tabagismo e temperatura corporal também são relacionados ao surgimento das UP.

Segundo Paranhos (2003), a relação tempo/duração da pressão determina a formação de lesões. Existe uma relação inversamente proporcional entre a duração e a intensidade da pressão. Assim, baixa intensidade de pressão por um longo período de tempo pode causar o mesmo dano que uma alta intensidade por um curto período de tempo.

Se a pressão externa que obstrui os capilares, desencadeando isquemia tissular, for removida em um curto período de tempo, o fluxo sanguíneo é reativado e no local pode-se observar a formação de uma hiperemia reativa.

No entanto, se esta pressão que obstruí os capilares não for reduzida ou eliminada, a isquemia tissular provoca nos tecidos um déficit de oxigênio e os resíduos metabólicos são acumulados. Os capilares lesados tornam-se mais permeáveis, passando líquidos para os espaços intersticiais, causando edema. Esse, depois de instalado, dificulta a perfusão sanguínea e, conseqüentemente, acentua o quadro de hipóxia, e a inflamação tissular evolui, consolidando a UP no estágio inicial.

Para Bryant (*apud* FERNANDES, 2000, p.118), a lesão tecidual ocorre da seguinte maneira:

Extensivas pressões ocluem o fluxo sanguíneo, o fluxo linfático e movimentação do fluido intersticial. Tecidos são privados de oxigênio e nutrientes, e produtos metabólicos tóxicos acumulam-se. Fluidos intersticiais retêm proteínas, desidratam células e irritam tecidos. Tudo isto leva à acidose tecidual, permeabilidade capilar e edema, contribuindo para a morte celular.

Desta forma, as pessoas mais propensas a desenvolver úlcera por pressão são as que apresentam diminuição da percepção sensorial, ocasionadas por processos patológicos, sedação e incapazes de se mobilizar, ou mesmo, sentir dor ou desconforto; as que têm a pele exposta a umidade excessiva, provocando maceração e crescimento bacteriano, em decorrência de incontinências, suor, secreções de drenos e feridas; as que são submetidas à

fricção da pele em outra superfície, nos momentos de mudança inadequada de decúbito, ou mesmo por movimentos involuntários, espásticos, ou uso de aparelhos ortopédicos, causando destruição dos tecidos; as que são submetidas à força mecânica de cisalhamento, onde a pele não se move e os tecidos subjacentes deslizam pela ação da gravidade, o que causa danos desde a fáscia muscular até as proeminências ósseas, sendo a região sacra a mais atingida, em decorrência da mudança de decúbito e posicionamento inadequados (FERNANDES, 2000).

Além disso, existem outras condições que influenciam no potencial para o desenvolvimento e manutenção das úlceras por pressão, retardando a cicatrização, e proporcionando o desenvolvimento de complicações.

Dentre essas condições gerais, apontadas por Dealey (1996), Santos (2000), Fernandes (2000), Irion (2005), estão: deficiências nutricionais de proteínas, causando edema; de vitaminas, causando diminuição da produção de colágeno e elastina, levando à fragilidade capilar; de carboidrato e gorduras, diminuindo a síntese protéica e atividade leucocitária.

Também, considera-se que as mudanças que ocorrem no corpo das pessoas idosas, como perda da massa muscular; diminuição da coesão da derme e da epiderme e da resposta inflamatória, alterações que os tornam, mais vulneráveis a agressões externas e, conseqüentemente, à formação de úlcera por pressão.

Os níveis pressóricos baixos concorrem para o fechamento dos capilares, e diminui a tolerância da pele para pressões. Pressões sistólicas abaixo de 100 mmHg e diastólicas abaixo de 60 mmHg, está associadas ao desenvolvimento de úlcera por pressão (FERNANDES, 2000; PARANHOS, 2003).

Outros fatores relevantes devem ser também considerados como o gênero; tabagismo; câncer; diabetes mellitus; distúrbios neurológicos; infecções; edema; cardiopatias; terapias com corticóides; hipotensores e sedativos; e, o estresse.

Diante da magnitude do problema das úlceras por pressão, foi criada, em 1987, nos Estados Unidos da América (EUA), a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), uma organização interdisciplinar de especialistas na área de saúde, sem fins lucrativos, com o objetivo de melhorar a prevenção e tratamento da úlcera por pressão, fornecendo informações para a atualização dos profissionais da saúde, indústria de serviços de saúde, companhias seguradoras, pacientes e familiares (MAKLEBUST; SIEGGREEN, 1996).

Assim, vários fatores como: altos custos da assistência; a demanda dos consumidores para participar nas decisões relacionadas aos cuidados; baixa qualidade dos serviços de saúde; falta de bases científicas nos cuidados prestados, levou o congresso americano, em 1989, a criar a “Agency for Health Care Policy and Research – AHCPR”, com o objetivo de melhorar

o acesso aos serviços de saúde, bem como a qualidade e eficácia dos cuidados prestados à saúde naquele país (MAKLEBUST; SIEGGREEN, 1996).

Os especialistas da NPUAP, atuantes na AHCPR, apresentaram painéis relacionando as diretrizes para a prevenção, prevenção e tratamento das úlceras por pressão, classificando-as em níveis ou estágios, permitindo a uniformização das informações, em vários países, o que norteia a criação de padrões de qualidade para a prática do cuidado de pessoas.

De acordo com Dantas Filho (2003), existe um custo maior para se tratar úlcera por pressão, do que para preveni-la, principalmente quando se refere aos aspectos psíquicos e sociais relacionados ao sofrimento do paciente e da família. Estes custos devem impulsionar os enfermeiros a desenvolver estratégias para mudar essa situação.

Para isso, a AHCPR, aborda quatro aspectos imprescindíveis: a avaliação de riscos; cuidados com a pele e tratamento precoce; redução da carga mecânica, suporte de superfícies e suporte de educação. A adoção destas diretrizes levará a diminuição dos índices de úlcera por pressão, como também dos indicadores do processo de cuidado que tem sido centralizado em cinco aspectos negativos, chamados em inglês de cinco “Ds”: “death” (morte); disease (doença); “disability” (incapacidade); “discomfort” (desconforto) e “dissatisfaction” (insatisfação) (FERNANDES, 2000).

A enfermagem, na avaliação de riscos, deve considerar as pessoas restritas ao leito ou cadeira de rodas, ou aquelas cuja capacidade de se reposicionarem está debilitada; a avaliação sistemática dos fatores individuais de risco, selecionando um método de avaliação, (como a Escala de Norton ou Braden) identificando desde a admissão, os fatores de risco individuais, como incontinências, déficit do estado mental e deficiências nutricionais.

Os cuidados com a pele e o tratamento precoce devem se constituir de inspeção diária da pele, com limpeza usando sabão neutro, evitando água quente e fricção excessiva; cuidados específicos de limpeza e seleção de absorventes higiênicos para os pacientes incontinentes; uso de hidratantes, lubrificantes secos e/ou coberturas protetoras para reduzir a lesão por fricção; evitar massagens nas proeminências ósseas; fazer posicionamento e movimentação adequados.

Quanto à redução da carga mecânica, recomenda-se o uso de suportes, atentando para o reposicionamento das pessoas restritas ao leito pelo menos a cada duas horas, e pessoas restritas à cadeira de rodas a cada hora, sendo que, as que conseguem se movimentar devem aliviar o peso corporal a cada 15 minutos. Também devemos considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso, a manutenção das proeminências ósseas fora do contato com

a cama ou o próprio corpo, usando colchões ou almofadas. Evitar posicionamento diretamente no trocâter e elevar a cabeça por pouco tempo, num ângulo máximo de 30 graus.

Para o suporte de educação, incentiva-se a implementação de programas visando a prevenção de UP com ações que sejam estruturados, organizados, compreensivos e direcionados aos pacientes, cuidadores e fornecedores de serviços de saúde. Devem incluir informações sobre: etiologia; fatores de risco e instrumentos de avaliação de riscos e sua aplicação; avaliação da pele; seleção e uso de superfícies de suporte; demonstração do posicionamento para diminuir o risco de perda da integridade dos tecidos e documentação correta dos dados pertinentes ao paciente.

O tratamento das úlceras por pressão pode ser sistêmico ou local, sendo que este pode ser conservador ou cirúrgico. Mas, para qualquer tipo de tratamento utilizado é imprescindível os cuidados de alívio da pressão e a recuperação do estado nutricional do paciente (COSTA *et al*, 2005).

O comprometimento da integridade tissular, com evolução para ferida crônica, representa uma das várias complicações produzidas por condições de hospitalização prolongada ou não, de paciente com restrição de mobilidade e locomoção. Prevenir tal crônificação depende da continuidade de cuidados adequados, os quais serão assumidos por familiares, na ocorrência da alta hospitalar, o que reforça a necessidade de investir na orientação e preparo desses familiares para esse cuidado específico.

## 2.2 CUIDAR/CUIDADO DE PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO

Cuidar, prestar cuidado, tomar conta, é primeiro que tudo, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhes continuar e reproduzir-se (COLLIÈRE,1989).

Para a autora, cuidar é uma característica do ser humano, a mais antiga das práticas da história, pois surge com a vida e, através dele a vida continua a se desenvolver. Esse cuidar é um ato individual, quando prestamos a nós mesmos, e um ato de reciprocidade quando somos levados a prestar a outras pessoas que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de receber cuidados para manter seu estado vital.

Desta forma, para a autora, por ser um ato de vida, pode ser discriminado como “cuidados de manutenção da vida”, representado pelos cuidados habituais ou domésticos

como alimentação, higiene, conforto e outros. Por outro lado, são denominados de “cuidados de reparação”, são representados por cuidados que tem por finalidade curar doenças, ou, controlar o seu processo, quando existe uma ameaça à vida, constando desta forma da administração de medicamentos, curativos, mudança de decúbito, fisioterapia e outros (COLLIÉRE,1989).

Para Waldow (1992), cuidar, em termos gerais, traz a idéia de ação, de fazer, de realizar, mas também pode ser considerado como atenção, preocupação, responsabilidade, para observar com atenção, afeto, amor e simpatia. É, pois, uma forma de relacionar-se com outro ser humano e com o mundo que o cerca, e isto desencadeia troca e interação entre o ser cuidado e o cuidador.

A palavra cuidar se origina do latim *cogitare-cogitatus*, e está vinculada à atitude de preservar, zelar, mostrar atitude de desvelo, interesse e responsabilidade (BOFF, 1999). Cuidar, então, resulta na preocupação com o outro, no respeito à sua integridade e, sobretudo na preservação da dignidade humana.

Cuidar é, pois, uma ação com a finalidade de transformar o estado de desconforto ou dor, em um estado de mais conforto e menos dor. Portanto, tem uma perspectiva terapêutica sobre um objeto animado, que tem uma natureza física e social (LEOPARDI; GELBEKI; RAMOS, 2001).

Entendemos que o cuidado de enfermagem é imprescindível em diferentes situações da vida do ser humano, na promoção da saúde, na prevenção de doenças, no transcorrer de enfermidades e seus agravos, nas incapacidades e no processo de morrer.

O campo de competência da enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que o cercam e ao seu meio (COLLIÉRE, 1989).

Portanto, sendo a enfermagem uma profissão que tem no campo da competência o cuidado, este está fundamentalmente baseado em todos os cuidados de manutenção da vida, devendo mobilizar as capacidades da vida em relação com as incidências da doença (COLLIÉRE, 1989)

Concordamos com Celich (2004) quando afirma que essa capacidade de cuidar, vislumbrando o ser humano em sua totalidade, que se desenvolve e se aprimora com as experiências do mundo vivido, vem se constituindo como base do trabalho da enfermeira.

Para Arruda (1998), o cuidado, além de representar a união entre seres humanos que compartilham e resgatam a humanidade existente em cada um, se dá num contexto sócio-

econômico-geográfico e cultural, onde o cuidador e o ser cuidado sofrem influência deste contexto.

Desta forma, o processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. É um processo interativo, entre cuidador e ser cuidado, no qual são desenvolvidas ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimentos, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o paciente/cliente/ser cuidado no sentido de promover a integridade física, social, emocional, espiritual e intelectual, nas fases da vida (WALDOW, 2001).

No que se refere ao cuidar, como processo de trabalho, este é um identificador da profissão de enfermagem, uma vez que se realiza a partir de necessidades de saúde concretas ou potenciais das pessoas, caracterizando o fazer específico da profissão, e, como consequência analítica da ciência, pela capacidade de formulação de problemas, pela sua comunicabilidade como objeto epistemológico, pela preditibilidade na intervenção de cuidado terapêutico e por engajar técnica e arte em sua realização (LEOPARDI; GELBEKE; RAMOS, 2001).

Neste sentido, o cuidado como essência da profissão tem a finalidade de manter a vida/saúde, como condição inerente ao ser humano. Existem vários entendimentos sobre o que é cuidado e, segundo Waldow (1992), as ações e/ou comportamentos de cuidado têm merecido, também, investigação, tanto sob o ponto de vista do profissional que oferece ou presta o cuidado, como daquele que o recebe.

Ainda na concepção de Waldow (1998), vê-se o cuidado como uma forma de se relacionar, e resgatar o humano em cada um de nós, seres humanos, o que é vital no momento atual, particularmente nas profissões de saúde.

Nesta perspectiva, a referida autora distingue o cuidado humano do cuidado humano na enfermagem.

[...] consiste em uma forma de viver, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; ...O cuidado humano na enfermagem consiste em um cuidado profissional, exercido por cuidadoras que recebem uma educação formal e, assim ao cuidar exibem comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. (WALDOW, 1998, p.201).

Para Conceição (2006), o cuidado é participativo, interativo e só ocorre quando há preocupação, atenção, proteção e compromisso em benefício de quem é cuidado. Portanto, considera que o cuidado profissional de enfermagem não pode ser realizado a distância. Pode até haver intenção, mas é a presença do cuidador que é imprescindível no estabelecimento deste processo.

Para Benjumea (2004), o cuidado está associado à profissão de enfermagem há mais de um século, mas não é uma atividade exclusiva de seus profissionais. É uma atividade humana, tradicionalmente realizada por mulheres no contexto domiciliar e que tem hoje, um componente profissional. Hoje, distinguem-se os cuidados em formais e informais. Os primeiros são considerados profissionais e realizados por enfermeiras. Já os informais não são remunerados, e são realizados por pessoas que tenham, ou não, algum vínculo familiar, ou por uma necessidade da pessoa enferma, em domicílio. Apesar disto, o que se destaca tanto no cuidado profissional quanto no informal, é que cuidar se define como uma interação e um processo, no qual, o mais importante não é a execução de procedimentos técnicos mas a interação constante para promover o conforto e o bem estar do outro.

Desta forma, os componentes afetivos se destacam tanto no cuidado formal quanto no informal, sendo que, o cuidado informal se sustenta no vínculo afetivo, de parentesco da pessoa que se está cuidando, com o cuidador, e o formal, no compromisso profissional.

Considerando o cuidar como uma interação interpessoal, como uma característica humana e mesmo como uma intervenção terapêutica, elementos como respeito, consideração, compaixão e mesmo afeto devem estar sempre presentes (WALDOW, 2001).

Para esta autora, as ações de cuidadores deverão convergir para que o cuidado produza crescimento e transformação, não importando as circunstâncias, pois a finalidade do cuidado é ajudar a crescer, seja para a vida, seja para a morte, seja para a incapacidade.

Sales (1998) afirma que, atualmente, na enfermagem, a arte de cuidar, vem despertando a consciência do ser enfermeiro, apontando para um redirecionamento do seu papel como ser cuidador que se envolve com outros seres. Isto é reforçado pela necessidade de a enfermeira estar com o paciente e se colocar no mundo, envolvida com o cuidar, num processo dinâmico, que se manifesta na disposição de estar interagindo de forma plena com a pessoa.

À Enfermagem cabe conceber seus modelos de cuidado profissional, explorar o cuidar/cuidado a partir do que pensam ou percebem os cuidadores, e como este cuidar/cuidado tem sido experimentado na prática. Segundo Benjumea (2004), o impacto físico e psicológico que sofre o cuidador tem sido amplamente documentado, e, tanto os

cuidadores formais, quanto os informais, sofrem o peso do cuidado pela sua implicação emocional.

Desta forma, a diferença entre realizar um procedimento e prestar cuidado, consiste no fato de colocar neste ato algo mais que um gesto, um toque, uma atenção especial e individual, demonstrando para quem recebe os cuidados que há, por parte do cuidador, a preocupação de querer ajudar e isso não se pode perceber sem uma interação efetiva (CONCEIÇÃO, 2006).

O cuidar, enquanto processo dinâmico envolve crescimento e ocorre independente da cura. É intencional e, seus objetivos são: aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restaurar, dentre outros e ocorrem, dependendo do momento, da situação e da experiência, sem a preocupação com o fim, pois como processo, ele é dinâmico (WALDOW, 1998).

Neste processo, o cuidado como necessidade relacionada à condição da natureza do ser vivo, requer para ser integral, um conteúdo humano-social (interação, acolhimento, apoio, compreensão e assim por diante) e, não apenas material, ainda que o cuidado realizado tenha como objeto o corpo da pessoa, concreta manifestação de sua sociabilidade e natureza, produzindo transformações imediatas (limpeza da ferida, por exemplo) e mediatas (educação para o favorecimento da cura (LEOPARDI; GELBEKE; RAMOS, 2001).

Assim, o corpo como objeto do cuidar, deve ser visto essencialmente como individualidade, e não apenas como objeto de intervenções, traduzido e transformado em procedimentos, técnicas ou sinais e sintomas.

Para Leopardi, Gelbeke e Ramos (2001), ainda há dificuldade em se perceber e pensar o corpo como o objeto mais concreto do cuidado. Isto ocorre pela constatação histórica de que as práticas de saúde se edificaram a partir da possibilidade de exploração do corpo, e se caracterizou pela falta de unidade deste corpo. Para as autoras, até hoje, a enfermagem tem dificuldade para formar um conhecimento unitário e integrador sobre um corpo que é visto de forma tão múltipla. Isto é, como trabalhar um corpo que não se quer ver partido, mas inteiro e humano, quando ele parece se tornar objeto viável de saber e intervenções, quando se mostra um corpo habitado por doença.

Desta forma, as autoras salientam que o ato de prestar cuidado também precisa sofrer influência da individualidade do ser que é cuidado e de suas necessidades. Isto implica, necessariamente, na compreensão do corpo como individual, vulnerável ante o nosso saber e nossas instituições assistenciais, numa aguda consciência deste poder e da possibilidade de um cuidado terapêutico e ao mesmo tempo, ético.

Deste modo, o cuidado com o corpo também é um estímulo ao autocuidado, para melhorar a adaptação às situações de doenças crônicas, preparação para alta hospitalar e, conseqüentemente, adaptação ou manutenção da saúde, visando o bem estar daqueles que vivenciam problemas e que precisam dar continuidade à assistência, no domicílio.

Nesse sentido, escutar as pessoas e suas famílias é considerá-las como:

[...] colaborador no processo e com responsabilidades no resultado de cuidar/cuidado. Sua história de vida, sua experiência e cultura são consideradas, bem como sua individualidade e desejos. O ser cuidado passa a ter uma identidade, deixa de ser objeto, sendo assim, passa a ser amado, tocado e compreendido. (WALDOW, 1998 b, p. 25).

Segundo Souza *et al* (2007), a enfermagem como ofício surgiu enfatizando o cuidado a doentes, e foi dessa prática que se consolidou como profissão. No entanto, com a evolução dos tempos e com o progresso científico, novos espaços foram conquistados e esse paradigma centrado unicamente no indivíduo doente está sendo gradativamente questionado e modificado. Assim, a família/cuidadora e os cuidadores leigos tornam-se atores significantes no cotidiano da equipe de enfermagem, acompanhando o doente no hospital e participando (in)diretamente do cuidado, sendo preparados para dar continuidade à assistência após a alta.

Waldow (1998), ainda considera que a estrutura dos serviços e as práticas do cuidar/cuidado não têm respondido adequadamente às necessidades da sociedade ou das pessoas que procuram os serviços, o que exige dos profissionais iniciativas educativas, criativas e inovadoras. Desta forma, a enfermeira precisa educar o indivíduo e sua família para as ações cuidadoras, visando à continuidade da assistência fora do âmbito hospitalar, após a alta quando retornar ao seu domicílio.

Nesta abordagem, os cuidados prestados aos clientes hospitalizados precisam estar de acordo com a determinação das necessidades individuais destes clientes, elaborando um planejamento que prevê a alta hospitalar. No hospital, normalmente o responsável legal pela alta do cliente é o médico, mas é do enfermeiro a responsabilidade de coordenar o seu planejamento, pois é ele e sua equipe que estão em tempo integral com o paciente e sua família, o que possibilitará orientações para o prosseguimento dos cuidados em casa.

Pois o ser humano é uma entidade constituída de corpo-mente-espírito, sempre sujeito a mudanças, o qual interage com o meio ambiente e com os seus semelhantes de forma singular, exigindo um cuidado voltado para a sua totalidade como ser bio-psico-espiritual.

Quando analisamos esta afirmação, constatamos que o cuidado, muitas vezes, torna-se um desafio, no qual toda decisão deve ter como base a compreensão do processo saúde-doença e das condições fisiológicas e psicossociais do indivíduo. (FERNANDES, 2000).

Segundo Carpenito (1997), a enfermagem, na tentativa de se diferenciar da medicina, propôs organizar suas ações de acordo com os problemas de enfermagem ou as necessidades dos pacientes. Acredita que este diferencial dispensado ao paciente reflete a forma como o profissional o percebe, assim como percebe sua prática assistencial.

Assim, para Ganzella e Zago (2006), o planejamento da alta hospitalar é de natureza multidisciplinar, e tem a finalidade de preparar o paciente e a família para a continuidade do cuidado. Ele envolve vários processos interligados, como o de comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, e dos profissionais com os pacientes e/ou seus cuidadores.

Desse modo, o processo de cuidar de pessoas com úlcera por pressão deve ser vivido, diariamente, entre o ser que é cuidado e o cuidador, num ambiente de interação pessoal, valorizando a sensibilidade e emoção na construção de um vínculo, que facilite a continuidade dos cuidados pós a alta hospitalar.

Além disso, Waldow (2001) salienta que, no processo de cuidar, a família é uma variável importante. Sua presença e envolvimento são fundamentais, e a equipe deve estar atenta, esclarecendo, informando e dando apoio, pois assim haverá grande ajuda para o crescimento do ser cuidado.

De acordo com Carvalho, Sadigursky e Vianna (2006), parte do cuidado às pessoas com feridas é assumida por familiares e outros cuidadores informais quando da alta do paciente do hospital ou em finais de semana, quando as unidades de saúde pública encontram-se fechadas. Segundo essas autoras, os cuidadores também enfrentam desafios ao cuidar de quem vive com uma ferida crônica, como é o caso das pessoas com úlcera por pressão.

Isto exige preparo adequado da família para realizar intervenções fundamentadas em princípios científicos e éticos, almejando como resultado final, a restauração tissular com o melhor nível estético e funcional. Cuidar da pele é fundamental, quando se objetiva a melhoria da qualidade de vida da pessoa, acelerando o tempo de cicatrização, reduzindo os riscos e complicações e minimizando o sofrimento físico e emocional dos que têm lesões.

Silva, Figueiredo e Meireles (2007) ressaltam que, é necessário perceber que o portador de uma ferida carrega consigo a causa desta lesão, seja ela, acidente, queimadura, doença crônica, entre tantas outras. A ferida passa a ser a marca, o sinal, a lembrança da dor e das perdas, mesmo após a cicatrização.

Da mesma forma, a tecnologia farmacológica que aparece a cada dia, inovada e ampliada, é imprescindível para o tratamento das feridas. No entanto, ela encontra-se, cada vez mais, distante da realidade de muitos sujeitos portadores de feridas, pois estes não dispõem de recursos financeiros para custear esse tratamento

Desse modo, a prevenção é um dos princípios da enfermagem, mas quando isto não ocorre, é preciso contribuir para restauração da lesão. Para isso, existe a necessidade de oferecer um cuidado sistematizado e reconhecer sua importância como estratégia para a promoção do cuidado adequado às pessoas, no que se refere às condições individuais dos pacientes, principalmente, àquelas com úlcera por pressão.

Neste sentido, a ação individualizada através do planejamento do cuidado, desde sua admissão, constitui-se num conjunto de ações pré-determinadas pela enfermeira, baseada na análise das informações obtidas, na determinação de prioridades e também, na previsão de alta. Este processo se desenvolve de forma contínua, favorecendo o atendimento integral à pessoa hospitalizada e o preparo para a continuidade da assistência no domicílio.

De maneira geral, as úlceras por pressão continuam sendo complicações cada vez mais comuns às pessoas hospitalizadas, tornando-se um problema desafiador para a equipe de saúde, pois estas lesões, na sua maioria, poderiam ser evitadas ou prevenidas e quando elas já existem, cuidados simples podem impedir o aprofundamento das mesmas.

Desta forma, a longa permanência das pessoas no hospital pode acarretar aparecimento das úlceras por pressão e com isso, altos custos para o tratamento. No entanto, a política nas instituições de saúde, onde a alta hospitalar precisa acontecer logo que a patologia de base se estabilize, parece ignorar as necessidades do paciente e o preparo das famílias/cuidadoras, para o enfrentamento desta situação, no domicílio.

Daí, ser imprescindível a orientação e o preparo por parte da enfermeira, para a esse paciente e essa família, para que possam prosseguir com os cuidados em casa, mantendo o mesmo padrão de qualidade.

### 2.3 PROCESSO EDUCATIVO PARA ALTA HOSPITALAR

As atividades institucionalizadas da enfermagem iniciaram com Florence Nightingale, e muito se tem falado sobre o cuidado como essência ou característica básica da profissão de enfermagem. Para analisarmos este cuidado como objeto de trabalho da enfermagem ou

essência do trabalho da enfermagem, devemos considerar o referencial teórico e os conceitos que este traz.

Ao desenvolver sua prática, a enfermagem executa atividades de gerência, de cuidado e de educação, independente dos diferentes locais, onde essa prática profissional aconteça (SOUZA; WEGNER; GORIM, 2007).

Assim, a enfermagem combina três ações básicas, não dissociadas, para atender as necessidades das pessoas, ou seja, a gerência dos sistemas de enfermagem, o cuidado e a educação em saúde, dentro de um contexto do setor saúde, em conjunto com outros profissionais (CASTELANOS *et al*, 1990).

Desta forma, as pessoas com seus corpos, sua consciência e suas relações são o objeto final das ações não só da enfermagem, mas dos demais profissionais, que estão para atender as necessidades de saúde e bem estar destas pessoas (LEOPARDI; GELBECKE; RAMOS, 2001).

Estes autores consideram que estas necessidades englobam a saúde física e a autonomia, sobre as quais a enfermagem atuará no seu processo de trabalho, no qual as ações de gerenciar, cuidar e educar se consolidarão num serviço que, reconhecidamente, indicam a identidade da enfermagem, e se destinam a prover os meios e as técnicas para o cuidado e o auto cuidado.

Entendemos hoje que existe um horizonte além das situações de doença, e que a prática educativa é a principal estratégia para a promoção da saúde. Desta forma, a educação em saúde é um processo de ensino aprendizagem, tendo a enfermeira como o profissional mediador para que isto aconteça.

Assim, transformações socioculturais ocorridas nas últimas décadas têm concorrido para que a atividade educativa do enfermeiro se destaque como fundamental para promoção e manutenção da saúde (MELLES; ZAGO, 1999).

O fazer da enfermagem, resgatando a pessoa como cidadã, participante e consciente de seu existir, agrega a educação, que deve ser valorizada no diálogo das ações cuidadoras, somado à prática do cuidar, com o envolvimento do cliente e seus familiares.

Neste sentido, as ações de cuidados à saúde devem basear-se no enfoque multidimensional que satisfaçam aos usuários, com competência técnica, avaliando a eficácia e as implicações que essas ações possam causar na sociedade.

As perspectivas educativas do cuidado têm sido colocadas, com ênfase, nas discussões que buscam visualizar a pessoa em todas as suas dimensões, valorizando, cada pessoa, grupo

familiar, grupo de rede social e comunidade na qual os indivíduos estão inseridos (ZAMPIERI, 1999).

Além disso, as políticas públicas já percebem o cuidado adequado à pessoa, dentro do seu contexto e grupo de rede social, e apontam para atividades que busquem minimizar os agravos crônicos, tendo como base de seu tratamento, a educação para as práticas de cuidado, que possam determinar melhor qualidade de vida (PENNA; PINHO, 2002).

A enfermeira é um dos profissionais que tem na sua prática, a educação como instrumento de trabalho em saúde, devendo estar comprometida com um cuidado crítico e criativo, não só no que se refere ao desenvolvimento de técnicas, mas, com ações de cuidado, que possam antever as necessidades do indivíduo, capacitando-o para o enfrentamento de situações novas e adversas (LEOPARDI; GELBECKE; RAMOS, 2001).

Conhecer a enfermidade no contexto social torna a educação em saúde um instrumento para aprimoramento da qualidade de vida do indivíduo, oportunizando sua reintegração na sociedade, com vantagens econômicas e sociais para ambos: o paciente e a sociedade.

Segundo Melles e Zago (1999), as transformações socioculturais ocorridas nas últimas décadas têm levado a atividade educativa do enfermeiro a se destacar como fundamental para promoção e manutenção da saúde.

Desta forma, Freire (1987) afirma que, o potencial inerente à educação como instrumento das condições sociais, pode ser compreendido numa perspectiva revolucionária na medida em que os sujeitos que a vivenciam pretendem a superação das condições atuais de vida. Nesta pretensão, a educação é um elo de libertação dos homens, possibilitando-lhes a construção da autonomia como uma alavanca que transforma a realidade, não por si mesmo, mas construindo um instrumento de ação crítica e ética.

Assim, educar em saúde significa dirigir o trabalho, no sentido de atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam um juízo crítico e capacidade de intervenção, sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem, de tal forma que elas tenham condições de apropriar-se de sua própria existência (LEVY, 2007).

É na situação de doença e, especialmente, de internação, que a enfermeira deve planejar estratégias para a participação do cliente e seus familiares no tratamento e, conseqüentemente, no preparo para dar continuidade à assistência no domicílio, após alta hospitalar.

O fazer da enfermagem resgatando a pessoa como cidadã, participante e consciente de seu existir agrega a educação para cuidar, que deve ser valorizada no diálogo das ações cuidadoras, somando a prática do cuidar com o entendimento do cliente e seus familiares.

Desta forma, ressalta-se a comunicação como elemento inerente ao processo educativo. Freire (1987) analisa que a tarefa do educador não é se colocar como conhecedor do objeto e depois falar dele discursivamente a seus educandos. Para ele, a educação exige uma co-participação no ato de compreender a significação do significado, pois educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber.

Neste sentido, e em conformidade com o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, mas avaliar e dimensionar os riscos à saúde da pessoa e daí, executar ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde.

Assim, o processo de internação vivido pelas pessoas com úlcera por pressão é desgastante e envolve não só os clientes, mas também, familiares/cuidadores, que precisam ser informados, compreendidos e fortalecidos, pois são atores do processo.

Ao receber alta, uma pessoa portadora de úlcera por pressão necessitará de atenção no que se refere ao tratamento tópico da ferida, o que implica em conhecer técnica de limpeza e curativo, manuseio de material, periodicidade das trocas, sinais de evolução da ferida, sinais que requerem a busca por ajuda profissional, dentre outras.

Além do tratamento tópico, o familiar/cuidador necessita assimilar por meio de um processo educativo, como se dá a realização dos cuidados de manutenção da vida, tais como: cuidados de higiene, exame da pele e identificação precoce de problemas, frequência da mudança de decúbito, além das técnicas de mobilização que evitam fricção e cisalhamento, cuidados com vestes, uso dos aliviadores de pressão, alimentação, hidratação, dentre outros.

Tal preparo requer um investimento por parte da enfermeira que necessita ser gradativo, contínuo, e com uma avaliação sobre a aprendizagem do cuidado por parte do familiar cuidador. Isto deve ser destacado, devido à importância de ser realizado a cada momento interacional, com explicações em linguagem acessível durante a prestação dos cuidados. Também estes momentos propiciam a demonstração da prestação de cuidados, por isto, o preparo para a alta não deve ocorrer somente na ocasião desta.

Educação é, portanto, uma interação de natureza compartilhada, uma orientação visando o desenvolvimento pessoal, na qual se pode organizar e reconstruir uma realidade pessoal, levando em conta necessidades, percepções, experiências, crenças e valores.

Deste modo, o cuidar na perspectiva educativa visa preparar o educando ou dar um suporte adequado ao cuidador domiciliar, diminuindo o estresse e a insegurança no enfrentamento das possíveis dificuldades que advenham ao paciente, após a alta hospitalar.

Alves (2005) afirma que educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se, portanto, de um recurso por meio do qual o conhecimento, cientificamente produzido, no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Neste sentido, Alvim e Ferreira (2007) destacam que o cuidado é singular e atende às características próprias de cada sujeito. Assim, o que deve fundamentar a prática de educar-cuidar da enfermeira são as particularidades de cada ser cuidado, ou seja, o lugar social que ele, como sujeito, ocupa.

Ramos *et al* (1999, p. 122) afirmam que:

[...] a educação é um componente da assistência que pode viabilizar a maior finalidade do trabalho em saúde, ou seja, capacitar os indivíduos em sua autonomia, para que conquistem melhores condições de vida.

Para Zampieri (1999), educar é um processo dinâmico e flexível, que possibilita ao ser humano diverso e singular o desenvolvimento de suas potencialidades, podendo atingir autonomia e decidir sobre seus objetivos e ações. O educar se dá com base no conhecimento de si, através das relações com outros seres humanos, compartilhando conhecimentos e ações, sendo a afetividade, o envolvimento, a comunicação, a alegria, a empatia, fatores essenciais para que se inicie e se mantenha o processo educativo.

Também, para Melles e Zago (1999), a educação do paciente é uma ação instrumental de proteção do enfermeiro para com o paciente, em que o fornecimento de informações (orientações) é sua essência. Entretanto, educar implica no desenvolvimento de outras hierarquias de aprendizagem (habilidades psicomotoras e atitudes) e todas elas, associadas, é que poderão constituir-se instrumentos para a continuidade da assistência após a alta hospitalar.

Neste processo, o familiar/cuidador deverá ser parceiro e, para isto, precisa vivenciar os cuidados, na medida em que participa das atividades durante o período de internação.

Segundo Alves (2005), existem dois modelos de práticas de educação em saúde, que podem ser referidos como modelo tradicional e modelo dialógico. O modelo tradicional focaliza a doença, inclui informações verticalizadas e estabelece uma relação assimétrica, uma

comunicação de caráter informativo, desconsiderando o indivíduo em suas peculiaridades psicossociais e culturais. Em contraposição, o modelo dialógico apresenta dois princípios básicos que são: conhecer o indivíduo e o envolver nas ações educativas.

Assim, Alvim e Ferreira (2007) sinalizam que no campo da saúde, embora já existam iniciativas de natureza ética, que respeitam e valorizam a participação e autonomia do sujeito nas ações, ainda se constata a predominância do modelo de educação linear, de orientação depositária, que se ancora em um modelo de dominação. Este modelo desvincula o conhecimento científico do mundo prático, pois não permite uma ação coletiva, dialógica e compartilhada com o saber popular.

No entanto, no modelo dialógico, o cuidar, educando para a alta, precisa envolver o cliente e sua família para participar deste processo, tendo como objetivo o desenvolvimento da autonomia para os cuidados pós-alta hospitalar. Além disso, é durante o período de internação que podemos valorizar o espaço das relações interpessoais, em que o enfermeiro constrói um novo sentido para o cuidar, o de capacitar a família/cuidadora para dar continuidade da assistência, em situações futuras, no domicílio.

O processo educativo é aqui, visto como aquele em que decorre de uma interação de natureza compartilhada, visando o desenvolvimento pessoal. Nele é possível organizar e reconstruir uma realidade pessoal, levando em conta necessidades, percepções, experiências, crenças e valores.

Desta forma, a educação se dá em qualquer lugar, inclusive nos hospitais, nos quais as relações entre profissionais de saúde, clientes e familiares se estabelecem. Esta educação para o cuidar deve ser entendida, como uma experiência compartilhada entre a pessoa que educa e cuida, a que é cuidada, e o familiar/cuidador educando, que assumirá os cuidados pós-alta hospitalar.

Outro autor que aborda o processo educativo como de natureza interativa, é Zampieri (1999), quando se contrapõe ao modelo educativo tradicional. Para ele, ações combinadas, transações entre os envolvidos no processo, nos quais cada um traz consigo seus conhecimentos pessoais, necessidades, percepções e experiências passadas, crenças e valores que influenciam de alguma forma esta interação. Neste sentido, no processo educativo, do familiar/cuidador é fundamental o apoio, o esclarecimento, e a troca de informações.

Transmitir conhecimentos de forma unilateral, segundo Penna e Pinho (2002), ignora a visão do mundo do sujeito, limita-se ao autoritarismo do profissional, num educar que não estimula o desenvolvimento de habilidades intelectuais, não divide responsabilidade e não transforma os envolvidos em sujeitos.

Repassar informações com linguagem técnica, desconhecida e autoritária, dificilmente será assimilada e, o cuidador/familiar, não será capaz de compreender, e, conseqüentemente, os objetivos traçados no cuidar educando não serão atingidos.

Desta forma, devemos atentar para o fato de que as famílias/cuidadoras que não são esclarecidas e que são ignoradas em suas necessidades e sentimentos, ao invés de ajudar, dificultam o processo de cuidar, e deste modo podem complicar situações já existentes.

Portanto, o cuidar educando deve ser repensado, constantemente, para que não aconteça de forma impositiva. Sabemos que o processo de internação vivenciado pelo cliente e sua família não é descontextualizado. Existe uma inter-relação social, cultural e econômica, e por isto, as práticas educativas, segundo Freire (1996), não devem refletir autoritarismo, entre o educador e o educando, mas valorizar as subjetividades dos processos educativos.

Zampieri (1999) afirma que o processo educativo pode ser um instrumento de capacitação individual ou coletivo na saúde, contribuindo para a autonomia no agir, e aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse ou de crise, tornando os envolvidos, em sujeitos do processo no qual são estabelecidas relações para o alcance de metas com a sua participação ativa.

Segundo Silva, Figueiredo e Meireles (2007), o cuidar valorizando o outro tem sido apontado como forma de proporcionar segurança e diminuir a distância entre o ambiente hospitalar e o doméstico. Assim, valorizar os recursos internos e externos que o ser cuidado traz para o encontro com o enfermeiro, o ajuda a buscar novas formas de superar as dificuldades do cotidiano.

Nesta perspectiva, para que se consiga a continuidade dos cuidados após alta hospitalar, acredito ser indispensável o envolvimento do enfermeiro com o ser cuidado e família, estabelecendo um diálogo através da troca de conhecimentos, valorizando o contexto sociocultural destes.

De acordo com George (1993), a teoria do autocuidado de Orem, já afirma que, um dos sistemas de enfermagem é o sistema de apoio-educação. Este se caracteriza por uma ação chamada auxiliar-desenvolvimental, no qual a pessoa é estimulada a executar ou pode e deve aprender a executar medidas de auto cuidado terapêutico, mesmo não conseguindo fazer isto sem auxílio. Dessa forma, as exigências do paciente quanto ao auto cuidado resumem-se à tomada de decisão, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades.

Nesta premissa de autocuidado, George (1993) afirma, ainda que Orem é contemporânea quanto aos conceitos de promoção e manutenção da saúde. Segundo a teoria,

o autocuidado é comparável à saúde holística, no sentido em que ambos promovem a responsabilização do indivíduo e da família pelos cuidados em casa.

Para Waldow (1998), o cuidado não tem tempo, nem espaço, inicia-se antes da interação do cuidado propriamente dito, entre o cuidador e o ser cuidado e prolonga-se até o seu término, produzindo efeitos e propiciando mudanças que poderão contribuir para os próximos momentos reais.

Assim, toda uma complexidade envolve a alta hospitalar, que necessita ser entendida e programada desde os primeiros cuidados. Além disso, os familiares/cuidadores são agentes primordiais na continuidade dos cuidados, e como tais, precisam ser informados, compreendidos, envolvidos e fortalecidos, para que possam vivenciar de maneira mais tranqüila e eficiente os cuidados após alta.

Nesta perspectiva, o cuidar educando é uma das dimensões da enfermagem, visando diminuir os riscos e o estresse da alta hospitalar, facilitando o enfrentamento das dificuldades decorrentes de uma internação, muitas vezes, prolongada, que pode trazer como seqüelas, lesões tissulares.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Para este estudo, optamos pela abordagem qualitativa, por preocupar-se em compreender um problema, na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos (LEOPARDI, 2001).

Segundo Polit e Hungler (2004), as investigações qualitativas permitem avaliar a compreensão da experiência humana como ela é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos. A pesquisa qualitativa ocupa-se em desvelar o universo dos significados, motivos, atitudes, crenças e valores, correspondendo a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, vivenciados pelo ser humano. Ela busca entender e apreender o fenômeno em profundidade e complexidade, permitindo desvelar o que está oculto, no momento vivido pelos sujeitos (MINAYO, 2006).

Fundamentamos este estudo nas concepções de Cuidar/Cuidado tomando como base os pressupostos de Collière (1998). Também convocamos outros autores que desenvolvem estudos sobre o cuidado e educação como Paulo Freire (1987), quando refere que é necessário ensinar numa relação dialógica, para que possamos estabelecer a autêntica comunicação da aprendizagem entre gente com alma, sentimento e emoções. Sendo os interlocutores iguais e ativos na comunicação, aprender torna-se um ato da realidade concreta.

Consideramos que, a Sistematização da Assistência de Enfermagem no seu processo prevê o preparo para a alta hospitalar, desde o momento da admissão. Nesse sentido, este estudo contribui para incentivar as enfermeiras no processo de cuidar/educando os familiares, que vivenciam a problemática das úlceras por pressão, para que eles possam dar continuidade aos cuidados do seu parente no domicílio, após alta hospitalar.

#### 3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram participantes deste estudo nove mulheres, familiares/cuidadores de pessoas portadoras de úlcera por pressão, que estavam internados em um hospital geral público da cidade de Feira de Santana – Ba, e que, tinham dependência para as necessidades de mobilidade e locomoção permanente ou temporária, e apresentavam úlceras por pressão, nos seus variados estágios.

Foi considerado como critério de inclusão neste estudo, o familiar/cuidador, como sendo aquela pessoa que assume a responsabilidade pela manutenção do cuidado da pessoa doente em casa, depois da alta hospitalar.

### 3.3 O LÓCUS DA PESQUISA<sup>1</sup>

Este estudo foi realizado nas Unidades de Internação da Clínica Médica, onde funciona a Unidade Neurológica e na Clínica Cirúrgica que recebe pacientes politraumatizados, de num hospital público geral, localizado na cidade de Feira de Santana - Ba.

Esta possui uma área de 1.363 Km<sup>2</sup> e uma população de aproximadamente 571.997 habitantes, contando com 116 municípios circunvizinhos, perfazendo uma população total de mais de 3 milhões de habitantes (IBGE, 2007). A principal atividade econômica é o comércio e a agricultura. Por situa-se geograficamente no entroncamento das rodovias BR 324, BR201, e BR 116, atrai grande número de pessoas em busca de trabalho e melhores condições de vida.

Feira de Santana é considerada a segunda maior cidade do Estado da Bahia e é pólo de atendimento às grandes demandas dos problemas de saúde e doença, atraindo população de toda a microrregião em busca de atendimento. Na cidade são oferecidos 1358 leitos hospitalares, disponíveis por 66 estabelecimentos de saúde, com 2522 profissionais. Atualmente encontra-se na condição de gestora plena dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS)

O hospital lócus da pesquisa foi inaugurado em sete de março de mil novecentos e oitenta e quatro, e serve de referência para assistência de alta e média complexidade. Está classificado como hospital público de médio porte, presta atendimento de urgência e

---

<sup>1</sup> Dados extraídos do Relatório de Gestão do Hospital Público de Feira de Santana, 2003.

emergência, e atende as especialidades de cirurgia geral, ortopedia, angiologia, pediatria, cirurgia bucomaxilofacial e clínica médica.

Também presta assistência aos usuários do SUS, oferecendo serviços de saúde à comunidade feirense e toda micro-região, encontrando-se disposto em unidades de emergência, centro cirúrgico, centro obstétrico e unidades de internação. Este hospital conta ainda com serviços de apoio diagnóstico de Bioimagem, Laboratório, Unidade de Hemoterapia, Banco de Leite Humano, e Serviço de Endoscopia Diagnóstica e Fisioterapia.

Tem parceria com várias instituições de ensino, como a Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e instituições privadas de curso técnico e cursos de nível superior como: Faculdade Nobre, Instituto Adventista do Nordeste, Escolas de Curso Técnico em Enfermagem e Radiologia e Faculdade Maria Milza, dentre outras.

Atualmente, possui 274 leitos. Destes, 62 leitos são de emergência, 23 leitos de UTI (10 adulto, 8 infantil, 5 neonatal). Possui quatro unidades de internação que atende as especialidades básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e ginecologia/obstetrícia.

As duas unidades de internação foram escolhidas para este estudo por servir de campo de prática para os alunos da UEFS, e também por serem as unidades de internação que recebem pacientes adultos e mantêm pacientes com dependência para mobilidade e locomoção, o que conseqüentemente, favorece a formação de úlcera por pressão, exigindo um preparo das famílias para a continuidade dos cuidados.

A unidade de Clínica Médica recebe pessoas com doenças crônicas, doenças infecto contagiosas e neurológicas. Possui quarenta e seis (46) leitos, sendo oito (08) quartos coletivos, com quatro (04) leitos cada uma, e outros sete (07) quartos com dois (02) leitos cada. Dentro desta unidade, situa-se a Unidade de Neurologia, contando com hum (01) quarto onde estão dispostos seis (06) leitos e outro com dois (02) leitos, em geral ocupados por pacientes politraumatizados graves com traumas crânio-encefálicos, traumas raqui-medulares, pessoas que sofreram acidentes vasculares cerebrais e outras condições neurológicas que provocam seqüelas, desenvolvendo um alto grau de dependência para os cuidados de enfermagem. A unidade mantém-se totalmente ocupada e por vezes encontra-se com leitos extra, em função da demanda de pacientes admitidos na Emergência e UTI.

Nesta clínica, a assistência médica é prestada por uma equipe multidisciplinar composta por preceptores, médicos residentes, especialistas que compõem o quadro clínico do hospital atuante nesta unidade, além de uma infinidade de alunos e professores das diversas profissões que compõe a equipe de saúde. A assistência de enfermagem é prestada por duas

enfermeiras, distribuídas uma em cada turno e vinte e quatro técnicas de enfermagem distribuídas em média quatro por período diurno e três para o período noturno, sendo escaladas diariamente para desenvolver atividades de cuidado junto aos pacientes que inclui prestar cuidados de higiene, alimentação, aplicação de medicações, mobilização, preparo e encaminhamento para exames, orientações, curativos, oxigenoterapia, eliminação, controles hídricos e hemodinâmicos, entre outros.

A unidade de Clínica Cirúrgica recebe pacientes cirúrgicos de especialidades várias, em situação de pré e pós-operatório, vindos da UTI e Centro Cirúrgico. A maioria em pós-operatório de cirurgias de emergência, como politraumatizados, vítimas de acidentes de trânsito e situações/causas violentas diversas, além de pacientes com patologias cirúrgicas, em pré-operatório de procedimento eletivo.

Esta unidade possui quarenta e dois (42) leitos, sendo seis (06) quartos com quatro (04) leitos, sendo um quarto utilizado como uma unidade semi-intensiva, onde são locados as pessoas em situação consideradas graves e que necessitam de maior vigilância; sete (07) quartos com dois (02) leitos, que originariamente foram criados para acomodar pacientes em situação de isolamento, mas, devido a demanda excessiva, estes são ocupados com qualquer de paciente. Além disso, o corredor mantém-se com macas ocupadas por pacientes internados, aguardando um leito vago para acomodá-los.

A equipe médica se compõe da mesma forma que a equipe da Clínica Médica e a assistência de enfermagem é prestada por uma enfermeira e cinco auxiliares de enfermagem por turno.

Durante o período de coleta de dados, constatamos uma média de doze pacientes no corredor, sendo que em determinado dia observamos vinte pacientes naquele espaço, com suas respectivas famílias, que de certa forma assumem os cuidados simples de seus parentes. A grande maioria dos pacientes estão em pós-operatório de cirurgias de emergência, e alguns apresentam déficit de mobilidade.

De acordo com as normas do hospital, as visitas de familiares ocorrem diariamente no período de 14:00 às 16:00 horas. Normalmente, os pacientes são acompanhados por alguém, mas apesar da existência destes acompanhantes, a unidade não dispõe de infra-estrutura para acomodá-los, falta espaço para higiene, repouso e alimentação. Desse modo, tais necessidades são satisfeitas ali mesmo na unidade junto aos pacientes, onde os familiares permanecem dias sentados nas cadeiras, deitados no chão ou no próprio leito do paciente.

Consideramos o período de internação como um tempo longo para o enfrentamento das condições oferecidas aos familiares acompanhantes no hospital. Os transtornos físicos,

peçoais e profissionais, da hospitalização de um familiar, contribui para a fragilização emocional deste familiar, em função do ambiente de uma enfermaria, do desgaste físico por permanecer durante todo o tempo sem conforto e, tendo que dormir até no chão, para permanecer perto do seu paciente.

Percebemos que nas unidades em estudo, o processo de adaptação, para que sejam criadas as condições necessárias para acomodar/receber a família, não ocorre e desse modo os familiares ficam perdidos pelos corredores, sem cuidados, sem quem lhes preste orientações, desconhecem as rotinas, sem acomodações para um momento de descanso, requisitando um ou outro profissional que passe pelo corredor para atender às suas inquietações e dúvidas. Muitas vezes contam com o acompanhante do outro doente para atender suas necessidades, ou tirar suas dúvidas.

Neste contexto, em que o familiar é de certa maneira incorporado à rotina de cuidados como mão de obra, é difícil admitir que sem as condições necessárias possa assimilar qualquer ensinamento. No entanto, eles aprendem de alguma maneira a realizar cuidados que darão sua marca pessoal passando informações de uma família para outra e sobrevivem frente às dificuldades, apoiadas pela solidariedade de outras acompanhantes e alguns funcionários, dentro daqueles espaços, como podemos evidenciar na fala dessa mulher cuidadora:

*Eu tô ficando ali na cadeira. E às vezes tomo um banho lá mesmo (na enfermaria), pra não ficar suja, e às vezes, as meninas (funcionárias da nutrição), quando sobra alguma coisa, aí me dá. Quando não sobra eu fico aqui...(com fome)...Muitas vezes as meninas (outras acompanhantes) aí me dá uma coisa, ou, eu vou lá, tomo um cafezinho com elas, lá fora... F/CI*

Segundo Collet e Rocha (2004), a permanência da família em tempo integral no hospital e sua participação nos cuidados têm sugerido uma nova organização da assistência prestada.

O paciente parece que é visto isoladamente, como uma máquina doente, e neste contexto, a família apesar de participar do cuidado, não é considerada peça importante na dinâmica do trabalho, portanto, não se deve dispensar a ela nenhum tipo de atenção. No entanto, se considerarmos o cuidar/educando como um processo dialógico, o contexto deste trabalho necessita ser revisto no sentido de criar condições para o preparo das famílias para o cuidado do seu parente/doente no pós alta.

Além disso, a baixa escolaridade e as dificuldades apresentadas se configuram como um fato a ser pensado quanto às necessidades destas pessoas, de serem orientadas para a alta de forma sistematizada, contínua e individual, numa linguagem simples, que torne fácil o entendimento e a apreensão do conteúdo dos ensinamentos.

Do mesmo modo, o fato de residirem na zona rural e cidades do interior, significa enfrentar maiores dificuldades quanto aos recursos financeiros, materiais e acesso a informações para as demandas do cuidar e, assim, maiores dificuldades para assegurar em parte, a continuidade dessa assistência em casa.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, utilizamos à entrevista semi-estruturada e a observação não participante com o diário de campo.

Segundo Minayo (2006), a entrevista é uma técnica que permite combinar perguntas fechadas e abertas, de forma que os depoentes respondam às questões com uma variedade de respostas previstas e ao mesmo tempo, exponham livremente suas idéias sobre o tema proposto pelo investigador.

O acesso ao campo, para a coleta de dados, se deu mediante solicitação prévia, através de ofício dirigido à coordenação do Setor de Educação Continuada do Hospital, solicitando visita às unidades. Posteriormente, anexamos a liberação do Comitê de Ética da Pesquisa da UEFS, autorizando o início da pesquisa. Após a autorização da instituição hospitalar para a pesquisa de campo, iniciamos a coleta de dados, através das entrevistas e da observação.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a início de agosto, compreendendo, desta forma, o período das entrevistas e da observação.

A entrevista seguiu um roteiro (Apêndice A) pré-estabelecido, que foi testado e corrigido para atender as finalidades deste estudo. Desta forma, o instrumento permitiu conhecer, através das respostas dos sujeitos entrevistados, qual o preparo recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio.

Para realização das entrevistas, foi feito um contato prévio com os pacientes e seus familiares, para aproximação com as entrevistadas. Permaneci durante um tempo com os familiares, questionando e identificando quem na realidade era o Familiar/Cuidador. Durante

este contato, foram informados e explicitados os objetivos e a importância deste estudo. Com isto, criamos uma relação de confiança com os familiares dos pacientes internados que apresentavam úlcera por pressão.

Antes da realização da entrevista, propriamente dita, foi feito um acolhimento, lido o termo de consentimento que o familiar assinava e, em seguida, a gravação dos depoimentos, seguindo um roteiro previamente testado e corrigido.

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, com o auxílio de um gravador de voz, portátil, na sala de reuniões da UEFS, localizada na clínica cirúrgica do HGCA, respeitando-se desta forma a privacidade dos sujeitos. O horário foi previamente estabelecido, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Na maioria das vezes, aconteceu quando o familiar cuidador garantia a presença de outra pessoa, no hospital, junto ao paciente, permitindo desta forma, a saída tranquila deste, para realização da entrevista.

A entrevista constou de duas etapas, uma compreendendo os dados sócio-demográficos e a outra, as questões sobre o tema específico do estudo.

Estes dados sócio-demográficos possibilitaram a identificação e caracterização dos sujeitos através dos dados de sexo, idade, grau de parentesco, escolaridade, local de moradia, grau de instrução e renda.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, que optou pela escuta silenciosa, com interferência para esclarecimentos e retomada para o redirecionamento do tema. A duração das entrevistas foi variada; algumas entrevistas demoraram mais, por que as participantes colocavam suas ansiedades e dificuldades, algumas chegaram a chorar, e foram escutadas, mesmo depois da entrevista. Ao término dos relatos, solicitamos que os sujeitos entrevistados ficassem à vontade para ouvir as gravações, retirar ou acrescentar informações às suas falas. Não houve por parte dos entrevistados nenhuma manifestação de dúvidas ou insatisfação quanto ao conteúdo das gravações.

Os depoimentos foram transcritos à medida que procedíamos a coleta de dados, encerrando no momento em que as falas se tornavam repetitivas, sem elementos novos que pudessem ser acrescentados ao estudo.

Utilizamos à sigla F/C para designar o familiar/cuidador, e a numeração da entrevista para preservar o anonimato dos sujeitos.

Também, utilizamos como técnica de coleta de dados, o roteiro da observação não participante com registro em diário de campo (Apêndice B). Esta técnica é processada mediante a presença do pesquisador no ambiente da pesquisa. Nela, o pesquisador participa da

rotina diária do sujeito, vivencia juntamente com ele os fatos do cotidiano e colhe dados relevantes ao problema da pesquisa. Nesta técnica,

“(...) o pesquisador tem sua atenção centrada em aspectos da situação que estão explicitamente definidos e para os quais estão previstos modos de registro simples, rápidos, que não apelam para a memória e que reduzem os riscos de equívocos” (LAVILLE : DIONNE, 1999, p.178).

A principal vantagem desta técnica, segundo Gil (1999), é permitir que os fatos sejam percebidos, sem interferência, colocando o pesquisador frente à realidade da situação vivenciada pelos sujeitos.

Esta técnica contribuiu para fundamentar os resultados da entrevista, pois possibilita conhecer o processo de cuidar e educar as famílias para cuidar de pessoa com úlcera por pressão no domicílio, após a alta hospitalar.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo Temático, definido por Bardin (2004, p. 37), como:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens indicadoras (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Deste modo, a análise de conteúdo temático pode ser utilizada para estudos que envolvem questões abertas e semi-estruturadas, ou entrevistas individuais, partindo de questionamentos básicos, que interessam à pesquisa, o que permitirá captar nos discursos dos familiares/cuidadores de pessoas com úlcera por pressão, o preparo recebido, para dar continuidade à assistência, após alta hospitalar.

A análise de conteúdo seguiu as três etapas descritas por Bardin (2004): 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a

interpretação. A primeira etapa objetivou a organização. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e, foi realizada uma leitura flutuante na busca de constituir o *corpus*, seguindo a regra da exaustividade, na qual é preciso ter-se em conta todos os elementos desse *corpus*, definindo trechos significativos do objeto de estudo. A segunda etapa consistiu na codificação, classificação e categorização dos dados, na qual os trechos escolhidos foram submetidos a uma leitura mais profunda e fundamentada na literatura do cuidar. A terceira etapa objetivou tratar os resultados de maneira a serem significativos e válidos, o que permitiu inferências e interpretações de acordo com os objetivos propostos.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa de campo foi autorizada pela instituição hospitalar e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Após o parecer de aprovação número 026/2008 (CAAE OO26.050.000-08), foi iniciada a referida coleta de dados. Foi solicitada permissão para acesso à instituição através de encaminhamento de ofício à diretoria geral do HGCA, pelo coordenador do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Atendendo as normas que legislam sobre os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, foi apresentado aos sujeitos do estudo um termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Apêndice C) contendo completa informação sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade, intimidade e liberdade para participar ou não da mesma. Uma vez que, para analisar como os familiares eram preparados, foi necessário observar a enfermeira e técnicos de enfermagem cuidando, aplicou-se o TCLE com estes profissionais evitando que se sentissem avaliados e com receio de serem criticados ao expor sua prática. Foram feitos contatos prévios esclarecendo os objetivos da pesquisa e, no momento da coleta, aconteceu um novo encontro para assinatura do TCLE.

Desta forma, conscientes da importância do projeto a ser realizado, TCLE foi lido e assinado pelas enfermeiras das clínicas cirúrgica e médica, e pelas familiares/cuidadoras, que concordaram em fazer parte da pesquisa, tendo a liberdade para desistir, no momento em que desejassem.

Foi explicitado neste termo, que os resultados da pesquisa seriam utilizados em congressos, seminários e publicados em revistas especializadas. Estes dados estão sob a guarda da pesquisadora, em local sigiloso onde ficarão por cinco anos. Após este período serão destruídos.

#### 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos as discussões e os resultados da pesquisa sobre o preparo<sup>2</sup> recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlcera por pressão, no domicílio, a partir da entrevista semi-estruturada e observação não participante, com diário de campo.

Os sujeitos entrevistados foram 9 familiares dos pacientes que apresentavam úlcera por pressão, em seus vários estágios, internados na Clínicas Médica e Cirúrgica do HGCA, que se dispuseram a aceitar participar do estudo. Este número foi delimitado a partir da repetição de informações que costuma ser considerado ponto de corte, nas pesquisas qualitativas.

Estes sujeitos em sua totalidade são mulheres cuidadoras, com idade variando entre 20 a 50 anos. Dentre elas, cinco tem mais de 50 anos, duas estão na faixa etária dos 20 anos e duas na faixa dos 40 anos.

Em relação à escolaridade, apenas uma tem nível superior (pedagoga aposentada), com renda superior a um salário mínimo, e as demais têm renda variada, recebem ajuda do Programa de Bolsa Família, com menos de um salário e uma diz não ter sem renda. Dentre elas, quatro tem o ensino fundamental incompleto, quatro concluíram o ensino médio, e uma tem ensino superior. Em relação à ocupação, duas são lavradoras, quatro desenvolvem atividades domésticas, uma é costureira, uma é estudante e outra, aposentada.

Quanto ao estado civil, quatro são casadas; quatro são solteiras e uma é viúva. O grau de parentesco variou. Quatro são irmãs do paciente, duas são mães, duas são filhas e uma é cunhada. Quanto ao local de moradia, apenas duas são da cidade de Feira de Santana, outras seis são de cidades circunvizinhas, e uma é moradora de um assentamento rural. O tempo de internação dos pacientes variou entre 10 a 79 dias.

Podemos verificar que os sujeitos deste estudo se caracterizaram por serem mulheres, que têm como principal ocupação o trabalho doméstico, confirmando que cabe, tradicionalmente, à mulher, a responsabilidade pelo cuidado das crianças, dos velhos e dos demais adultos. Isto nos remete à idéia de que os cuidados com a saúde são considerados uma tarefa feminina e, mesmo sendo uma construção sócio-cultural do papel feminino, espelha o papel da mulher no cuidar da saúde da família, como uma atividade inerente a este gênero.

Para Marques e Ferreira (2003, p.158),

---

<sup>2</sup> As palavras preparo e orientação serão usadas com o mesmo sentido.

“as práticas voltadas para o cuidado dos membros da família, são quase que exclusivamente, de responsabilidade da mulher (...). Esta responsabilidade é ligada aos aspectos sócio-econômico-histórico-cultural, já que o domicílio é caracterizado como espaço feminino e privado”.

O cuidar tem sido associado à enfermagem por mais de um século, mas, como afirma Collière (1989), o cuidar é uma atividade humana. Esta atividade tem uma atribuição profissional, mas, tradicionalmente tem sido uma atividade doméstica, realizada por mulheres.

Sabemos que a família é uma instituição que propicia cuidados dos seus no domicílio, e em função disto, quando ocorre a internação, este período deve ser considerado ideal para se desenvolver o cuidado integral ao paciente, incluindo o cuidado educativo, que contempla o preparo das famílias, para que elas possam desempenhar a tarefa de cuidar, a contento, em casa.

Assim, considerando o fato da família constituir uma unidade de cuidado para seus membros, cabe aos profissionais de saúde refletir sobre a assistência a ser prestada à família no sentido de ajudar, da melhor forma possível, no desempenho de sua tarefa de cuidar. Neste sentido ela deve ser concebida como co-participante do processo de cuidar em todos os momentos (MARCON *et al*,1998).

Para isto, é necessário que os pressupostos de Paulo Freire sobre a educação dialógica pautada na comunicação e no diálogo, em que educador e educando crescem, se façam presentes, compreendendo o cuidar/educando como uma atividade mediadora entre a enfermeira, paciente e família, à luz da dialogicidade.

Neste sentido, Passos (2007) afirma que é necessário à enfermagem reconhecer as necessidades de cuidado dos pacientes, definindo sua finalidade, assim como os aspectos e circunstâncias específicas da natureza desse cuidado. Isto permitirá preparar a família para que seja co-participante neste processo.

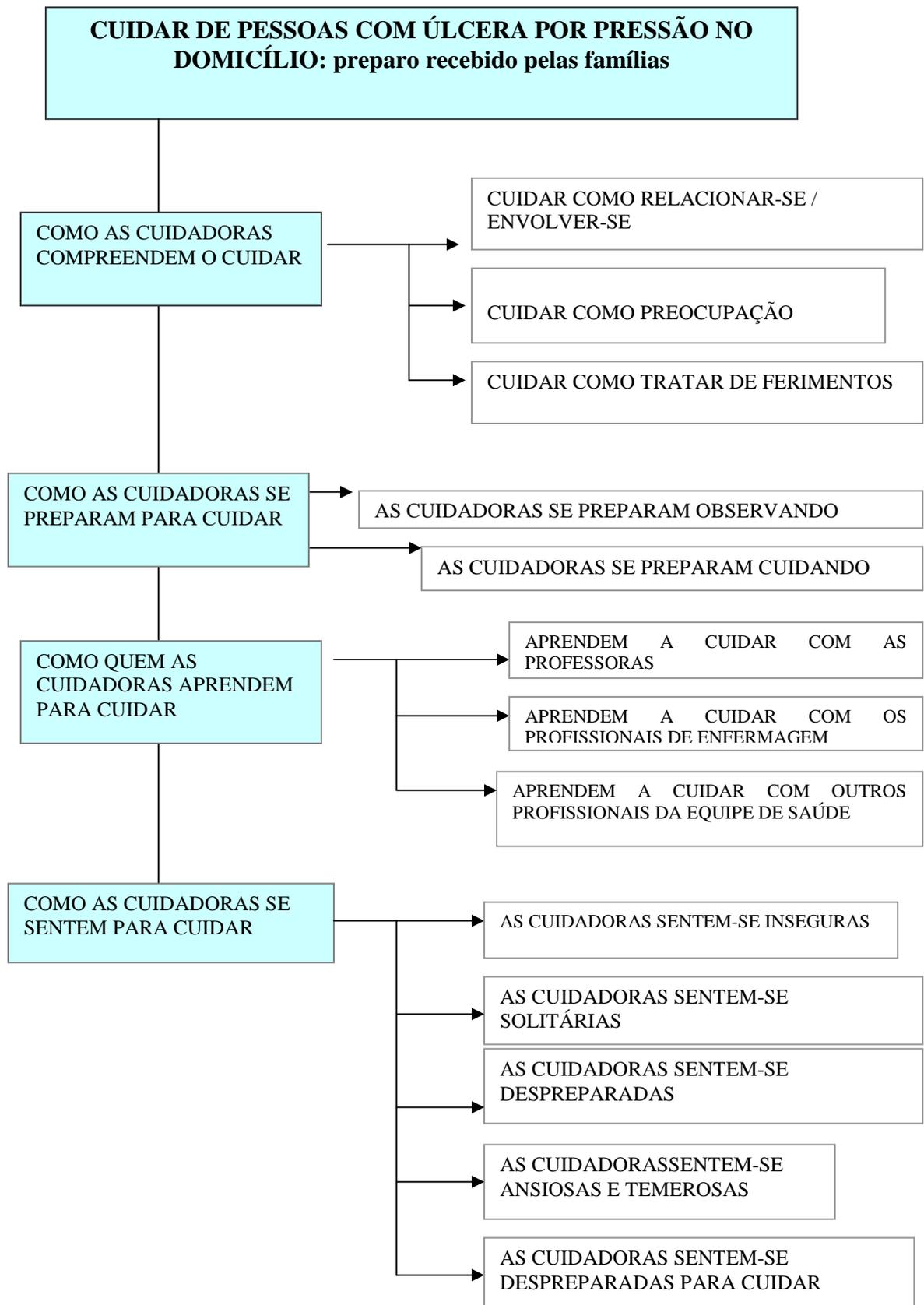
Logo, a família é parte integrante na intervenção em saúde, em todas as fases da doença, em todos os contextos da assistência, independente do grupo etário do paciente. Desta forma, a relevância da conexão existente entre o cuidado ao indivíduo e a conexão familiar tem sido apontada como algo indissociável para o cuidado integral da pessoa doente (ANGELO, 2000).

Para Perline e Faro (2005), a experiência de cuidar de alguém dependente, em casa, tem se tornado cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias. Por isto, há a necessidade de se preparar estes familiares para que possam desempenhar esta tarefa adequadamente.

Nos hospitais, a política de incentivo à alta dos pacientes o mais cedo possível impõe um desafio constante às enfermeiras: preparar pacientes e famílias para reorganizarem suas vidas em seus lares de modo que possam assumir o cuidado próprio ou de familiares, detectando, controlando e prevenindo situações de agravamento que possam ocorrer. Afinal, neste estudo a cicatrização das lesões vai ocorrer no domicílio e, portanto, a família deve estar preparada para assumir esta responsabilidade.

Em relação ao tema abordado na pesquisa, evidenciamos quatro (4) categorias, com suas respectivas subcategorias e unidades de registro temático, que atendem aos objetivos traçados: a primeira categoria, como as cuidadoras entendem o cuidar de pessoas com úlcera por pressão; a segunda categoria, como as cuidadoras se preparam para cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio; a terceira categoria, com quem as cuidadoras aprendem para cuidar de pessoas com úlcera por pressão; a quarta categoria, como as cuidadoras se sentem para cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio.

Apresentamos no diagrama a seguir as categorias que emergiram deste trabalho, sobre o preparo recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio e sua análise.



**Figura 1.** Sinopse dos conteúdos das categorias e sub-categorias sobre o Cuidar recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio. Feira de Santana, Ba-2008

#### 4.1. COMO AS CUIDADORAS ENTENDEM O CUIDAR DE PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO

A primeira categoria “Como as cuidadoras entendem o cuidar de pessoas com UP” foi explicitada por três subcategorias, a saber: 4.1.1 Cuidar como relacionar-se, envolver-se; 4.1.2 Cuidar como precaução; 4.1.3 Cuidar como tratar dos ferimentos.

##### 4.1.1 Cuidar como relacionar-se, envolver-se.

Nesta subcategoria, Cuidar como relacionar-se, envolver-se o cuidar é entendido como proteger, se fazer presente, envolver-se, amar, responsabilizar-se e também doar-se. As participantes expressaram que:

*Cuidar eu entendo que tem que ter muito cuidado, tem que ser bem incentivado pra não fazer alguma coisa errada pra **não prejudicar** a pessoa, o paciente. (F/C2)*

*Cuidar é a gente ter cuidado pra ele não ficar sozinho e a gente **sempre presente**, pra qualquer coisa a gente acudir.(F/C8)*

*Cuidar é a **responsabilidade** que Deus me deu, que de qualquer maneira eu tenho que cuidar. (F/C4)*

*Cuidar de minha mãe em casa significa doar mais de mim, um amor muito grande. Eu vou fazer o possível e o impossível por ela. (F/C7)*

Segundo Leopardi (1994), a afetividade do cuidado requer solidariedade, a qual é entendida como uma forma de solicitude, de dedicação e de compromisso de um ser para com o outro. Ela é sempre acompanhada de demonstração de afeto e requer disponibilidade, espontaneidade e interesse. Induz o outro a se sentir seguro.

Assim, compreendendo o cuidar de uma forma mais ampla, devemos incluir o sentido de afeição, preocupação e responsabilização que, de acordo com Waldow (2001), com a ameaça da segurança pela doença, a cuidadora, (em geral, papel atribuído à mulher) dedica-se a prover além de afeto e atenção, o conforto e demais atividades que possibilitarão o bem estar, a restauração do corpo, da alma e da dignidade de quem recebe o cuidado.

A dimensão instrumental do cuidado está diretamente ligada ao saber fazer com habilidade, conhecimento e qualidade. Esta necessidade de saber fazer é acompanhada de ansiedades, tensão e angústia, frente às responsabilidades que o cuidado impõe ao cuidador.

*Cuidar é primeiramente, tem que gostar de verdade né. Ter muito amor e dedicação e estar mais preparada, perguntar mais, esclarecer mais dúvidas, porque essas coisas miúdas, requer muito cuidado, e essas coisas aí, eu acho que o perigo está aí. (F/C6)*

Para Silva (1999), a demonstração de afeto é identificada como sendo uma forma de expressão do cuidado, a qual envolve demonstrações de amor, carinho e amizade, que são formas de atenção para com o outro e para o que se faz.

*Cuidar é ter que vir com amor, não cuidar de qualquer jeito. Tem que ser com bastante amor, aperfeiçoar bem o cuidado que você tem que ter. Cuidar do físico, do mental, de tudo. Usar o máximo de psicologia para ajudar essas pessoas. ... conversando para que elas fique bem à vontade pro cuidado ser mais avançado. (F/C9)*

Nos hospitais, a política de incentivo à alta dos pacientes o mais cedo possível impõe um desafio constante às enfermeiras: preparar pacientes e famílias para reorganizarem suas vidas, em seus lares de modo que possam assumir o cuidado próprio ou de familiares, detectando, controlando e prevenindo situações de agravamento que possam ocorrer. Afinal, a fase final da cicatrização das lesões, vai ocorrer no domicílio.

As famílias compreendem que cuidar dos seus faz parte de seu papel social, que requer o envolvimento, o compromisso e preparo técnico para o desempenho das tarefas complexas. Desse modo, entendem que é necessário agir, buscar recursos para romper com suas próprias limitações.

*Cuidar é eu me movimentar, não posso ficar parada, nem me lamentando, eu tenho que correr atrás e fazer qualquer coisa. (F/C6)*

Para os familiares, o cuidar de seu familiar com úlcera por pressão no domicílio é estar sempre presente e atento para atendê-lo quando for necessário.

*Cuidar é a gente ter cuidado pra ele não ficar sozinho e a gente sempre presente, pra qualquer coisa a gente acudir. (F/C8)*

#### **4.1.2 Cuidar como precaução**

A subcategoria Cuidar como precaução surge do entendimento de que o cuidar refere-se à não provocar danos, a prevenir situações que possam causar malefícios ou conseqüências que porventura prejudiquem o ser cuidado, em sua saúde.

*Cuidar eu entendo que tem que ter muito cuidado, tem que ser bem incentivado pra não fazer alguma coisa errada pra não prejudicar a pessoa, o paciente. (F/C2)*

#### **4.1.3 Cuidar como tratar dos ferimentos**

Na subcategoria Cuidar como tratar dos ferimentos as participantes entendem o cuidar valorizando os aspectos que envolvem o tratar da ferida, algo que causa impacto visual e seus odores, para a qualidade de vida, tanto do paciente, quanto do cuidador, dada à natureza repulsiva que as feridas costumam provocar. Assim, as cuidadoras entendem que cuidar também é tratar e possivelmente eliminar a doença.

*Cuidar é botar curativo, pôr o remédio direitinho, como elas fazem aqui. Cuidar é limpar a enfermidade (ferida) direitinho, com higiene, com luva, não usar material sujo, que tenha poeira para não causar um dano até maior né, e, usar remédio. (F/C4)*

Tal compreensão nos leva a inferir que os cuidados são entendidos pelas participantes, com os mesmos princípios que Collière (1989), defende não somente como os cuidados de manutenção da vida, mas como, cuidados de reparação e de cura, que visam devolver a integridade física aos sujeitos e devolvê-los à uma vida produtiva em seu meio social.

Para Collière (1989) os cuidados básicos representam as atividades que concorrem para a manutenção da vida, ou seja, um conjunto de ações que visam manter a vida, garantindo a satisfação de necessidades indispensáveis que são diversificadas na sua manifestação. Dentre os cuidados de manutenção da vida dessas pessoas com úlcera por pressão, está o receber apoio para alimentar-se, vestir-se, mobilizar-se e hidratar-se.

As depoentes valorizaram as medidas de cura aplicadas à ferida, ou seja, para as participantes, o cuidado de reparação tem um peso maior dentro de sua escala de valores do que os cuidados de manutenção talvez, por serem simples, rotineiros e comuns a todas as pessoas, independentemente do seu estado de saúde.

## 4.2 COMO AS CUIDADORAS SE PREPARAM PARA CUIDAR DAS PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO EM DOMICILIO;

Esta categoria faz-se necessário para que a equipe de saúde, em especial, a de enfermagem, perceba e valorize o potencial humano para a aprendizagem, envolvendo o familiar cuidador de modo que os envolvidos sejam beneficiados com as ações de um cuidar/educar permanente. Foram explicitadas duas subcategorias, a saber: 4.2.1. As cuidadoras se preparam observando; 4.2.2. As cuidadoras se preparam cuidando.

### 4.2.1. As cuidadoras se preparam observando

O ponto de partida para o cuidar transformador consiste na educação para a saúde, uma vez que pessoas informadas exercem com mais segurança e inteireza sua totalidade. Desta forma, preparar as pessoas para cuidar de si mesmo e de outras pessoas, participando de

forma responsável no coletivo e na vida em sociedade é uma tarefa da educação e, neste caso, passa a ser tarefa de competência da enfermeira.

No cotidiano da prática hospitalar, o trabalho da equipe de enfermagem tem como característica a permanência por mais tempo ao lado do paciente, e para tanto, a enfermeira necessita desenvolver um compromisso profissional do cuidar educando, integrando ações educativas, para preparar a família e o paciente, para o cuidar de forma segura e consciente.

Cuidar e educar, como processo de trabalho da enfermeira, define um papel não dissociado, que precisa ser desempenhado no cotidiano do trabalho. Isto reflete na situação de doença e, especialmente, de internação, na qual a enfermeira deve realizar atividades educativas planejadas, para preparar os pacientes e seus familiares para a alta hospitalar, o que parece não estar acontecendo, ainda, conforme podemos constatar na fala dos sujeitos.

*Ninguém orientou. Não são elas que estão me orientando eu é que vejo elas fazerem. (F/C3)*

*A gente está fazendo “por a gente” mesmo. Como a gente tá observando, já aprendeu alguma coisa. (F/C9)*

Durante o período de internação, podemos valorizar o espaço das relações interpessoais, onde o enfermeiro constrói um novo sentido para o cuidar, que é o de capacitar a família/cuidadora para propiciar a continuidade da assistência, em situações , no domicílio.

Diante disto, podemos verificar uma escassez/impedimento de investimento, para a continuidade da assistência prestada ao cliente depois da alta. Parece existir uma (des)atenção da enfermeira e da equipe de enfermagem na execução dos cuidados simples e mesmo dos complexos, quando a família está presente. A ela é delegada a responsabilidade destes cuidados simples, de manutenção da vida como, higiene, alimentação, movimentação.

Segundo Miasso e Cassiani (2005), o enfermeiro deve avaliar as habilidades do paciente para cuidar de si e o interesse da família para ajudá-lo, visto que o planejamento da alta deve ter como finalidade tornar o paciente auto suficiente para seu auto cuidado no domicílio ou para ser cuidado de forma adequada pela família. Desse modo, o papel da enfermeira no processo de alta é de proporcionar assistência desde a internação, preparando e educando o paciente e a família.

Assim, preparar a família do paciente para os cuidados no domicílio é uma estratégia de educação e saúde que visa à manutenção ou melhora do estado de saúde do doente, oportunizando-lhe condições de torná-lo o mais autônomo possível. Por meio da educação, ajusta-se o indivíduo, e a família, para cooperar com sua terapia, e aprender a resolver problemas, à medida que o doente se defronta com novas situações.

Alguns familiares presentes envolvidos nos cuidados se preparam observando, para fazer em casa, o que não caracteriza uma atividade educativa.

*Como a gente está observando, já aprendeu alguma coisa pra cuidar. (F/C8)*

*A gente fica observando, né! Então, ... eu vendo ai este dia a dia dele, ajeitando, dando banho Então eu to aprendendo um pouquinho de coisa, assim. "Ah! do jeito que elas estão fazendo ai, a gente faz, porque eu estou vendo como elas fazem, entendeu? (F/C3)*

*Eu tô me preparando de tudo a tudo. Quando chegar a hora eu tenho que está preparada. (F/C4)*

*Observo o trabalho do pessoal de enfermagem, do pessoal da universidade e sempre perguntando, esclarecendo as dúvidas. (F/C7)*

Leopardi; Gelbecke e Ramos (2001), propõem a práxis como objeto e finalidade do processo de trabalho educativo, compreendendo a práxis como ação humana, concreta e transformadora, articulando ação e reflexão, ou seja, atividade teórico-prática, consciente e objetivante, que se dirige, pela ação educativa, a níveis cada vez mais críticos e criativos.

Logo, não se admite que o familiar fique apenas observando, pois, para participar do processo de cuidar compartilhado, deve haver compromisso por parte dos profissionais de saúde em refletir sobre a situação vigente, e propiciar a essas cuidadoras, a oportunidade de experimentar ações alternativas que visam desempenhar bem este papel no domicílio.

Consideramos que a educação, como uma interação de natureza compartilhada, uma orientação que visa o desenvolvimento pessoal, na qual, se pode organizar e reconstruir uma realidade pessoal, levando em conta necessidades, percepções, experiências, crenças e valores, não tem acontecido neste contexto hospitalar.

Segundo Potter e Perru (2004), a ansiedade e o desejo de ir para casa também levam à falta de concentração por parte do paciente e/ou cuidador, e à ineficácia de aprender/observar as orientações para a alta. Assim, é imprescindível que as orientações sejam realizadas de forma progressiva ao longo do período de internação e não apenas no dia da alta. Desta forma, a necessidade de ser preparada, somada à esperança de ter condições de cuidar, adequadamente, de seu parente em casa, é percebida na fala dos sujeitos.

No que diz respeito à alimentação, vale ressaltar que o estado nutricional do paciente deve merecer atenção especial, pois à medida que a internação se prolonga aumentam os riscos para a desnutrição. No que se refere aos pacientes com úlcera por pressão, a alimentação é importante, pois, o consumo protéico-calórico deve ser considerado e relacionado ao tratamento. Ao serem questionadas sobre alimentação do paciente, obtivemos os depoimentos abaixo:

*(...) Nunca ninguém me falou que ele tem que comer isto ou aquilo. (F/C1)*

*Quanto a alimentação eu não fui orientada....Eu observo qual tipo de alimento vem para ela comer e fico imaginando o que vou dar em casa. (F/C5)*

Ao serem questionadas sobre a administração da medicação, afirmaram que não foram orientadas. Apenas observavam no momento em que era realizado o procedimento com os pacientes, e desse modo aprendiam algo.

*Olhando e observando tudo que elas estão fazendo. Eu fico na atenção, perguntando, se vem medicação eu digo: isto ai, é para que?.. é o que?...estou sempre perguntando. (F/C7)*

Mas, apesar do elevado grau de interesse das famílias, quando estas assumem a administração das medicações, não existe garantia de um cuidado correto. Sabemos que erros relacionados à administração podem ocorrer, tanto no hospital, onde as pessoas que já trabalham são profissionais, quanto no domicílio, quando pessoas comuns e sem preparo assumem esta tarefa após a alta.

O aprendizado para administração de medicações, que é um cuidado complexo, exige tempo, um nível de compreensão das cuidadoras, conhecimentos sobre matemática para a dosagem correta, dentre outras medidas que requerem atenção. A demanda de preocupações e tensões afetam os familiares que se encontram com seu ente querido hospitalizado podem diminuir a capacidade de aprendizado de cuidados como este. Isto demonstra que a enfermeira deve ter a preocupação de supervisionar e checar se as orientações dadas foram adequadamente processadas e compreendidas.

Desta forma, pacientes e familiares bem informados podem ajudar ou evitar erros na administração de medicação, detectar prováveis eventos adversos, mas isto depende do fornecimento de informações, de orientação, enfim, de preparo à longo prazo, e não apenas da simples observação.

Segundo Miasso e Cassini (2005), a ocorrência de erros de medicação no domicílio, tem relação com o enfermeiro, uma vez que é da competência deste profissional, educar o paciente para o uso correto dos medicamentos após a alta.

Zanetti *et al* (2003) afirmam que, para educar o cliente em relação à medicação que está recebendo, a equipe de enfermagem deve instruí-lo durante a administração de cada um dos medicamentos, orientando sobre o nome, via de administração, dose, propósito e a forma do medicamento. Além disso, o paciente e sua família devem ser encorajados a ter mais participação neste processo.

As famílias observam as profissionais de enfermagem na execução dos curativos das úlceras por pressão e ao serem questionados sobre o preparo para cuidar das feridas, confirmam a tradicional cultura de executar simplesmente a técnica solicitada. A enfermagem, de certa forma, executa o cuidado, realizando uma técnica, e não se apercebe da necessidade de transformar este momento numa oportunidade para o fazer-ensinar, visando a continuidade da assistência.

*O curativo eles não me orienta não, mas eu olho, vejo como é que faz. Ele fala também que não pode tocar, por exemplo, o soro não pode deixar cair, o vidrinho em cima não pode tocar com a mão tem que ser com a luva, tem que ter cuidado. (F/C2)*

*O curativo, elas fazem o curativo. Mas elas nunca explicou a gente como é que faz o curativo, entendeu? E, é questão assim: se a gente tiver que aprender a gente aprende ali com elas, olhando, tá entendendo, como fazer. Mas se elas estão orientando, não[...] (F/C3)*

*Ah, do jeito que elas estão fazendo aí a gente faz. Porque eu to vendo como é que ela faz entendeu? Às vezes tem chance da gente ficar curiando (olhando) assim oh, aí da pra mim ver. Se curar o ferimento aqui, antes dele ir pra casa, melhor pra gente, porque laí vai ficar um pouco difícil pra gente cuida. Porque o material que elas estão utilizando aqui a gente não tem em casa.. (F/C3)*

Assim, podemos perceber que o preparo que as cuidadoras deveriam receber através do cuidar educando para a alta não ocorre. Apenas ficam observando como fazer o que não garante um aprendizado correto e, conseqüentemente, um cuidado adequado.

#### **4.2.2. As cuidadoras se preparam cuidando**

Os pacientes que, além de úlcera por pressão, usam sondas nasogástricas, são alimentadas pelas famílias, sem o devido preparo e supervisão, para desempenhar esta tarefa, conforme as falas a seguir.

*Ela está com a sonda enteral, aí a orientação que eu tenho aqui no hospital é quando acabar a alimentação colocar água pra fazer a lavagem da sonda pra não entupir. (F/C2)*

*A orientação é que depois da nutrição tem que botar um pouco de água e depois colocar alimentação. Abrir a partezinha, colocar a parte da sonda e pendurar e abrir normalmente. (F/C4)*

Na terapia nutricional gástrica ou enteral, a atuação da enfermeira é fundamental e envolve vários aspectos do cuidado. Além do controle da infusão das dietas e dos complementos, a enfermeira é responsável pelo estabelecimento do acesso gástrico ou enteral, por via oral e nasal, incluindo a avaliação, e o seguimento diário da evolução do estado nutricional do paciente (BOOG; SILVA, 2001).

Observamos que a administração de dieta por sonda enteral, pelas famílias, está sendo uma atividade rotineira, o que não é adequado, porque, não são observados princípios básicos

como localização da sonda e avaliação do volume residual gástrico antes de infundir a dieta, o que tem levado ao aproveitamento inadequado dos alimentos, e até as complicações importantes como diarreia, náusea e bronco aspiração, o que foge do conhecimento da família, principalmente, se ela não é, nem está sendo preparada para isto.

Desta forma, observamos que as orientações parecem descrever um processo de cuidar da sonda como um ritual. Segundo Melles e Zago (1999), a desvantagem da prática ritualística da orientação, está na negação do paciente (e sua família), como agente ativo do processo, com suas singularidades, com suas necessidades, específicas, de aprendizagem.

Tivemos oportunidade de observar, num período da manhã, que praticamente todas as sondas enterais instaladas estavam obstruídas. Ao verificarmos a causa, detectamos que a consistência da dieta estava incompatível com o calibre da sonda. Da mesma forma observamos pacientes com regurgitação e a dieta que chegava era administrada rotineiramente, sem outras preocupações.

Não se verificava a estase gástrica, assim como, não se valorizava a possibilidade de aspiração deste conteúdo gástrico pelo paciente, levando-o a apresentar outras complicações importantes em consequência desta aspiração. Todas essas situações de risco foram evidenciadas porque as famílias estão cada vez mais assumindo ações complexas, dentro do cuidado no contexto hospitalar, e oferecer a alimentação por sonda é considerada erroneamente como uma ação simples, mas que envolve elevado risco, caso seja oferecida inadequadamente em quantidade, velocidade e posicionamento do paciente no leito.

Segundo Mori, Matsuba e Whitaker (2003), a prática da administração da dieta, por sondas nasogástricas, deve ser supervisionada sempre, e ter orientações frequentes. Deste modo, tão importante quanto as orientações, é o acompanhamento diário dos procedimentos realizados pela equipe, pois só assim será possível detectar as falhas na assistência prestada e planejar ações educativas para a melhoria da prática assistencial.

#### 4.3. COM QUEM AS CUIDADORAS SE PREPARAM PARA CUIDAR DAS PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO

Em relação ao preparo recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio, ficou evidenciado na fala das participantes através das entrevistas, que a

maioria não recebeu preparo adequado das enfermeiras da instituição, para cuidar no pós alta hospitalar, embora as participantes tenham declarado:

*Até o momento ninguém me falou (preparou/orientou) nada”. (F/C1)*

*Eu não tive contato com ninguém, ainda. Assim, ninguém me procurou para falar sobre isto. Não tive informação (orientação) sobre isto”. (F/C3)*

As subcategorias encontradas revelam que neste contexto elas aprendem com diversos atores. Foram explicitada as três subcategorias a seguir: 4.3.1. As cuidadoras se preparam para cuidar das pessoas com úlcera por pressão com as professoras; 4.3.2. As cuidadoras se preparam para cuidar das pessoas com úlcera por pressão com profissionais de enfermagem; 4.3.3. As cuidadoras se preparam para cuidar de pessoas com úlcera por pressão com profissionais da equipe de saúde;

#### **4.3.1. As cuidadoras se preparam para cuidar das pessoas com úlcera por pressão com as professoras**

Alguns familiares referiram ter recebido orientação dos professores da UEFS sobre determinados procedimentos, mas isto não ocorre como uma orientação/preparo da família, mas, como uma informação.

*A professora (orienta) disse que eu tivesse muito cuidado em relação a pele dela, e passasse muito óleo de girassol, após a higiene .Higienizar ( limpar) sempre o local infectado (sujo) de xixi e fezes. (F/C9)*

Desta forma, as orientações sobre os cuidados são fornecidas por professores das escolas que desenvolvem prática nestas unidades com seus alunos(as) e, ao discutirem com os

mesmos(as) sobre os procedimentos necessários a serem realizados, incluem e informam os familiares, por estarem presentes, no momento da execução dos procedimentos técnicos.

Isto significa que não existe por parte dos professores das escolas, uma preocupação específica com a educação do paciente e/ou familiar, pois, para Bartlet (1985), (*apud* MELLES; ZAGGO, 1999), a educação de pacientes e familiares é uma experiência que deve ser planejada, usando uma combinação de métodos como ensino, aconselhamento e técnicas de modificação de comportamento, que influenciam o conhecimento do paciente e/ou de sua família/cuidadora.

*O que eu entendo do curativo que eu vejo sempre, é as professora da Universidade encaminhando as estagiárias, elas falando que sempre tem que pegar as coisas com a pinçazinha, pra não contaminar né, pra lavar bem a partezinha com soro, sempre fazer as coisas de jeito que não infeccione nada. (F/C4)*

Pela importância dos cuidados com a pele dos pacientes acamados e das lesões que já se apresentam, a enfermeira deveria atuar diretamente na realização dos curativos, pois, ela tem papel primordial, na orientação do mesmo, principalmente no que se refere a terapêutica medicamentosa, garantindo desta forma a assistência adequada durante o período de internação. O que não tem acontecido e por isto os familiares têm recebido algumas informações dos professores o que parece ser um ensinamento sistematizado.

Além disto, constatamos a não existência de prescrição ou protocolo de curativos, e por ser um hospital que recebe alunos de várias escolas, deveria haver um protocolo com orientação básica sobre tais procedimentos. Esta falta leva à realização do cuidado de forma inadequada.

Assim, Monetta (1990) afirma que o cuidado com as feridas não pode ser um procedimento automático, mas um “exercício científico” em que a enfermeira deve atuar de forma consciente, visando a aplicar medidas que possam facilitar o processo de cicatrização. É necessário orientar quais as medidas específicas que devem ser tomadas, a evolução que se espera da ferida, e mesmo a atenção para lidar com situações adversas que podem apresentar durante o tratamento. Além do mais, deve-se assegurar que as orientações foram assimiladas.

Para este autor, o cuidar de pessoas com feridas deve ser visto também como uma necessidade relacionada à condição da natureza do ser vivo e requer, para satisfazê-lo, um

conteúdo não apenas material para produzir transformações imediatas como a realização de um curativo, mas um conteúdo de natureza humano-social (interação, acolhimento, apoio, compreensão entre outros), visando garantir a continuidade dos cuidados através do cuidar/educando para a alta.

Segundo Ramos; Verdi e Kleba (1999), quando o profissional se omite, seja no cuidado, seja na orientação, ele nega seu poder de intervir no processo saúde/doença.

Dessa forma, o comprometimento da integridade tissular, com evolução para ferida crônica, representa uma das maiores complicações produzidas pela condição de hospitalização prolongada, ou não, dos pacientes com restrição de mobilidade e locomoção. Nesse sentido, o processo educativo durante o período de internação deve prevenir a ocorrência de lesões ou crônificação das lesões existentes para garantir a continuidade de cuidados necessários, os quais serão assumidos por familiares, na ocorrência de alta hospitalar.

Isto reforça a necessidade de investir na orientação específica, adequada, que possa dar condições, ou capacitar o familiar/cuidador a executar com segurança o curativo das lesões.

Da mesma forma, os registros no prontuário sobre o início do aparecimento das lesões, sua evolução e a prescrição das soluções a serem usadas no curativo diário, praticamente não existem ou são raras. Por isto, o enfermeiro não pode garantir a continuidade dos cuidados, nem estimular o preparo dos familiares de uma forma organizada e contínua, principalmente, num hospital que é campo de prática para várias escolas.

#### **4.3.2. As cuidadoras se preparam para cuidar das pessoas com úlcera de pressão com profissionais de enfermagem**

Outros familiares referiram ter recebido orientações das enfermeiras, que na verdade são auxiliares e técnicas de enfermagem, das unidades.

*Quem me orientou foi as “enfermeiras”, porque eu estou ajudando ela, né. E aí, eu faço algumas coisas, ela fazem outras, e me explica como é pra fazer. Explicou lá como tirar a urina do saquinho né. E como a gente segurar para dar o banho. (F/C3)*

Observamos que o cuidado simples é executado, sobretudo, pelos auxiliares e técnicos, e que as enfermeiras participam, eventualmente, o que parece caracterizar como objeto do seu trabalho a execução de técnicas consideradas complexas, delegando as outras necessidades simples, de manutenção da vida, para os demais membros da equipe de enfermagem. Diante deste fato, as enfermeiras raramente participam do preparo de familiares para dar continuidade à assistência no domicílio.

O que foi relatado pelas famílias não se configura como o cuidar educando, ou uma preocupação com a alta, pois a orientação, quando é dada, tem como objetivo envolver as famílias nas tarefas diárias, que deveriam ser realizadas pela equipe de enfermagem.

A observação mostrou que os familiares estavam sempre presentes, assumindo os cuidados e a observação constante dos seus parentes doentes. Esta presença e o envolvimento no processo de cuidar, tinham para o observador, uma relação incompreensível com os agentes que deveriam prestar estes cuidados. Nesta relação, os cuidados eram realizados pelas famílias, sem o preparo adequado o que é pouco aceitável, visto que é da responsabilidade da enfermagem cuidar desses pacientes, sobretudo, no ambiente hospitalar.

Acreditamos que ensinar o familiar a cuidar, deve acontecer através de um processo em que ele será preparado como uma pessoa que está iniciando uma nova etapa e começa a exercer o seu novo papel de cuidador na prática cotidiana. Isto significa que não basta só realizar o cuidado ou demonstrar este fazer. No processo de aprender a cuidar deve estar presente o planejamento desta demonstração de cuidar, levando em consideração as necessidades e limitações individuais do familiar cuidador.

Além disso, estar atento às dificuldades, para re-planejar as atividades, discutir sobre atitudes e valores, bem como sobre as possibilidades de recriação de novas formas de cuidar condizentes com as habilidades do cuidador.

Desta forma, os profissionais que foram reconhecidos pelos familiares, que orientaram sobre algum cuidado, não foram na maioria das vezes, as enfermeiras e sim, auxiliares e técnicos de enfermagem que são quase sempre confundidos com enfermeiras.

#### **4.3.3. As cuidadoras se preparam para cuidar das pessoas com úlcera de pressão com profissionais da equipe de saúde.**

Alguns sujeitos referiram ter recebido preparo de outros profissionais (médicos, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem), como se constata nas declarações a seguir:

Waldow (1995) explicita que o cuidado também pode ser exercido pela enfermeira, através da educação, ou seja, do cuidar educando. Isto deve acontecer, inclusive, no âmbito hospitalar, e, especialmente, em relação àqueles pacientes que sairão de alta e terão que dar continuidade aos cuidados em casa. Portanto, o processo educativo deve contemplar o desenvolvimento das potencialidades, visando a autonomia.

Observamos que o processo educativo de preparação para o cuidado, após a alta acontece de modo fragmentado, numa relação de dominação, caracterizando o que Freire (1997) chamaria de uma educação depositária, em que não há lugar para a comunicação, o diálogo não supera imposições, e não se reconhece as individualidades e necessidades do outro.

As poucas famílias que disseram ter recebido alguma orientação/preparo para cuidar de seu familiar, conforme pudemos observar, recebem orientações soltas, feitas sem planejamento prévio. Isto não tem contribuído para o preparo para a alta, pois não caracteriza uma ação educativa transformadora, mas antes de tudo, uma ordem, uma indicação ou uma solicitação a ser obedecida e realizada sem questionar.

Durante o período em que realizávamos a observação, percebemos a enfermeira demonstrando ao familiar como realizar um procedimento complexo, o que nos causou preocupação, pois, constituía-se de um procedimento que não deveria ser realizado por pessoas leigas. No entanto, procedimentos simples como higiene, movimentação e alimentação, parecem não ser importantes e não necessitam do preparo/orientação, principalmente, da enfermeira.

Quanto à movimentação do paciente, esta é uma atividade importante, que requer um conhecimento técnico e científico, pois a orientação e execução da atividade de mudança de decúbito são da competência da enfermagem e traz benefícios importantes para o paciente, não é realizada.

Na prática, observamos que, mesmo sendo uma medida relativamente simples, deve obedecer a uma frequência estipulada e não deve ser negligenciada, nem cobrada da família a sua execução, principalmente, porque, além de não ser sua função, ela nem sequer foi orientada adequadamente, para executar tal procedimento.

*Bom, em relação a isso, sempre o terapeuta (fisioterapeuta), manda sempre eu botar ela de lado e sempre ajudando a movimentar os braços e as pernas dela né, e de duas em duas horas sempre virando ela. E as estagiárias, também têm a mesma forma né, sempre cuidando dela, sempre virando, me pergunta se ela tá tendo alguma reaçãozinha. (F/C4)*

Na complexidade do setor saúde, o trabalho é coletivo, e soma-se ao trabalho de todos os profissionais. Cada um tem a sua característica e sua própria estrutura, seus instrumentos, diferentes finalidades, mas têm os mesmos objetivos.

No entanto, a equipe de enfermagem, por permanecer vinte e quatro horas na unidade, possibilita uma maior aproximação com a clientela, tornando-se conhecida e, enquanto conhece o familiar, pode tornar possível um cuidar “ensinando a fazer”, mostrando “como-se-faz”.

A posição de quem apenas transmite o conhecimento é a posição de quem se julga detentor do saber, e sob este olhar, o trabalho da enfermeira deixa de ser educativo, pois, depositar, acumular e passar informações, determina uma relação unilateral, na qual quem sabe, exerce poder sobre quem menos sabe e esta prática castradora e autoritária elimina as possibilidades de crescimento do outro.

Assim, sistematizando a assistência de enfermagem desde a admissão, podemos identificar as necessidades da pessoa, suas características individuais, crenças e padrões culturais, condições sociais e psicológicas, que permite ao enfermeiro, valorizar a educação participativa.

O familiar/cuidador é instado a realizar atividades próprias da enfermagem, no ambiente hospitalar, como se fosse de sua responsabilidade. Vale salientar que essa situação se apresenta também em função da estrutura da unidade que não dispõe de recursos humanos suficientes e a educação permanente em serviço carece de investimentos para que possa atender as necessidades de aprendizagem da equipe interdisciplinar de saúde responsável por promover cuidados ao paciente e aos seus familiares.

As pessoas envolvidas na assistência, incluindo o familiar/cuidador devem estar informadas quanto aos fatores de risco para a formação das UP, e principalmente, esclarecidos quanto à importância da mudança de decúbito, para o alívio da pressão sobre a pele do paciente. Do mesmo modo, devem estar informados sobre o estabelecimento de outras medidas profiláticas para, não só eliminar as forças de pressão contínua, como o cisalhamento e a fricção, quando da mudança de posição.

No entanto, para que isto se configure como um trabalho educativo, é preciso haver incentivo à implementação de programas visando a prevenção de UP, através de um cuidado integral, estruturado, organizado e direcionado aos funcionários e familiares/cuidadores

Os pacientes graves recebem cuidados higiênicos no período da manhã, ficando longos períodos na mesma posição no leito. Sabemos que, mesmo sendo pequena a intensidade da pressão sobre a pele, se a duração for prolongada, esta é considerada fator predisponente para formação de UP, ou aprofundamento das lesões já existentes.

Mesmo assim, a família vem fazendo à mudança de decúbito do paciente durante o dia, por falta de alguém da equipe de enfermagem disponível, que se disponha a fazê-la. Estes familiares têm demonstrado dificuldades para realizar esta mobilização, sozinhas, além de desconhecerem os mecanismos utilizados para aliviar a pressão no local da lesão (uso de coxins), ou locais onde há probabilidade de aparecimento de novas lesões.

Isto leva a crer que o mais simples e principal cuidado para a prevenção das UP não é realizado, nem valorizado pela enfermagem e conseqüentemente, não é ensinado nem aprendido pelas famílias durante o período de internação. Os profissionais, ao fornecerem orientações, parecem ignorar que se torna fundamental o cuidar/educando, para que as famílias possam entender e reproduzir este cuidado em casa.

Desta forma, a educação do paciente é uma ação de proteção do enfermeiro para com o paciente, em que o fornecimento de informações (orientações), é a sua essência. Entretanto, educar implica no desenvolvimento de outras etapas de aprendizagem (habilidades psicomotoras e atitudes), e todas elas associadas, é que poderão determinar comportamentos e atitudes (MELLES; ZAGO,1999).

Segundo Perline e Faro (2005), as atividades que necessitam de esforço físico certamente são as que causam maior dificuldade para o cuidador, pois para cuidar de um adulto dependente, é preciso ter condicionamento físico capaz de dar conta de tarefas pesadas, além de condições de recuperar-se rápido de uma noite mal dormida.

Para este esforço de movimentar o paciente, a família deveria estar preparada, pois existem orientações específicas, relacionadas com os princípios básicos de mecânica corporal que devem ser utilizadas, durante a mobilização do paciente. Os sujeitos deste estudo foram mulheres e na maioria, estavam na faixa etária dos 50 anos, indicando em suas falas que não têm condições para despender este esforço físico, sem a devida orientação e ajuda.

*Não tenho a menor condição nem física, nem nada, de fazer estes exercícios. Nada... Não sei o que eu vou fazer para movimentar com ele. (F/C1)*

Os enfermeiros, na sua formação são preparados para realizar e intermediar a relação cliente-educação, pois a educação do cliente vem sendo uma tradicional atividade da prática da enfermagem. Educar clientes sobre a medicação requer uma prática de cuidados e planejamento (DAVIS, 1999).

Certos familiares relataram que receberam orientação do médico, que na realidade é o fisioterapeuta, quando no momento da realização dos exercícios.

*O terapeuta também me orienta como é que eu devo labutar com ela (em relação a mudança de decúbito e exercícios passivos). (F/C4)*

*O terapeuta, ele me ensina a fazer assim oh, movimentar as pernas dele, os braços, os dedos.... a senhora faça assim mãe com ele, pra não perder os movimento das pernas, dos braços, ensina o exercício. Só ele. Os médicos (fisioterapeuta) quando vai lá. (F/C1)*

*O fisioterapeuta para que ela não ficasse em uma posição única, para que ela não ficasse sempre de lado. Mudando. (F/C9)*

Neste sentido, no contexto da saúde, o trabalho necessita ser interdisciplinar. Cabe às enfermeiras, cuidados relacionados à manutenção da vida, cuidados interdependentes e independentes, como a liderança da equipe de enfermagem, por isto, existem ações que identificam e consolidam o trabalho da enfermagem, ou seja, um trabalho que atende às necessidades das pessoas através de ações de cuidar/educar. Faz parte do exercício da profissão executar atividades educativas, independente dos diferentes locais onde esta prática profissional acontece.

Desta forma, cabe à enfermeira o planejamento dos cuidados durante o período de internação e também o preparo para a alta, realizando um trabalho permeado pelo cuidar educando. Entretanto, através das falas dos sujeitos e durante a observação, verificamos que outros membros da equipe também exercem o papel de informar, porém sem uma preocupação com o sentido de cuidar/educar, pois, esta informação é realizada, de forma

descontextualizada, não contemplando as necessidades e condições essenciais para o aprendizado, o que poderia garantir a continuidade da assistência no domicílio.

#### 4.4 COMO AS CUIDADORAS SE SENTEM PARA CUIDAR DE PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO EM DOMÍLIO

Desta categoria emergiram diferentes sentimentos, fazendo-se necessária a construção de subcategorias para uma expressão evidente da análise. As depoentes referem por meio de suas falas que os sentimentos vivenciados são de impotência, despreparo, insegurança, medo, apreensão em enfrentar uma situação nova e complexa, e de provocar danos, dentre outros.

As emoções e os sentimentos que envolvem o familiar cuidador, no compromisso com o cuidado, podem ser entendidos como ações que se transformam em gestos de respeito e solidariedade, o que faz diferença, pois, podem ser traduzidas em um desejo de atender as necessidades da vida.

Assim, foram explicitadas cinco categorias a seguir: 4.4.1. As cuidadoras sentem-se inseguras para cuidar; 4.4.2 As cuidadoras sentem-se solitárias para cuidar; 4.4.3 As cuidadoras sentem-se despreparadas para cuidar; 4.4.4 As cuidadoras sentem-se ansiosas e temerosas para cuidar; 4.4.5. As cuidadoras sentem-se sem recursos para cuidar.

##### **4.4.1. As cuidadoras sentem-se inseguras para cuidar**

Na realidade, observamos que os familiares que disseram estar preparados para cuidar em casa apenas recebem um pouco mais de atenção, ou mesmo são ouvidos pelos profissionais com mais atenção e um pouco de carinho. Isto não se configura como preparo para cuidar no domicílio, principalmente porque quando perguntados sobre quem recebeu o preparo, qual a sua condição para cuidar em casa, informaram:

*Aprendi um pouco. Mas, não tenho a menor condição de cuidar em casa. Não sei como eu vou fazer com ele. (F/CI)*

Concordamos com Freire (1996) quando diz que o ser humano é um ser de relações e não de contato. Um ser que não está apenas no mundo, mas com o mundo. Este estar no mundo significa estar atento e aberto à realidade do outro, e como a educação faz parte de um processo de cuidado, faz-se necessário que estas relações humanas sejam um instrumento do processo educativo, que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades dos envolvidos.

É grande o número de pacientes em relação às enfermeiras nas unidades e a maioria dos cuidados são realizados pela manhã, período em que as demandas administrativas absorvem muito do seu tempo. Durante o período da tarde, em que as demandas são menores, e o tempo poderia ser aproveitado para execução de atividades educativas, preparando as famílias para a alta, os cuidados de preservação da vida ou até as mudanças de decúbito não são realizados como rotina. Apenas se atenta para rotina de sinais vitais, medicação e, intercorrências sinalizadas pelas famílias.

Isto se destacou ao observarmos a equipe de enfermagem realizar as atividades sem envolvimento com as famílias. O fato de estar sobrecarregada de tarefas, faz com que a prestação de cuidados seja rápida “para dar conta de todos os chamados.” A realização destes cuidados acaba envolvendo pouca atenção no que diz respeito ao preparo das famílias, e distorce o papel da enfermeira, que deveria prestar cuidados dentro deste espaço, enquanto a família, deveria se fazer presente em função de dar apoio emocional à pessoa doente, e de ser preparada.

Diante disto, a família se sente insegura para cuidar após a alta, reclamando do pouco interesse que se tem pelo paciente. A equipe de enfermagem, quando não raro, repassa a tarefa para a família e cobra a responsabilidade da execução de cuidados simples, e até mesmo complexos, como administração de dieta e avaliação de infusão venosa.

*A enfermagem aqui só faz pelo paciente curativo, aplicar o medicamento, botar o soro e dar injeção. (F/CI)*

Durante o período de observação, detectamos a presença de mulheres, pagas pelas famílias, para estar no hospital acompanhando os pacientes, substituindo os familiares. Este

fato levou-nos a pensar que isto talvez caracterizasse a impossibilidade do familiar se fazer presente, seja por demandas pessoais ou profissionais, ou seja, a contratação dessas mulheres a suprir as deficiências da rede de cuidados de enfermagem oferecida pelo hospital.

Estas pessoas não se caracterizavam como profissionais preparados para cuidar, se tratavam de mulheres, cuidadoras informais, que, da mesma forma que as famílias, precisavam de orientação para realizar uma assistência adequada no domicílio.

O processo de cuidar na perspectiva educativa visa preparar o educando ou dar um suporte adequado ao cuidador domiciliar, diminuindo o estresse e a insegurança no enfrentamento das possíveis dificuldades que advenham ao paciente, após a alta hospitalar.

#### **4.4.2. As cuidadoras sentem-se solitárias para cuidar**

O adoecimento de um membro da família interfere na dinâmica familiar e dentre as diversas sensações evidenciadas, o sentir-se fragilizada e solitária se faz presente necessitando, portanto de uma equipe de saúde que busque minimizar esse momento. No caso da equipe de enfermagem, esta pode se fazer presente investindo nas ações educativas de cuidado, buscando envolver o familiar cuidador. Pelos fragmentos abaixo, observa-se que a Enfermagem necessita investir na educação para o cuidado das pessoas que em um dado momento, necessitam prestar cuidado a um ente querido no domicílio.

*Eu estou sempre só. Fazendo por mim mesma. Se tivesse alguém para me orientar seria bom, mas, não tem, o que posso fazer? (F/C1)*

O sentimento de solidão conduz as famílias a buscar recursos na espiritualidade para suportar as demandas psico-emocionais advindos da situação de cuidar de um ente querido. Como não encontram apoio dos profissionais de saúde, buscam na religiosidade, por meio de seus pares ou das orações, um preparo para cuidar. Nesse sentido, as famílias referem-se a Deus como um ser divino que oferece recursos para cuidar, como se pode apreender das palavras de F/C3:

*Deus é que me preparou. Apesar de não saber ler nem escrever mas, eu vendo aí, esse dia a dia deles, me ajeitando, dando banho, eu tô aprendendo um pouquinho de cada coisa assim.*

*Então, vamos aguardando aqui o que Jesus vai determina.*

#### **4.4.3 As cuidadoras sentem-se despreparadas para cuidar**

Segundo Mendes (2002), o familiar/cuidador, sem orientação de como realizar os cuidados, vai construindo na prática, o seu próprio conhecimento geralmente de forma solitária e independente. Isto porque ainda, em nossa prática de cuidados no hospital, não se reconhece a necessidade de educar o familiar/cuidador para desenvolver atividades na esfera doméstica e os familiares despreparados acabam assumindo esta atividade de cuidar, como um dever moral, mesmo sem saber, pelas relações afetivas que se dão na esfera doméstica.

As famílias relataram que, em relação ao preparo/orientação sobre os cuidados de higiene, alimentação, mobilidade, medicação e curativos, considerados cuidados essenciais para a sobrevivência e manutenção do conforto e qualidade de vida das pessoas com UP, estes não ocorrem como deveria ser.

Segundo Collière (2003), cabe à equipe de enfermagem identificar o tipo de ajuda que a família pode prestar ao paciente dependente, ou seja, o que ela pode assumir e o que pode fazer parcialmente, devido a complexidade dos cuidados. Então, cabe à enfermeira, acolher, apoiar esta família, para depois iniciar um trabalho educativo planejado visando a alta.

É papel da enfermeira, como parte integrante da equipe interdisciplinar no tratamento de pessoas com lesões de pele, desenvolver a ação terapêutica propriamente dita e dar suporte aos clientes e familiares, no que diz respeito ao enfrentamento da doença, pois o tratamento de lesões é prolongado e passível de efeitos adversos.

Sabemos que a insuficiência de informação e as incertezas normalmente levam ao aumento da ansiedade e apreensão dos familiares. Desta forma, a ação educativa do enfermeiro pode diminuir este desconforto.

Não raro, os familiares, sujeitos deste estudo, quando tinham dúvidas ou se sentiam incapazes de realizarem sozinhas o cuidado, pediam ajuda, geralmente, a outro acompanhante ou às enfermeiras professoras das escolas, que se faziam presentes no momento da realização da prática dos alunos, nestas unidades.

Segundo Marcon, Andrade e Silva (1998), a família representada pelo familiar cuidador constitui um dos recursos disponíveis que o enfermeiro deve utilizar, para diminuir os transtornos da hospitalização e como as famílias têm assumido parte da responsabilidade de cuidar de seus membros, nesta perspectiva, necessita de apoio dos profissionais no que diz respeito a atenção à saúde.

Um sentimento de desespero e incapacidade envolve os familiares ao afirmarem ter recebido alguma orientação/preparo, mas não se sentiam preparadas, ou não tinham condições, para cuidar em casa. Conforme podemos verificar no depoimento a seguir:

*Apesar de ser orientada, ainda não estou preparada para cuidar em casa. (F/C2)*

*Eu acho que é importante e eu estou me preparando para isto. Porque assim como sou eu, pode ser / outras pessoas, que não saiba nada do assunto. E, eu acho que desde o início eu deveria estar preparada. (F/C5)*

Mediante a necessidade de cuidar de alguém no domicílio após a alta, o familiar/cuidador sem um conhecimento prévio e uma habilidade anterior de como proceder com a maioria dos cuidados, assume tal tarefa despreparado e se vê incapaz frente a determinadas situações, sem saber como começá-las e até terminá-las (MENDES, 2002).

Passos (2007) nos alerta que o paciente dependente para higiene pessoal, alimentação e mobilidade física, necessita, por parte da enfermagem, de ações direcionadas e precisas, para que a satisfação de suas necessidades chegue o mais perto possível do adequado, evitando-se ou amenizando-se as complicações decorrentes dessa dependência.

Ao cuidar dos pacientes, a enfermagem ajuda a executar as atividades que eles normalmente fariam, por si mesmos, caso fossem capazes. Estas atividades assistenciais devem ser acompanhadas de um caráter educacional, prevendo a continuidade da assistência no domicílio.

Para Collière (1989), cuidar é um ato de vida, que exige reciprocidade e tem sua natureza ancorada no contexto do processo de vida de cada ser humano ao longo de sua existência. Por isso, o entendimento de cuidado, unido ao de educação, deve suscitar que as necessidades de cuidar-educar, acompanham a compreensão dos problemas que a vida impõe ao ser humano e, desta forma, que ele possa se situar melhor, e passar pelas diversas fases de transformação e de estruturação.

Durante o período de observação, acompanhamos o desenvolvimento das atividades rotineiras e vimos que as famílias estão assumindo os cuidados de enfermagem, porque lhes são delegados pela própria equipe, que se vê sobrecarregada de tarefas a serem realizadas no período. Nesse contexto, o familiar assume de forma inadequada, sem preparo/orientação, sem acompanhamento/supervisão e/ou uma avaliação.

Até certo ponto, para a família, ajudar ou manifestar o interesse de colaborar com os cuidados, pode ser avaliado como um comportamento positivo, que venha, de alguma forma, favorecer o paciente. No entanto, para que isto ocorra, é preciso ser oferecida a esta família, uma orientação/preparação adequada. O preparo, a supervisão ou mesmo a avaliação inadequados, de alguns procedimentos rotineiros, como movimentar o paciente no leito, se realizada de maneira incorreta, pode provocar danos irreversíveis ou agravar a situação do paciente.

Marcon, Andrade e Silva (1998) referem que os enfermeiros percebem a presença da família no hospital a partir de um esquema de condutas manifestadas frente à equipe e/ou ao paciente. Estes, portanto, avaliam seus comportamentos e esta avaliação leva-os a ter uma atitude favorável, quando a família ajuda, participando dos cuidados, ou desfavorável quando atrapalha, se omite, ou não se integra na prestação destes cuidados, ou ainda critica o que considera errado, ou mesmo questiona ou solicita alguma coisa. Uma depoente relata:

*Antes deu chegar aqui, acho que elas davam o banho, mas depois que eu cheguei .... É ... eu não assumi, mas elas falam assim: se tem acompanhante... .então, pode dar banho, né, pode cuidar. (F/C 1)*

Percebemos que as famílias, ao identificarem as deficiências do serviço, manifestam-se por atitudes de passividade ou de indignação, como registramos na reação desta acompanhante ao responder:

*Quem faz a higiene?... É a gente que faz porque sabe que tem que fazer. Porque é obrigatório. Do jeito que ele está aí ... não tá falando, tá sentindo a dor calado, pedindo socorro através dos gestos do rosto. ... quando eu suspendi o braço estava cheio de morotó... Ah! Eu fiquei doida, comecei a chorar. (F/C4)*

Segundo Passos (2007), a delegação dos cuidados rotineiros torna-se tão natural e constante que a equipe acaba atribuindo essa responsabilidade ao acompanhante, despreparado, que pode colocar em risco a integridade do paciente. A eles são cobrados resultados sendo considerados negligentes e censurados pela equipe de enfermagem quando não realizam os cuidados. Isto distorce a finalidade da presença do acompanhante no hospital durante o período de internação.

Durante o período de observação, percebemos o cansaço dos familiares, mulheres cuidadoras, que passavam os dias sentadas, e à noite, dormindo no chão, velando por seus doentes, e, pela manhã, tendo de alguma forma a obrigação de assumir os cuidados higiênicos do seu parente, sem condições físicas, orientação, e material adequado para os cuidados.

Potter e Perru (2004) afirmam que o interesse da família pelo doente o faz buscar informações e questionar o atendimento, mesmo sem saber na realidade do que se trata, e que o nível de escolaridade desses não influencia na busca de soluções.

Mesmo com as dificuldades para que aconteça um preparo adequado para a alta, os familiares se colocam atentos aos acontecimentos, interessados, questionando, e de alguma forma, esperando que a orientação aconteça.

A família demonstra esse interesse questionando e comparando os cuidados com o curativo do dia anterior, o uso de soluções para certificarem-se da coerência das condutas e prevenir problemas. Também se mantém em constante atenção e fazem questionamentos sobre a técnica correta do curativo, quando realizado por estudantes ou mesmo funcionários da unidade que se mostram inseguros e despreparados.

Para Silva, Figueiredo e Meireles (2007), os profissionais de saúde nunca passaram em sua maioria, pela experiência de ser um portador de feridas e, talvez, por isto, estão cada vez mais distantes dessa realidade, não só no que se refere às feridas tratadas e curadas com medicamentos e técnicas, mas com as “feridas da alma”, muitas vezes nem sequer identificadas. Por isto, não conseguem dimensionar as necessidades, não só de orientação, mas de um adequado preparo durante o período de internação, garantindo ao familiar a condição mínima de dar continuidade à assistência no domicílio.

As participantes expressaram suas necessidades de ajuda e reforçaram que, o que aprendem no contexto do cuidado não é suficiente para proporcionar-lhes o sentimento de segurança para realização dos cuidados em domicílio, por isso elas se percebem incapacitadas, despreparadas e esperam que tal preparo ocorra antes do retorno de seu familiar para casa, como conferimos a seguir:

*Eu acho que desde o início deveria estar sendo preparada. Não tivemos ainda orientação, porque eu acredito que esta orientação vai ser depois da alta, que os médicos vão nos informar. (F/C5)*

*À vezes a gente espera ser orientada, mas....” (F/C1)*

*Eu estou labutando com ela aqui, então, se eu estivesse em casa... alguém tem que ir me orientando.. (F/C4)*

*Eu to me sentindo à toa(sente-se despreparada). (F/C5)*

A complexidade do tratamento das lesões provoca transformações nas relações sociais e pessoais do cliente e sua família, e isto requer atenção e suporte por parte do profissional, orientando, preparando e acompanhando as ações de enfermagem, de forma individualizada, levando em conta as características pessoais e sociais de ambos (GIRALDES, 2007).

Observamos que, além de não estar preparada para cuidar, a família desempenha outro papel, o de planejamento e organização da assistência dentro do hospital, quando, antes da execução dos cuidados higiênicos, precisam providenciar utensílios como bacia, lençóis, água quente, além de escalonar a utilização destes utensílios.

No entanto, como podemos verificar, no contexto estudado, o preparo para tais funções é questionável por apresentar-se de maneira fragmentada. O diálogo que implica ouvir e ser ouvido, numa relação que deve superar imposições e verdades e reconhecer as individualidades e necessidades das pessoas, não tem acontecido conforme a enfermagem defende.

Durante um estudo envolvendo famílias, Marcon, Andrade e Silva (1998) vivenciaram, junto aos cuidadores familiares nos domicílios, as dificuldades vividas por estas pessoas para cuidar de seus parentes em casa, e constataram a necessidade destes cuidadores serem devidamente orientados e preparados pelos profissionais de saúde, para um melhor enfrentamento das adversidades no curso natural da doença fora dos muros “seguros” do hospital.

As principais dificuldades na condução do cuidado por parte dos familiares estão relacionadas às características inerentes do processo de preparo para o cuidar após a alta, sobre as quais o profissional de saúde não tem condição de alterar/intervir (as condições econômicas da família, o exercício solitário do cuidador) mas está, também, relacionada à falta de uma integração, ou seja, uma interação efetiva entre profissionais e familiares, isto é entre o cuidado formal e o informal (MARCON; ANDRADE; SILVA, 1998).

#### 4.4.4 As cuidadoras sentem-se ansiosas e temerosas para cuidar.

A ansiedade demonstrada pelos familiares, por não saber como cuidar do seu parente, parece ser imperceptível para a enfermeira. Na maioria das vezes, as informações solicitadas sobre seu parente internado, são encaminhadas, para o médico, com a frase: “*procure o médico do paciente*”. Este, muitas vezes, não se dedica a esclarecer, ou, quando o faz, explica usando termos técnicos complexos para o entendimento do familiar, ou fornece orientações nos corredores sem a devida preocupação com o entendimento das informações.

Observamos que os familiares, às vezes, não têm conhecimento sobre o que aconteceu, nem o que está acontecendo com seu familiar e o que farão para dar continuidade a um cuidado que desconhece como executar, ou não tem segurança de fazê-lo por não terem sido preparadas. A participante desabafa:

*Eu não sei exatamente qual o problema dele que não anda e porque está nesta situação. O povo fala que deve ter perfurado o pulmão, falam que está com uma bala alojada na coluna, eu não sei... (F/C1)*

A fala acima denuncia a escassez de informação por parte da enfermeira, que parece se negar a realizar este cuidado, enquanto informação/preparo/orientação, remetendo o dever de informar ao médico, atribuído a ele, a competência de um saber primário, que a enfermeira tem competência para dar. Esta atitude pode ser uma forma de se esquivar da relação com o familiar, por ter um preparo insuficiente ou, não assumir a responsabilidade que lhe compete por estar ausente dos cuidados do paciente, ou mesmo, de desconhecê-lo como cliente. Este quadro também se configura como negação a toda relação dialógica que o processo de cuidar educando exige.

O cuidado exige um tempo diferente da lógica da vida moderna, cujo objetivo é o ser cuidado, e está pautado nas necessidades do outro. Isto significa que quem cuida não pode estar voltado para si mesmo, mas deve ser receptivo, atento e sensível para poder perceber o que o outro pode necessitar. Para cuidar é importante conhecer aquele que necessita de cuidados, o que exige proximidade, tempo e disponibilidade.

O cuidar é atribuído como responsabilidade da família, que o incorpora para si, porque socialmente não há como não assumí-lo. O processo histórico que reforça o cuidar como

obrigação da família e, este cuidado, assumido por mulheres, é visto como natural, pois está inscrito, socialmente, no papel de mãe, e, culturalmente, as mulheres o assumem como mais um papel pertinente à esfera doméstica (MENDES, 2002). Porém, no ambiente hospitalar, e no caso de doença, esta relação pode ser de medo e sensação de incapacidade.

Assim, a expectativa de prestar cuidados sozinha, após a alta hospitalar, gera na família um sentimento ambivalente, ou seja, ao mesmo tempo, que se sente feliz e aliviada ao ver o seu ente querido voltando para casa, sente medo e insegurança de cuidar do mesmo, muitas vezes, pela mudança do estilo de vida que a própria doença impõe à família (DANTAS; ROSSI, 2000).

#### **4.4.5. As cuidadoras sentem-se sem recursos para cuidar**

A importância da discussão desta subcategoria é que ela vai ao encontro da amplitude que o cuidar em saúde deve ter. É importante perceber que o cuidado extrapola a técnica, pois o ser humano é complexo e demanda cuidados em todas as esferas e como se pode perceber pelos fragmentos dos discursos, a questão financeira também acaba interferindo nas questões de prestação de cuidados. Assim os profissionais precisam direcionar suas orientações no que se refere a essas pessoas procurarem seus direitos junto a órgãos públicos envolvidos em assistência social.

Segundo Pompéo *et al* (2007), a avaliação das necessidades do paciente e sua família não deve ser feita de forma simplista, direcionada apenas para as necessidades físicas mas, considerando os aspectos emocionais, financeiros e o ambiente familiar. A enfermeira pode contribuir na avaliação sobre o nível de compreensão do paciente, ou familiar/cuidador sobre o seu próprio estado de saúde, o cuidado, o tratamento e a importância destes para assegurar a reabilitação. Concordamos com Freire (1997) quando diz que todo processo educativo deve ser sempre dialógico, e pela troca de conhecimento entre educador e educando.

Além de uma relação dialógica que envolve os sujeitos do cuidado, cuidar implica em acessar uma gama de recursos materiais que possam assegurar a continuidade da assistência nos vários âmbitos percorridos pelos pacientes. A baixa condição socioeconômica das participantes revela que as dificuldades materiais se expressam como impeditivas para a continuidade desses cuidados em domicílio de modo a prevenir e tratar as UP. A seguir destacamos os depoimentos das familiares:

*Agora eu acho assim, que para elas cuidar é melhor... por causa dos materiais, os remédios que ela colocam, entendeu? (F/C3)*

*Poderia cuidar, se eu tiver condições né. É porque muitas coisas depende de ajuda né, que na situação que ela tá eu não vou garantir que agora eu possa levar ela. Porque ela tá dependendo de alimentação[...] (F/C5)*

*É, quando ela tiver condição de ter alta né. Porque agora mesmo, ela está com aquela enfermidade (úlceras), que eu conversei até com...(o médico) ver se pelo menos seca né, porque em casa como é que eu vou limpar com a criatura daquele jeito[...] (F/C4)*

*[...] eu estou pensando como vou fazer este curativo. Como eu vou cuidar dele se eu não tenho condições pra nada. Como é que eu vou fazer, tudo é difícil, lá é uma cidade do interior atrasado, que pras pessoas fazer essas coisas tem que ter dinheiro, carro pra tá levando. (F/C1)*

*Preparado fisicamente eu não posso dizer que estou. Mas espiritualmente eu acho que estou. Eu sei que tenho que cuidar dela, juntamente com meus irmãos. Todo mundo unido vai fazer aquela força para dar o melhor, mesmo sem condições financeiras. (F/C6)*

As carências materiais dos usuários dos serviços públicos de saúde ressaltam a importância de se promover programas que invistam na capacidade das famílias de atenderem as suas demandas de auto-cuidado. A ausência destes programas repercute no agravamento das condições de saúde das pessoas que, ao receberem alta e sofrerem com a descontinuidade dos cuidados, irão conseqüentemente gerar novas demandas por internações, desbridamentos, cirurgias, curativos, cada vez mais onerosos para o sistema de saúde.

Proporcionar educação para o cuidado oportuniza as famílias a se apoiarem, a manter os pacientes em seu ambiente natural, evitar infecções e internações sucessivas, o que segundo nosso entendimento, consiste em práticas mais humanizadas de resolver problemas de pessoas com limitações como as encontradas no contexto deste estudo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, analisamos o preparo recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio sendo evidenciado, que a grande maioria das famílias não foi preparada adequadamente para dar continuidade à assistência no domicílio.

Percebemos que as enfermeiras, pelas suas condições de trabalho, estão dimensionando o cuidar educando na sua prática, de modo insatisfatório, comprometendo o processo de educar para a alta durante o período de internação, dificultando a continuidade da assistência no domicílio, mas, nem por isto, as famílias saem do hospital totalmente despreparadas.

De alguma forma, este preparo é contemplado pela equipe de saúde, pois os familiares estão sempre presentes, e é um potencial cognitivo e emocional para se fazer alguma orientação, buscando o preparo para a alta.

Isto demonstra que, apesar das ações de preparo para a alta não acontecerem de forma dialógica e planejada, a equipe de saúde ensina alguma coisa, e entende a importância do preparo da família, como prolongamento do paciente, e do que ela poderá contribuir para o bem estar e a qualidade de vida destas pessoas dependentes, após a alta.

Nos discursos, os familiares que dizem terem sido preparados, na realidade, trazem informações soltas, descontextualizadas, o que leva os familiares a informarem depois, que mesmo orientados, não se sentem preparados para cuidar no domicílio.

A relação dialógica que deveria se constituir como elemento fundamental do cuidar/educar, se perde no emaranhado de atividades, que afasta o enfermeiro da relação direta com a família e o paciente.

Este afastamento da enfermeira na prestação dos cuidados ao paciente e seus familiares, está relacionado ao quantitativo de pacientes para uma enfermeira, além das tarefas burocráticas presentes no dia a dia. Nesta situação, a enfermeira é forçada a delegar o cuidado direto dos pacientes, às técnicas e auxiliares de enfermagem, o que leva a um distanciamento da própria enfermeira.

Por sua vez, é necessário um melhor preparo da equipe de enfermagem, para que ela possa ser responsável pela orientação dos cuidados a pacientes dependentes. Observamos que estes têm, por sua vez, delegado suas tarefas aos familiares, sem contudo ensiná-los como devem ser feitos tais procedimentos, o que vem propiciando crescente desvalorização das ações de cuidado junto ao paciente.

Essa delegação de cuidados simples e até mesmo dos cuidados complexos para a família, tem ocorrido e sua realização sem o devido preparo interfere de forma negativa e inadequada, pois, uma simples movimentação pode levar à formação da lesão, ou aprofundar as lesões já existentes.

Estes cuidados considerados simples, quando não realizados ou realizados de forma incorreta geram conseqüências graves aos pacientes, ficando evidente a necessidade de um preparo adequado dos familiares, principalmente porque, medidas simples podem evitar a formação de lesões, que causam tanta dor e sofrimento ao paciente e às famílias.

Este estudo evidenciou a necessidade de se rever a questão do cuidar/educando, como um ponto importante no processo de trabalho da enfermeira, e a necessidade de construir um novo marco para as práticas de cuidado, de forma a garantir os direitos à saúde, a continuidade da assistência após a alta e, desta forma, melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

A situação das famílias, dentro das unidades de internação, é de enfrentamento de inúmeras dificuldades, vivenciadas pelas mulheres cuidadoras, que de certa forma são usadas como mão de obra, sem o devido preparo, ao permanecerem no hospital dias e dias, sem o menor conforto.

Este estudo representou, também, uma reflexão oportuna, pois as altas acontecem cada vez mais cedo, em função das demandas das instituições de saúde, e o aumento do número de pessoas dependentes leva ao aumento do número de familiares cuidadores. Foi possível entender que a continuidade dos cuidados no domicílio fica prejudicada, diante da fragilidade com que a preparação dos familiares vem acontecendo durante o período de hospitalização, no qual o enfermeiro deve estar efetivamente comprometido com esse preparo e assumindo com a família, uma relação de cooperação e apoio.

Recomendamos que no âmbito das instituições de ensino, os docentes procurem despertar o interesse dos futuros enfermeiros(as) para o cuidar/educando, concebendo o familiar/cuidador como um co-participante e aliado no processo de cuidar, tendo em vista, a necessidade da extensão dos cuidados para o domicílio, já que a grande maioria dos clientes dos hospitais públicos não terão acesso a cuidados profissionais em casa, e não podem ficar indefinidamente no hospital. Ao receberem alta, mesmo que as úlceras por pressão não estejam curadas, pois estas lesões podem demorar muito tempo para cicatrizar, e a demanda de leitos para outros pacientes é grande.

De maneira geral, as escolas de formação de profissionais preparam os estudantes para atuar na fase aguda das doenças, situação em que se valorizam sinais, sintomas e tratamentos

médicos com pouca preocupação com o indivíduo, sua singularidade e especialmente ou com a continuidade da assistência, através de um preparo adequado durante a internação.

O desafio está posto, certamente. Há necessidade de estabelecer laços mais estreitos entre o cuidar e a educação para o cuidar, as relações de gênero, e a formação profissional. Este é o desafio para uma enfermagem fundamentada no cuidado, e no respeito às pessoas.

Acreditamos ser de importância que os enfermeiros incluam as famílias nos seus planejamentos, prevendo a continuidade dos cuidados após a alta, e que, durante o período de internação, a família seja considerada também, como cliente e, desta forma, seja apoiada em todas as suas singularidades para que possa se preparar adequadamente para as demandas de cuidado no domicílio.

A análise permitiu confirmar e dimensionar que o educar como processo de trabalho, é pouco valorizado pela enfermeira e sua equipe. As necessidades do serviço, que distanciam a enfermeira dos cuidados, devem ser pensada e questionada pois, esta posição, gera a necessidade da sensibilização e do desenvolvimento de habilidades dos auxiliares e técnicos para este cuidar/educando, considerando a importância do preparo para a alta hospitalar.

Desenvolver habilidades para cuidar/educar envolvendo a família é uma necessidade em função do aumento do número de pessoas portadoras de doenças crônicas, em que o atendimento domiciliar, realizado por profissionais, não é uma realidade para a maioria das famílias de pacientes que estão nos hospitais públicos.

Por isto, é preciso estar claro que o fazer da enfermeira extrapola os limites do hospital, que esta deve assumir o desafio, utilizando o espaço do hospital para o preparo dos familiares, no sentido de dar continuidade à assistência em casa.

Assim, o hospital precisa se constituir num espaço real para o cuidar educando, onde sejam previstas as altas e valorizada a presença dos familiares como co-participantes deste processo, e o preparo destes deve ser uma atitude concreta que poderá garantir a continuidade da assistência das pessoas com úlceras por pressão no domicílio.

## REFERÊNCIAS

ANGELO, M. O contexto familiar. In DUARTE, Y. AO; DIOGO, MDE. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p 27-31.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/ fev. 2005.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p.315-319, abr./jun. 2007.

ARRUDA, E.M. A pesquisa como instrumento de qualificação no processo de cuidar: a experiência do grupo cuidando e confortando. In: 50 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1998, Salvador. **Anais....** Salvador: ABEN, BA, 1998. p.212-221.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3.ed. Lisboa Portugal, Edição 70, 2004.

BENJUMEA, C.C. Cuidado familiar in condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis vol.13 p.137-146, jan-mar, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOOG, M.C.F; SILVA, JB. Percepções de enfermeiras sobre o processo de cuidado nutricional. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. Porto Alegre, RS, vol16 (1); pág 17-22, jan-mar, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N.196/96, de 10 de out. de 1996**. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CARPENITO, L J. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6.ed. São Paulo: Artmed, 1997.

CARRARO, T.E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2000.

CARVALHO, E.S.S. **Cuidando de pessoas com feridas infectadas**: representações sociais da equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

CARVALHO, E.S.S; SADIGURSKY, D; VIANA, R. O significado da ferida para as pessoas que a vivenciam. **Rev. Estima**, v.4, n.3, p. 26-32, jul./ago./set. 2006.

CASTELLANOS M.B, et all. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In 41 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM Florianópolis.1989 **Anais**. Florianópolis: UFSC,1990.

CELICH, K L.S. **Dimensões de processo de cuidar**: a visão das enfermeiras. Rio de Janeiro: EPUB, 2004.

COLLET, N; ROCHA, S.M.N. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-Am. Enfermagem** . Ribeirão Preto vol12,n2, mar-abr, 2004.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar ... a primeira arte da vida**. Lisboa. 2.ed Lisociencia, 2003.

\_\_\_\_\_. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato das Enfermeiras de Lisboa, 1989.

CONCEIÇÃO, E. F. da. **O entendimento do cuidar para enfermeiras**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 240/2000**, de 30 de agosto de 2000. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro, 30 ago. 2000.

COSTA, M.P; STURTZ, G; COSTA, F.P.P; FERREIRA, A.C; BARROS FILHO, T.E.P. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Acta ortop brás**, São Paulo; v.13, n.3, p.124-133, 2005.

DANTAS FILHO, V.P.D. **Aspectos éticos do tratamento de feridas**. JORGE, A.S; DANTAS, S.R.P.E. (Org) Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo, Atheneu, 2003. p.7-10.

DAVIS N.M. Teaching patients to prevent errors. **American Journal of Nursing**. New York.May; v.99,n.5, p.17-23, 1999.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. São Paulo: Atheneu, 1996.

\_\_\_\_\_. Pressure ulcer prevention. The UK perspective. **Dermatology Nursing**, New York v.9, n.2, p 123-141, 1997.

FERNANDES, L.M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados**. Uma revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

FERNANDES, L.M; CALIRE, M.H.L. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 200, n.19, p.25-31. abr-jun, 2000.

FREIRE, P. **Ação cultural para a libertação**. Rio de Janeiro. Paz e Terra,1997.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).

GANZELLA, M; ZAGO, M.M.F. A seleção das informações para o planejamento da alta hospitalar do paciente. **Enfermagem Brasil**, São Paulo. v.5, n.5, p. 268 – 275. set./out. 2006.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRALDES, M.J. Aspectos psicológicos do portador de feridas In. SILVA, R.C.L; FIGUEIREDO, N.M.A; MEIRELES, I.B. Org. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Paulo; Ed Atheneu, 2007 p.173-180

HOEMAN, S. P. **Rehabilitation nursing – process and aplicacion**. 2.ed. St Louis, Missouri; Mosby, 1996.

IBGE.Disponível em <  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2007/default.tendencias.shtm>>  
**Acesso 25 de agosto de 2008**

IRION, G. **Feridas**: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro, Ed.Guanabara Koogan, 2005.

KIPPER, D. J. A presença de cuidadores familiares nas instituições: questão de dignidade humana. **Bioética**, v.14, n.1, p.29-39, 2006.

LAVILLE, C; DIONNE, J.A **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.. Artes Médicas. Belo Horizonte: UFMG,1999.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria, Ed.Universitária, 2001.

\_\_\_\_\_. **Entre a moral e a técnica: ambigüidade dos cuidados de enfermagem**. Florianópolis, SC. UFSC,1994

LEOPARDI M.T; GELBECKE F.L; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Revista Texto e Contexto**. v10, n1.p32-49, jan/abr.2001.

LEVY, S. N. **Educação em saúde**: histórico, conceito e propostas. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temaseducacaosaude/educacaosaude.htm>. Acesso em 15 de agosto 2007.

MAIA, L.C.M; MONTEIRO, M.L.G. Prevenção e tratamento de úlceras de pressão. In SILVA, R.C.L., FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.B.(org) **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo, Ed Yendis, 2007.P.365-380.

MAKLEBUST, J; SIEGGREEN, M. **Pressure ulcer**: guidelines for prevention and nursing management. Pennsylvania: Springhouse Corporation, 1996,

MARCON S.S, ANDRADE, O.G; SILVA, D.M.P. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.7,n.2, p289-307, mai/ago.1998.

MARCON, S.S; ROSSINI, A.F.S; ACETI, E.C.L. Assistência de enfermagem domiciliar em equipe multiprofissional após óbito do paciente.**Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 51,n.3, p.379-92, 1998.

MARQUES, P.F; FERREIRA, S.L. Práticas de saúde dirigidas por agentes comunitários de saúde em domicílio. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis. v.12, n.2, p158-65, abril/junho 2003.

MELLES, A.M; ZAGO, M.M.F. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 85-94, dez. 1999.

MENDES, P.B.M.T. Quem é o cuidador. In DIAS E.L.F; WANDERLEY J.S(org) **Orientações para os cuidadores**. Campinas, SP. Ed.Unicamp, 2002.

MIASSO, A.L.; CASSIANI, S.H.B. Administração de Medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v.39,n.2, pág.136-144, 2005.

MINAYO, M.C.S., **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MONETTA L. A importância da Atuação Científica do enfermeiro na execução de curativos com papaína. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo. vol.9,n.3. pág.83-7, 1990,

MORIS; MATSUBA,C.S.T; WHITAKER,.I.Y. Verificação do volume residual gástrico em unidade de terapia intensiva. **Revista Bras Enferm**, Brasília, v. 56 n. 6, p.661-664. nov/dez, 2003.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem. O que é e o que não é**. Tradução de Amália Correia de Carvalho. São Paulo: Cortez, ABEN, 1989.

NOGUEIRA,P.C. **Ocorrência de úlcera de pressão em pacientes hospitalizados traumática da medula espinhal com lesão**. Ribeirão Preto. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

PARANHOS, W.Y. Úlcera de Pressão. JORFE, SA; DANTAS; SRPE. **Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas**. São Paulo, Ed. Atheneu, 2003.

PASSOS, S.S.S. **Prestação de cuidados rotineiros ao paciente dependente hospitalizado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) 2007 . Escola de Enfermagem - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PENNA, C. M. M.; PINHO, L. M. O. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, Brasília, v. 55, n.1, p. 7-12, jan./fev., 2002.

PERLINE, N.M.O.G; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador domiciliar. **Revista Esc. Enferm USP**, v.39,n.2, p.154-63, jan-abr, 2005.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**, 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

POMPEO,D.A; PINTO,M.H; CESARINO,C.B; FERREIRA,R.R.D; POIETTI,N.A.A. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexão à partir dos relatos de pacientes.**Rev. Acta Paulista de enfermagem**. São Paulo. vol.20 n.3; jul-set. 2007.

POTTER, P.E; PERRU, A.G. **Fundamentos de Enfermagem** 5ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 2004.

RABEH, S.A.N. **Úlcera de pressão: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, 2001.

RAMOS, F.R.S; VERDI, M.M; KLEBA, M.E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. (Série Enfermagem – REPENSUL).

SALES, C.A. O cotidiano do enfermeiro e seu cuidado ao ser leucêmico. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis.v.7, n.2, p308-319, mai/ago.1998

SANTOS, V.L.G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações. In: DUARTE, Y.A.O; DIOGO, M.D.E. (Org) **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000, p.265 – 306.

SILVA, A.L. Cuidado como movimento de encontro e troca. **Anais 50 Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar – ação terapêutica da enfermagem-** Salvador: ABEm – Seção Bahia,1999

SILVA, R.C.L; FIGUEIREDO, N.M.A; MEIRELES, I.B. **Feridas: fundamentos e atualização em enfermagem**. São Paulo:ed.Yendes , 2007.

SOUZA, L.M; WEGNER W; GORIM, P.I.P.C. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino Americana Enfermagem**. São Paulo, v.15,n.2, maç/abr.2007

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. 2 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

\_\_\_\_\_. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: ed. ARTEMED,1998

\_\_\_\_\_. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. IN: Waldow, V.R; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar** - a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto alegre: Artes Médicas, 1995. p.7-70.

\_\_\_\_\_. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v 13, n.2. p. 29-35, jul.1992.

WALSH, M.; FORD, P. **Nursing ritual research and rational actions**. London, Butter Worth Heineman, 1992.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem em gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Texto e contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.1, p. 203-221, jan./abr., 1999.

ZANETTI, A.G, CASSIANE S.H.B, AFONSO I.R.M, FREIRE C.C, TELES FILHO P.C.P. A medicação prescrita na internação hospitalar: o conhecimento do cliente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v.56,n.6,p. 634-636, nov /dez, 2003

## APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semi-estruturada

**TEMA DA PESQUISA: CUIDAR DE PESSOAS COM ÚLCERA POR PRESSÃO NO DOMICÍLIO: PREPARO RECEBIDO PELAS FAMÍLIAS**

Entrevista (nº)	Início (hora)	Término (hora)	Data

### I Dados sócio demográficos

Iniciais do Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Renda: \_\_\_\_\_ Local moradia: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_

Data de internação: \_\_\_\_\_

### II Relativas ao tema:

- a) Fale como e quem forneceu as orientações sobre como cuidar de seu parente em casa?
- b) Como essas orientações poderão contribuir para você cuidar de seu parente em casa?
- c) Como são dadas orientações sobre:
  - Higiene
  - Alimentação
  - Mobilização
  - Medicação
  - Curativo
- d) Qual a sua compreensão quanto ao cuidar de pessoas com UP no domicílio?

**APÊNDICE B – Diário de Campo**

Data: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

1) Existe o familiar/cuidador presente na hora da realização dos cuidados? Quem? Como se comporta?

2) O que observar em relação a orientação da enfermeira ao familiar:

a. higiene: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. alimentação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. mobilização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d. curativo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e. medicação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

f. outras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) O tipo e a forma de orientação que é dada.

4) Durante o procedimento, interage com o cuidador, demonstra interesse pela forma com que ele (a) aprende a orientação e planeja para a alta do familiar, no que diz respeito a adequações do domicílio.

5) Realiza orientações específicas, em algum momento, com o objetivo de preparar o familiar para a alta e continuidade dos cuidados.

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) pela Mestranda Mirian Tereza Cerqueira Brito Maciel do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), a participar de um projeto de pesquisa que tem como título: “**Cuidar de pessoas com úlcera por pressão no domicílio: preparo recebido pelas famílias**”, e, como objetivo, verificar e analisar o preparo recebido pelas famílias para cuidar de pessoas com úlcera por pressão (UP) no domicílio. Considera-se UP, lesões na pele por ficar deitado muito tempo na mesma posição.

Conforme determina a Resolução N.196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o trabalho requer a participação voluntária dos pacientes, seus familiares/cuidadores, e dos enfermeiros(os) das unidades de internação deste hospital.

Para coleta de dados, será realizada entrevista com familiares/cuidadores das pessoas portadoras de UP, internados na Clínica Médica e/ou na Clínica Cirúrgica de um hospital público da cidade de Feira de Santana – Ba. Os depoimentos serão gravados e usaremos o diário de campo para registrar as observações dos cuidados prestados.

Este estudo embora não seja de caráter experimental e não ofereça riscos físicos, às pessoas nele envolvidas, no entanto, poderá causar constrangimento ao paciente devido a exposição de regiões íntimas do corpo, além de odores desagradáveis, sentindo desta forma sua privacidade invadida com a presença da pesquisadora. E os profissionais poderão sentir-se avaliados, ou com medo de serem criticados ao expor sua prática.

Suspenderemos a pesquisa, imediatamente, ao perceber algum risco ou dano à saúde dos participantes desta. Você terá a liberdade retirar suas dúvidas pessoalmente ou pelo telefone (75) 3614-0336 e de desistir de participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, terá garantia de que seu nome e privacidade serão mantidos. Será usado gravador de voz para a coleta de informações, tendo local reservado, livre da escuta e observação das demais pessoas, garantindo sigilo e confidencialidade da conversa, durante e após a entrevista. As fitas gravadas, tão logo sejam transcritas, ficarão sob a minha guarda, em local sigiloso durante cinco anos, sendo destruídas após esse período. O mesmo se dará com o diário de campo.

Caso sinta necessidade de esclarecimento ou queira sanar alguma dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisadora antes e durante o curso da pesquisa. Os resultados desta pesquisa, serão apresentados em eventos científicos ou publicados em periódicos de enfermagem.

Destacamos que a sua participação será de grande importância e não lhe trará gastos materiais ou financeiros. Após ter sido informado (a) sobre a pesquisa, caso concorde em participar, por livre vontade deverá assinar, juntamente comigo, esse termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da(o) Enfermeira(o)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do familiar/cuidador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora  
([miriamaciell@yahoo.com.br](mailto:miriamaciell@yahoo.com.br))  
Fone (75) 3614 - 0336

