

Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo *Delphi*

Competencies of the informal caregiver attributed by community nurses: Delphi study

Competencias del cuidador informal atribuidas por los enfermeros comunitarios: un estudio Delphi

Maria Assunção Almeida Nogueira¹, Zaida Aguiar Azeredo², António Silva Santos³

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar as competências que um cuidador informal deve possuir para cuidar, em domicílio, de pessoas com dependência. Trata-se de estudo exploratório-descritivo, realizado com enfermeiros de Centros de Saúde no Norte de Portugal, que recorreu ao método *Delphi*, com dois *rounds*, usando questionários para o efeito. Foi utilizada a análise de conteúdo no primeiro *round* de *Delphi*, confirmando-se uma complexidade de fatores que condicionam as competências dos cuidadores no cuidar de um doente com dependência no domicílio. Com recurso de análise estatística, no segundo *round*, os indicadores de competências cognitivas, psicomotoras e relacionais obtiveram níveis de concordância excelentes. Foi reconhecida como fundamental a motivação do cuidador informal, considerada o *leitmotiv* no processo de cuidar. Para além disto, o cuidador necessita de apoio, ensino, treino e encaminhamento para se munir das competências para cuidar de um doente dependente no domicílio, com segurança.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Cuidadores; Competência Profissional; Pacientes Domiciliares; Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to identify the competencies that an informal caregiver must have in order to provide home care to dependent people. It consists of an exploratory-descriptive study developed with nurses from healthcare centers in the North of Portugal, using the Delphi method with two rounds and utilizing questionnaires for the effect. Content analysis was used in the first round of Delphi, confirming a complexity of factors that condition the competencies of caregivers in the provision of home care to people with dependency. Through the use of statistical analysis, in the second round the indicators for cognitive, psychomotor and relational competences reached excellent levels of agreement. The motivation of the informal caregiver was recognized as fundamental and considered to be the *leitmotiv* in the caregiving process. Furthermore, the caregiver needs support, teaching, training and orientation to be provided with the necessary competencies to take care of a dependent patient in his/her house safely.

Descriptors: Nursing Care; Caregivers; Professional Competence; Homebound Persons; Home Nursing.

RESUMEN

El presente estudio apuntó a identificar las competencias que debe poseer un cuidador informal para cuidar en domicilio a personas con dependencia. Estudio exploratorio, descriptivo, realizado con enfermeros de Centros de Salud del Norte de Portugal, recurriendo al método de *Delphi*, con dos *rounds*, utilizando cuestionarios al efecto. Se usó análisis de contenido en el primer *round* de *Delphi*, confirmándose una complejidad de factores que condicionaron las competencias de los cuidadores en la atención de un enfermo dependiente en domicilio. Apelando al análisis estadístico, en el segundo *round*, los indicadores de competencias cognitivas psicomotoras y relacionales obtuvieron niveles de concordancia excelentes. Fue reconocida como fundamental la motivación del cuidador informal, considerada el *leitmotiv* en el proceso del cuidado. Además de esto, el cuidador necesita de apoyo, enseñanza, entrenamiento y seguimiento, para hacerse de las competencias para cuidar de un enfermo dependiente en domicilio con seguridad.

Descriptores: Atención de Enfermería; Cuidadores; Competencia Profesional; Personas Imposibilitadas; Atención Domiciliaria de Salud.

¹ Enfermeira, Doutora em Educação. Professora do Instituto Politécnico de Saúde do Norte da Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico E Universitário (IPSN/CESPU). Gandra PRD, Portugal. E-mail: assuncao.nogueira@ipsn.cespu.pt.

² Médica, Doutora em Medicina Familiar. Professora do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. E-mail: zaida.azeredo@gmail.com.

³ Professor Associado do IPSN/CESPU. Gandra PRD, Portugal. E-mail: antonio.santos@ipsn.cespu.pt.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico, que se verifica em todo o mundo, em particular, nos países da Europa, tem como conseqüências, entre outras, um aumento da prevalência das doenças crônicas-degenerativas e de incapacidades (ainda que estas sejam adiadas para idades mais avançadas) e, um aumento do número de dependentes que necessitam de cuidados permanentes⁽¹⁾.

Tradicionalmente cabe à família o papel de cuidador informal de doentes portadores de patologia crônica e respectivas complicações, porque os cuidados hospitalares tendem a ser cada vez mais breves, “devolvendo” o indivíduo ao domicílio logo que a sua situação o permita⁽²⁾. Porém, com a diminuição do número de elementos por agregado e o aumento por família, de pessoas a serem cuidadas, há necessidade de um suporte social complementar a estes cuidados⁽²⁾; se este não existe o cuidador poderá também ficar doente⁽³⁾.

Em Portugal são ainda escassas as respostas de cariz social no que diz respeito à oferta de serviços adequados e que respondam às necessidades dos familiares e dos doentes, com dependência⁽¹⁻²⁾. A família é o recurso de saúde e de apoio, mais imediato destes doentes. Para muitos será talvez o único, dado que as instituições públicas e privadas com apoio público estão superlotadas e as privadas são demasiado dispendiosas para que a maioria das famílias possam suportar as despesas. Assim o cuidador informal, muitas vezes, vê-se neste papel sem que tenha uma preparação prévia e se tenha disponibilizado para tal⁽²⁾. Muitos tornam-se cuidadores por sentirem obrigatoriedade moral e social, “muitos percebem o cuidado como algo que os dignifica como pessoa, ao cumprirem um dever moral e religioso”⁽³⁾, também traz satisfação pelo reconhecimento do próprio doente e da comunidade em geral, apesar de terem a percepção de que a sua saúde piora ao longo do tempo de cuidados⁽²⁻³⁾.

A família, enquanto entidade cuidadora e de suporte sócio-afetivo tem sido, em contexto comunitário, alvo de observação por parte da comunidade científica, não só por algumas das suas funções e papéis se virem a alterar na sua essência, mas também por ter vindo a sofrer mudanças no seu ciclo vital que exigem dela, enquanto sistema aberto, uma constante adaptação a novos desafios⁽²⁾. Um dos novos desafios é a prestação de

cuidados informais de longa duração e a várias pessoas em simultâneo.

A prestação de cuidados pela família aos doentes, que se encontram em situação de dependência, embora não se considere uma tarefa nova, é uma situação que, mais do que outrora, perturba todo o grupo familiar. As alterações sofridas quer na sua estrutura quer na sua dinâmica, bem como a necessidade de cuidar por longo período e progressivamente mais tempo/dia de um ou mais elementos do agregado (por vezes não coabitando) induzem um stresse na mesma (agravado pela falta de conhecimentos e suporte externo), que pode ser fator de conflitos e disrupção familiar e gerador de outras doenças⁽¹⁻²⁾.

Em muitos casos, apesar do cuidador ser, um indivíduo pouco informado/preparado ou já ser portador de algum grau de incapacidade para cuidar de um doente depende é esperado (quando não, é exigido) que cuide dele, mesmo com prejuízo da satisfação das suas próprias necessidades⁽²⁾. Não raras vezes, os cuidados prestados à pessoa doente são compartilhados por vários elementos do agregado familiar, parentes e até vizinhos, no entanto estes cuidados são baseados nos próprios conhecimentos para resolverem problemas pontuais, muito diferentes dos cuidados desenvolvidos em contexto formal⁽⁴⁾.

Com a crescente co-morbilidade nos idosos, os cuidados de longa duração também estão a aumentar continuando a família a ser a estrutura privilegiada de suporte sócio-afetivo⁽²⁻³⁾. Esta, tradicionalmente, sempre cuidou dos seus elementos e promoveu a recuperação em situação de doença, para além de outras funções que tem dentro da sociedade como sejam, prestar assistência aos seus membros e satisfazer as suas necessidades básicas.

Embora, ainda pouco exposto, o abandono, a negligência e os maus-tratos, de que os idosos e os doentes dependentes são alvo, constituem uma realidade no nosso quotidiano que parece estar a aumentar⁽²⁾. Os doentes dependentes requerem cuidados, alguns específicos, em todas as atividades de vida (AVDs). Quando o cuidador não está preparado, não tem conhecimentos específicos, não tem disponibilidade ou está sobrecarregado com outras tarefas que tem de executar diariamente, o que leva a que os cuidados prestados no domicílio, possam ser inadequados ou insuficientes, se não houver um suporte formal⁽⁵⁾.

Há, pois, necessidade de existirem instrumentos capazes de avaliar objetivamente e de forma preventiva e antecipatória as competências/aptidões de quem cuida, bem como avaliar as necessidades do cuidador informal, que não é acompanhado durante 24h/dia por profissionais de saúde.

A necessidade de saber mais acerca do cuidador informal e dos cuidados por este prestados em contexto domiciliário, levou-nos a desenvolver este estudo cujo objetivo foi identificar competências cognitivas, psicomotoras e relacionais do cuidador informal para cuidar de um doente dependente em contexto domiciliário, na perspetiva dos enfermeiros comunitários.

Este objetivo foi delimitado a partir da pergunta de investigação: na perspetiva dos enfermeiros comunitários, quais as competências que o cuidador principal deve possuir para cuidar de um doente dependente em contexto domiciliário?

A resposta a esta questão poderá determinar uma listagem de competências inerentes ao cuidador principal que levará a uma melhor compreensão do papel do cuidador informal, bem como servir para orientar/formar os mesmos enquanto cuidam de doentes dependentes em contexto domiciliário. Poderá, ainda ser útil sob o ponto de vista académico, quer na formação pré-graduada, quer na formação permanente de profissionais de saúde e até sociais.

Nesta pesquisa entendemos a competência como a capacidade de alguém em fazer algo com qualidade. Saber articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações imprevistas, numa dada situação concreta, lançando mão dos recursos de que dispõe⁽²⁾. O cuidador informal é aquele indivíduo que cuida um doente dependente no domicílio, passa a maior parte do tempo com ele e tem toda a responsabilidade nos cuidados sem ser remunerado⁽²⁾. Portanto, ser cuidador competente é saber cuidar tendo em conta a manutenção da saúde e o bem-estar do doente, satisfazendo as suas necessidades⁽²⁾.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo de *Delphi* pareceu-nos o mais adequado para o estudo que pretendíamos, pois utiliza uma técnica de comunicação grupal, que busca consensos de opiniões, sendo formado por um painel de

especialistas⁽⁵⁻⁸⁾ com conhecimentos na área. Após formalização do pedido e respectiva autorização pela Comissão de Ética da então Direção da Sub- Região de Saúde do Porto (resposta 014260 de 2/7/07) constituímos o nosso painel de estudo com 210 enfermeiros que trabalhavam, há pelo menos dois anos, em diferentes centros de saúde da referida Sub-Região.

O estudo de *Delphi* compõe-se por um conjunto de questões que vão merecendo consenso, que se vai tornando mais afunilado à medida que os peritos envolvidos vão novamente respondendo. As questões vão sendo aperfeiçoadas e completadas com as respostas obtidas na volta anterior (vulgarmente designada por *round*), permitindo obter um consenso cada vez maior. O primeiro *round* é baseado num cenário, diferenciando-se dos demais por serem colocadas questões totalmente abertas e de resposta abrangente. O investigador deve proporcionar liberdade de resposta em relação ao tema com o objetivo de gerar uma lista de *itens*, que irão compor as questões posteriores. Na primeira abordagem aos enfermeiros comunitários, foram feitas perguntas abertas, sobre o que o cuidador informal deveria saber, bem como o que deveria saber fazer e como devia relacionar-se com o doente para lhe serem atribuídas competências necessárias a poder cuidar de um doente dependente em contexto domiciliário, sem o suporte de um profissional de saúde durante 24h/dia. No segundo *round* utilizaram-se escalas de valores (tipo "*Likert scale*") onde se agruparam as respostas a partir dos *itens* sugeridos na primeira etapa. As questões são detalhadamente esclarecidas e fazem-se acompanhar de espaços reservados a comentários, críticas e opiniões de cada um dos intervenientes no estudo⁽⁶⁻⁷⁾.

A técnica de *Delphi* tem algumas características como: anonimato; interação com *feedback* controlado e respostas estatísticas do grupo^(2,7).

Dos 210 sujeitos apontados inicialmente para o painel *Delphi* do nosso estudo, aceitaram participar apenas 125 no primeiro *round* e 116 no segundo. Dos 125 sujeitos, que constituíram o primeiro *round*, maioritariamente era feminino com uma média de idades de 35,7 anos; 67% da amostra era casada e tinham uma média de tempo de serviço de 12,4 anos.

Embora vise o consenso, um estudo *Delphi* traz uma diversidade de opiniões e diferentes perspetivas sobre um assunto⁽⁸⁾. No 1º *round*, surgiu uma imensidão de

informação que foi tratada através da análise de conteúdo em conformidade com vários autores⁽⁹⁾.

Recorremos a um grupo de juízes para validar externamente os dados qualitativos, desta 1ª etapa. Denominamos este grupo (cinco elementos) por *juízes* por serem autores de investigações na área temática em estudo, e serem profissionais na área.

Verificamos as frequências dos *scores* (2º *round* de *Delphi*) de consensos de opiniões. Para isso recorreremos à estatística descritiva, com a avaliação de medidas de

tendência central. Utilizamos o α de *Cronbach* para avaliar a consistência interna. Para tal fizemos uso do *software* SPSS (versão 15.0) e ao *software* *Microsoft Office Excel*.

Definimos antecipadamente o tipo e o nível de consensos para a análise de *scores* obtidos para cada um dos *itens*. Para tal baseamo-nos nos critérios do estudo de Sousa⁽⁸⁾. O tipo de consenso para incluir ou excluir uma competência é verificado se reunirem as condições em simultâneo, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Tipos de consenso, segundo Sousa⁽⁸⁾.

CONSENSO	DEFINIÇÃO (utilizando uma escala de <i>likert</i> de score de 1 a 7)
Critérios de inclusão	Mediana - 6 ou 7 de <i>score</i> 75% dos peritos deve posicionar-se entre os <i>scores</i> 5 e 7 Ausência de comentários dos peritos, indicadora de ambiguidades ou má compreensão dos <i>itens</i> .
Critérios de exclusão	Mediana - 2 ou 1 <i>score</i> 75% dos peritos deve posicionar-se entre os <i>scores</i> 1 e 3 Ausência de comentários dos peritos, indicadora de ambiguidades ou má compreensão dos <i>itens</i> .
Sem consensos	Todas as outras respostas

Neste estudo, realizamos apenas dois *rounds* porque ao fim do segundo só três indicadores não obtiveram consenso. Verificamos ausência de comentários aos *itens* apresentados.

Para além do tipo de consenso pareceu-nos, também, importante definir o nível de consenso para

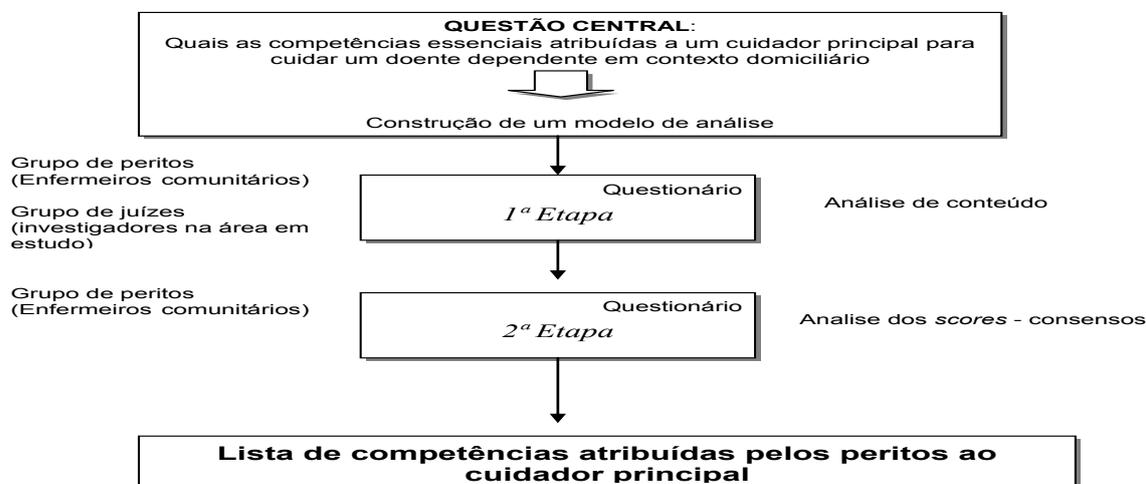
incluir ou excluir um *item*. No nosso estudo designaremos os níveis de consenso em: excelente, elevado ou moderado, como se pode verificar pelo Quadro 2.

Quadro 2: Critérios para classificação do nível de consenso, segundo Sousa⁽⁸⁾

CONSENSO	NÍVEL DE CONSENSO	DEFINIÇÃO (utilizando uma escala de <i>likert</i> de score de 1 a 7)
Critério de inclusão	Consenso excelente	[95% a 100% - dos peritos concorda com o <i>item</i> ; Mediana - 6 ou 7 Moda - 6 ou 7
	Consenso elevado	[85% a 95%] - dos peritos concorda com o <i>item</i> ; Mediana - 6 ou 7 Moda - 6 ou 7
	Consenso moderado	[75% a 85%] - dos peritos concorda com o <i>item</i> ; Mediana - 6 ou 7 Moda - 5, 6 ou 7
Critério de exclusão	Consenso excelente	[95% a 100% - dos peritos discorda do <i>item</i> ; Mediana - 1 ou 2 Moda - 1 ou 2
	Consenso elevado	[85% a 95%] - dos peritos discorda com o <i>item</i> ; Mediana - 1 ou 2 Moda - 1 ou 2
	Consenso moderado	[75% a 85%] - dos peritos discorda com o <i>item</i> ; Mediana - 1 ou 2 Moda - 1, 2 ou 3

Após a descrição dos instrumentos de coleta dos dados, da análise de dados achamos oportuno esquematizar o desenho do estudo *Delphi* pela Figura 1.

Figura 1: Esquema do desenho de estudo de *Delphi*.



RESULTADOS

As **competências cognitivas** surgiram como uma dimensão na caracterização do cuidador. Nesta, incluíram-se todos os indicadores que fossem reflexo de conhecimentos que o cuidador informal deve possuir para cuidar de um doente dependente em contexto domiciliário, isto é, saber “o quê” e “o porquê” do que faz. Para além destas, foram incluídas outras categorias por questões de organização do trabalho. As categorias desta dimensão foram as seguintes:

Conhecer a pessoa que cuida para poder cuidar em contexto domiciliário. Emergiram vários indicadores, no *corpus* de análise, a fundamentar esta opinião: conhecer hábitos do doente, conhecer os seus problemas, físicos e emocionais, as suas limitações e as suas potencialidades. A esta categoria, aglutinamos outras ideias como o saber adaptar-se ao doente e o saber promover a sua autonomia. A concordância entre os elementos do painel foi excelente, situando-se maioritariamente entre os 95% e 100% de consenso. A mediana e a moda centraram-se entre os scores “concordo” e o “concordo totalmente”. Os indicadores, *reconhecer alterações emocionais* e *adaptar-se às necessidades do doente* obtiveram consensos elevados, respetivamente com 94,7% e 94,8%.

Ter capacidade para cuidar como possuir condições de habitação e ter suporte económico parecerá fundamental à prestação de cuidados. Também estes indicadores obtiveram consensos excelentes com

mediana e moda de seis de *score*. Possuir capacidades físicas e emocionais obteve consenso excelente de 98,2%. Outros estudos revelaram que as condições económicas condicionam a prestação de cuidados^(2,4). Para além desta, a boa condição física e psicológica do cuidador são fundamentais à prestação de cuidados. Estes dados são condizentes com outros trabalhos⁽²⁻⁴⁾, pois cuidar de um doente com dependência, durante um tempo prolongado, exige uma exposição constante ao risco de adoecer⁽²⁻³⁾, principalmente se o cuidador é vulnerável e/ou assume sozinho a responsabilidade total pelos cuidados⁽³⁾.

Saber sobre as AVD que o doente necessita foi uma categoria que mereceu destaque. Para uma melhor orientação apoiamo-nos no modelo de Roper⁽¹⁰⁾. No seu conjunto, foram retiradas do *corpus* de análise nove AVDs. Destas, todas obtiveram consenso de inclusão com mediana e moda entre seis e sete de *score*. Das 12 AVD preconizadas por Roper⁽¹⁰⁾, a expressão da sexualidade, o dormir e o morrer não foram registados em quaisquer momentos. Passaremos a descrever as enumeradas.

Na AVD Respirar foram incluídos indicadores como: saber evitar aspiração de vômito e saber que o doente quando acamado pode ser acometido de infeção respiratória por estase de secreções. As concordâncias foram excelentes, situando-se entre 99,1% e os 99,2%.

Em relação à alimentação foram referidos aspectos como, o saber como selecionar os alimentos para o

doente, as suas necessidades nutricionais, saber prevenir a desidratação, saber como posicionar o doente para se alimentar, assim como saber administrar a alimentação, oralmente e/ou através de sonda. Estes registraram um nível de consenso excelente entre os 95,6% e os 100% de concordância.

Na AVD eliminação, para muitos enfermeiros parece importante que o cuidador tenha conhecimentos sobre os hábitos de eliminação do doente, pois pode ajudar a regularizar esta função e prevenir complicações, o saber a utilidade das drenagens (ex sondagem vesical) e saber reconhecer alterações à normalidade nos produtos eliminados obtiveram consensos excelentes, na ordem dos 95% e os 98%.

Manter a temperatura corporal, nomeadamente reconhecer sinais de hipertermia obteve um consenso de 100% com a mediana e a moda a situarem-se no *score* sete.

Os cuidados de higiene e conforto foram também valorizados pelos informantes deste estudo, as especificidades referidas nesta AVD foram: saber prestar cuidados de higiene ao doente no leito ou no duche, bem como saber a importância dos cuidados de higiene ao couro cabeludo, à cavidade oral, aos genitais, foram tidos em consideração por alguns enfermeiros. Os consensos foram excelentes situando-se entre os 98,3% e os 100%.

Na manutenção de um ambiente seguro incluímos todos os indicadores que o cuidador principal deve saber para se antecipar aos problemas. Saber como adquirir conhecimentos sobre as AVD, ter conhecimentos de como prevenir úlceras de decúbito, conhecer e responsabilizar-se pelo regime terapêutico, entre outras medidas consideradas preventivas obtiveram consensos elevados situando-se nos 79,3% e os 94,5%.

Saber comunicar, quer com o doente, quer com os profissionais, reconhecendo a comunicação não verbal, sabendo ouvir e dando informações claras sobre o doente obtiveram concordância excelente na ordem dos 99,2%.

Em relação à mobilidade foi referida por muitos enfermeiros como uma AVD importante a saber, para a prevenção de complicações no doente dependente. A concordância do painel de peritos situou-se nos 100%.

Dos 125 respondentes ao inquérito no 1º *round*, apenas um enfermeiro referiu que o cuidador deveria ter conhecimentos de como proporcionar momentos de lazer ao doente. Apesar de ser só um enfermeiro a

referir este fato achamos importante também incluir este item no 2º *round*, tendo-se vindo a obter em relação a ele uma concordância de 100%.

De uma forma geral as competências atribuídas ao cuidador corroboram os dados de outros trabalhos⁽²⁻³⁾ na medida em que os cuidados com a alimentação, eliminação, os cuidados de higiene, a mobilidade entre outros são cuidados visíveis e essenciais à manutenção da vida⁽²⁾.

Conhecimentos sobre os recursos disponíveis foi outra categoria que emergiu do *corpus* de análise na dimensão das competências cognitivas. Muitos peritos apontam como importante o cuidador saber os recursos de saúde que a comunidade possui e a que pode recorrer em caso de necessidade. O conhecer o médico assistente do doente e o conhecer os recursos da comunidade obtiveram consensos na ordem dos 99%. O enfermeiro, enquanto elo de ligação entre os cuidados familiares e cuidados de saúde, deve estar sensibilizado para este pormenor e saber fazer o encaminhamento necessário para os recursos da comunidade⁽⁴⁾.

Conhecimentos sobre a doença que afeta o doente, salientando-se como indicadores, o saber o diagnóstico e o prognóstico, visto que, no seu entender, sabem quais as limitações do doente, podendo preparar-se, enquanto cuidadores, para o futuro, podendo melhorar a sua performance e ajudar melhor o doente na fase terminal e a ter uma morte com dignidade. Nesta categoria o consenso foi excelente situando-se a mediana e a moda entre os *scores* seis e sete.

A motivação para o papel de cuidador e o gostar de ajudar os outros. Esta categoria emergiu do discurso da maioria dos enfermeiros e obteve uma concordância de 100% no segundo *round*. Verificamos que os indicadores, ser imaginativo, querer ser cuidador principal ao cuidar, deve ser pai, mãe, irmão e amigo, o assumir competências do doente progressivamente de forma a promover a adaptação do doente obtiveram concordância elevada entre os 85% e os 95%. A moda e mediana ocuparam o *score* seis.

Como o descrito noutros estudos, embora seja fundamental a motivação do próprio para a prestação de cuidados, o sentir reconhecimento, por parte dos outros familiares, pelo serviço que presta é também um fator bastante positivo para a continuidade de cuidados ao doente dependente⁽²⁻³⁾.

Capacidade para cuidar foi outra categoria que emergiu nesta dimensão. Foram incluídas na dimensão das competências cognitivas por nos parecerem que estes aspectos pertencem ao domínio cognitivo do ser humano. Assim o saber-fazer a gestão dos pormenores do dia-a-dia, o saber expressar as emoções foram indicadores de competências emocionais referidas. Todas estas obtiveram uma concordância excelente, acima dos 95%. Para além de ter de cuidar do doente dependente muitos cuidadores assumem, cumulativamente, tarefas domésticas e outros afazeres⁽²⁻³⁾.

Na dimensão das **competências psicomotoras** incluímos todos os indicadores que sugerissem o que o cuidador principal deve saber-fazer e que habilidades devem possuir para cuidar um doente dependente em contexto domiciliário.

Saber-fazer as AVDs que o doente necessita. Das 12 AVDs preconizadas por Roper⁽¹⁰⁾ foram 10 as mencionadas.

A respiração é essencial à vida e à realização das outras AVDs. Nesta AVD foram tidas em consideração as ações promotoras da função da respiração. Foi referido que o cuidador principal deveria saber manusear aparelhos de suporte a esta AVD, como de oxigenioterapia, de aerossóis, bem como saber-fazer o reconhecimento de situações de falência respiratória pela coloração da pele do doente e pelos ruídos respiratórios. O nível de concordância foi elevado por obter consenso de 94%.

Na AVD comer e beber houve necessidade de elencar alguns cuidados que o cuidador deve saber fazer. Assim, saber os alimentos que pode fornecer ao doente, saber confeccionar os alimentos de acordo com a patologia e com o doente e saber administrar os alimentos, quer oralmente, quer através de sonda nasogástrica, foram alguns indicadores que emergiram. Para além destes cuidados, foi-lhe também atribuído, como competência psicomotora, o saber fazer a manutenção da sonda nasogástrica caso o doente tenha de ser alimentado por gavagem. Os consensos classificaram-se excelentes pois situaram-se acima dos 98,3% com a mediana e moda entre o *score* seis e sete.

Todos os indicadores referentes aos cuidados a serem prestados no que concerne com o trânsito intestinal e com a drenagem vesical foram agregados à AVD eliminar. Assim, o saber avaliar alterações nos

produtos eliminados, o saber fazer a manutenção de drenos e sacos de drenagem, o saber fazer a troca de sacos e respectivos tratamentos nas situações de urostomia e colostomia foram indicadores considerados. Todos os indicadores desta AVD, eliminar, tiveram aceitação excelente por parte do painel de peritos, oscilando as concordâncias entre 97,5% e os 99,2%.

O saber avaliar a temperatura corporal pareceu importante para alguns elementos do painel de peritos. Este indicador obteve um nível excelente de concordância 98,3%. A mediana e a moda posicionaram-se no *score* seis.

Manter ambiente seguro/prevenir complicações foi a AVD em que foram incluídas todas as ações que o cuidador principal deve saber-fazer para promover o bem-estar do doente e que se antecipem aos problemas. Estimular a função cognitiva e as capacidades físicas do doente, promover a sua autonomia, saber-fazer a supervisão e gestão da terapêutica, prevenir quedas, obtiveram um nível de concordância elevado de 94%. Também outras pesquisas enaltecem a promoção de um ambiente seguro e os cuidados antecipatórios como forma de prevenir eventuais danos no doente e garantir dessa forma uma melhor qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Apenas um enfermeiro, de todos os questionados, referiu, na 1ª etapa de *Delphi*, ser necessário o cuidador saber-fazer pensos simples ao doente em situação de necessidade. Na 2ª etapa do *Delphi*, esta ideia, traduzida num indicador, não obteve consenso suficiente para ter aceite como uma competência do cuidador principal. Apesar da mediana e moda se terem situado no *score* seis (concordo), a percentagem de elementos do painel, 73,2%, rejeitou a possibilidade do indicador ser incluído no grupo de competências.

A AVD higiene pessoal e vestir foi registrada, por quase todos os enfermeiros, como essencial o cuidador saber-fazer a fim de promover o conforto e bem-estar ao doente. Quando o doente é uma pessoa com grau de dependência elevada e/ou não pode fazer levantes é necessário saber prestar cuidados de higiene ao doente no leito, saber fazer a cama (trocar a roupa) e saber vestir e despir o doente. Estes indicadores obtiveram consensos excelentes de 96,5%. Apenas um enfermeiro fez referência à higienização das mãos do próprio cuidador com uma concordância de 99,1%.

Estar atento às expressões faciais do doente ou saber traduzir a comunicação verbal e não-verbal do

doente foram formas de saber comunicar com o doente, referidas como fundamentais para uma comunicação eficaz entre as partes envolvidas. Esta AVD obteve a concordância excelente de 99,1%.

Saber mobilizar e posicionar o doente parece ser fundamental para o cuidador prestar cuidados ao doente dependente, já que foi uma AVD, referida pela maioria dos inquiridos, contribuindo para o bem-estar do indivíduo. Do *corpus* da análise emergiram indicadores como saber posicionar o doente, saber transferir o doente, ajudar a caminhar e fazer exercícios. O nível de concordância situou-se nos 99% nesta AVD com a moda e mediana de sete de *score*.

Um dos modos de expressão da sexualidade é demonstrada pela forma como nos vestimos e arranjamos. Cada pessoa tem o seu modo, muito particular, de arranjo pessoal, que o caracteriza, para além de outros elementos. Esta AVD foi referida, apenas, por um enfermeiro do painel de peritos. Na 2ª etapa do *Delphi*, obteve-se um nível excelente de concordância, 95,7.

Saber ocupar o tempo do doente, proporcionando-lhe alguns momentos de lazer, foi uma atividade importante que o cuidador deve saber-fazer para poder proporcionar ao doente dependente momentos de relaxamento e distração. Esta AVD obteve um nível excelente de concordância, 99,1%.

Também outro estudo destaca como essenciais os cuidados diretos com a deambulação, o deslocamento, o auxílio no banho, o vestir e despir, a alimentação, entre outras⁽³⁾. A promoção de uma comunicação eficaz, a expressão da sexualidade ou o facultar momentos de lazer ao doente, embora sejam cuidados não visíveis, foram bastante valorizados pelo nosso painel de informantes como sendo de extrema importância para o bem-estar e qualidade de vida do doente.

Habilidades autodefensivas. Nesta categoria, foram incluídos todos os saber-fazer relacionados com a gestão do stress do cuidador. Foram abrangidos neste grupo, por motivos de organização de dados, as habilidades que os enfermeiros julgam que o cuidador deve conseguir saber-fazer e que não tinham lugar na categoria anterior. Todos os indicadores de habilidades autodefensivas foram aceites como competências que o cuidador principal deve possuir para cuidar de um doente dependente em contexto domiciliário. A mediana e a moda situaram-se no *score* 6. Assim, assumir o controlo

geral em situação de dependência e/ou inimizabilidade foi um indicador que foi sugerido pelo grupo de juizes. Estes referem que deve ser competência do cuidador principal assumir todas as situações do dia-a-dia, quando o doente perde competência para fazer por si só tais atividades. Este indicador teve uma concordância com nível elevado de 94,8%; o indicador ter a capacidade de cuidar obteve a concordância mais baixa deste grupo de 87,1%.

Competências relacionais foi outra dimensão que os enfermeiros tiveram em conta neste estudo.

O respeito emergiu, como uma categoria, desta dimensão. Os cuidadores devem, através de um olhar moral sobre a pessoa doente, aceitar o doente como é, aceitar os seus valores, aceitar as suas crenças, aceitar os seus hábitos e sentimentos; devem considerar a sua privacidade e cuidar o doente com dignidade. O cuidador deve incentivar as tarefas que o doente ainda pode fazer e ser honesto em relação as suas atitudes. Nesta categoria, obtivemos consensos excelentes de 96% a 100%.

A comunicação foi a outra categoria da dimensão relacional. O painel de peritos reconheceram quão importante é, para o doente dependente, o cuidador saber comunicar eficazmente. Nesta dimensão, pretende-se que a comunicação seja entendida como forma de relação de ajuda⁽¹¹⁾ que o cuidador deve possuir ou cultivar. Em primeiro plano, foram contempladas formas de comunicação não-verbal, como: o toque, o olhar o doente e a escuta. Em segundo plano, surgem as formas de comunicação verbal e através dela a demonstração de interesse e afeto pelo doente. Todos os indicadores nesta dimensão obtiveram um nível excelente de concordância de 95% a 100%, para serem incluídos na listagem de competências do cuidador principal.

Reflexão sobre os dados

Neste estudo, os participantes realçaram as competências/aptidões cognitivas, psicomotoras e relacionais, como fundamentais para o cuidador principal poder cuidar um doente dependente, em segurança, em contexto domiciliário. Com efeito, o conhecimento de si, das suas capacidades e das suas limitações são reconhecidas como fundamentais para um cuidador prestar assistência ao doente. Cuidar de alguém, 24 sobre 24 horas, requer por parte de quem cuida,

condições físicas e emocionais (sobretudo se não tiver durante todo o tempo o apoio de um profissional) para além de possuir condições ambientais favoráveis à prestação de cuidados.

No entanto estas podem ser influenciadas pela idade e estado de saúde do cuidador, pelo grau de dependência do doente, o tempo de prestação de cuidados e as condições financeiras, ambientais e de apoio, entre outros fatores, como é enaltecido noutras pesquisas^(2-4,12-14). A motivação e a disponibilidade do cuidador principal, são os ingredientes fundamentais para se poder cuidar de alguém, que por seus próprios meios, não tem capacidade para tal. Em todas as situações da vida do ser humano, a motivação é o motor da vida. Esta é sustentada pelas competências/aptidões relacionais, isto é, pelo respeito em relação ao outro e pela forma de comunicar⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A iniciação aos cuidados ocorre pelo interesse do cuidador em querer cuidar o doente por razões morais, religiosas, de solidariedade, carinho, altruísmo ou amizade^(2,15).

As AVDs, quer no domínio das competências cognitivas, quer no domínio das competências psicomotoras, foram categorias que se apresentaram sobreponíveis e com maior relevo para os informantes. Em todos os relatos uma ou outra AVD era mencionada obtendo níveis de concordância excelente. Como já foi referido anteriormente e de acordo com vários estudos^(2-4,11-15) estas são fundamentais na manutenção de vida. Assim, tarefas como alimentar, mobilizar, a higiene corporal, os cuidados preventivos entre outras, são tarefas visíveis e associadas aos cuidados físicos, daí ganharem uma maior expressão, na prestação de cuidados pelo cuidador. Elas estão na origem de todos os hábitos de cuidar. Aquando a análise fatorial as AVDs, quer nas competências cognitivas quer nas psicomotoras apresentaram uma forte associação estatística entre os indicadores que as compõe. Todas as AVDs são essenciais para o processo de vida⁽¹⁰⁾.

Estimular a função cognitiva e as capacidades físicas do doente, promover a autonomia do doente, embora menos pronunciadas nos relatos dos informantes, adquiriram importância com um significado preventivo, para as competências no domínio psicomotor de forma a proporcionar um ambiente seguro.

Todos os indicadores obtiveram uma forte consistência interna (*alfa* de *Cronbach* maior que 0,9).

Pareceu-nos bastante claro, neste estudo, que a competência do cuidador só é evidente na ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pergunta de investigação: quais as competências que o cuidador principal deve possuir para cuidar um doente dependente em contexto domiciliário? Fomos constatando, durante o estudo, a indispensável e urgente necessidade de criação de planos de intervenção de ensino e orientação junto dos cuidadores principais. Verificamos que as competências relacionais, cognitivas e psicomotoras são necessárias à prestação de cuidados podendo ser providas de planos de ensino, orientação e formação desses cuidados, tendo em conta um adequado levantamento das necessidades dos cuidadores informais e dos doentes a serem cuidados. Todavia, outros elementos como o ter condições físicas, emocionais e de suporte são fundamentais como contributos indispensáveis, para que a continuidade e manutenção do doente seja efetivada com qualidade no domicílio.

A motivação é o “motor de arranque para todo este processo”, sendo necessário o cuidador ter vontade em cuidar (querer ser cuidador). Todas as dimensões da competência, traduzidas pelos seus indicadores, podem ser adquiridas à medida que o cuidador sente necessidade delas. As competências cognitivas, psicomotoras e relacionais estão interrelacionadas entre si podendo ser potenciadoras umas das outras, quer numa perspectiva positiva, quer numa perspectiva negativa.

Os enfermeiros participantes neste estudo, salientaram como premente dificuldade, o desconhecimento em cuidar. O domicílio é o local privilegiado para a continuidade de cuidados, desde os cuidados gerais até aos específicos, a ter com o doente, devendo ser ensinados e adaptados ao contexto do ambiente domiciliário. Assim, para além do indivíduo doente, os enfermeiros devem estar atentos às necessidades da família/cuidador principal. Devem planejar ensinamentos de acordo com as carências e características sócio culturais do cuidador/doente e serem ensinadas as AVD, que o doente necessita de como as realizar.

Os enfermeiros devem ainda capacitar o cuidador, com informações sobre a doença e sua evolução, sobre os recursos da comunidade e outros recursos a que

poderão recorrer a fim de lhe facilitar as tarefas do dia-a-dia com o doente. Conhecer os riscos que corre ao prestar cuidados e saber a importância de como se defender, contribui para a prevenção de potenciais problemas na sua saúde e bem-estar. Descanso regular do cuidador pode firmar a melhoria da sua qualidade de vida e, conseqüentemente, da qualidade de vida do doente dependente.

Julgamos ter todo o interesse, para a prática de cuidados, que exista uma listagem de competências que o cuidador principal deve possuir, para poder cuidar do doente dependente em contexto domiciliário, com qualidade e segurança, que orientará o enfermeiro para a necessidade de intervir, nesta ou naquela área, ou então ajudará no encaminhamento do indivíduo. Através dela podem ser avaliados os cuidados no domicílio, diferentes dos cuidados em regime hospitalar.

Compreendemos que não são só os aspectos do conhecimento teórico e instrumental, envolvidos na prática de cuidados, que deverão constituir preocupação dos enfermeiros na formação/informação a realizar com os cuidadores principais, pois também deverão incluir a noção de competência relacional como fundamental na relação humana, devendo, esta, estar presente nos cuidados ao doente dependente.

No contexto dos cuidados informais, o conceito de competência nos cuidados prestados é dinâmico, pois encontra-se num processo de interrelação, através do qual se deve englobar o que é que o cuidador principal compreende por atender às necessidades e bem-estar do doente. Estes conceitos contêm uma carga subjetiva e dinâmica.

Entendemos que a competência na prestação de cuidados se verifica pela expressão da capacidade de um cuidador principal ao cuidar de um doente com dependência, colocando em ação conhecimentos e mobilizando meios necessários no ato de cuidar, fundamentalmente, respondendo de forma adequada e satisfatória às necessidades dos indivíduos com uma participação consciente e crítica.

Ser competente num contexto de cuidados domiciliários, significa ter motivação e disponibilidade para o Outro, indo de encontro as suas necessidades e fazer como ele faria se para isso tivesse força suficiente e conhecimentos necessários.

Há o reconhecimento de uma complexidade e multiplicidade de fatores (inerentes e extrínsecos ao cuidador, ligados ao doente, ao ambiente, entre outros) que reclamam por ensino/informação, acompanhamento e apoio. Assim, a aprendizagem do cuidador surge como uma imperativa aquisição de competências cognitivas e de competências psicomotoras para cuidar no domicílio.

Para se ser cuidador principal com competência, para além de **querer, de saber e poder ser cuidador principal** é necessário possuir características pessoais: habilidades, sensibilidade e criar empatia com o doente, respeitando-o e sabendo como comunicar com ele. Estas são características pessoais que a pessoa vai adquirindo com a sua vivência pessoal, familiar e social.

Os cuidados centrados na família são hoje um desafio para os enfermeiros, que de forma satisfatória deverão corresponder aos problemas dos indivíduos doentes e dos seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Leuschner A. Política de saúde na área do envelhecimento e da demência. In: Caldas A, Mendonça A, editors. A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2005. p. 237-50.
2. Nogueira A. Competências do cuidador principal: perspectivas dos enfermeiros comunitários. Porto: Universidade Portucalense - Infante D. Henrique; 2008.
3. Pimenta GMF, Costa MASM, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2012 dec 31];43(3):609-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300016>.
4. Hoga LAK. Illness care at home or in health institutions: the decision process in a low income community. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2008 [cited 2012 dec 31];16(1):115-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100018>.
5. Montezuma CA, Freitas MC, Monteiro ARM. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [cited 2012 dec 31];10(2):395-404. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>.
6. Giovinazzo RA. Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet – Vantagens e Ressalvas. Revista Administração on line FECAP [Internet]. 2001 [cited 2012 dec 31];2(2). Available from: http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm.
7. Witt R. Competencias de la enfermera para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública. Rev Panam Enferm. 2005;3(2):101-7.
8. Sousa P. O sistema de partilha de informação em enfermagem entre contextos de cuidados de saúde, um modelo explicativo. Coimbra: Formasau; 2006.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
10. Roper N, Logan W, Tierney A. O modelo de enfermagem de Roper – Logan- Tierney. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
11. Azeredo Z. O idoso como um todo. Víseu: Psicossoma; 2011.
12. Dias F. Construção e validação de um inventário de competências contributos para a definição de um perfil de competências de enfermeiro com o grau de licenciado [thesis]. Loures: Lusociência; 2006.

13. Jullamate P, Azeredo Z, Paúl C, Subgranon R. Informal stroke rehabilitation: what do Thai caregivers perform? *Int J Rehabil Res.* 2006;29(4):309-14.
14. Jullamate P, de Azeredo Z, Paúl C, Subgranon R. Thai stroke patient caregivers: who they are and what they need. *Cerebrovasc Dis.* 2006;21(1-2):128-33.
15. Nogueira A. A doença e dependência na família. In: Moura C, editor. *Processos e estratégias do envelhecimento.* Porto: Euedito; 2012. p. 165-3.

Artigo recebido em 14/02/2011.

Aprovado para publicação em 11/06/2012.

Artigo publicado em 31/12/2012.