

PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS ACERCA DO CUIDADO/CUIDADOR FAMILIAR [Nurse's perception regarding family care/caretaker]

Sônia Silva Marcon*

RESUMO: Estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa desenvolvido com objetivo de identificar a percepção de enfermeiros sobre o cuidado/cuidador familiar. Os dados foram coletados nos meses de Abril e Maio de 1996, através de entrevista semi-estruturada, junto a 20 enfermeiros de um Hospital Universitário. Na análise dos dados utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1994). Os resultados demonstraram que cuidar é fazer pelo outro, com o privilégio das dimensões físicas e psicológicas; que as atividades que envolvem o cuidar são traduzidas por suas ações concretas e por delegação à família ou ao próprio paciente de responsabilizar-se, mesmo que em parte, por sua saúde. A maioria dos enfermeiros relata experiências positivas com o cuidador e percebe a capacidade da família para cuidar no domicílio como deficitária, porém, com potencial a ser desenvolvido. Seu papel principal é de educar e valorizar o cuidador. Os autores concluem que embora a maioria dos enfermeiros reconheça o papel da família no cuidado, eles ainda não atingiram um grau de conscientização suficiente para perceber e promover a integração do cuidado formal e informal, como um dos meios de transformação da realidade de saúde e do cuidado familiar.

PALAVRAS CHAVE: Empatia; Cuidadores; Família; Percepção; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Qualquer alusão a respeito do processo de cuidado e sua compreensão dimensional, faz-se necessário um breve retorno ao passado e atentar para o decurso da história do homem no que tange à perpetuação da espécie.

Collière (1989) explica que o cuidado surge com a vida, porque os homens e todos os seres vivos necessitam de cuidados para viverem, "o cuidado é o próprio ato de vida". É através do cuidado que a vida continua e desenvolve-se, travando luta contra a morte do indivíduo, do grupo e da espécie. Segundo ainda este autor, por milhares de anos, o cuidado permaneceu longe da concepção de ofício ou profissão, mas dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a manter a vida.

Para assegurar a manutenção das funções vitais, destaca-se algumas ações indispensáveis assumidas tanto por homens como por mulheres, que de acordo com os recursos locais, se esforçavam para realizá-las. Estas ações organizam-se em torno de necessidades, como sustento, proteção das intempéries, defesa do território e salvaguardas de seus recursos. Ainda hoje para Collière (1989), "tomar conta" é uma das expressões mais antigas da história do mundo e engloba além das tarefas já mencionadas, outras mais específicas do cotidiano, porém com o mesmo valor dimensional. Essas ações de alcance universal, referem-se a tomar conta das mulheres, tomar conta dos vivos e dos mortos, tomar conta do fogo para que não se apagasse, das plantas, dos instrumentos de caça, das peles, das colheitas, dos animais domésticos e outros.

A breve relação de ações que dão conta de uma concepção universal do cuidado, culminam com a definição

adotada por Collière (1989), para designar o significado da palavra cuidar, onde o autor refere que "cuidar é pois, manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação".

Porém, saltando a evolução histórica do homem percebe-se que a civilização moderna adota em certa medida novas concepções para o cuidado. Com o advento da racionalidade e a penetração cada vez maior do estilo científico na esfera social, o cuidado passa para o plano da institucionalização no que se refere à saúde dos indivíduos e é apropriado pelos profissionais "competentes". Esta institucionalização do cuidado tanto de caráter público, como privado cria, ao nosso ver, em grande medida, uma dicotomia no seu espaço interno no que concerne à saúde dos indivíduos. Se por um lado o compromisso dos profissionais da área da saúde é cuidar da vida no ponto de intersecção entre a saúde e a doença, por outro, cabe à família arcar com a continuidade do cuidado até a completa recuperação da saúde ou, quando esta não é possível, com a extensão crônica da doença e suas conseqüentes seqüelas.

O papel da família nessa perspectiva, insere-se no que podemos designar de sistema informal de apoio social ou natural, que é definido por Ayéndez (1994) como sendo aquele apoio em que suas ações são regidas por procedimentos informais e não técnicos.

Neste contexto, esse sistema surge como conseqüência de relações sociais e por isto, carregadas de investimentos afetivos e de obrigações, provendo assistência tanto em situações cotidianas como em momentos de crise vivenciados pela família, desencadeados pela presença da doença.

Dessa rede de apoio, interessa-nos face ao presente trabalho, focalizar sua parcela referente à saúde do indivíduo, em que a família ou membros da família assumem efetivamente o cuidado ao seu membro enfermo.

A transição epidemiológica ocorrida nas últimas décadas, tem traçado um novo perfil populacional a nível mundial, pois a cada ano identifica-se um aumento no percentual de indivíduos acima de sessenta anos, o que favorece um volume cada vez maior de doenças crônico-degenerativas. Como conseqüência, surgem invariavelmente seqüelas que em certa medida provocam incapacidades funcionais na população mais vulnerável, colocando em evidência o papel da família e mais especificamente o do cuidador familiar, no que diz respeito às suas responsabilidades na condução do cuidado doméstico.

Diante dessa perspectiva, observa-se que enfermeiros vêm se preocupando com estudos acerca do cuidador familiar, como por exemplo Laitinen (1992) que estudou a participação de cuidadores informais no cuidado hospitalar com objetivo de aumentar esta participação sem diminuir a qualidade do cuidado prestado.

No Brasil, a literatura de enfermagem relacionada ao cuidado informal ou familiar ainda é bastante escassa, no entanto observa-se uma preocupação crescente à respeito desses aspectos, especialmente nos estudos de Franco (1988) que investigou a experiência de ser acompanhante de um familiar adulto internado em hospital geral, o de Pelzer (1993) que acompanhou o cuidado familiar de idosos com Demência Tipo Alzheimer (DTA) e o de Rodrigues, Andrade & Mendes (1995) que analisam o cuidado de idosos prestados no ambiente domiciliar.

Em nossas práticas cotidianas percebemos a grande dificuldade enfrentada pelos familiares em lidar com seus doentes nos domicílios e imbuídos de preocupação em minimizar esse problema, pensou-se em elaborar projetos

*Professora da Universidade de Maringá - PR

a serem implantados no serviço oferecido pela instituição em pauta. Entretanto, era imprescindível conhecer a filosofia de trabalho que orienta a conduta/comportamento dos enfermeiros lotados nesta instituição com relação aos familiares dos pacientes atendidos pelo serviço. Partindo dessa premissa fomos motivados a realizar essa pesquisa, visando captar a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado/cuidador familiar.

Orientados pela literatura bem como pela experiência vivida, surgiu o seguinte questionamento: Qual a imagem construída pelo enfermeiro hospitalar sobre o cuidado/cuidador familiar?

Para responder a essa questão, definimos como **objetivos** do estudo:

- 1) Identificar os conceitos elaborados por enfermeiros para designar o processo de cuidar/cuidado.
- 2) Compreender a percepção que o enfermeiro tem do cuidador familiar.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de uma cidade do interior do Estado do Paraná, visando um estudo exploratório orientado pelos pressupostos do método qualiquantitativo no que concerne a seu esquema interpretativo.

A autorização para a realização do estudo foi solicitada através de contato pessoal com a diretoria de enfermagem, e posteriormente formalizado através de encaminhamento de ofício acompanhado do instrumento que seria utilizado na coleta de dados.

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 1996, através de entrevista semi-estruturada, junto a vinte enfermeiros, os quais representam a quase totalidade dos enfermeiros em atividade durante o período de coleta de dados (visto que um enfermeiro não foi incluído na amostra por fazer parte do grupo de pesquisa, outro por estar em licença de gestação e outro de férias). A participação foi solicitada através de comunicação direta, havendo anuência por parte de todos. Durante esta solicitação, os autores fizeram uma explanação geral dos objetivos do estudo, ao mesmo tempo que garantiram anonimato quanto as informações prestadas.

Na coleta de dados foi utilizado um roteiro semi-estruturado, elaborado pelos próprios autores. As entrevistas, realizadas em ambiente reservado, no próprio local de trabalho, tiveram uma duração média de 50'.

As respostas dos informantes foram registradas integralmente no momento das entrevistas e como forma de validação de seu conteúdo, as respostas eram lidas para os informantes que concordavam com a transcrição de seu conteúdo ou as complementava e/ou corrigiam quando achavam necessário.

Na análise dos dados adotou-se o referencial de análise temática de conteúdo segundo Bardin (1979), ou seja, no procedimento de análise dos dados optou-se por levar em consideração única e exclusivamente as respostas emitidas pelos sujeitos entrevistados. Assim, após leitura e escuta flutuante realizada pelos autores, os dados foram refletidos, visando a escanção e o reagrupamento em sistema de categorias para posterior procedimento estatístico, frequência simples e identificação de temas significativos a serem interpretados.

INTERPRETANDO OS DADOS

Para melhor compreendermos as representações

dos enfermeiros sobre o cuidado/cuidador familiar, iniciamos o estudo investigando a **compreensão** dos mesmos **sobre cuidar**. As respostas obtidas nos possibilitaram identificar que na compreensão deste grupo de enfermeiros cuidar é um ato traduzido pelo **"assistir"** o indivíduo. **Assistir** portanto foi considerado o tema principal desta questão. Para explicar o significado da palavra cuidar, os enfermeiros pesquisados evocam um conjunto de 5 elementos intrinsecamente ligados, conferindo-lhe um conceito mais ou menos complexo.

Em primeiro lugar, a palavra cuidar é designada como ato em si, e a este juntam-se componentes, condições, objetivos e dimensões. Neste sentido, cuidar inscreve-se em torno de um núcleo, o assistir, cuja representação é determinada pelas várias formas de agir do enfermeiro, como: fazer (12 enfermeiros), ajudar (5 enfermeiros), orientar (4 enfermeiros), supervisionar e encaminhar (2 enfermeiros).

A princípio, esta forma de agir dos enfermeiros, uniformizado pela sigla FAOSE, remete-nos aos conceitos teóricos produzidos e reproduzidos pela academia para indicar ações centradas no cliente, conduzidas conforme seu grau de dependência (Horta, 1979). Entretanto, observamos que para alguns enfermeiros, o ato de cuidar ou assistir, não constitui-se apenas de ações simplesmente, mas congregam em si componentes que podemos denominar aqui de investimentos afetivos (2º elemento), que transformam simples ações em gesto de respeito e solidariedade, como identificamos através de verbalizações do tipo: **"o amor é a base do cuidado"**, **"cuidar é ter interesse pelo próximo"**, **"o cuidar deve transmitir segurança, confiança"** e **"cuidar é ter responsabilidade"**. Ao nosso ver, parece que esta relação afetiva com o cuidar, indica o seu grau de qualidade.

O 3º elemento expresso para designar o cuidar, esta relacionado às situações que necessitam de intervenções, ou seja, a necessidade da existência de uma condição pré estabelecida para acontecer o cuidar. Assim, o cuidado deve ser dirigido a **"alguém que está impossibilitado de fazer alguma coisa"** (2 enfermeiros), a **"alguém que desconhece alguma necessidade"** (1 enfermeiro) e ao **"paciente que tem necessidade de ser cuidado"** (2 enfermeiros). Quando a necessidade de cuidado é desencadeada pelo desconhecimento ou desinformação, constatamos que o cuidar ganha uma outra conotação, já que orientar, para os enfermeiros em estudo, é cuidar.

Ao relatarem determinadas condições para que ocorra o processo de cuidar, os enfermeiros restringem a noção desta palavra à intervenções nos desequilíbrios, em oposição à manutenção do equilíbrio. O que caracteriza a sua forma institucional, onde os indivíduos apresentam-se quando tem problemas.

Concordamos com Collière (1989), quando amplia a noção do cuidado, atribuindo-lhe naturezas distintas, quais sejam; as de manutenção ou de continuidade da vida, representadas pelos cuidados cotidianos e habituais; e as de reparação daquilo que constitui obstáculo à vida, representadas pelo tratamento. Segundo este autor é necessário manter um equilíbrio bem dosado entre ambos os tipos de cuidados para que se estimule as forças vivas do indivíduo.

O 4º elemento identificado refere-se aos objetivos a serem alcançados no processo de cuidar. Para alguns enfermeiros, o cuidar é pensado dentro de uma pauta de objetivos que espera-se alcançar junto aos indivíduos que experienciam situações de necessidades e num continuum que vai da prevenção ao tratamento. Assim, os enfermeiros acreditam que cuidar é tomar decisões que visam, segundo

suas próprias verbalizações: **“proporcionar conforto físico e psicológico”, “melhorar a qualidade de vida”, “melhorar as condições de saúde”, “prevenir problemas de saúde em casa”, “prevenir complicações”, “melhorar o estado do paciente conforme suas necessidades”, “prevenir doenças” e “proporcionar melhoras”.**

Percebe-se que os objetivos são definidos de formas variadas em decorrência de um ou outro enfoque específico, porém acreditamos que de forma condensada, os enfermeiros pensam o cuidado com o objetivo de, prevenir e tratar doenças bem como suas complicações, e promover bem estar físico e psíquico.

Por fim, o 5º elemento ligado ao processo de cuidar, expresso pelos enfermeiros, trata da dimensão do ser. Quanto a isto, observamos uma certa dificuldade ao tentar compreender as respostas emitidas, quanto a inclusão do contexto social e espiritual no processo de cuidar, o que confirma a suposição de que a formação profissional privilegia a dimensão biológica em detrimento aos demais entes que completam o ser.

Com relação a este aspecto, detectamos que 3 enfermeiros colocaram que ao cuidar deve-se atentar para o aspecto emocional do paciente, outros 3 para o aspecto físico e apenas 1 para o aspecto espiritual do paciente. Segundo Horta (1979), o homem deve ser concebido de forma integral pelo enfermeiro como sendo um ser biopsicosocial e espiritual. Nesta perspectiva, concordamos com Klimek e Watson apud Waldow (1993), que consideram necessário repensar a educação para o cuidado orientado por um modelo ético, moral e filosófico sob o ponto de vista da enfermagem e não médico.

No que se refere às **atividades que envolvem o cuidado**, identificamos que os enfermeiros utilizam-se de duas formas distintas de conceber essas atividades: uma representada por ações concretas traduzidas pelo próprio fazer, como **“administrar medicação”, “fazer diagnóstico”, “fazer ou auxiliar a higiene”, “auxiliar na alimentação”, “orientar”** e outros cuidados físicos que denotam fazer ou ajudar o outro. A outra forma de conceber as atividades do cuidado está à condição subjetiva de delegar ao cliente (ou a seu cuidador) a responsabilidade de fazer por si, através do **“ensino do cuidado e do auto-cuidado”**. Isto revela que o enfermeiro reconhece o compromisso da família ou do próprio paciente em responsabilizar-se, pelo menos em parte pela sua própria saúde, tanto a nível institucional como no domicílio.

Ao se investigar **como os enfermeiros percebem a presença da família no hospital**, identificamos que suas respostas tinham diferentes conotações, ou seja, as vezes elas se manifestavam avaliando esta presença, e nestes casos identificamos que os aspectos negativos se sobressaíram, tanto em relação ao número de enfermeiros (2 se manifestaram positivamente e 4 negativamente), quanto em relação ao número de manifestações (3 positivas e 7 negativas).

Diante disso constatamos que a presença da família do paciente no hospital é percebida pelo enfermeiro dentro de um esquema de condutas manifestadas frente a equipe e ou ao paciente, sendo avaliada então no aqui e agora, conforme seu comportamento.

Desta forma, consideramos dois temas significativos com relação a essa questão. O primeiro, representado pela **ajuda**, cujo significado traduz-se pelo apoio ao paciente e pela participação nos cuidados, num total de 10 manifestações. O segundo representado pelo **atrapalha**, referindo-se à omissão no apoio ao paciente bem como na falta de integração aos cuidados (revelados por mensagens

como: **“... apenas a presença física...”**), num total de 12 manifestações.

Observa-se que esta manifestação por parte dos enfermeiros dão origem a dois tipos de atitudes com relação à presença da família do paciente no hospital. Uma atitude favorável, quando a família **“ajuda”**, outra desfavorável quando a família **“atrapalha”**.

Entendemos que esta maneira de perceber a família, ou seja através de suas condutas, simplesmente demonstra um julgamento em certa medida ingênuo, pois não leva em consideração as origens de tais condutas. Esta forma de apreensão da família pelo enfermeiro, leva-nos a inferir que sua prática ainda é permeada pelas dificuldades em reconhecer o contexto social em que vivem paciente e familiares. Essas dificuldades, ao nosso ver, derivam muitas vezes das relações dissimétricas entre profissionais e familiares usuários do serviço de saúde.

No que se refere ao **papel da família no hospital**, identificamos que 14 dos 20 enfermeiros afirmaram que o papel da família no hospital é dar, de alguma maneira, apoio ao paciente (afim de: **“diminuir sua ansiedade”, “promover sua segurança”, “ser o elo para o paciente entre o meio externo e o interno”, “manter vínculo/laços afetivos”, “estar junto para enfrentar o problema”, “manter o mais próximo possível da normalidade”**), o que auxilia o tratamento. No entanto, 5 enfermeiros afirmaram que o papel da família no hospital é colaborar com a enfermagem: **“fazendo algum cuidado”, “ajudando em cuidados mais simples” e “participando nos cuidados”**. Contudo é interessante salientar que um enfermeiro afirmou que **“o papel da família é auxiliar a enfermagem, não diminuindo suas tarefas, mas sim conseguindo a colaboração e aceitação do tratamento por parte do paciente”**.

Cinco enfermeiros afirmaram que o papel da família é colaborar com a equipe: **“dando mais informações”, “sendo o elo entre equipe e paciente” e “participando do tratamento”**. Outros 3 afirmaram que é **“aprender a cuidar para dar continuidade em casa”** e um enfermeiro afirmou que é conhecer, ou seja, **“se inteirar do tratamento”**.

O papel da família portanto, é percebido pelos enfermeiros em torno de quatro temas: **apoio ao paciente, atividade de cuidado, colaborar com a equipe e ensino-aprendizagem no processo de cuidar**.

Acreditamos que a maneira como os enfermeiros percebem a presença da família bem como o papel da mesma no hospital tem relação direta com algumas rotinas, visto que neste hospital a presença do acompanhante é autorizada pelos enfermeiros das unidades, mas estes baseiam sua conduta em condições pré-estabelecidas pela administração. Para autorizar a presença do acompanhante portanto, o enfermeiro preenche um impresso assinalando que o paciente atende a uma das seguintes condições: a) ser criança ou adolescente; b) ser um recém-nascido patológico; c) ser idoso com mais de 60 anos; d) estar impossibilitado de auto cuidar-se; e) ser excepcional; f) estar em fase terminal; g) outros. De acordo com as informações de alguns enfermeiros dificilmente o item **“outros”** é assinalado e se a família solicita para ficar acompanhando o seu parente, isto só é autorizado quando realmente o paciente tem problema para auto cuidar-se.

Note-se que as condições previamente estabelecidas para a autorização da presença do acompanhante de certa forma já deixa explícito que o papel do acompanhante ali é **“cuidar”** do paciente.

No que se refere à **capacidade da família para**

cuidar no domicílio, 7 enfermeiros acreditam que a família tem capacidade, 9 acreditam que não ou que essa capacidade é pequena e 4 que esta é uma condição que depende de cada família, neste grupo se inclui a seguinte fala: **“os familiares são os mais indicados, as pessoas mais adequadas, mesmo que possam não ser capazes”**.

Os aspectos concretos apontados pelos enfermeiros que os levam a não acreditarem na capacidade da família para cuidar são: **“os pacientes chegam em precárias condições de higiene, desnutridos e mal-cheirosos”**. Um enfermeiro afirmou que **“as reinternações constituem exemplo da pequena capacidade da família para cuidar”**.

De acordo com estes enfermeiros esta incapacidade se deve ao **“despreparo”, “à falta de interesse e de conhecimento”** e **“às condições sócio-econômicas”**, embora um enfermeiro tenha afirmado que **“... às vezes, família de posses não cuida adequadamente”**.

Ainda de acordo com estes enfermeiros, a capacidade da família até que existe, mas deve ser reforçada. Em assim sendo, elas acreditam que a família tem condições de cuidar, mas para isto ela deve ser preparada ou seja, há necessidade de orientar, acompanhar e avaliar; e mais, acreditam que estas devam ser tarefas desempenhadas pelo profissional enfermeiro, como veremos mais adiante.

A maioria dos enfermeiros em estudo (13) ao se referirem sobre a capacidade ou não da família para cuidar, automaticamente também opinaram sobre as condições para a família cuidar bem e dentre as condições apresentadas, podemos constatar que elas são de três tipos: condição pessoal, condição da doença e um terceiro tipo que estamos chamando de condição ambiental.

Os aspectos atribuídos à condição pessoal podem ser divididos em internos e externos. Nos aspectos internos alocamos: **“ter interesse pelo outro”, “ter interesse em aprender”, “querer cuidar”, “estar disponível para cuidar”, “o grau de envolvimento com o paciente”** e **“conscientização das necessidades do cuidado”**.

Os aspectos externos relativos à condição pessoal da família para cuidar identificados foram: **“quando bem orientada”, “ser esclarecido”, “ter disponibilidade”, “grau de escolaridade”, “nível cultural”** e **“sócio-cultural”** e **“sócio-econômico”** e **“ter bom senso”**.

Entre as condições relativas à doença foram apresentadas: **“o grau de dependência do cliente”, “o nível de cuidado necessário”** e **“a gravidade da situação”**. Já entre as condições ambientais só foram citadas **“a visita domiciliar”** e **“a possibilidade do familiar permanecer mais tempo no hospital”**.

Um único tema representa as percepções dos enfermeiros com relação a esta questão; ou seja, existem **condições pré-estabelecidas** que determinam ou influenciam a capacidade da família para cuidar no domicílio.

Ao serem perguntados sobre sua **experiência com o cuidador familiar**, obtivemos dos enfermeiros respostas diversas que propiciaram-nos a identificação de três temas, ao nosso ver indicando uma classificação dessas experiências relacionadas ao seu cotidiano. Esta classificação inscreve-se em torno dos temas: **experiência boa, experiência razoável e experiência ruim**.

A **experiência boa** é revelada através de comentários como: **“... além de ensinar aprendemos muito”, “gosto quando tem acompanhante porque ajuda”, “a maioria tem vontade de aprender”**. Dentro deste tema encontramos 18 tipos de manifestações.

Com relação ao tema **experiência razoável** podemos incluir alguns comentários como: **“... mais ou**

menos”, “depende da pessoa que cuida”; neste sentido encontramos 5 tipos de manifestações.

Por fim, dentro da temática **experiência ruim** identificamos 7 tipos de manifestações que podem ser traduzidas por alguns comentários como: **“... quando a família diz que não aguenta mais cuidar”** ou **“... o paciente volta sempre e mal cuidado...”**

Ao observar estes resultados devemos levar em consideração a experiência profissional de cada enfermeiro bem como suas percepções em relação ao cuidador familiar. Devemos admitir que a maior diversidade e número de manifestações que expressam **experiência boa**, revela uma tendência cada vez maior, de se abrir as portas para a família participar mais efetivamente no cuidado à saúde de seus membros.

Na concepção dos enfermeiros, o **cuidador** tanto pode ser **percebido** de maneira positiva como negativa. Ele é percebido de maneira positiva quando o enfermeiro o percebe como um aliado no processo de cuidar, uma vez que tecem comentários do tipo: **“é a pessoa que dá continuidade ao cuidado em casa”** (2 enfermeiros), **“que complementa o trabalho dos profissionais”** (1 enfermeiro.). O sentido de complementaridade é reforçado em afirmações do tipo **“pode até fazer melhor que a gente porque tem afetividade, é a pessoa que dá segurança, pessoa afetuosa”**.

A pessoa do cuidador às vezes é percebida em relação às suas características pessoais tais como: o fato de **“serem participativo”, “colaborador”, “preocupado”, “interessado”**, enfim, uma **“pessoa pacienciosa”, “solidária”** e que por estes motivos trazem benefício ao paciente.

Além disso, o fato de **“se dispor a ser o cuidador”** é interpretado como sendo em decorrência do fato da pessoa ter uma crença religiosa, o que o leva a ser um abnegado, e portanto, a desempenhar o cuidado ao outro como forma de abnegação.

Finalmente, na percepção de alguns enfermeiros a forma como o cuidador se apresenta no hospital tem relação direta com o tempo de internação do paciente, já que foi citado o fato de que se o cuidador fica pouco tempo no hospital, ele se mostra **“interessado”, “atencioso”**, mas se fica muito tempo ele se mostra **“irritado”, “estressado”, “insuportável”** e **“quer ir embora”**.

Quando a percepção é negativa, normalmente ela é devido a uma das seguintes condições: 1º o fato do indivíduo, à medida que assume a função de cuidador, passar a ter uma vida privada socialmente, o que é exemplificado pelas afirmações: **“... um doente são”, “uma pessoa que perde a vida social”, “uma pessoa que fica privado na vida”**. 2º o fato do cuidador não ser valorizado no hospital, já que alguns enfermeiros conseguem ver o cuidador como o indivíduo que no domicílio, muitas vezes, tem uma responsabilidade maior do que a que está preparado para ter, mas que no hospital não lhe é dado o devido respeito e importância, não lhe sendo permitido opinar e decidir nada sobre o doente, e isto o faz sentir-se **“... um pouco que de mãos atadas, impotente e até mesmo angustiado”**.

Às vezes, a percepção negativa que alguns enfermeiros demonstraram em relação à pessoa do cuidador tem a ver com a valorização do desenvolvimento ou do desempenho do cuidado profissional e nestes casos, a relação do cuidador com o paciente pode ser interpretada como **“super-protetora”**, o que na concepção dos enfermeiros, atrapalha o cuidado profissional e por conseguinte a recuperação do paciente. Outras vezes, a concepção negativa tem relação com o não ajudar a

enfermagem, resultando em comentários do tipo: **“tem pessoas que não estão afim”** e **“nem sempre traz benefício para a enfermagem”**. É importante salientar que um mesmo enfermeiro afirmou que a **“presença do cuidador no hospital traz benefícios para o paciente mas não para a enfermagem”**. Isto reforça nossa hipótese de que a enfermagem ainda tem um longo caminho a percorrer até aceitar e entender, de maneira completa, que o cuidador familiar é um parceiro no processo de cuidar, mas não no sentido de diminuir tarefas da enfermagem. Parceiro, à medida que representa um elemento importante na recuperação do paciente e por isto mesmo, um colaborador da enfermagem, já que o objetivo da enfermagem é o cuidar.

No nosso entendimento, durante a hospitalização, os profissionais são os responsáveis pelo desempenho dos cuidados e não os familiares. O verdadeiro objetivo da presença do familiar no hospital é, por ordem de frequência, conforme citado pelos próprios enfermeiros do estudo: - auxiliar no tratamento (**“fornecendo dados”** e **“facilitando a interação dos profissionais com o paciente”**); - dar apoio ao paciente (**“diminuindo o impacto da hospitalização”**, **“não deixando o paciente sozinho”**, **“dando segurança”** e **“não permitindo a ruptura do vínculo familiar”**); - aprender como se presta o cuidado (**“para dar continuidade em casa”**) e auxiliar a enfermagem (**“diminuindo suas tarefas”**, **“participando ou prestando os cuidados corretamente”** e **“obedecendo normas e rotinas”**).

A impressão que tivemos ao longo do estudo, é de que no hospital em questão existe um propósito filosófico que vê o cuidador familiar como parceiro do cuidado; no entanto, esta filosofia parece que ainda não foi incorporada por todos os enfermeiros já que muitos continuam vendo a presença do cuidador familiar como uma possibilidade de diminuir tarefas para a enfermagem. É preciso que nos conscientizemos e discutamos com profundidade o real papel do cuidador familiar no hospital, para que mais tarde não nos arrependamos, ou seja, que tenhamos nosso quadro de pessoal diminuído com a justificativa de que não são necessários tantos funcionários porque, por exemplo as mães dão conta de cuidar das crianças durante a hospitalização.

No que se refere à forma como os enfermeiros vêm o seu **papel em relação ao cuidador**, quatro temas se sobressaíram: **educador, valorização do cuidador, dar apoio ao cuidador e divulgador da profissão de enfermagem**.

Na função de **educador** os enfermeiros acreditam que têm obrigação de informar corretamente, que devam dar orientações, informações e esclarecimentos além de ensinar a cuidar (onde se inclui: **“explicar os cuidados básicos”**, **“estimular o cuidado através de visita domiciliar”** e o **“acompanhar os cuidados - no sentido de supervisionar para detectar falhas e dirimir dúvidas”**). No que tange às orientações estas foram reforçadas com os seguintes aspectos: **“orientar ao máximo sobre a doença, sobre o tratamento”** e **“orientar para os cuidados em casa”**.

Quanto à função de **valorização do cuidador** os aspectos abordados foram: **“saber ouvir o cuidador”**, **“dar atenção”**, **“acolher”**, **“permitir que tome algumas decisões que não interferem na assistência mas faz com que se sinta melhor”**, **“permitir que faça os cuidados”**, além de **“tentar despertar o interesse e a responsabilidade do mesmo enquanto cuidador”**. Segundo Nolan & Grant (1989) os profissionais precisam explicitar seu reconhecimento para o cuidador informal, visto

que estes desejam ser tratados como parceiros, apreciados e reconhecidos pelos seus trabalhos.

Já o **dar apoio ao cuidador** surgiu representada pela **“relação de ajuda”**, pela **“interação que deve existir entre enfermeiro e família”** e pelo fato da enfermagem poder **“transmitir segurança à família”**, inclusive através de visitas domiciliares.

Os enfermeiros percebem que a presença do familiar no hospital constitui uma oportunidade, que quando bem aproveitada, pode ser indiretamente utilizada para a **divulgação da profissão** de enfermagem. Neste sentido, os enfermeiros percebem o seu papel em relação ao cuidador como sendo importante e de muita responsabilidade, já que além dos cuidados que prestam serem utilizados como exemplo pelos familiares, sua pessoa também pode se constituir em ponto de referência para o cuidado, ou seja, dependendo do tipo de interação que mantiver com os familiares, provavelmente será o profissional a ser procurado para dirimir dúvidas sobre a forma de executar os cuidados no domicílio.

Finalmente, ao se investigar sobre **como os enfermeiros pensam que a enfermagem pode colaborar para a família cuidar melhor** no domicílio, mais uma vez sobressaíram questões relativas ao papel de educador, as quais foram enfocadas por 13 enfermeiros que se expressaram das seguintes formas: - exercendo um papel educativo, (**“voltar-se para a educação em saúde”** e **“fazer palestras”**), - fazendo orientações (**“relacionar os cuidados necessários para cada paciente individualmente”**), - salientando a importância e a necessidade dos cuidados (**“incentivar a prestar os cuidados”** e **“informar os recursos existentes”**) e - aproveitando para fazer esclarecimentos e demonstrações em todos os momentos em que estiver prestando o cuidado.

Chamou-nos a atenção o fato da realização da visita domiciliar (**“quando necessária”** ou **“para supervisionar os cuidados”**) ter sido apontada por oito enfermeiros. Interpretamos que o fato de 40% dos entrevistados acreditarem que o sair fora dos muros institucionais constitui uma forma da enfermagem colaborar com a melhoria do cuidado familiar no domicílio representa um avanço, pois em última instância, estes enfermeiros reconhecem que a hospitalização ocupa um período muito pequeno no transcurso da doença e que é no domicílio que as pessoas adoecem e, na verdade, onde também se restabelecem por inteiro. A questão da visita domiciliar é reforçada pela seguinte afirmação, **“a enfermagem deve criar espaço, condições de auxiliar a família no domicílio”** e esta idéia de certa forma, pode ser complementada por outras citações apresentadas pelos enfermeiros: **“providenciando equipamentos específicos para uso no domicílio”**, **“implementar o sistema de referência e contra referência entre hospital e postos de saúde”**.

No que tange à família propriamente dita, cinco enfermeiros se manifestaram afirmando que para a enfermagem colaborar com a melhoria do cuidado familiar ela precisa: - **“ver a família como colaboradora no cuidado”**, - **“conhecer a família econômica e culturalmente”**, - **“não ver o familiar como parte excluída do tratamento”** e **“abrir mão da onipotência de achar que pode cuidar melhor do que a família”**.

Portanto, dois temas se sobressaíram na concepção dos enfermeiros sobre como ajudar a família a cuidar: **educação em saúde e avaliação do cuidado no domicílio**

CONCLUSÕES

Os resultados encontrados nos forneceram

subsídios suficientes para concluirmos que a maioria dos enfermeiros que atuam nesta instituição reconhecem a importância da família na recuperação do doente, mas avaliam que a família, embora com potencial a ser desenvolvido, ainda não está preparada adequadamente para assumir funções mais complexas do processo de cuidar, precisando para isto ser orientada, treinada e inclusive supervisionada no domicílio.

Isto nos faz refletir que provavelmente, a maioria dos enfermeiros não conseguem manter uma interação efetiva com a família, o que pode estar dificultando a integração entre o cuidado formal e informal e por conseguinte, sua condição de avaliar o desempenho do cuidador e a qualidade do cuidado, resultando em uma avaliação deficiente e superficial, com base no aqui e agora.

O fato dos enfermeiros avaliarem a capacidade da família para cuidar com base apenas na observação de seu comportamento, bem como nas condições do paciente no momento da internação, sem conhecerem efetivamente as condições da família, pode ter relação direta com sua formação acadêmica. Esta pode não estar dando conta de ampliar a visão dos profissionais no que concerne a compreensão do processo de cuidar, o qual ainda se encontra ancorado prioritariamente no modelo institucional que não valoriza o esforço e as dificuldades da família para cuidar.

Acreditamos que para melhorar as relações entre enfermeiros e familiares, no que concerne ao apoio no processo de cuidado informal, há necessidade de repensar o ensino e a prática da enfermagem. Nesta perspectiva, urge que novas formas de abordagem e parâmetros do cuidado sejam estabelecidas na formação profissional do enfermeiro, priorizando a busca da integração do cuidado institucional com o informal, tendo em vista reconhecer e melhorar a qualidade deste cuidado, como meio de transformação da realidade de saúde e do cuidado familiar.

ABSTRACT: Exploratory descriptive study of qualitative nature carried out in order to identify nurse's perception regarding family care/caretaker. All data were collected during the months of April and May, 1996 through a semi-structured interview to which 20 nurses from a University Hospital were submitted. For data analysis the BARDIN'S content analysis technique (1994) was applied. The results showed that taking care means doing something for the others, with the privilege of physical and psychological dimensions. Furthermore, these results showed that activities related to care taking are represented by concrete actions and by delegating to the family or even the patient himself full or partial responsibility for his health. The majority of the nurses report positive experiences with the caretaker and they notice that the family does not have proper conditions to take care of the patient at home. However there is a potential to be developed and the main role of the family is to educate and value the caretaker. The authors conclude that although the majority of the nurses recognize the role of the family in taking care, they have not yet achieved a degree of consciousness enough to realize and promote integration of the formal and informal care as one of the means of transforming the reality of health and family care.

KEY WORDS: Empaty; Caregivers; Family; Perception; Nursing Care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AYÉNDEZ, M. S. El apoio social informal. In: PERES, E. A. et al. *La*

atencion de la salud: un desafio para los anos noventa. Washington, DC, Org. Panam. de la Salud. (546), 1994.

2. BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições Jo, 1994.
3. COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida.** Lisboa: Printipo - Damaia, 1989.
4. FRANCO, M. C. **Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em um hospital geral.** Florianópolis, 1988. 182p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina.
5. HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.
6. LAITINEN, P. Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly patients and their evaluations of the care given: pilot study in three different hospitals. *J. Adv. Nur.* v.17, p. 1233-1237, 1992.
7. NOLAN, M. R. & GRANT, G. Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. *J. Adv. Nur.* Oxford v. 14, n. 11, p. 950-61, 1989.
8. PELZER, T. M. **A enfermeira cuidando de idoso com Alzheimer em família.** Florianópolis, 1993. 191p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina.
9. RODRIGUES, R. A. P., ANDRADE, O. G., MENDES, M. M. R. Estratégias para o cuidado domiciliar do idoso com doença de Alzheimer. *Rev. Gerontol.*, v. 3, n. 2, p. 73-80, 1995.
10. WALDOW, V. R. Educação para o cuidado. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 14, n.12, p. 108-12, 1993.

Endereço do autor:

Rua Jailton Saraiva, 526 - Jardim América
87045-300 - Maringá - PR