



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O processo de aprendizagem do cuidador informal do doente queimado

Implicações educativas no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados

Dissertação de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção
Comunitária

Mónica Alexandra Trindade Gomes

2014



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O processo de aprendizagem do cuidador informal do doente queimado

Implicações educativas no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados

Dissertação de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob a orientação da Professora Doutora Albertina Lima de Oliveira

Mónica Alexandra Trindade Gomes

2014

Agradecimentos

À minha Orientadora, Professora Doutora Albertina Oliveira, pelos conhecimentos partilhados, pelo apoio e incentivo ao longo de todo o trabalho, assim como pela disponibilidade e amizade;

A todos os Doentes Queimados que cuidei ao longo destes últimos anos, pela luta e determinação, por me ensinarem tanto, sem nunca o imaginarem...afinal, foram a minha inspiração neste trabalho e é para eles que espero conseguir algum contributo;

Aos Familiares Cuidadores dos Doentes Queimados pela disponibilidade, pelo exemplo e por me ajudarem a tornar possível a realização deste trabalho;

Aos Professores e aos meus colegas de Mestrado, em especial à Vera Estrela e à Paula Bugalho pela amizade e companheirismo;

Ao Filipe, pelo incentivo e apoios incondicionais, tão importantes para conseguir atingir os meus objetivos, pelo amor e carinho, por estar tantas vezes “duplamente” presente na vida dos nossos filhos;

Aos meus Pais, pela educação e pelo amor, e sobretudo, por estarem sempre presentes na minha vida e na dos meus filhos;

Ao David e ao Afonso (que ainda viveu esta aventura in útero), que nunca deixaram de sorrir e de me abraçar, apesar das ausências físicas... sem eles nada disto fazia sentido!

Resumo

As lesões por queimadura constituem um dos traumas mais severos que o ser humano pode experienciar, com grande impacto biopsicossocial, deixando na maior parte das vezes marcas físicas e psicológicas com as quais a pessoa terá que aprender a lidar até ao fim da sua vida.

Encarada como um acontecimento súbito e inesperado, a queimadura vai desencadear alterações significativas na estrutura e dinâmicas familiares. Após a alta hospitalar, a família, uma referência na prestação dos cuidados informais, confronta-se com a necessidade de um dos seus elementos assumir o papel de cuidador, que terá que realizar novas aprendizagens assim como a aquisição de competências para bem cuidar do seu familiar no domicílio.

Com a realização deste estudo, é nosso propósito principal compreender como se desenvolve o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado relativamente aos cuidados a prestar no domicílio, no sentido de se poder enriquecer e melhorar este processo, encarando o cuidador como um adulto aprendente com uma vasta panóplia de experiências vivenciadas. Pretendemos, ainda, que o presente estudo constitua uma ferramenta útil em Enfermagem, no que concerne à preparação para a alta e à garantia da continuidade dos cuidados do doente queimado no domicílio.

Para tal, suportámo-nos numa metodologia de base qualitativa, selecionando como técnica de recolha de dados a entrevista semiestruturada, que aplicámos a dez familiares cuidadores do doente queimado (com episódio de internamento na Unidade Funcional de Queimados), que frequentam a Consulta Externa de Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Os principais resultados, decorrentes da análise do discurso dos entrevistados, evidenciam as experiências prévias como um recurso fulcral no processo de aprendizagem destes cuidadores, o que corrobora os princípios que sustentam a andragogia. Verificámos ainda, que os cuidadores do doente queimado orientam as suas aprendizagens no sentido da resolução dos seus problemas que decorrem da assunção de um novo papel, o de cuidador principal do seu familiar queimado.

Os entrevistados consolidaram o papel da observação direta e da demonstração prática em contexto hospitalar como os métodos de ensino que lhes permitem aprender a cuidar melhor do seu familiar queimado no domicílio.

É fulcral que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros da Unidade Funcional de Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, incluam a família o mais precocemente possível no processo de preparação para a alta do doente queimado, tendo como referência o elemento que irá assumir o papel de cuidador no domicílio.

Palavras-chave: Educação e formação de adultos; Processo de aprendizagem; Queimadura; Cuidador informal; Família.

Abstract

Burn injuries are among the most severe traumas that humans may experience, with a great biopsychosocial impact, leaving most of the times physical and psychological marks which one must have to learn to deal with until the end of its life.

Seen as a sudden and unexpected event, the burn will trigger significant changes in the structure and family dynamics. After discharge from hospital, the family, a reference in the provision of informal care, is faced with the need for one of its elements to assume the role of caregiver, who must undertake new learning's as well as acquire skills regarding taking good care of their relative at home.

With this study, our main purpose is to understand how the learning process of the burn patient relative caregiver regarding the care at home develops, in the sense of being able to enrich and improve this process, facing the caregiver as an adult learner with a wide range of experiences. We also aim that this study can become a useful tool in Nursing, regarding the preparation for discharge and ensuring the continuity of care of the burn patient at home.

For this purpose, we carried out a qualitative study, based on semi-structured interviews, that we have applied to ten relatives caregivers of the burned patient (with inpatient episodes in the Burned Functional Unit), that attended the External Consultation for Burned in Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

The main results arising from the interviews analyses, show that experience is a key resource in the learning process of these caregivers, which corroborates the principles underlying andragogy. Also noticed that the burn patient caregivers guide their learning towards the resolution of their problems arising from the development of a new role, the primary caregiver of her family burned.

Respondents consolidated the role of direct observation and practical demonstration in the hospital setting as teaching methods that allow them to learn to take better care of patient at home.

It is crucial that health professionals, particularly nurses of the Burned Functional Unit in Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, include the family as early as possible

in the preparation process for the high burn patients, with reference to the element that will take the main role of caregiver in the home.

Keywords: Adult Education and Training; Learning process; Burn; Informal caregiver; Family.

Se quiseres um ano de prosperidade, semeia cereais.

Se quiseres dez anos de prosperidade, planta árvores.

Se quiseres cem anos de prosperidade, educa os homens”.

Provérbio chinês: Guanzi (c.645 a.C.)

Índice

Resumo.....	4
Abstract.....	6
Introdução.....	14

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – O DOENTE, A FAMÍLIA E A QUEIMADURA.....	19
1 – A queimadura.....	19
1.1 - Impacto da queimadura no doente e na família	22
2 - A família como entidade cuidadora	27
2.1 - Cuidar do doente queimado	32
3 - Transição para o papel de cuidador	35
3.1 - O planeamento da alta e a continuidade dos cuidados	36
CAPÍTULO 2 – EDUCAÇÃO, APRENDIZAGEM E EXPERIÊNCIA.....	38
1 - Educação e formação de adultos.....	38
1.1 - Clarificação do conceito	38
1.2 - Emergência de um campo educativo.....	40
1.2.1 - Da educação permanente à aprendizagem ao longo da vida.....	44
2 - A aprendizagem na idade adulta	47
2.1 - Educação e aprendizagem	48
2.2 - Andragogia	51
3 - Aprendizagem experiencial.....	58
3.1 - Modelo de aprendizagem experiencial de Kolb.....	60
4 – A educação/formação no contexto dos acontecimentos críticos.....	63

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO	67
1 – Objeto de investigação	67
1.1 – Problemática e objetivos da investigação	68
1.2 - Questões de investigação.....	70
2 – Metodologia.....	71
2.1 – Tipo de estudo.....	71
2.2 – Participantes.....	72
2.2.1 – Caracterização dos participantes.....	73

2.3 – Processo de recolha de dados	74
2.3.1 – Procedimento.....	74
2.3.2 – Entrevistas semiestruturadas	76
2.4 – Análise de conteúdo das entrevistas	79
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	81
1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	81
2 – Apresentação dos resultados.....	83
2.1 – Processo de aprendizagem	84
2.1.1 – Momentos significativos de aprendizagem	84
2.1.2 – Aprendizagens realizadas.....	86
2.1.3 – Agentes facilitadores da aprendizagem.....	87
2.1.4 – Obstáculos inerentes ao processo de aprendizagem	90
2.2 - Assunção do papel de cuidador principal	92
2.2.1 – Motivação para o papel de cuidador	92
2.2.2 – Transição para o papel de cuidador	94
2.2.3 – Impacto na vida quotidiana do cuidador	95
2.2.4 – Adequação do processo de preparação do cuidador	96
2.3 – Dificuldades no cuidado ao doente queimado.....	99
2.3.1 – Tipo de dificuldades.....	99
2.3.2 – Fontes de apoio no exercício do papel de cuidador	100
3 – Discussão dos resultados	102
Conclusão	112
Bibliografia.....	116

Anexos:

ANEXO A: Autorização do Conselho de Administração do CHUC para a realização do estudo

ANEXO B: Cronograma

ANEXO C: Guião da entrevista

ANEXO D: Autorização dos participantes

ANEXO E: Matriz da análise de conteúdo das entrevistas

Índice de Figuras

Figura 1: Ciclo de Kolb.....	61
------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos participantes.....	74
Tabela 2: Duração das entrevistas.....	78
Tabela 3: Estrutura da matriz da análise de conteúdo das entrevistas.....	83

Lista de siglas

AVD	Atividades de vida diárias
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário da Universidade de Coimbra
WHO	World Health Organization
UFQ	Unidade Funcional de Queimados
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

INTRODUÇÃO

Introdução

A lesão por queimadura é um dos traumas mais severos que uma pessoa pode suportar, sendo o problema de saúde com mais e maiores efeitos a longo-prazo, com impacto biopsicossocial severo, que se inicia no momento da lesão e estende-se por toda a vida da pessoa (Van Loey e Van Son, 2003).

As queimaduras são, a nível internacional, um problema grave de saúde pública. Apesar dos crescentes progressos obtidos ultimamente no tratamento do grande queimado, são ainda consideráveis as taxas de mortalidade e morbidade. A importância da prevenção destes acidentes decorre não só da frequência com que ocorrem, mas principalmente da capacidade em provocarem sequelas funcionais, estéticas e psicológicas, alterando inevitavelmente a qualidade de vida do indivíduo vítima de queimadura e da sua família (Crisóstomo, Serra e Gomes, 2004).

A família assume-se como o principal prestador informal de cuidados, função perpetuada ao longo da história e das gerações.

Pinto et al. (2008) referem que a família, como sistema em mudança, está sujeita à doença num dos seus membros, o que afeta o equilíbrio familiar e obriga a movimentos de reorganização.

Cuidar não é uma tarefa fácil, impõe uma mudança radical na vida de quem cuida, exigindo a execução de tarefas complexas, delicadas e sofredoras. Cuidar significa dedicar longos períodos de tempo ao paciente, acumulado ao desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional e exposição a riscos mentais e físicos (Rainbow et al., 2004).

A queimadura é um acontecimento súbito e inesperado, causador de angústia, ansiedade, medos e dúvidas sobre o tratamento, a reabilitação e a integração sociofamiliar, tanto no doente como na família. Constitui uma situação de crise para a família que se confronta com uma necessidade de reestruturação que permita encontrar novas funcionalidades no sistema familiar, no sentido de proporcionar os cuidados essenciais ao familiar vítima de queimadura.

A alta do doente queimado para o domicílio pressupõe uma melhoria na sua situação clínica, pelo que este já não necessita de cuidados diferenciados em contexto hospitalar.

É uma etapa do processo de cuidados que implica uma transição gradual e sustentada dos cuidados formais prestados em ambiente hospitalar para os cuidados informais a serem prestados normalmente por um familiar, o que implica o desenvolvimento do papel de cuidador.

O planeamento da alta, um processo contínuo decorrente do momento da alta hospitalar, deve ser iniciado no momento da admissão hospitalar e envolver o doente, a família e a equipa de saúde.

O enfermeiro desempenha um papel preponderante neste processo ao ajudar o doente na sua recuperação e ao facilitar, ao seu familiar, a aquisição de competências para o papel de cuidador. No seio da equipa multidisciplinar é o profissional mais habilitado para realizar a orientação da família e do doente, seja pelo facto de estar mais presente durante os cuidados ou pelo carácter holístico da enfermagem, surgindo, assim, uma oportunidade de desenvolver a sua função de educador, estabelecendo uma relação de confiança, pedagógica e de cooperação mútua.

Neste sentido, todos os cuidadores requerem informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer as suas necessidades (Andrade, 2009).

Encarando o prestador de cuidados do doente queimado como um educando adulto em interação com situações geradoras de saberes, podemos inferir que “a aprendizagem se faz através da experiência e da descoberta, as competências a desenvolver são percebidas como meios para atingir um objetivo significativo para o aprendente, objetivo esse ligado à vida deste” (Landry, 1991, cit. por Meneses, 2007).

Neste âmbito, faz todo o sentido o pensamento de Josso (2002), de que as experiências formadoras são tanto as que alimentam a autoconfiança como as que alimentam o pôr-se em causa, as dúvidas e os erros.

Knowles (1980), um dos mais conceituados teóricos da Educação de Adultos, afirma que uma pessoa se torna adulta, quando se percebe a si mesma como autodirigida. Neste sentido, todas as atividades educativas com adultos devem constituir um processo facilitador para a clarificação das necessidades de descoberta e potenciação dos motivos para aprender e de autodireção dessa aprendizagem, ou seja, um crescente processo de autonomia pessoal.

Neste sentido, consideramos que o enfermeiro deverá adotar o papel de facilitador das aprendizagens do familiar do doente queimado, ou seja assumir-se, aquele que “ajuda os outros a aprender, quer a ação decorra num contexto educativo formal, quer em ambientes informais (...) estando as suas ações específicas na dependência do contexto onde ele decorre” (Boud, 1988, cit. por Oliveira, 2004, p.528).

O enfermeiro deverá encarar o familiar do doente queimado na sua globalidade, considerando tanto os aspetos cognitivos como as suas atitudes, valores e emoções, assim como criar um ambiente propício à exploração e reconhecimento das suas necessidades de aprendizagem.

A queimadura desencadeia um conjunto de alterações no seio familiar, modificando a dinâmica e estrutura familiares. Neste sentido, e de acordo com Oliveira (2005), as emoções e os sentimentos podem constituir-se em obstáculos à aprendizagem, pelo que se torna imperativo que o enfermeiro crie oportunidades para os familiares verbalizarem os seus medos e receios, as suas dúvidas e preocupações de forma a adquirirem saberes e competências que lhe permitam cuidar do seu familiar queimado no domicílio.

Nem sempre os indivíduos têm consciência das aprendizagens adquiridas, atendendo ao carácter informal das situações e contextos onde se desenrolam essas mesmas aprendizagens, e ao carácter não-intencional das mesmas. A tomada de consciência dessas aprendizagens pode acontecer quanto existe a necessidade de mobilização de conhecimento, com vista à resolução de problemas (Meneses, 2007).

Ao longo da nossa prática profissional constatámos que a família assume, na maior parte dos casos, o papel de cuidador do doente queimado no domicílio. A par das alterações físicas e psicológicas decorrentes deste processo, temos verificado a insegurança, o medo, as preocupações e as dúvidas que acometem o cuidador. Assistimos ainda a um processo de planeamento da alta que nem sempre envolve o cuidador/família, assim como a identificação das suas necessidades de formação.

Consideramos ser fundamental desenvolver um projeto de investigação centrado na preparação do prestador de cuidados, que evidencie as necessidades vivenciadas ao longo do processo de transição e que integre a família no plano de cuidados.

Neste sentido, e preocupada com a qualidade de vida dos doentes queimados e dos seus cuidadores, tornou-se nosso propósito compreender o processo de aprendizagem do

cuidador familiar do doente queimado para o cuidar no domicílio e identificar as suas necessidades de aprendizagem, no pressuposto de que, só assim é possível planear e estabelecer intervenções de Enfermagem de carácter educativo adequadas ao contexto real do cuidado informal ao doente queimado.

Esta investigação está estruturada em duas partes fundamentais: na primeira é feita uma revisão bibliográfica que permite a fundamentação concetual e teórica da nossa pesquisa; na segunda abordaremos a metodologia utilizada, descrevendo o processo de investigação, bem como os resultados obtidos e respetiva discussão. Finalizamos com conclusões e sugestões decorrentes da nossa investigação.

Considerámos pertinente a realização desta investigação, não só pelo conhecimento teórico, mas essencialmente pela relevância que assume na prática de Enfermagem e no contexto da educação de adultos, permitindo uma intervenção profissional mais esclarecida e competente, que fomente a participação da família no planeamento da alta do doente queimado, visando deste modo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados assim como a sua continuidade.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 – O doente, a família e a queimadura

O cuidar, aliado à doença, sempre foi um dever e uma necessidade da família, fazendo parte das suas obrigações. O aparecimento no seio familiar de alguém que precisa de ajuda para a satisfação de necessidades prementes implica sempre alterações substanciais na família.

A queimadura, um acontecimento súbito e inesperado, vai desencadear alterações significativas na estrutura familiar, obrigando o familiar que assume o papel de cuidador, a realizar novas aprendizagens que lhe permitam a aquisição de competências para bem cuidar do seu familiar no domicílio, após a alta hospitalar.

O presente capítulo aborda o conceito de queimadura, assim como o impacto causado por esta experiência traumática no doente e na família, considerada por excelência uma entidade cuidadora ao longo dos tempos. É realizada ainda uma reflexão sobre os cuidados da família ao doente queimado, assim como a transição para o exercício deste novo papel, determinante na continuidade dos cuidados.

1 – A queimadura

As lesões por queimadura são, sob diversos aspetos, a pior de todas as tragédias que o ser humano pode experienciar, por várias razões, mas fundamentalmente porque deixa marcas indeléveis com as quais a pessoa terá que aprender a lidar até ao fim da vida.

Os doentes queimados apresentam alterações fisiológicas graves de âmbito multissistémico, assim como psicossociais, que constituem um enorme desafio à capacidade de toda a equipa multidisciplinar de saúde e das famílias envolvidas no tratamento e reabilitação destes doentes.

Entre os vários conceitos de queimadura, optámos por considerar aquele que o Conselho Internacional de Enfermeiras (2005, pp. 33-34) adotou, sendo que uma queimadura é:

“um tipo de ferida traumática com as seguintes características específicas: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes de exposição

a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados; provoca grande dor, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infecção da ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o doente fica muito desfigurado. Os estádios são graduados de acordo com a gravidade, desde a lesão superficial com a pele afetada e vermelha e dor na ferida devido à afeção das terminações nervosas superficiais (queimadura de 1º grau) a profunda lesão do tecido, pele vermelha ou branca com bolhas ou vesículas e dor na ferida (queimadura de 2º grau) e, finalmente, à destruição do tecido com pele castanha, branca ou preta, perda de sensação e de dor devido a lesões dos nervos (queimadura de 3º grau)''.

As queimaduras são as lesões que mais dor e sofrimento provocam, com internamentos médios muito superiores aos dos outros acidentes e com necessidade frequente de múltiplas intervenções, que podem ser cirúrgicas e de outra natureza, na sua maioria prolongadas e caras, para além das sequelas e das cicatrizes que deixam.

Martins (2001, cit. por Meneses, 2007, pp. 37-38), na mesma linha de pensamento dos autores anteriores, acresce que a lesão por queimadura pode ser considerada a doença dos 10 Mais: Mais aguda; de evolução Mais rápida; Mais dolorosa; que provoca Mais pânico; com evolução Mais imprevisível; com ação Mais destruidora; com tratamento Mais caro; com reconstrução Mais complexa; com resultado Mais incerto; com reparação em Mais tempos operatórios.

Podemos agora compreender melhor a necessidade da queimadura ser analisada e interpretada como uma lesão multidimensional. Para além da dor física, originada pela destruição de estruturas corporais, acarreta o sofrimento motivado não só pelos posteriores tratamentos e cuidados específicos, mas também pelo impacto psicológico e social negativo da queimadura. O doente e a família são sujeitos a uma situação de crise - a limitação física imposta pelas sequelas e pela dor, a alteração da imagem corporal, a dificuldade da retoma da atividade laboral e a dependência de terceiros para as atividades de vida diária, que ao prolongar-se para além do período de internamento, vai

exigir-lhes uma profunda reestruturação da vida familiar e o desenvolvimento de habilidades para enfrentar a vulnerabilidade emocional causada pela queimadura.

Deste modo, será necessário prestar cuidados personalizados, com qualidade e que vão ao encontro das necessidades dos doentes queimados e das suas famílias, face ao impacto biofisiológico, psicológico, social e económico que estas lesões provocam.

Para planear um sistema eficaz de tratamento do doente queimado, como para criar, pôr em prática e avaliar medidas preventivas é importante conhecer a epidemiologia das queimaduras. Estes dados permitem também acreditar instituições, avaliar o impacto na saúde pública, avaliar o custo-efetividade e a qualidade dos cuidados prestados (Miller et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (2012) estima que anualmente cerca de 195000 pessoas morram devido a queimaduras. Estas lesões constituem um problema de saúde pública a nível mundial, sendo que a maioria destas mortes ocorre nos países com menos recursos, mais de metade no Sudoeste da Ásia.

Os estudos sobre as queimaduras são ainda bastante dispersos, no entanto existem estudos internacionais que caracterizam e descrevem a realidade de alguns países no que concerne à incidência/prevalência das lesões por queimadura e ao seu tratamento.

Almoghrabi e Abu (2011) referem que a tipologia da queimadura difere de país para país, não estando apenas relacionada com a falta de instrução, o sobrepovoamento e a pobreza. A cultura, os hábitos sociais, as tradições, as doenças psiquiátricas e as crises epiléticas apresentam uma correlação estreita com os tipos de queimaduras. Por vezes, as queimaduras são também causadas pelas crenças e atividades religiosas, eventos sociais e festivais, práticas na medicina tradicional, atividades profissionais e guerra.

A nível nacional estes estudos são bastante reduzidos, apesar do aumento crescente dos conhecimentos nesta área e da melhoria dos tratamentos ao doente queimado.

Silva et al. (2003, cit. por Martinho, 2008) menciona um estudo realizado em Portugal, acerca de vítimas de queimaduras, que revelou que no período compreendido entre 1993 e 1999, 14797 indivíduos queimados foram admitidos em hospitais portugueses. A maioria dos indivíduos era do sexo masculino (59%), com uma média de idades de 30

anos (máximo de 102 anos e mínimo de 1 ano), sendo que as mulheres apresentaram, em todos os anos estudados, uma média de idade mais avançada que os homens.

O mesmo estudo demonstrou que de 1996 a 1999 houve um decréscimo no número de admissões, talvez como resultado da realização de ações de formação e educação para a saúde.

Para além das elevadas taxas de mortalidade, estas lesões são ainda responsáveis por elevados índices de morbilidade, incluindo hospitalizações prolongadas, alterações estéticas e incapacidade, muitas vezes com o conseqüente estigma e rejeição da sociedade.

A gravidade das queimaduras está diretamente relacionada com a superfície corporal afetada assim como a profundidade das lesões. No entanto não podemos deixar de incluir também outros fatores que podem agravar o prognóstico tais como a idade, o sexo, a etiologia, a presença de patologias associadas e a localização da queimadura (Serra et al., 2004).

Os doentes que sofrem queimaduras apresentam dor intensa e grande impacto emocional, sendo, estes, alguns dos fatores que interferem na sua recuperação. É necessário conhecer a etiologia da queimadura, pois é um fator determinante nas medidas e intervenções terapêuticas que serão adotadas, direcionando os cuidados do enfermeiro e da equipa de saúde para a melhoria do estado de saúde do doente queimado.

1.1 - Impacto da queimadura no doente e na família

A queimadura ao afetar um dos elementos da família irá provocar alterações no sistema familiar, conduzindo a uma mudança de origem accidental que na maior parte das vezes assume um caráter dramático no seio familiar.

Uma doença não se limita apenas ao órgão em questão, é a pessoa enquanto subsistema individual que está doente. A família também acaba por imergir na experiência dolorosa da doença, assim como os amigos, os vizinhos, os companheiros (Pinto, Montinho e Gonçalves, 2008).

O aparecimento da queimadura coloca em risco o equilíbrio da família. A família não é a mesma antes, durante e após a doença. A nova realidade pode torná-la numa “família doente” (Bonilla,1999, cit. por Pinto, Montinho e Gonçalves, 2008), dependendo sempre da sua estrutura anterior, do momento evolutivo da história familiar, do membro afetado pela doença, do tipo de patologia e das crenças associadas a essa doença.

Considerada a experiência mais dolorosa que o ser humano pode experienciar, sabemos ainda, pela nossa experiência e pela bibliografia consultada, que a queimadura provoca alterações na imagem corporal e na autoestima e, consoante a profundidade e extensão da mesma, pode provocar alterações mais ou menos reparáveis na identidade do Eu.

O sentimento de identidade é muito mais do que a dimensão física, embora a imagem corporal esteja na base dessa identidade. Segundo Grinberg e Grinberg (1998), os olhos, as mãos, o rosto e os genitais são as áreas mais significativas para o reconhecimento do próprio corpo e dos outros.

As queimaduras afetam vulgarmente áreas expostas (como a face e as mãos), que contribuem de modo significativo para a nossa imagem corporal e identidade. As imagens de pele carbonizada, as cicatrizes e a desfiguração são traumáticas tanto para o doente como para a família.

Na maior parte das vezes a ocorrência de uma queimadura implica uma diminuição ou mesmo uma perda da capacidade funcional tornando o doente queimado dependente na satisfação das suas necessidades básicas, além da alteração da imagem corporal e do impacto psicológico de todo o processo da queimadura. Esta experiência de perda é bastante traumática obrigando sempre a um ajustamento à nova realidade, o que vai implicar uma crise individual e familiar. Pinto, Montinho e Gonçalves (2008) referem que o luto individual que o doente queimado enfrenta também afeta a família e obriga à mudança, no que concerne às funções que cada um desempenha no seio familiar antes e após o acidente, assim como o nível das relações afetivas entre os diferentes membros. Em suma, a família tem que se reorganizar de forma a atingir um novo estágio de equilíbrio.

Bowlby (1982, p.79, cit. por Pinto, Montinho e Gonçalves, 2008, p.72) aponta quatro fases no processo de luto, após a perda de um ente querido na vida adulta: “Fase de

turpor ou aturdimiento; Fase de saudade; Fase de desorganização e desespero; Fase de maior ou menor grau de reorganização”.

Estes autores consideram que o doente queimado também passa por fases idênticas. No início não aceita a queimadura, no entanto mais tarde começa a dar conta da realidade, o que o pode conduzir a sentimentos de tristeza, choro e raiva. O doente sente saudades da sua imagem corporal anterior, no entanto com o passar do tempo vai reorganizando a sua vida de forma a viver com a perda. Quanto mais criativas e flexíveis forem as pessoas mais fácil e eficaz será este processo.

Face à alteração corporal sofrida, o doente queimado necessita do apoio de figuras vinculativas (tais como a família e amigos), o que irá ter um efeito positivo no bem-estar e na saúde, independentemente do nível de stress. Sabe-se que quanto maior for o apoio familiar e social maior será o bem-estar psicológico do indivíduo (Pinto, Montinho e Gonçalves, 2010).

Os mesmos autores reforçam que o apoio familiar é crucial na reconstrução da imagem corporal distorcida pelo acidente, tornando mais toleráveis e aceitáveis as alterações corporais, confirmando ainda a sua pertença familiar e reforçando o seu sentimento de pertença que, porventura, possa ter sido abalado pelo acidente.

Verificamos, ao longo dos vários anos na prestação de cuidados ao doente queimado, que as famílias vivenciam momentos de pânico, culpabilização, medo e incertezas, no entanto procuram sempre redefinir novos papéis e adaptar-se à nova situação de forma a reorganizar o equilíbrio familiar. Este tipo de lesão também tem um grande impacto económico nas famílias, quer pelos internamentos prolongados e despesas com as visitas ao hospital; faltas no trabalho; diminuição dos rendimentos familiares; compra de produtos específicos para cuidar da pele do doente queimado na fase após a alta; necessidade de alterações arquitetónicas para receber o doente em casa, entre outras.

Não podemos esquecer ainda que na maior parte das vezes, após a alta do doente queimado são as famílias que assumem o papel de cuidadores, o que vai alterar a dinâmica e as rotinas familiares além de ser um potenciador de stress, ansiedade e cansaço.

De facto, Martins (2001) considera que numa situação de doença grave ou incapacitante, como é o caso de uma queimadura, a família pode passar por duas fases

de adaptação: na primeira, organiza-se para responder ao stress causado pela situação de doença ou internamento de um familiar; num segundo momento, a família tem que se reorganizar de novo quando o doente retoma a sua função na família. A sua resposta pode depender do grau de dependência do doente ao regressar a casa, podendo este, ser uma fonte de stress quer para a família quer para o próprio.

Com a aproximação da alta do doente queimado, o medo, a ansiedade e as incertezas dos familiares vão aumentando, nomeadamente no que concerne ao cuidar do familiar queimado. Os cuidados específicos com a pele do doente que sofreu uma queimadura, tocar e olhar para as sequelas da queimadura, prestar apoio psicológico ao familiar, ser capaz de prestar os melhores cuidados que satisfaçam as necessidades do familiar, são os principais receios e dúvidas que acometem o cuidador na preparação do regresso a casa do doente queimado.

Como vimos, a queimadura pode ser devastadora tanto para o próprio como para a família. As queimaduras graves podem afetar o indivíduo para toda a vida e por conseguinte também irão alterar a estrutura familiar, nomeadamente quando se trata do familiar de referência, o cuidador.

As unidades de queimados possuem uma estrutura peculiar, dadas as características destes doentes com um risco de infeção acrescido, o que acaba por provocar o isolamento do mesmo. Vários autores (Blakeney e Rosenberg, 2008; Sundara, 2011, cit. por Bishop, Walker e Spivak, 2013) consideram que as limitações de acesso nestas unidades contribuem para a insatisfação dos doentes e família e para o défice de conhecimentos no cuidado ao doente queimado após a alta hospitalar.

Deste modo, vários autores defendem que a presença da família durante a prestação de cuidados ao doente queimado constitui uma oportunidade para educar e incluir a mesma nos cuidados, além de aumentar a satisfação do doente/família, ajudar na compreensão dos processos inerentes à queimadura e contribuir para a preparação do regresso a casa (Bishop, Walker e Spivak, 2013).

Reforçamos, ainda, o papel do enfermeiro na ajuda ao doente e família para enfrentarem as mudanças corporais e as dificuldades e limitações em atividades diárias, uma vez que são dificuldades com que se irão deparar após a alta hospitalar. É fundamental prestar também apoio psicológico, ajudando-os a compreender a situação atual e aceitar

algumas alterações que poderão vivenciar devido ao trauma e sequelas da queimadura (Oliveira, Moreira e Gonçalves, 2011).

Também Pinto, Montinho e Gonçalves (2008, p. 75), no seu estudo sobre as alterações vivenciadas pelo doente queimado na dinâmica familiar, concluíram que “a presença de uma pessoa significativa (normalmente um elemento da família) é muito importante no acompanhamento do doente queimado, quer durante a hospitalização, quer no regresso a casa”. A família deve fazer parte dos cuidados a prestar, “devendo existir uma contratualização/negociação de cuidados mediados entre a pessoa significativa e o enfermeiro, para que o doente seja independente na satisfação das suas necessidades humanas básicas”.

O enfermeiro deve facilitar a expressão dos sentimentos, das dificuldades e das vivências do doente queimado e da família, tornando-se oportuna a realização de encontros periódicos com a equipa multidisciplinar, os doentes e as famílias.

2 - A família como entidade cuidadora

Relvas (2000) considera a família como “um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspetiva holística pode ser corretamente compreendida” (p.10).

Martins (2002, pp.111-112, cit. por Meneses, 2007) refere que “a família é um sistema dinâmico cujo equilíbrio depende do maior ou menor grau de satisfação das suas necessidades básicas e das dos seus elementos, tomados individualmente, bem como da capacidade de adaptação às transformações a que está sujeita”.

A família pode ser considerada a instituição mais antiga que se conhece e que tem sofrido alterações quer na sua constituição quer na sua estrutura. Pela nossa experiência profissional, verificamos que atualmente e apesar de todas estas alterações sofridas, face aos problemas socioeconómicos com que o país se depara, a família assume destaque na prestação de cuidados no domicílio ao seu familiar dependente. Deste modo é imperativo envolver a mesma no planeamento dos cuidados, conhecer a estrutura familiar antes da transição para o papel de cuidador, assim como facilitar a aquisição de conhecimentos e a aquisição de novas competências.

Sthanhope e Lancaster (1999) referem que das várias funções que a família realiza, uma das mais importantes é a de proporcionar apoio emocional e segurança, amor, aceitação, interesse e compreensão aos seus membros. É a componente afetiva que mantém as famílias juntas, dando aos seus membros o sentido de pertença e é este que conduz a um sentimento de identidade. Outra função também muito importante e enumerada pelo mesmo autor são os cuidados com a saúde, ou seja, a capacidade de proporcionar cuidados de saúde aos seus familiares, pois é no seio familiar que se adquirem conceitos de saúde, estilos de vida saudáveis, valores, crenças, e atitudes face à saúde e à doença.

O cuidar inscreve-se na história de todos os seres vivos, desde o início da história e da Humanidade, como forma de garantir a continuidade do grupo e da espécie. É parte integrante da vida e de entre todos os animais, o ser humano é aquele que apresenta menos capacidades para sobreviver com ausência de cuidados. A família tem assumido o papel de principal cuidadora ao longo da história (Cardoso, 2011).

Collière (1999, p.15) salienta ainda que “cuidar é e será sempre, não apenas indispensável à vida dos indivíduos mas à continuidade de todo o grupo social”. Esta

função essencial e inerente à sobrevivência dos seres humanos tem sofrido modificações ao longo dos tempos ao sabor das mudanças sociais, económicas e tecnológicas.

O ato de cuidar é considerado um processo interativo entre o cuidador e a pessoa cuidada. O cuidador é a pessoa ou o sistema que cuida, por norma a família, também designada de cuidador informal. Normalmente existe sempre um cuidador principal, sendo este, alguém reconhecido e percebido pelo próprio dependente, como quem está mais presente, que o acompanha e presta os cuidados diretos.

O familiar cuidador é a pessoa que se assume como responsável pela organização e prestação de cuidados à pessoa dependente, podendo ter ou não vínculo afetivo e não é remunerada para o efeito (Braithwaite, 2000; Martins, 2006, cit. por Cardoso, 2011).

Quando a família se compromete a cuidar de um familiar, surge no seu seio um elemento que vai assumir a responsabilidade principal inerente ao ato de cuidar. Não existem critérios específicos para a escolha do familiar cuidador, no entanto há alguns aspetos que podem influenciar, tais como proximidade parental e/ou afetiva, sentimentos de obrigação, proximidade física, vontade expressa do dependente e o facto de ser mulher (Imaginário, 2008).

Ricarte (2009) considera que cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que engloba várias vertentes: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica. É uma tarefa que visa manter a vida satisfazendo um conjunto de necessidades a ela indispensáveis.

Na mesma linha de pensamento, Imaginário (2004) refere que cuidar implica que os cuidadores prestem cuidados instrumentais e expressivos. Os primeiros podem ser de natureza física (higiene, alimentação, vestuário, eliminação, mobilização), técnica (terapêuticos, curativos, preventivos) e outros mais práticos (vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira, da medicação e do lar). Os cuidados expressivos são sobretudo os cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação social, distração, comunicação e individuação dos cuidados).

Assume-se assim, uma visão holística da pessoa dependente, onde o cuidar é direcionado para o colmatar de necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da mesma, compreendida como um ser biopsicossocial.

Não podemos deixar de realçar que os cuidadores informais são os primeiros responsáveis pela saúde dos dependentes familiares que tomam a cargo e, frequentemente, parceiros quase invisíveis para os Serviços de Saúde. De facto, os cuidadores informais preenchem as lacunas dos serviços oficiais providenciando, no contexto Europeu, cerca de 80% de todos os cuidados (Hoffman e Rodrigues, 2010, cit. por Pereira, 2011).

Tornar-se cuidador de um familiar é na maior parte das vezes um acontecimento inesperado, como é o caso do cuidador do doente queimado. Importa conhecer as razões e motivações que levam o cuidador a assumir este papel assim como o perfil dos mesmos.

Assim e atendendo à bibliografia consultada, verificamos que estes cuidados são prestados na sua grande maioria por mulheres, destacando-se aqui as esposas e as filhas (Ricarte, 2009; Sequeira, 2010; Cardoso, 2011). Reforçando a mesma ideia, Pereira (2011), apoiando-se em Hoffman e Rodrigues (2010), refere que, a nível europeu, são as mulheres que providenciam cerca de 2/3 dos cuidados. Subentende-se deste modo, o papel que a mulher tem assumido na família, assente sobretudo em valores culturais, sendo este o prolongamento de outros papéis, tais como o de mãe e esposa.

Crespo-López e López-Martínez (2007, cit. por Pereira, 2010) verificam que a percentagem de cuidadoras em Espanha aumentou na última década, o que poderá indicar que na sociedade permanecem expectativas tradicionais sobre quem deve assumir o cuidado em caso de necessidade. Sequeira (2010) aponta ainda o facto de muitos dos cuidadores atuais terem crescido no seio de um quadro de referências sócio-culturais diferente do atual, em que as funções e a especialização das tarefas tinham fronteiras bem definidas (Sequeira, 2011).

O familiar cuidador tem ainda, na sua maioria, uma relação matrimonial ou filial com o dependente. Os conjugues assumem este papel naturalmente, uma vez que inerente à relação há um compromisso de interajuda. No entanto “quando o vínculo é filial o compromisso de interajuda é mais vulnerável, a eleição da/o filha/o cuidador mostra não ser aleatória e por norma recai na filha mais velha ou no elemento solteiro” (Silveira, Caldas e Carneiro, 2006).

Goyatá (2005) igualmente constatou que existia uma predominância de cuidadores do género feminino; 80% dos cuidadores eram casados e os cônjuges assumiam o papel de cuidadores principais em 50% dos casos estudados.

Verifica-se ainda que a escolha do cuidador também pode recair naquele que está mais próximo geograficamente do familiar dependente, muitas vezes habitam juntos, no entanto também existem situações em que o familiar dependente passa a viver com o cuidador - transição que pode vir a originar conflitos familiares.

Relativamente à idade dos cuidadores, os estudos consultados na literatura demonstram que a maior parte dos cuidadores se situa na faixa etária acima dos 50 anos (Andrade, 2009; Crespo-López e López-Martínez, 2007; Hoffman e Rodrigues, 2010; Pereira e Filgueiras, 2009, citados por Pereira, 2011). Não podemos deixar de mencionar o número de cuidadores com idades superiores a 60 anos (que em diferentes estudos ultrapassam os 30% do conjunto dos cuidadores), o que implica preocupações acrescidas com a sua saúde e qualidade de vida (Pereira, 2011).

No que concerne ao nível de escolaridade, Figueiredo et al. (2009), no seu estudo com 99 cuidadores informais, revelam que 54,5% tinham 4 anos de escolaridade, 14,1% o secundário, 11,1% um curso superior, 10,1% 9 anos de escolaridade, 6,1% 6 anos de escolaridade e 4,0% dos cuidadores não tinha qualquer tipo de habilitação literária. Goyatá (2005), no seu estudo sobre os familiares do doente queimado, também verificou que os cuidadores apresentavam em geral um nível de instrução baixo. Estes dados são cruciais para o enfermeiro definir estratégias de educação que vão ao encontro do nível de compreensão e de conhecimentos dos cuidadores.

Os resultados da investigação de Ferreira e colaboradores (2011), que teve como objetivo a tradução e validação da versão portuguesa do questionário de planeamento da alta, caracterizam o cuidador principal como o cônjuge ou filho/a com percentagens de 55,2% e 26,7% respetivamente, a viver na mesma residência do doente (77,6% dos casos estudados), existindo uma relação de proximidade afetiva e física entre o cuidador e o familiar.

Imaginário (2004) aponta quatro fatores que podem ser decisivos na escolha do cuidador: relação de afeto; obrigação ou reciprocidade; respeito pela vontade do familiar e ausência de outra solução.

Alguns cuidadores necessitam de encontrar uma explicação, um sentido que lhes permita perceber porque cuidam. Silveira, Caldas e Carneiro (2006, p. 163), no seu estudo sobre os cuidadores familiares principais, referem algumas das justificações apontadas, tais como: “crescimento, gratidão, doação, amor, dever, reparação, obrigação, elaboração de conflitos, resgate de omissões, troca, suprir necessidades de carinho ou de amor, missão, descobrir potencial, aprendizado, vontade de Deus”. Veríssimo e Moreira (2004, citados por Cardoso, 2011) referem ainda outros motivos para assumir este papel, tais como solidariedade familiar e o dever de cuidar.

Quando estamos perante um homem cônjuge que se assuma como cuidador, na maior parte dos casos referem que se sentem bem, pois acham que as mulheres também já cuidaram dos filhos, sendo esta uma oportunidade de retribuírem (Silveira, Caldas e Carneiro, 2006).

Em jeito de conclusão, Santos (2006, cit. por Ricarte, 2009), refere que a motivação e as causas que levam os cuidadores a iniciar ou continuar a prestação de cuidados são várias: “tradições de um país, pelas normas sociais, pelo estágio de evolução relativamente às modificações da estrutura familiar, pela conceção da vida, pela história de cada indivíduo.”

Não podemos demarcar um perfil simplista e redutor do cuidador familiar, uma vez que este é um fenómeno complexo onde existe uma variedade de cuidadores e contextos que não nos permitem concebê-los de forma uniforme. É importante ter em conta os seguintes aspetos: “são diferentes os laços que ligam os cuidadores às pessoas dependentes; são diferentes os sentidos e as expectativas dos diferentes cuidadores; são diferentes os tipos de apoio que os cuidadores recebem das suas redes sociais; são diferentes os traços de personalidade dos cuidadores; são diferentes as tipologias das famílias prestadoras de cuidados; é diferente o tipo de cuidados que é requerido, o tempo que é necessário despendido, o número de anos que se está a cuidar ou o local onde o cuidado é prestado, entre muitos outros possíveis exemplos” (García, 2010; Gil, 2010; Koerner, Kenyon e Shirai 2009; Losada et al., 2010; Mintz, 2007; Zarit, 2009, cit. por Pereira, 2011).

2.1 - Cuidar do doente queimado

Como vimos, a família assume um papel bastante importante na prestação de cuidados ao doente queimado no domicílio, a fase por excelência de recuperação e integração do doente na sociedade.

Embora tal não seja uma realidade frequente, Bishop, Walker e Spivak (2013) realçam a importância da presença da família no internamento durante a prestação de cuidados, sendo esta uma oportunidade para incluir a família no processo de cuidados e estabelecer uma parceria de cuidados e realizar ensinamentos com vista à preparação para a alta.

Na presente dissertação, interessa-nos sobretudo compreender como poderá ser facilitado o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado ao prestar cuidados no domicílio, daí que o nosso foco de atenção esteja canalizado para a preparação do regresso a casa e os cuidados no domicílio.

Cuidar de um doente queimado constitui um desafio para a família. Assumir o papel de prestador de cuidados, uma decisão nem sempre voluntária, pode tornar-se motivo de ansiedade e preocupação. O risco de morte do familiar queimado já é reduzido, no entanto as sequelas físicas e psicológicas decorrentes da lesão por queimadura são mais visíveis e nem sempre a família se sente preparada emocionalmente e/ou dotada de conhecimentos e competências que permitam dar continuidade ao processo de reabilitação e recuperação do seu familiar.

Goyatá (2005), no seu estudo sobre os diagnósticos de enfermagem dos doentes queimados e familiares na fase de preparação para a alta, concluiu que os familiares apresentam problemas ou dificuldades semelhantes aos doentes, entre eles: conhecimentos deficientes, ansiedade, alterações no padrão do sono, “sentimento de pesar disfuncional” (p.198), o que revela uma semelhança no processo de adaptação do doente queimado e da família.

É importante que o cuidador e o doente queimado tenham conhecimento das complicações e dos resultados esperados na fase de reabilitação, que se inicia no hospital mas irá ter continuidade no domicílio. Os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro que está mais desperto para as necessidades da família/doente, devem realizar ensinamentos sobre os cuidados com a pele, a medicação, os

sinais de infecção das lesões, assim como a alimentação (Turner, 1998, citado por Goyatá, 2005).

Silva, Ferreira e Matheus (1997), referenciados por Goyatá (2005), referem ainda outros ensinamentos sobre os cuidados ao doente queimado, nomeadamente o banho diário, a limpeza e hidratação das lesões, ingestão de líquidos, cuidados com o sol e posicionamentos. O familiar deve realizar estes cuidados específicos de forma a prevenir e diminuir as sequelas das queimaduras, que poderão vir a limitar o regresso ao trabalho, o lazer assim como as relações sociais e familiares.

Não podemos esquecer que a queimadura afeta profundamente todos os membros da família, especialmente aquele que desempenha o papel de cuidador. Neste sentido, Carvalho e Rossi (2006) defendem que devem ser satisfeitas as necessidades do cuidador do doente queimado, assim como a existência de uma comunicação eficaz com a equipa de saúde e de serviços de apoio, não esquecendo o apoio emocional.

Os familiares constituem um suporte importante para a obtenção de resultados positivos no tratamento dos doentes queimados, pelo que é prioritário por parte das equipas de saúde estabelecer uma maior aproximação com os mesmos com o intuito de os ouvir, conhecer, apoiar, explorar os seus recursos e dificuldades, trocar saberes e ajudá-los para que possam desempenhar o papel de apoio e cuidado aos doentes que sofreram queimaduras.

Meleis et al. (2000, cit. por Oliveira et al., 2011) referem que muitos dos cuidados prestados no domicílio são complexos e exigentes, requerendo a preparação e aprendizagem de novas habilidades. No caso do cuidador do doente queimado, o impacto causado pelas lesões e cicatrizes constitui uma fonte de stress, dúvidas e medos, pelo que é importante facilitar uma preparação gradual e personalizada para o desempenho do papel de cuidador. Os enfermeiros assumem o papel de educadores e facilitadores deste processo, preparando os cuidadores para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades e competências.

Importa ainda conhecermos as necessidades dos cuidadores para um melhor planeamento da preparação dos mesmos para o papel de cuidador. No que se refere às necessidades dos cuidadores, estas podem ser agrupadas em necessidades de formação/informação (diagnóstico do doente, tratamento e técnicas de cuidar),

económicas (recursos materiais e humanos), fisiológicas (repousar, dormir, estar com o doente, atender às suas próprias necessidades), emocionais (obter suporte emocional, serem escutados e compreendidos tanto pela família como pelos profissionais de saúde, respeitados e exprimir abertamente as suas emoções), espirituais (atribuir sentido ao evento) (Palma, 1999, cit. por Cardoso, 2011; Mendonça, Martinez e Milheiras, 2000; Shyu, 2000).

Os estudos indicam que um reduzido número de prestadores de cuidados recebe informação/instrução inicial aprendendo por observação passiva e pelo método de ensaio e erro. Levine et al. (2006, cit. por Petronilho, 2010) concluíram através do seu estudo que os cuidadores não recebem uma preparação adequada para o desempenho do papel. Estes referem sentir-se isolados, com elevados níveis de ansiedade e depressão, pelo que as políticas de saúde e os profissionais devem proporcionar uma melhor educação, suporte e serviços a este grupo de pessoas.

Petronilho (2007) verificou que alguns cuidadores sentem necessidade de procurar informações adicionais em outras fontes, tais como a Internet, outros profissionais ou outras pessoas com experiência em cuidar de dependentes, uma vez que não receberam a formação adequada para dar continuidade aos cuidados no domicílio.

Na Unidade Funcional de Queimados (UFQ) do Centro Hospitalar e Universitário da Universidade de Coimbra (CHUC) não existe um projeto estruturado que possa ir ao encontro das lacunas e necessidades detetadas nesta pequena revisão da literatura da especialidade, que facilite a preparação do regresso a casa do doente queimado, assim como a transição de um familiar para vir a exercer o papel de cuidador.

3 - Transição para o papel de cuidador

A integração na família de uma pessoa que fica dependente, com necessidade de ajuda nas atividades de autocuidado que sempre desempenhou, constitui um grande desafio pessoal e familiar, e os cuidadores sentem necessidade de desenvolver novas competências. O elemento da família que assume o papel de cuidador principal vai desenvolver várias tarefas que vão estar diretamente relacionadas com as necessidades da pessoa dependente.

Estas novas tarefas, muitas vezes desconhecidas e imprevisíveis, em acumulação com outros papéis, vão provocar uma panóplia de sentimentos como medo, culpa, incerteza no futuro, responsabilidade pelo que está a acontecer ao doente, sensação de descontrolo emocional, angústia e tristeza que comprometem o bem-estar do cuidador (Silveira, Caldas e Carneiro, 2006). Assim, cuidar de uma pessoa com dependência, obriga a “grande dispêndio de tempo, energia, novas tarefas, por vezes desagradáveis e desconfortáveis, por períodos de tempo imprevisíveis” (Fernandes et al., 2002; Pinquart e Sorensen, 2006, cit. por Cardoso, 2011).

Deste modo, é fundamental desenvolver um programa centrado na preparação do prestador de cuidados, assente nas necessidades vivenciadas ao longo da transição, para que sejam reduzidos os níveis de stress, que por sua vez conduzem à sobrecarga física e emocional no exercício do papel de cuidador (Schumacher et al., 2000).

Petronilho (2007) considera que esta sobrecarga resulta da inadaptação às novas exigências que são colocadas, que por sua vez estão relacionadas com a complexidade dos cuidados, por conhecimentos insuficientes ou pela ausência ou reduzido apoio formal ou informal. A motivação do cuidador constitui também um aspeto importante na sobrecarga do cuidador, pois esta nova responsabilidade, não é na sua maioria uma opção voluntária mas sim uma obrigação.

Meleis et al. (2000, cit. por Oliveira et al., 2011) referem que a responsabilidade de cuidar de uma pessoa dependente no domicílio compreende a adoção de comportamentos e ações, particularmente quando a dependência resulta de um evento agudo ou doença súbita, como é o caso da queimadura. Concordamos com os autores ao afirmarem que a preparação dos cuidadores familiares deve começar no hospital e só

deve ser concluída quando o cuidador familiar demonstra habilidades instrumentais e cognitivas adequadas para prestar cuidados.

Shyu (2000) considera, ainda, que a não inclusão do prestador de cuidados na preparação do regresso a casa promove a readmissão e aumenta o risco de complicações pós-alta. Deste modo, ao pretendermos que os cuidados prestados no domicílio sejam uma alternativa efetiva aos cuidados prestados no hospital devemos ter em conta as necessidades e competências dos cuidadores aquando do planeamento da alta.

3.1 - O planeamento da alta e a continuidade dos cuidados

A alta é considerada a última fase do processo de internamento do doente, no entanto não a podemos encarar como a fase final da prestação de cuidados, uma vez que se pretende uma continuidade dos mesmos. O planeamento da alta, um processo contínuo que deve iniciar-se o mais cedo possível, contribui para o sucesso na prestação de cuidados após a alta. Martins, Ribeiro e Garret (2004, cit. por Ferreira, 2011) destacam a importância da integração dos doentes e cuidadores neste processo, de modo a que sejam desenvolvidas competências que promovam a qualidade de vida e reabilitação dos doentes.

É do nosso conhecimento que os familiares cuidadores são um elemento vital na assistência aos doentes após a alta, no entanto os profissionais de saúde nem sempre os incluem nos processos de decisão e planeamento da alta (Ferreira, 2011). Na nossa prática profissional, apesar de defendermos a continuidade dos cuidados ao doente queimado, nem sempre são proporcionados momentos de aprendizagem que permitam o desenvolvimento de competências que garantam a continuidade de cuidados no domicílio.

A continuidade de cuidados pode ser considerada a componente chave do processo de prestação de cuidados, sendo encarada pelos doentes e familiares cuidadores como a informação recebida no que concerne à medicação, à condição clínica, às atividades possíveis de serem realizadas e à oferta de serviços existentes na comunidade, ou seja, são as áreas em que desejam o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências (Bull, Hansen e Gross, 2000, cit. por Ferreira et al., 2011).

Sabemos que os cuidadores precisam de se sentir competentes para prestar cuidados com qualidade, promover a recuperação e prevenir o agravamento da condição da pessoa. No entanto, tais habilidades, que permitam desempenhar adequadamente o papel de cuidador raramente são avaliadas e a preparação do regresso a casa, por parte dos hospitais, encontra-se pouco estruturada, muito embora, como temos vindo a salientar, o planeamento profissionalizado da transição seja tão necessário. Neste processo de transição, o enfermeiro assume um papel relevante, devendo conhecer a dinâmica familiar para potenciar o exercício saudável e competente do papel de prestador de cuidados.

Capítulo 2 – Educação, aprendizagem e experiência

1 - Educação e formação de adultos

“Só compreendo a Educação de Adultos como um movimento de contracorrente, a favor da crescente autonomia das pessoas, e na oposição de toda e qualquer corrente de natureza totalitária dentro da sociedade. A Educação de Adultos opõe-se à propaganda, à manipulação, ao obscurantismo – venham de onde vierem – e procura abrir, sempre mais largos, os horizontes do possível. A Educação de Adultos estará sempre ao serviço de uma sociedade aberta: à mudança e à melhoria, à inovação benéfica para as pessoas e para o Planeta”

(Melo, 1996, p. 20)

1.1 - Clarificação do conceito

Educação de adultos e formação de adultos são conceitos utilizados muitas vezes de forma indiscriminada, desconhecendo-se por vezes o seu significado mais específico. Efetivamente, há autores que fazem a sua distinção, preferindo um termo em detrimento do outro.

Canário (2008, p.32) refere-se a esta ambiguidade de conceitos como “uma flutuação terminológica” em que, para alguns autores o seu uso indiferenciado leva a que sejam entendidos como sinónimos, enquanto para outros se trata de termos distintos, verificando-se deste modo influências quer de carácter teórico quer institucional na atribuição de significado aos mesmos. O mesmo autor refere ainda que: “a consagração do uso das expressões de «educação de adultos» e de «formação de adultos» está associada a duas grandes tradições que (...) podemos designar como a tradição da «alfabetização» e a tradição da «formação profissional» ” (p.33). Contudo, tal não deixa de constituir uma perspectiva redutora na interpretação do seu significado.

Segundo Canário (2008), a educação de adultos não está apenas ligada às práticas escolarizadas de alfabetização e ensino recorrente, podendo ser encarada como sobrepondo-se ao conceito de educação permanente, que consiste na totalidade dos processos educativos que abrangem todo o ciclo de vida. Por outro lado, e de acordo com o mesmo autor, a formação de adultos pode ser também considerada como um processo abrangente de autoconstrução e de abertura à existência, em vez de ser encarada apenas, de forma redutora, como uma adaptação ao mercado de trabalho.

Neste sentido ao analisarmos os conceitos referidos segundo uma perspectiva de processo, os mesmos não se poderão limitar apenas à ação movida por instâncias exteriores ao indivíduo, está também implicado o processo de aprendizagem, diretamente ligado ao desenvolvimento do próprio indivíduo como pessoa. Segundo Pires (2005, p.28) “são os processos de aprendizagem que se encontram na base do que nos torna humanos”.

Todavia, em grande parte como resultado das Conferências Internacionais da UNESCO, e conceito de Educação de Adultos veio a ser definido de forma consensual na XIX^a Conferência Geral da UNESCO em Nairobi (1976), ainda hoje considerada a definição mais completa e adequada que consta do Relatório Global sobre a Aprendizagem e Educação de Adultos (UNESCO, 2010). A definição identifica o campo da educação de adultos como:

“a totalidade dos processos organizados de educação, qualquer que seja o conteúdo, o nível ou o método, quer sejam formais ou não formais, quer prolonguem ou substituam a educação inicial ministrada nas escolas e universidades ou sob a forma de aprendizagem profissional, graças aos quais as pessoas consideradas como adultos pela sociedade a que pertencem desenvolvem as suas aptidões, enriquecem os seus conhecimentos, melhoram as suas qualificações técnicas ou profissionais ou lhes dão uma nova orientação, e fazem evoluir as suas atitudes ou o seu comportamento na dupla perspectiva de um desenvolvimento integral do homem e de uma participação no desenvolvimento social, económico e cultural, equilibrado e independente” (Silva, 1990, p. 16).

Assim entendida a educação de adultos, depreende-se que tanto os conhecimentos académicos como os provenientes da experiência e da formação profissional, a nível formal e/ou informal, são válidos e podem ser complementares. Evidencia-se, ainda, a

importância do valor da pessoa humana e da sua participação no desenvolvimento ativo da sociedade em que se integra. A este propósito, Alcoforado (2008, p.43) enaltece o papel do “homem como agente da sua educação, através da interação permanente da sua reflexão e das suas ações”.

A atualização do conceito de educação e formação de adultos tem vindo a ser traduzida através de diretivas internacionais que procuram, gradualmente, adequar os seus objetivos aos processos de desenvolvimento social, cultural, político e económico dos povos (Quintas, 2008).

Atualmente, e recorrendo à definição formulada a partir da Conferência da UNESCO realizada em Hamburgo (1997), a educação e formação de adultos é considerada como o “conjunto de processos de aprendizagem, formal e não formal, graças ao qual as pessoas consideradas adultas pela sociedade a que pertencem desenvolvem as suas capacidades, enriquecem os seus conhecimentos e melhoram as suas qualificações técnicas ou profissionais ou as orientam de modo a satisfazerem as suas próprias necessidades e as da sociedade” (Instituto de Formação da Unesco, 1998, pp. 15-16).

Em qualquer das definições apresentadas, que refletem entendimentos atuais de educação e formação de adultos, o conceito compreende o conjunto dos momentos de formação de carácter formal e informal presentes no trabalho e na vida quotidiana. O objetivo deste campo educativo vai além dos sistemas de ensino e de formação profissional tradicionais para se projetar na própria realização individual dos sujeitos e satisfação das suas necessidades (Alcoforado, 2008).

1.2 - Emergência de um campo educativo

A educação e a formação de adultos não é um fenómeno novo. Ao considerarmos a educação como um processo abrangente e coincidente com o ciclo de vida de cada indivíduo, torna-se evidente que sempre existiu educação e formação de adultos na sua modalidade informal, no entanto este processo educativo tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos.

A educação de adultos é um campo que se caracteriza pela sua complexidade e diversidade de práticas. Simões (1979) refere que este domínio “tem um longo passado

e uma curta história”. Essa história teria começado a construir-se no século XIX, mas é sobretudo ao longo do século XX que a educação de adultos se destaca nos sistemas educativos, quer a nível da alfabetização, da formação profissional e, ainda, da educação de cariz popular e de intervenção local.

O seu reconhecimento e sentido atual emergiram de um conjunto de circunstâncias definidas por um determinado período histórico – finais do séc. XIX e início de séc. XX – com contornos de natureza política, económica e social, e que contribuíram para a sua valorização. A par dos ideais da Revolução Francesa, a educação de adultos inicia o seu movimento de afirmação social, em articulação com dois grandes processos: o movimento operário, associado à Educação Popular, e a constituição por parte dos Estados de um sistema escolar nacional que, conseqüentemente, se estendeu aos adultos sob a forma de ensino de segunda oportunidade.

Podemos considerar, indo ao encontro da opinião de Alcoforado (2008), que a educação de adultos era encarada como uma resposta para debelar os conhecimentos deficitários das pessoas, quer fossem de natureza cultural, religiosa, técnica, profissional, política ou de exercício da cidadania, subentendendo-se daqui uma componente ideológica de mudança.

A 2ª metade do século XX constituiu um importante impulso para a educação de adultos enquanto domínio científico e campo de práticas, impondo-se assim a necessidade de encontrar metodologias credíveis de valorização e reconhecimento social das aprendizagens ao longo da vida, resultantes de atividades educativas formais e não formais.

Após a Segunda Guerra Mundial, e durante os anos que se seguiram, a educação de adultos registou um crescimento exponencial em termos de afirmação do seu campo, alargando o seu plano de atuação a todos os sectores da sociedade. Sendo uma preocupação de investigadores de educação, desde a revolução industrial, foi nos últimos trinta anos que o interesse pela temática da educação de adultos se fez sentir mais intensamente, com o desenvolvimento de muitos estudos, quer empíricos quer teóricos.

Segundo Boutinet (2009), é após a década de 70 que a educação de adultos passa a ocupar um lugar de destaque nas preocupações dos investigadores, com a introdução de

conceitos como a reflexividade, a atualização de competências ou a reorientação de itinerários de vida, ditada pelas transformações sociais.

A primeira Conferência Internacional sobre Educação de Adultos realizou-se em Elsinor (Dinamarca) em 1949, após a criação da UNESCO e a sua preocupação com a educação dos adultos. Esta conferência teve um papel preponderante na afirmação das políticas internacionais nesta área, enfatizando-se aqui sobretudo o papel da educação cívica e a construção de uma cultura comum baseada em pilares de democracia, tolerância e de pertença a uma comunidade mundial (Canário, 2008).

São ainda identificados os contributos da educação de adultos para estabelecer a paz mundial, dinamizar as transformações sociais, evitar e debelar os problemas do meio físico e cultural, promover o respeito pelos outros, melhorar a inserção profissional e evolução do mundo do trabalho, ocupar os tempos livres, promover a capacidade de comunicar e desenvolver a capacidade de aprender a aprender.

Contudo, já ocorreram mais cinco conferências, após a realização da primeira: em Montreal (1960), em Tóquio (1972), em Paris (1985), em Hamburgo (1997) e, a mais recente, em Belém do Pará, em Dezembro de 2009. Cada uma delas tem desempenhado um papel bastante importante para a afirmação do campo da educação de adultos e para a consciencialização de que é imperioso que as sociedades e os governos se preocupem com a educação das pessoas adultas e criem estruturas e programas que sirvam, de forma diferenciada, os interesses dos adultos e das comunidades onde se inserem. A UNESCO, por intermédio das conferências referidas, não só tem conduzido à produção de uma multiplicidade de documentos sobre educação de adultos, como também tem incentivado os intercâmbios internacionais, a cooperação técnica, e a adoção e divulgação de instrumentos normativos (Bélanger e Mobarack, 1996).

Na última conferência realizada em Belém do Pará (2009) os vários participantes comprometeram-se a investir na alfabetização e na educação de adultos, na recolha e análise regular dos dados e informações sobre a participação e progressão nos programas de educação de adultos, na elaboração de relatórios de acompanhamento e na monitorização da colaboração da educação de adultos em todos os campos do conhecimentos e setores como a agricultura, a saúde e o emprego (UNESCO, 2010).

Do relatório desta última conferência (UNESCO, 2010) conclui-se que a educação de adultos constitui uma importante via para a obtenção de situações de equidade e inclusão social, bem como se trata de um importante meio de combate à pobreza, promovendo uma sociedade justa e tolerante.

As atuais abordagens da educação/formação de adultos sustentam que o processo de formação se desenvolve ao longo da vida, em diversos contextos e situações, valorizando as aprendizagens que as pessoas realizam ao longo das suas trajetórias pessoais, sociais e profissionais, ultrapassando as tradicionais fronteiras espaço-temporais delimitadas institucionalmente pelos sistemas educativos.

Deste modo, Alcoforado (2008, p.29) destaca que ao “assumir que os adultos devem ser os agentes do seu próprio processo educativo e formativo implica a possibilidade de criar condições para que eles possam encontrar continuidade entre as diferentes experiências e percursos de vida”.

Ao longo das várias conferências e encontros com o propósito de discutir e analisar a educação de adultos verificamos que o modelo tradicional de educação se foi distanciando cada vez mais do modelo de educação de adultos, que segundo Cabanas (2002, cit. por Alcoforado, 2008, p.44) tem as seguintes características:

- Os adultos sabem o que lhes convém e o modo de o conseguir;
- Deverá ser-lhes garantida a opção pelas matérias, liberdade de métodos e espontaneidade das atividades;
- Os objetivos atingem-se através da criatividade pessoal e do prazer no desenvolvimento das atividades;
- O protagonismo deve ser do educando, assumindo o professor um papel subsidiário, apoiando apenas as iniciativas do aluno.

1.2.1 - Da educação permanente à aprendizagem ao longo da vida

O conceito de educação permanente surgiu por influência da Conferência que decorreu em Nairobi, em 1976 (já atrás referida), na sequência da definição de educação de adultos, que preconizava a “continuidade, diversidade e globalidade do processo educativo, enfatizando a dimensão cívica da educação” (Canário, 1999). A educação permanente defende, assim, a continuidade temporal e espacial da educação.

De forma crítica, relativamente aos sistemas tradicionais de educação, coloca-se agora o sujeito da aprendizagem, no centro dos processos educativos, já não encarados como limitados à escola, mas desafiando os sistemas educativos a abrirem-se a todos os espaços da sociedade, defendendo-se “uma educação verdadeiramente multidimensional” (Alcoforado, 2008, p. 49).

Também Legrand (1972, cit. por Osório, 2005, p.56) define a educação permanente como:

“uma ordem de ideias, de experiências e de realizações muito específicas, ou seja, a educação na plenitude da sua conceção, com a totalidade dos seus aspetos e das suas dimensões, na continuidade ininterrupta do seu desenvolvimento, desde os primeiros momentos da existência até aos últimos, e na articulação última e orgânica dos diversos momentos e das suas sucessivas fases”.

Considerando a educação de adultos como parte integrante da educação permanente, podemos considerar que esta última se expressa numa relação que compreende “todas as formas, expressões e momentos do ato educativo” (Faure, 1974, p. 223, cit. por Alcoforado, 2008).

Nas últimas décadas, com as alterações decorrentes do processo de globalização económica e da entrada numa sociedade pós moderna, onde existem possibilidades quase ilimitadas de acesso à informação e uma necessidade permanente de a converter em conhecimentos para satisfação das necessidades dos indivíduos e das comunidades, assistimos à emergência de uma sociedade do conhecimento ou sociedade da aprendizagem. Estamos perante a mudança do paradigma de educação permanente para a aprendizagem ao longo da vida.

Alcoforado (2008) considera que com a mudança de concepção de educação permanente para a aprendizagem ao longo da vida estamos a passar de um projeto inicial “humanista, global, integrado e concebido para contribuir para todas as formas de desenvolvimento pessoal e coletivo”, para uma “proposta dominada pela dimensão económica e profissional, fragmentada, individualizada, orientada pela competição, onde a acumulação de saberes e capacidade (conseguir a vantagem competitiva do ter) é soberana, nos discursos estruturais das políticas dominantes” (2008, p. 74). Assim, passamos de um conceito de carácter humanista, no qual a educação é encarada como um direito universal, para uma perspectiva mais instrumental, centrada nas necessidades do mercado de trabalho e na responsabilização de cada um pela sua empregabilidade.

De acordo com Longworth e Davies (1996, cit. por Oliveira, 2005, p.28), a aprendizagem ao longo da vida consiste “no desenvolvimento do potencial humano, através de um processo que, sendo continuamente apoiado, estimula e habilita os indivíduos para adquirir todo o conhecimento, valores, competências e capacidade de reflexão de que necessitarão, durante a sua vida e, para os aplicar com confiança, criatividade e satisfação, no desempenho de todos os papéis, e em todas as circunstâncias e ambientes”.

Ao conceito de aprendizagem ao longo da vida devem ser associados outros elementos importantes envolvidos neste processo, tais como o valor intrínseco da aprendizagem, a importância da aprendizagem não formal em diversos contextos e o acesso universal às oportunidades de aprendizagem (Hasan, 1996, cit. por Oliveira, 2005). A motivação, os valores culturais e a capacidade para a autoaprendizagem independente também constituem elementos fulcrais para a aprendizagem ao longo da vida.

O conceito de aprendizagem ao longo da vida tornou-se assim, uma importante estratégia não só de adaptabilidade, mas também de produção de conhecimento e de poder (Kilgore, 2004, cit. por Quintas, 2008) e tem vindo a traduzir-se numa estratégia que aposta na mudança e na reformulação da educação e da formação para além da escolaridade obrigatória.

Canário (2001) é da opinião que, a transição da educação permanente para a concepção da aprendizagem ao longo da vida, representa uma rutura e não uma continuidade e só pode ser entendida, “no quadro de um conjunto mais vasto de transformações de natureza social que afetaram a economia, o trabalho e a formação, no último quartel do

século XX” (p. 93) e em que a educação e formação se instituem simultaneamente como “requisito” (da entrada e permanência no mercado de trabalho) e como “paliativo”, tornando-se instrumento de preservação da harmonia social.

Com o intuito de afirmar e reforçar a ligação entre os processos de aprendizagem, a experiência e o desenvolvimento global do adulto, foi criado o Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida (documento elaborado em 2000, pela Comissão Europeia, em conformidade com o Conselho Europeu de Lisboa), cujo objetivo consistia em implementar uma estratégia de aprendizagem ao longo da vida.

No entender de Pires (2005), este documento gerou uma perspectiva mais abrangente acerca da problemática da aprendizagem, atenuando os limites entre os conceitos de educação e formação, e sublinhando a importância dos contextos não-formais e informais no processo de aprendizagem dos adultos.

Segundo a mesma autora são enfatizados os conceitos de aprendizagem formal, não formal e informal neste memorando:

- *Aprendizagem formal*: corresponde à aprendizagem desenvolvida em instituições de ensino e de formação, implicando por isso, uma certificação;
- *Aprendizagem não formal*: decorre externamente aos sistemas formais, e não implica necessariamente uma qualificação;
- *Aprendizagem informal*: resulta das inúmeras situações da vida, e que não é reconhecida, nem a nível pessoal, nem socialmente.

Podemos então concluir que a aprendizagem passa a inscrever-se “num contínuo temporal (*lifelong*), e numa multiplicidade de contextos (*lifewide*), (...) deixa de pertencer ao monopólio da educação/formação formal, alarga-se e expande-se para além das fronteiras tradicionais” (Pires, 2005, p.81).

2 - A aprendizagem na adultez

Tendo em conta as características da sociedade em que nos inserimos, todos nos vemos envolvidos constantemente num qualquer processo de aprendizagem, quer seja na nossa vida profissional quer em aspetos mais ligados à nossa vida pessoal ou ao nosso dia-a-dia. As mudanças que ocorrem continuamente são rápidas, profundas e globais.

Esta sociedade pós-moderna, também conhecida por “sociedade de aprendizagem, da informação, do conhecimento, de risco, reflexiva” (Oliveira, 2005, p.20), evidencia transformações profundas, ao nível da ciência e da tecnologia, da economia e da política e ao nível dos padrões tradicionais de trabalho. A aprendizagem ocupa assim um lugar central e, indubitavelmente, estende-se ao longo de toda a vida do ser humano.

Encarando o adulto como um ser inacabado, Freire (2006, p.58) refere que “é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente. Mulheres e Homens se tornaram educáveis na medida em que se reconheceram inacabados. Não foi a educação que fez homens e mulheres educáveis, mas a consciência de sua inconclusão é que gerou a sua educabilidade”.

Deste modo, a aprendizagem dos adultos consiste num processo contínuo que implica a aquisição de competências, capacidades, atitudes e comportamentos, tendo por base a reflexão do próprio indivíduo sobre as experiências vividas. Permite lidar com situações novas, inéditas, imprevisíveis (tal como a transição para o papel de cuidador do doente queimado) e potencia a disponibilidade adaptativa a situações futuras.

Não podemos deixar de salientar que, o desafio que se coloca às pessoas para a renovação constante do conhecimento e das competências, pode conduzir à melhoria da capacidade de lidar com as mudanças, tornando essas pessoas mais aptas a conviver com elas e com a incerteza que geram. Todavia, também podem conduzir os indivíduos a sentirem-se perdidos e confusos, “levando-os a perceber a vastidão do conhecimento e da informação como uma sobrecarga e a desenvolverem respostas adaptativas desadequadas, como, por exemplo, o evitamento, a rigidez, o refúgio em absolutismos, sejam eles de que ordem forem” (Oliveira, 2005, p.22). Porém, do ponto de vista educativo, o que se pretende é enriquecer as pessoas, promover o seu *empowerment*, de modo a estarem mais capazes de enfrentar as múltiplas situações de desafio que a vida inevitavelmente vai gerando.

2.1 - Educação e aprendizagem

Educação e aprendizagem são conceitos fundamentais no âmbito da Educação de Adultos, pelo que importa compreender o seu significado. Apesar de estarem relacionados não são sinónimos.

Etimologicamente, aprender vem do verbo *apprehendere*, que significa agarrar, apoderar-se. Assim, aprender é “agarrar um conteúdo proposto”, o que não implica necessariamente a compreensão (Simões, 2007, p. 33).

Na perspetiva de Simões (2007), podemos considerar a educação como uma “orientação do desenvolvimento, de acordo com uma conceção, que tem em conta a eminente dignidade e superioridade da pessoa humana e a transcendência da ordem moral” (p. 43). Este autor defende que “educar-se é tornar-se humano, ou melhor, é tornar-se mais humano” (p.34) e, nesse sentido, a educação é sempre uma mudança para melhor, na qual a pessoa desenvolve a sua dimensão moral e ética, isto é, educação “é agir moralmente” (p.15). Para o autor, há algo de essencial inerente ao conceito de educação, que o aproxima e, simultaneamente, o distingue do conceito de aprendizagem: “se há algum tipo de aprendizagem, que se aproxima da educação, será ao nível do ser: talvez se possa dizer que educar é aprender a ser: “aprender a ser mais homem, aprender a ser melhor” (pp. 35-36).

Estamos perante uma visão humanista do conceito de educação que se afasta da perspetiva da escola convencional, mais concentrada nos saberes, no conhecimento, no ensino do que na educação. Simões (1989, p. 7) considera que “ensinar não é educar; ensinar mais ou melhor não é sinónimo de educar mais ou melhor”.

A este respeito, Cardoso (2000, p. 24) refere que "a educação é uma das dimensões vitais da espécie humana, o fundamento da sua existência e a garantia da sua permanente adaptação ao meio, preparando os indivíduos para as tarefas e papéis, que lhes são propostos e/ou impostos por formas de organização social cada vez mais complexas".

Amado (2013, p.50) refere, ainda, que a educação tem o importante papel de contribuir para o desenvolvimento da dimensão moral do ser humano e, nesse sentido, de “libertar o homem de determinismos, de pressões, de tiranias”.

Em jeito de conclusão, o mesmo autor defende que apesar de ser considerado um conceito plurívoco, as suas definições têm sempre presente a ideia “de educação como uma caminhada de aperfeiçoamento que os membros de uma comunidade realizam com a ajuda e o apoio de outros membros” (p. 51).

A educação deve acima de tudo promover saberes, pois estes são as bases das competências. Segundo o relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o séc. XXI, a educação deve constituir-se em torno de quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer (adquirir instrumentos de compreensão), aprender a fazer (poder agir de forma eficaz e eficiente, sobre o meio ambiente), aprender a viver juntos (poder participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas) e aprender a ser (integrar de modo sistemático as aprendizagens anteriores). Estas quatro vias do saber constituem apenas uma, uma vez que existem entre elas variados pontos de contacto, de relacionamento e permuta (Delors, 2003).

Voltando à distinção entre educação e aprendizagem, na verdade, não podem ser entendidos como sinónimos, embora estejam relacionados. A este propósito, Canário (2006, p.18) refere que o conceito de educação deve ser associado à aprendizagem, para a qual a humanidade está destinada e vocacionada – a da construção da pessoa e da sua participação no mundo social, que pressupõe a educação permanente. O autor entende que a educação permanente deve ser “encarada como um processo contínuo (...), que se confunde com o próprio ciclo vital e a construção da pessoa (...), aparece como um princípio reorganizador de todo o processo educativo”.

A aprendizagem remete mais para os processos internos que ocorrem no ser humano para que aconteça uma mudança mais ou menos permanente na conduta e que se produz como resultado da prática ou da sua interação com o meio, sem a qual o ser humano não teria a capacidade de responder aos vários estímulos intrínsecos ou extrínsecos a que está exposto e de responder às múltiplas situações com que se defronta durante a vida. É um processo que ocorre desde o início e ao longo de toda a vida, constituindo-se, assim, uma componente vital e indissociável da vida humana, em qualquer tempo e época histórica.

Além disso, a aprendizagem visa também uma adaptação a situações novas, inéditas, imprevisíveis, potenciando a disponibilidade adaptativa a situações futuras. Não é uma resposta específica do humano, uma vez que é um fenómeno que também ocorre nos

animais, ainda que no caso humano a aprendizagem se revista de uma complexidade própria.

Barbier (2009, p.13) acrescenta ainda, que a aprendizagem apresenta pelo menos duas características invariantes: designa o aparecimento de mudanças de sequências, de rotinas ou hábitos e essas mudanças são objeto de atribuições de valor pelos sujeitos em causa ou pelos seus ambientes sociais. “Ter aprendido é, com efeito, fazer as coisas de outra forma, quer se trate de atividades mentais, discursivas ou físicas”.

Quando nos referimos a educação de adultos, a aprendizagem inerente ao conceito está sempre subordinada na sua leitura à orientação filosófica ou ideológica subjacente, uma vez que educar implica sempre assumir um conjunto de finalidades claras. Atendendo às características da sociedade atual, todos nos encontramos envolvidos continuamente num qualquer processo de aprendizagem, quer seja na nossa vida profissional, quer seja em aspetos mais ligados à nossa vida pessoal ou ao nosso quotidiano.

Assim, um dos aspetos importantes na aprendizagem consiste “na criação de sentido, uma vez que o conhecimento não é o resultado de um processo cumulativo de informação, mas sim de um processo de seleção, organização e interpretação da informação a que estamos expostos e que, segundo os contextos e segundo as pessoas pode dar origem a perspetivas muito diferentes ” (Canário, 2000, p.110). Deste modo, depreendemos que se os familiares cuidadores do doente queimado não encontrarem um sentido para as alterações decorrentes da tomada do novo papel de cuidador, não integrarão no seu quadro de representações as aprendizagens necessárias para a aquisição de competências no cuidado.

As aprendizagens dos adultos não se confinam a espaços e tempos institucionalizados, uma vez que “a vida é em si mesma um contexto de aprendizagem, o terreno onde se fazem e pensam as experiências; os adultos aprendem, e constroem os seus saberes e competências a partir de uma multiplicidade de situações e de contextos (formais, não-formais e informais) que constituem a sua história de vida” (Pires, 2002, p.86).

2.2 - Andragogia

Malcolm Knowles é considerado uma referência relevante no domínio da educação de adultos pelo seu contributo na construção e disseminação do modelo andragógico relativo à aprendizagem dos adultos. As suas propostas conceituais refletem uma forte influência da psicologia humanista (nomeadamente os trabalhos de Carl Rogers e Maslow), defensora do enorme potencial humano para o crescimento e a autorrealização, do respeito pela liberdade pessoal, do direito de escolha e de autodeterminação e da valorização do significado da experiência subjetiva.

A corrente de pensamento humanista assenta num conjunto de postulados básicos que concebem o adulto de uma forma holística, e cujas principais premissas são (Oliveira, 2005, p. 42):

- A natureza humana é intrinsecamente boa sendo possível identificar forças internas que orientam o homem para o bem e para a edificação de sociedades mais fraternas;
- As pessoas podem sempre exercer escolhas “significativas, adentro dos constrangimentos impostos pela hereditariedade, pela história pessoal e pelo ambiente”, sendo, neste sentido, consideradas livres e autónomas, embora não em sentido absoluto;
- Cada pessoa é um ser único e tem um potencial ilimitado de desenvolvimento, devendo ser consideradas nesse desenvolvimento todas as suas dimensões;
- O autoconceito desempenha uma grande importância no desenvolvimento do sujeito;
- Os indivíduos possuem forças internas que os orientam para a autorrealização e a autotranscendência;
- A realidade não é definida externamente, mas pelas perceções e interpretações pessoais das situações, do mundo e das pessoas;
- As pessoas têm responsabilidades para consigo próprias e para com os outros “a ênfase na pessoa autónoma e livre implica um forte sentido de responsabilidade”.

Verificamos que os postulados referidos inspiraram propostas e conceitos teóricos amplamente conhecidos e investigados na educação de adultos, tais como a andragogia,

o educador enquanto facilitador da aprendizagem, assim como o conceito de aprendizagem autodirigida (Finger e Asún, 2003; Oliveira, 1997, 2005).

Knowles, Holton e Swanson (2005) referem que a educação de adultos se desenvolveu apoiada em duas correntes. A primeira corrente, com um cariz mais científico, foi iniciada por Thorndike com a publicação da obra *Adult Learning*, em 1928, e continuada por outros autores, que se têm dedicado ao estudo da capacidade de aprendizagem dos adultos, capacidade essa, que se mantém até ao fim da vida humana. A segunda corrente procura produzir novos conhecimentos com base na intuição e na análise da experiência, estando focalizada, essencialmente, na compreensão de como os adultos aprendem, e foi iniciada por Lindeman, em 1926, aquando da publicação da obra, *The meaning of adult education*.

Deve-se a Lindeman o desenvolvimento das bases que deram origem a uma teoria sistemática da aprendizagem dos adultos, tendo sido também ele o pioneiro na identificação de importantes pressupostos sobre os educandos adultos, pressupostos estes que refletem a educação de natureza humanista assim como orientações educativas diferentes das que têm prevalecido no contexto da educação formal, e que são:

- Os adultos são motivados para aprender na medida em que experienciem necessidades e interesses que poderão ser satisfeitos pela aprendizagem.
- A orientação dos adultos para a aprendizagem está centrada na vida, pelo que a organização do processo deve decorrer das suas situações de vida e não das matérias ou conteúdos.
- A experiência é o mais rico recurso para a aprendizagem, devendo a metodologia de eleição da Educação de Adultos ser a que parte da análise da experiência.
- Os adultos têm uma grande necessidade de ser autodirigidos, sendo o papel do educador, fundamentalmente, o de os envolver num questionamento mútuo, mais do que transmitir e avaliar conhecimentos.
- As diferenças individuais aumentam com a idade, sendo fundamental que na Educação de Adultos as mesmas sejam tidas em consideração, personalizando o mais possível o processo educativo.

Estes princípios inspiraram a educação humanista, considerada uma abordagem “viável e valiosa para qualquer cultura e qualquer momento histórico, uma vez que se reporta ao essencial do humano, sendo que “o grande objetivo da educação humanista é facilitar a abertura das pessoas à mudança, à aprendizagem contínua, à autorrealização, na convivência saudável com os outros” (Oliveira, 2005, p.42).

A andragogia é um conceito que surgiu na Europa para designar a Educação de Adultos. Foi inicialmente utilizado por Alexander Kapp, em 1833, um professor de gramática alemão, para descrever a teoria educacional da filosofia de Platão. No entanto, só foi usado no contexto específico da Educação de Adultos em 1921, após Rosenstock, professor da Academia do Trabalho de Francoforte, ter defendido que a educação de adultos se devia orientar por métodos e filosofias educativas especiais, assim como devia ter professores com formação diferente. Em 1957, igualmente na Alemanha, é publicado o livro *Introduction to andragogy: Basic issues in adult education*, da autoria de Poggeler (Knowles, Holton e Swanson, 2005).

Todavia, deve-se a Malcom Knowles, nos anos 60 do século passado, a popularização do conceito, após ter sentido necessidade de atribuir uma designação aos princípios teóricos que propôs para a educação de adultos, tendo-se apoiado sobretudo, como atrás referido, no pensamento de Lindeman e Rogers.

Inicialmente, e de forma a delimitar melhor o significado do conceito de andragogia, Knowles estabeleceu-o em oposição ao conceito de pedagogia. Contudo, mais tarde, acabou por vir a considerá-los alternativos e não antitéticos, defendendo que a adequação dos postulados que lhes estão associados depende da situação, dos adultos e do contexto (Knowles, 1980; Knowles, Holton e Swanson, 2005).

A andragogia defende a existência de indicadores de diferenciação dos adultos perante os processos de aprendizagem e sugere um quadro de intervenção educativa que contempla e se acomoda a essas diferenças, com base em seis princípios básicos (Knowles, Holton e Swanson, 2005):

1. Os adultos têm necessidade de saber a razão por que devem envolver-se em atividades de aprendizagem.

2. Os adultos têm um conceito de si, que os impele a sentir necessidade de serem tratados como indivíduos autodirigidos e que convive muito mal com imposições externas.
3. Os adultos possuem um capital acumulado de experiência, o qual deve ser a principal base de novas aquisições e, por isso mesmo, deverá optar-se por uma individualização das atividades de aprendizagem.
4. Os adultos estão disponíveis para aprender, quando isso permite a resolução de problemas concretos nas suas vidas, associando sempre as aprendizagens a tarefas de desenvolvimento.
5. Os adultos orientam a sua aprendizagem, não pela aquisição de conteúdos disciplinares, mas no sentido da resolução dos seus problemas e a partir das suas experiências de vida.
6. Os adultos são motivados a aprender, por fatores preferencialmente intrínsecos.

Verificamos que o modelo andragógico assenta nos pressupostos básicos identificados por Lindeman, já descritos anteriormente: a necessidade de saber; o conceito de si; a experiência; a prontidão para aprender; a orientação para aprendizagem; e a motivação.

Neste modelo, o sujeito que aprende é entendido como o centro do processo, enquanto o educador, caso exista, assume a figura de facilitador, ajudando o adulto a responsabilizar-se pelas próprias aprendizagens, no sentido de se tornar mais autónomo nas suas decisões relativas ao processo educativo (Oliveira, 2004).

Segundo Boud (1988, cit. por Oliveira 2004) o facilitador da aprendizagem é aquele que auxilia os outros a aprender, independentemente da ação decorrer em contexto formal ou informal.

Apesar da literatura identificar um conjunto de características básicas do facilitador, Knowles (1975, 1980, 1990, cit. por Oliveira, 2004) considera que o comportamento mais evidente de que o facilitador se interessa pelo educando e que respeita os seus contributos é o de efetivamente ouvir o que ele tem para dizer. Brookfield (1986) e Mezirow (1985), também citados pela autora, consideram ainda que a atividade mais importante do facilitador deverá ser a de contribuir para o aumento da autorreflexividade do educando, devendo ajudá-lo a tomar consciência das suas

perspetivas de atribuição de significado, de pensamento e de ação, assim como a perceber perspetivas alternativas.

O facilitador não assume apenas o papel de transmissor de conhecimentos, mas também o de alguém que, respeitando o educando e criando um ambiente protetor, dinamiza a exploração das necessidades de aprendizagem por parte do educando, facilita a compreensão dos seus problemas, conduzindo-o à libertação das suas limitações internas, ajudando a restabelecer a sua auto-confiança e auto-estima e favorecendo dessa forma a autodireção (Oliveira, 2004).

Finger e Asún (2003) reforçam ainda a ideia anterior, ao referirem que as situações e problemas da vida quotidianos são os desafios da aprendizagem, pelo que o ambiente poderá ser um fator facilitador ou inibidor dessa aprendizagem.

A aprendizagem é realizada essencialmente a partir daquilo que o sujeito percebe como necessário, importante e significativo, recorrendo-se a estratégias ativas e heurísticas, que implicam o questionamento, a experimentação e a descoberta. A ênfase é colocada na aprendizagem e não no ensino, sendo o próprio indivíduo, portador de uma singularidade única que necessita de ser desenvolvida, responsável pela sua aprendizagem (Oliveira, 2005).

A lesão por queimadura é um acontecimento inesperado, traumático e desafiante, tornando-se um problema na vida dos familiares queimados. Neste contexto, o enfermeiro deve assumir o papel de facilitador das aprendizagens do familiar cuidador do doente queimado, procurando sempre estabelecer uma relação de confiança e empatia, tal como um ambiente calmo e acolhedor, que propiciem a manifestação das necessidades, dificuldades e angústias do familiar cuidador.

O educador/formador ao assumir o papel de facilitador deverá conduzir o educando a ser o mais autodirigido ou autónomo possível, estabelecendo um clima de aprendizagem caloroso que envolva o adulto na definição dos seus objetivos de aprendizagem, para que esta seja significativa. O facilitador deverá ainda, enquanto pessoa recurso, ajudar na seleção de técnicas e materiais que envolvam o adulto no seu processo de aprendizagem (Finger e Asún, 2003).

Segundo Knowles, o indivíduo possui uma motivação intrínseca para o crescimento, o desenvolvimento e a aprendizagem autodirigida. Este crescimento é entendido pelo

autor, como um processo de auto-realização e de acumulação de experiências, que se transformam em recursos para a aprendizagem (Finger e Asún, 2003).

A abordagem andragógica, tendo por base os seis princípios básicos anteriormente descritos, que se relacionam com os indicadores de diferenciação dos adultos enquanto educandos, tem em consideração outras características que devem ser observadas nos processos educativos e formativos dos adultos. Assim, para muitos adultos conciliar as exigências e as responsabilidades que já possuem na sua vida com um curso ou uma ação de formação é uma dificuldade que, muitas vezes, os impede de prosseguirem o seu processo de formação e de aprendizagem. Facilitar o acesso a meios, flexibilizar os tempos e os espaços de aprendizagem e proporcionar verdadeiras oportunidades, para que os formandos adultos as possam integrar e prosseguir, deverá ser um elemento organizador de uma perspectiva de ensino que se enquadre nesta abordagem (Quintas, 2008).

Deste modo, é crucial que o enfermeiro tenha em consideração todas as alterações na estrutura e dinâmicas familiares decorrentes da queimadura, procurando junto dos familiares cuidadores momentos e espaços oportunos que facilitem a aprendizagem, o que na maior parte das vezes, e de acordo com a nossa experiência profissional, passaria sobretudo por flexibilizar o horário das visitas, assim como ter momentos educativos personalizados.

Com base nos pressupostos anteriormente expostos, Knowles (1980) apresentou o ciclo andragógico que organiza as atividades educativas/formativas num processo com sete etapas, onde o facilitador e o educando/formando se devem envolver. A primeira etapa, o alicerce de todo o trabalho educativo a desenvolver, é a criação de um ambiente de acolhimento e apoio, seguida do planeamento mútuo, diagnóstico de necessidades de aprendizagem, formulação de objetivos, estabelecimento de planos de experiências de aprendizagem, implementação das experiências, análise dos resultados alcançados e reorientação em função do que se revelar necessário.

A andragogia, apesar de ter sido e continuar a ser uma abordagem fundamental em Educação e Formação de Adultos e de ter revolucionado a situação educativa, foi alvo de críticas, muitas delas endereçando-se ao questionamento das teorias humanistas. Os humanistas aderem a uma conceção individualista do ser humano, descontextualizando-o da sociedade em que está inserido. Além disso, não podemos generalizar a

característica da autodireção na aprendizagem, nem a prevalência de motivações intrínsecas em todos os adultos, assim como não é pacífico aceitar a experiência como base de todo o conhecimento, uma vez que esta é sempre influenciada pelo contexto (Alcoforado, 2008).

Oliveira (2004, 2005) defende que os princípios da andragogia, em termos metodológicos, são um desafio para a educação de adultos, no entanto, a aplicação generalizada dos mesmos a todos os adultos, não é exequível, nomeadamente no que concerne ao princípio da autodireção. De acordo com alguns estudos empíricos, não podemos afirmar que todos os adultos sejam autodirigidos na aprendizagem.

Finger e Asún (2003, p.70) referem ainda que “a andragogia, tal como a psicologia humanista, tão-somente presume que indivíduos autorrealizados conduzam automaticamente a uma sociedade melhor, isto é, a um melhor ambiente que, por sua vez, facilita a autorrealização dos indivíduos. Esta ingenuidade sociológica é certamente a maior fragilidade da andragogia”.

3 - Aprendizagem experiencial

A aprendizagem pela experiência é um processo estreitamente relacionado com a educação informal, pois ambas as modalidades estão presentes desde que existe o Homem. No entanto, o reconhecimento destas modalidades pelos cientistas sociais ainda é recente, porque durante muito tempo pensou-se que a escola era a única via de aquisição de conhecimentos (Cavaco, 2002).

O mesmo autor refere que no processo de aquisição de conhecimentos através da via experiencial o indivíduo vem a desenvolver não só o saber – fazer, mas também o saber-estar e o saber – ser. Esta aquisição varia de sujeito para sujeito, dependendo também do valor que este atribui à experiência, sendo que a mesma só se torna formativa quando provoca no indivíduo alterações duráveis (Cavaco, 2002).

Na mesma linha de pensamento, Pires (2005) considera que os processos de aprendizagem dos adultos, sob a perspectiva da aprendizagem experiencial, implicam uma visão da educação/formação para além dos horizontes institucionais, uma vez que consideram que a aprendizagem é um processo que se desenrola com a trajetória de vida de cada sujeito e com as suas vivências pessoais, sociais e profissionais, aliadas a uma enorme multiplicidade de contextos. Contudo, só recentemente é que se tem vindo a valorizar a aprendizagem pela experiência como aliada ao processo de formação/educação de adultos, uma vez que anteriormente todo o destaque era dado à aprendizagem formal.

Deste modo, depreendemos que a aprendizagem e a experiência são interdependentes, a experiência é um elemento-chave no processo de aprendizagem dos adultos, uma fonte privilegiada de aprendizagem e produtora de saberes e de competências.

Importa assim, compreender o significado do conceito de experiência. Pires (2005, p.218) define experiência como “um contacto direto, um encontro, uma confrontação com o desconhecido ou o inesperado, provocando um confronto entre a identidade e a realidade, dando origem a um novo estado”. A experiência vai permitir que o sujeito estabeleça a sua relação com o meio que o rodeia, e que se construa a si próprio, sendo o fulcro de toda a reestruturação das formas de pensamento e de ação, através da rutura com representações anteriores.

Indo ao encontro da definição anterior, depreendemos que a queimadura constitui uma experiência para os familiares cuidadores do doente queimado, é uma confrontação com o inesperado e o desconhecido, que conduz inevitavelmente a uma reestruturação do pensamento e da ação que permite a aquisição de conhecimentos e conseqüentemente de novas aprendizagens.

Josso (2002, p.28) realça ainda, que o que faz a experiência ser considerada formadora é “uma aprendizagem que articula, hierarquicamente, saber-fazer e conhecimentos, funcionalidade e significação, técnicas e valores num espaço-tempo que oferece a cada um a oportunidade de uma presença para si e para a situação pela mobilização de uma pluralidade de registos”. O familiar do doente queimado terá assim, que confrontar os conhecimentos que detém com as técnicas (saber-fazer) específicas para o cuidar, atribuindo-lhes um significado contextualizado num espaço e tempo demarcados, integrando conhecimentos anteriores que permitam a aquisição de competências para cuidar do seu familiar queimado.

A aprendizagem experiencial diz respeito a um processo dinâmico de aquisição de saberes e de competências (múltiplos e diversificados, tanto quanto à sua natureza como ao tipo de conteúdo), que não obedece a uma lógica cumulativa e aditiva, mas sim de recomposição, ou seja, os novos saberes são construídos integrando os já detidos pela pessoa. Existe uma relação de recomposição entre as aprendizagens que decorrem da formação formal e as aprendizagens adquiridas pela experiência, numa dinâmica de construção de competências.

As competências surgem então, como uma combinação de saberes de diferente natureza que os sujeitos mobilizam na ação através de um processo que é integrativo, finalizado e contextualizado. Hager e Gonczi (1996, cit. por Pires, 2005) consideram que “as competências são combinações complexas de atributos (conhecimentos, atitudes, valores, estratégias cognitivas, aspetos comportamentais, entre outros) que são mobilizados para funcionar em situações particulares nas quais os sujeitos se situam”.

3.1 - Modelo de aprendizagem experiencial de Kolb

Dewey foi pioneiro ao demonstrar interesse pela experiência como possível agente de aprendizagem. No entanto, o papel da experiência na aprendizagem de adultos foi evidenciado por David Kolb nos anos 80 do século passado, tendo construído um modelo sobre a aprendizagem experiencial, enquadrado na corrente do pragmatismo. Kolb é autor de uma obra de referência, *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*, editada em 1984.

Na linha de pensamento de Dewey e de Lewin, Kolb defende que o desenvolvimento humano ocorre através da aprendizagem pela experiência (Alcoforado, 2008).

Kolb descreveu a aprendizagem como um processo contínuo, holístico e adaptativo, mediado por quatro dimensões: afetiva, perceptiva, simbólica e comportamental. Assim, a evolução contínua da pessoa, em termos de aprendizagem, requer a obtenção de uma maior amplitude emocional (dimensão do sentir), uma maior consciência e capacidade de perspetivar (dimensão do perspetivar), esquemas de conceptualização mais sofisticados (dimensão cognitiva), assim como um repertório comportamental mais expandido (dimensão da ação). O desenvolvimento conjugado destas quatro dimensões permitirá alcançar uma personalidade completamente integrada, considerada a principal finalidade do processo de aprendizagem experiencial (Kolb & Kolb, 2005).

Segundo os autores anteriores, Kolb caracterizou a aprendizagem experiencial com base no pensamento e nas obras de Dewey, Piaget, Jung e Rogers, defendendo os seguintes postulados:

- A aprendizagem é melhor concebida como processo do que como produto;
- Aprender é sobretudo reaprender, havendo necessidade das ideias das pessoas serem consciencializadas, discutidas e refinadas;
- A aprendizagem requer a resolução de modos de adaptação ao mundo dialeticamente opostos, como a reflexão/ação ou o sentir/pensar;
- A aprendizagem é holística, devendo ser compreendida nas suas diversas dimensões e envolve a transação entre a pessoa e o ambiente;
- A aprendizagem é um processo de construção de conhecimento.

O processo de aprendizagem experiencial é descrito por Kolb (1984) com base num ciclo de quatro etapas (figura 1): a Experiência Concreta (EC); a Observação Reflexiva (OR); a Conceptualização Abstrata (CA) e a Experimentação Ativa (EA), que envolvem quatro modos adaptativos de aprendizagem. Estas etapas encontram-se dialeticamente relacionadas e formam duas dimensões estruturais distintas: EC-CA e EA-OR, que contêm nos seus pólos orientações adaptativas opostas que originam tensões dialéticas, entre os modos concreto-abstrato e os modos reflexão-ação.

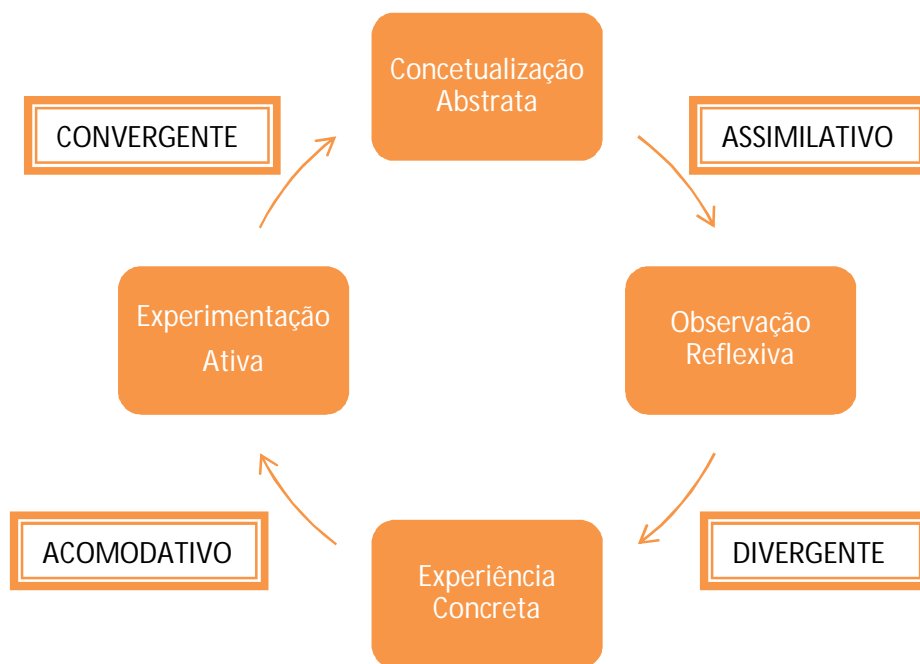


Figura 1: Ciclo de Kolb (adaptado de Alcoforado, 2008)

Para Kolb a aprendizagem resulta da tensão ou de conflitos entre as duas dimensões opostas no ciclo, que são bipolares. Os eixos da aprendizagem encontram-se interligados e são indissociáveis, é “necessário apreender, compreender, transformar através da reflexão e da nova ação exterior para que a experiência se transforme em aprendizagem” (Pires 2002, p.157).

Kolb (1984, p.64) considera que “a complexa estrutura da aprendizagem permite a emergência do individual, o desenvolvimento de estruturas possíveis de processamento únicas ou estilos de aprendizagem”. Para o autor os sujeitos não respondem todos da mesma forma aos diferentes desafios de aprendizagem, não se movem da mesma

maneira na transição entre os diferentes modos de aprendizagem e não utilizam as mesmas estratégias adaptativas em relação à aprendizagem, sendo que as escolhas que a pessoa faz determinam os acontecimentos que vive e estes, por sua vez, influenciam as escolhas futuras.

Deste modo, Kolb (1984) definiu quatro estilos de aprendizagem (figura 1): divergente (caracterizado pela combinação entre experiência concreta e observação reflexiva), assimilativo (caracterizado pela combinação entre conceptualização abstrata e observação reflexiva), convergente (caracterizado pela combinação entre a conceptualização abstrata e a experimentação ativa) e acomodativo (caracterizado pela combinação entre experimentação ativa e a experiência concreta). O desenvolvimento do sujeito ocorre em virtude da diferenciação, enquanto crescente complexidade em cada um dos quatro modos de aprendizagem, e da integração, enquanto processo gradual e multi-nível, que vai permitindo uma flexibilidade adaptativa crescente entre os diferentes estilos, em resposta aos diversos ambientes e desafios de aprendizagem.

Na perspectiva de aprendizagem experiencial de Kolb, a aprendizagem é vista em termos de processo e não em termos de resultados, o que tem subjacente a ideia de não existirem conhecimentos absolutos. É um processo experiencial, dado que apenas se progride através de experiências contínuas (Finger e Asún, 2003).

Esta teoria da aprendizagem constitui um importante contributo teórico, no entanto McGill e Weil (1996, cit. por Pires, 2002) consideram que para além dos aspetos individuais é necessário ter em linha de conta os aspetos sociais da aprendizagem, uma vez que esta ocorre sempre num contexto social.

Outra visão crítica a este modelo é apontada por Tennant (1997, cit. por Pires, 2002) que evidencia a importância da dimensão cultural da aprendizagem, não considerada no modelo. Contudo, estas limitações não excluem a possibilidade de utilizar este modelo de aprendizagem experiencial nas práticas de educação de adultos, uma vez que fornece um bom enquadramento para o planeamento e implementação das atividades de aprendizagem com adultos.

4 – A educação/formação no contexto dos acontecimentos críticos

Na opinião de Schlossberg (1995), o período da vida adulta é caracterizado por uma série de acontecimentos previstos e imprevistos, que podem afetar negativa ou positivamente o indivíduo e que quando são percebidos pelo próprio, num ou noutro desses sentidos, são designados por transições. Por norma, essas transições mudam os papéis da pessoa, os seus relacionamentos, as suas rotinas, as suas suposições. Estas alterações implicam, com frequência, ajustamentos, reavaliações e novas relações transformando deste modo os diversos papéis desempenhados na vida.

A queimadura, um acontecimento imprevisto e crítico, enquadra-se neste conceito de transições, uma vez que vai afetar profundamente a vida da pessoa queimada e toda a dinâmica familiar, obrigando a família a reajustar-se a esta nova situação. O familiar que irá desempenhar o papel de cuidador principal será sem dúvida o elemento da família mais desafiado a mudar, deparando-se com um novo papel, para o qual terá que realizar aprendizagens que lhe permitam adquirir novas competências.

Os primeiros trabalhos sobre a influência das dimensões socioculturais na compreensão do desenvolvimento no período da adultez centraram-se na assunção de papéis sociais e na noção de eventos de vida normativos. Os papéis sociais são definidos como as posições assumidas e as expectativas associadas às mesmas, determinadas principalmente pelas crenças normativas que a sociedade tem para com os indivíduos, por exemplo, tendo em conta a sua idade, o sexo, etc.. As mudanças nas posições sociais das pessoas resultam de modificações nos seus papéis sociais e da assunção de novos papéis, mudanças estas que podem ser iniciadas pela pessoa ou por terceiros (Bee e Bjorkland, 2004, cit. por Merriam, Caffarella e Baumgartner, 2007, p. 312).

As investigações acerca desta temática, ou seja, da transição de papéis evoluíram de uma perspetiva em que era encarada como “problema de vida” para uma abordagem de “trajetória de vida”. Inicialmente, os estudos focavam apenas a perda de papéis, passando mais tarde a valorizar a transição de papéis, que ocorre à medida que as circunstâncias da vida se alteram (Ferraro, 2001, cit. por Merriam, Caffarella e Baumgartner, 2007, p. 313).

Atualmente, investigações mais rigorosas e estudos longitudinais acerca das transições de papéis, têm evidenciado a complexidade dos resultados destas transições, que podem ser positivos ou negativos, ao invés de apenas negativos.

Os estudos sobre os eventos de vida normativos, exemplificado pelo trabalho de Neugarten e colaboradores, sugerem que em cada sociedade as pessoas são classificadas por idades, e que há um conjunto de expectativas para com os seus membros, no que concerne aos comportamentos apropriados ou desapropriados em função da idade. Por outras palavras, o indivíduo passa inevitavelmente por um ciclo tão socialmente regulado, desde o nascimento até à morte, tanto quanto passa por um ciclo biológico: uma sucessão de estatutos regulados de acordo com a idade, cada um com os seus direitos, deveres e obrigações. Apesar de os eventos de vida normativos se terem alterado e os prazos para completar os mesmos se terem modificado desde a finalização do primeiro trabalho de Neugarten, ainda é atribuída um mérito substancial à noção de estar “fora de tempo” ou “no tempo”, no que diz respeito aos principais eventos de vida. No entanto, não são necessariamente os acontecimentos que iniciam uma crise ou uma mudança na vida dos indivíduos, o facto de ocorrerem “fora de tempo” poderá por si só constituir-se como um fator stressante (Bee e Bjorkland, 2004; Pinhey & Pinhey, 2002 cit. por Merriam, Caffarella e Baumgartner, 2007, p. 314).

A ideia de que a aprendizagem na idade adulta se relaciona com a aquisição de papéis definidos pelas expectativas sociais, tem uma grande prevalência na Educação de Adultos, desde os primeiros programas de educação cívica para adultos imigrantes até aos programas de formação atuais nos locais de trabalho.

Vários autores sugerem que estes programas devem ser desenvolvidos de acordo com os papéis sociais dos adultos. Kidd (1973) e Knox (1977), por exemplo, exploraram como as mudanças nos papéis sociais se podem relacionar com as atividades de aprendizagem. Kidd (1973) delineou uma taxonomia, sugerida por Malcom Knowles na Conferência da UNESCO (Hamburgo, 1972) que tem em conta não só os papéis mas também as competências relacionadas com esses papéis. O pressuposto subjacente implícito nesta taxonomia é que os programas de aprendizagem podem ser construídos para abordar estas competências para os adultos que atravessam períodos de mudanças de papéis ou que desejam ser mais competentes nos seus papéis atuais (por exemplo,

membro de uma família, trabalhador, cidadão). Mesmo aprendendo-se sozinho é-se influenciado pelas expectativas sociais internalizadas.

Na maioria dos casos, os educadores de adultos desenvolveram programas baseados na mudança dos papéis de acordo com os eventos de vida normativos, não considerando as pessoas que estão “fora de tempo”. Mas, recentemente, houve algumas mudanças neste pensamento. Por exemplo, os programas de cuidados paliativos, que oferecem apoio e ensinam os cuidadores a tratarem de pessoas que estão a morrer, e que não discriminam quem irá cuidar, com base na idade do paciente ou do seu cuidador (Merriam, Caffarella e Baumgartner, 2007, p. 314).

Neste sentido urge adequar os programas de ensino e aprendizagem dos cuidadores familiares do doente queimado, considerando as mudanças de papéis desencadeadas pela queimadura e as expectativas sociais implícitas nos mesmos, decorrentes de um acontecimento inesperado e crítico para todos os que estão envolvidos na problemática.

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 3 – Enquadramento metodológico da investigação

1 – Objeto de investigação

A primeira parte do presente capítulo tem como objetivo apresentar a problemática do nosso estudo, os objetivos que orientaram a sua elaboração e as respetivas questões de investigação. Iremos, também, descrever e justificar o plano de investigação utilizado neste estudo.

Tal como foi apresentado na parte teórica da presente dissertação, onde é destacada a influência humanista na Educação de Adultos e na área de Enfermagem, o Homem enfrenta múltiplos desafios ao longo da vida, os quais se constituem em necessidades que, muitas vezes, estão na origem de novas aprendizagens. Muitos destes desafios são completamente inesperados e constituem momentos críticos na vida das pessoas que suscitam uma maior predisposição para a aprendizagem e, paralelamente, requerem um apoio adequado por parte de equipas especializadas no desenvolvimento desse reportório mais alargado de aprendizagens que permita lidar com a situação desafiante.

Encarando a queimadura como uma experiência súbita e inesperada na vida dos familiares cuidadores do doente queimado, numa perspetiva de aprendizagem experiencial, podemos inferir, com base na revisão da literatura que apresentámos na componente teórica, que a mesma se torna uma fonte de aprendizagem, geradora de saberes e competências.

É do processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado e da necessidade de o compreender melhor, com todos os seus contornos e peculiaridades, que decorre a temática da presente dissertação, a qual passamos a explicitar.

1.1 – Problemática e objetivos da investigação

A ideia para um projeto de investigação parte, frequentemente, da constatação de um problema, tendo sido o caso da temática subjacente a esta dissertação. Esta emergiu da experiência profissional da investigadora, do contacto quotidiano com os familiares cuidadores dos doentes queimados, assim como dos diálogos formais e informais onde se manifestavam as dúvidas, os medos e as incertezas sobre os cuidados a prestar ao doente queimado no domicílio.

O facto de não existirem estudos que permitam compreender o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado, no quadro da aprendizagem e do desenvolvimento ao longo da vida e nas principais teorias da aprendizagem dos adultos, constituiu-se no principal motivo que impulsionou esta investigação. Meneses (2007) é uma exceção, tendo investigado os processos de aprendizagem subjacentes aos cuidados à criança queimada por parte dos pais, enfatizando o papel da experiência em contexto informal.

A presente investigação diverge da anterior uma vez que focaliza uma população adulta, com necessidades diferentes, onde o processo de cuidar também adquire um significado e contornos diferentes por parte dos cuidadores. Além disso, não poderíamos de forma alguma interpretar a realidade com que nos deparamos à luz da investigação citada, uma vez que o contexto de internamento também é diferente, não permitindo a permanência de um familiar, tal como se preconiza em cuidados pediátricos.

Ciente da importância do planeamento adequado e personalizado da alta do doente queimado para o domicílio, a par de uma conjuntura social e política em que os familiares “assumem” cada vez mais o papel de cuidadores, importa compreender melhor como se desenvolve o processo de aprendizagem relativo aos cuidados a prestar ao familiar que sofreu uma queimadura, no sentido de se poder enriquecer e melhorar esse processo para que resulte na prestação de cuidados mais adequados às condições dos doentes queimados após a alta.

Um planeamento da alta cada vez mais precoce e que inclua o familiar cuidador, será tanto mais eficaz, quanto melhor compreendermos as necessidades dos cuidadores assim como as estratégias de aprendizagem que lhe permitem um ajustamento e um bom desempenho deste novo papel.

Com a realização desta investigação pretendemos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente queimado no domicílio, assim como garantir a continuidade do plano de cuidados, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida e uma readaptação familiar, social e profissional mais eficaz e centrada nos interesses da família e do doente que sofreu uma queimadura.

Pretendemos, deste modo, investigar o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado no domicílio, para o qual formulámos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Compreender como se desenrola o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado, na sua globalidade, e o papel do enfermeiro da UFQ (Unidade Funcional de Queimados) nesse processo.

Objetivos específicos:

- Compreender as motivações que conduzem o prestador de cuidados a cuidar do seu familiar queimado;
- Identificar os principais recursos e fontes de aprendizagem que o familiar cuidador do doente queimado utiliza para desempenhar o seu novo papel;
- Identificar os principais obstáculos e fatores de facilitação no processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado;
- Identificar as principais dificuldades do familiar cuidador do doente queimado, após a saída da UFQ do CHUC (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra);
- Compreender de que forma o enfermeiro da UFQ do CHUC pode contribuir para ensinar adequadamente o familiar cuidador do doente queimado no que respeita às tarefas inerentes à atividade de cuidar;

- Compreender o impacto da saída do doente queimado da UFQ do CHUC na vida do familiar cuidador.

1.2 - Questões de investigação

As questões de investigação são relevantes para orientar o investigador, facilitando, também, a coordenação, análise e integração dos resultados obtidos.

Deste modo, e com base nos objetivos propostos, levantámos a seguinte questão principal: **“Como aprende o familiar cuidador do doente queimado a prestar cuidados no domicílio?”**. A configuração da pergunta de partida serviu como fio condutor do trabalho a desenvolver, assistindo a operacionalização da pesquisa, nomeadamente a elaboração das sub-questões e do guião da entrevista.

Da questão orientadora e dos objetivos atrás enunciados emergiram as seguintes sub-questões:

Q1: Que motivações apresenta o cuidador do doente queimado para o exercício desse papel?

Q2: Que recursos e fontes utilizam os familiares do doente queimado para aprender a desempenhar o seu novo papel?

Q3: O que é que se constitui como obstáculo ou fator de facilitação no processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado?

Q4: Quais são as principais necessidades de aprendizagem identificadas pelo familiar cuidador do doente queimado?

Q5: Do ponto de vista dos familiares cuidadores do doente queimado, quais são as principais dificuldades no exercício desse papel?

Q6: Como é que os familiares cuidadores do doente queimado ultrapassam as dificuldades sentidas no exercício do novo papel, ou seja, o que é que se constitui como uma boa ajuda?

Q7: Como é que os profissionais de enfermagem podem contribuir para facilitar o processo de aprendizagem dos familiares cuidadores do doente queimado?

Q8: Que impacto tem a saída do doente da UFQ queimado na vida do cuidador?

2 – Metodologia

2.1 – Tipo de estudo

O presente estudo e as estratégias metodológicas aplicadas na recolha e tratamento de dados têm por base os pressupostos de uma investigação qualitativa. Amado (2013, p. 12) refere que o paradigma da investigação qualitativa é adequado quando o investigador ambiciona conhecer “o significado que os participantes dão às suas próprias ações, o sentido que dão às suas vidas ou a aspetos circunscritos dela, as interpretações que fazem das situações em que estão ou estiveram envolvidos”.

A escolha do paradigma qualitativo para o enquadramento metodológico da presente investigação, teve em consideração os nossos objetivos que vão ao encontro das perspetivas dos participantes, da compreensão dos processos e do seu significado, enquadrados numa linha de pensamento humanista. Atribuímos ênfase particular à abordagem humanista, uma vez que nela se aceita a complexidade e a subjetividade da ação humanas, se encaram as pessoas como agentes ativos, se considera os contextos nos quais as pessoas interagem e se assume que o sentido e o significado das ações são construídos e reconstruídos através da interação social (Strauss e Corbin, 1998; Oliveira, 2004).

Para descrever e compreender um fenómeno tal como surge à consciência, enfatizando a análise das múltiplas experiências humanas por quem as vive, o investigador deve recorrer à abordagem fenomenológica. Esta foca-se nas experiências diretas de uma pessoa para compreender “como determinado fenómeno se dá e é vivido por essa mesma pessoa, os seus sentimentos, vivências, o que experimenta, o que vive, o que sente - é a investigação na primeira pessoa” (Loureiro, 2002, p.12).

Para reforçar esta orientação metodológica, convocamos Amado (2013) que refere que a investigação qualitativa assenta numa visão holística da realidade (ou problema) a investigar, procurando atingir a sua compreensão através de processos inferenciais e indutivos.

No presente estudo, preocupámo-nos, fundamentalmente, em compreender como se desenrola o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado, assim

como descrever as suas necessidades, dificuldades, recursos e percepções relativos aos múltiplos desafios do ato de cuidar.

Consideramos, em jeito de síntese, que abordar o problema em análise, através da investigação de cariz qualitativo, permitirá alcançar as características de uma boa pesquisa: “ser relevante, completo, considerar perspetivas alternativas de explicação, evidenciar uma recolha de dados adequada e suficiente e ser apresentado de uma forma que motive o leitor” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 218).

2.2 – Participantes

Através das técnicas qualitativas procura-se, sobretudo, um grupo de participantes que possibilite riqueza de informação, através de relatos pessoais, de vivências e sentimentos. Os investigadores qualitativos pretendem um grupo constituído por “pessoas que sejam conhecedoras, articuladas, ponderadas e desejem falar longamente com o pesquisador” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 235).

Determinámos que os participantes deste estudo fossem constituídos pelos familiares cuidadores do doente queimado no domicílio, que frequentassem a Consulta Externa de Queimados do CHUC. Esta escolha prende-se com o facto de considerarmos que os familiares cuidadores do doente queimado seriam os melhores conhecedores da realidade inerente ao ato de cuidar no domicílio, assim como enriqueceriam o estudo com vivências pessoais, sentimentos, dúvidas e inquietações que permitem compreender melhor a problemática da presente investigação.

Para auxiliar na seleção dos participantes, definimos os seguintes *critérios de inclusão*:

- Ter mais de 18 anos de idade;
- Ser familiar e viver com o doente queimado;
- Identificar-se como cuidador principal do doente queimado;
- Não ser remunerado;
- A vítima de queimadura necessitar de ajuda em pelo menos uma AVD (atividade de vida diária);
- A vítima de queimadura ter estado internada na UFQ do CHUC há menos de um mês.

Definimos também os seguintes *critérios de exclusão*:

- A vítima de queimadura não deve ser dependente antes da ocorrência da lesão.

Os participantes do estudo foram apenas os familiares que se disponibilizaram a participar, através de consentimento livre e esclarecido (anexo D), uma vez que este é um dos critérios deontológicos relativos a qualquer estudo, que não pode ser negligenciado, independentemente de quem seja o investigador.

2.2.1 – Caracterização dos participantes

O presente estudo abrangeu a realização de 10 entrevistas. Foram entrevistadas oito mulheres e dois homens, tendo o participante mais velho 82 anos e o mais novo 21 anos de idade (tabela 1).

Relativamente às habilitações escolares, verifica-se que 50% dos participantes apenas possui a 4ª classe; 20% possui o 9º ano; 20% o 12º ano e 10% possui o 6º ano de escolaridade.

No que concerne à profissão, 40% dos participantes são reformados, 20% são domésticas, 20% são desempregados e 10% exerce uma profissão remunerada.

Relativamente ao grau de parentesco com o doente queimado podemos verificar que a maioria dos participantes (4) é esposa; 3 são filhos; 1 participante é mãe; 1 é cunhada e 1 participante é nora do doente queimado.

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos participantes

Entrevistado	Sexo	Idade	Habilitações escolares	Profissão	Grau parentesco
1	F	48	9º ano	Doméstica	Cunhada
2	F	75	4ª classe	Reformada	Esposa
3	F	79	4ª classe	Reformada	Mãe
4	F	82	4ª classe	Reformada	Esposa
5	F	68	4ª classe	Reformada	Esposa
6	F	37	6º ano	Doméstica	Filha
7	M	21	12º ano	Desempregado	Filho
8	F	44	9º ano	Ajudante Cozinha	Esposa
9	F	63	4ª classe	Doméstica	Nora
10	M	23	12ºano	Desempregado	Filho

2.3 – Processo de recolha de dados

2.3.1 – Procedimento

De forma a conduzirmos a nossa investigação e alcançarmos os objetivos propostos para a mesma, definimos previamente as etapas e os procedimentos a realizar, expressos num cronograma que servisse de guia orientador (Anexo B).

Antes de iniciarmos a investigação e a recolha de dados, elaborámos um pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHUC para a realização do estudo e para a aplicação do instrumento de colheita de dados, o qual foi deferido (Anexo A). De forma informal, o Diretor de Serviço e a Enfermeira Chefe, já haviam autorizado a realização do estudo e a recolha de dados na Consulta Externa de Queimados.

Os participantes foram selecionados à medida que se dirigiam à Consulta Externa de Queimados com os seus familiares e apresentavam os critérios de inclusão definidos, assim como interesse e disponibilidade para cooperar no presente estudo.

Antes da realização de cada entrevista foi lido e assinado um termo de consentimento livre e esclarecido de autorização de participação no estudo, de forma a garantir o respeito pelo anonimato e privacidade dos participantes e a obter dos mesmos o consentimento informado tendo em conta os objetivos do estudo, os procedimentos e

implicações do mesmo, bem como o tratamento de dados inerentes à realização da investigação (Anexo D).

Os dados foram recolhidos sob a forma de gravação áudio (com autorização dos participantes). Após cada entrevista procedemos à sua audição e transcrição integral, respeitando-se o mais fielmente possível, as palavras, silêncios e interjeições dos participantes.

A este propósito, enfatizando a nossa conduta durante as entrevistas, faz todo o sentido explicitar o seguinte excerto de Lalanda (1998, p.881):

“A entrevista não se resume a uma gravação. Ninguém se conta a um gravador, mas a alguém. O entrevistador é esse alguém, que se faz eco de uma gargalhada ou de um soluço, alguém que reage. Este contacto entre o investigador e o participante reflete “uma relação interpessoal onde ressaltam expressões não-verbais, silêncios, palavras que se dizem com mais intensidade ou, pelo contrário, se sussurram quase a medo”.

De facto, nem só os relatos verbais enriqueceram os dados recolhidos para a presente investigação. Os silêncios prolongados; a ansiedade transmitida pelos olhares e pelas palavras que teimavam em “tremar”; os suspiros que irrompiam após a expressão dos sentimentos e opiniões e os sorrisos “tímidos” que expressavam a satisfação pelo cumprimento de um dever pessoal, permitiram-nos compreender melhor a dimensão e o impacto nas vivências dos participantes da problemática em análise.

As entrevistas decorreram entre os meses de Julho de 2013 e Abril de 2014 num gabinete da Consulta Externa de Queimados da UFQ dos CHUC, de forma a garantir a privacidade dos participantes.

2.3.2 – Entrevistas semiestruturadas

Tendo em conta o que atrás foi referido, a natureza do fenómeno a investigar, os objetivos do estudo, a técnica de recolha de dados preferencial utilizada foi a entrevista semiestruturada.

Para a recolha de dados optou-se pelo método da entrevista. Esta escolha prendeu-se com o facto de a entrevista ser um dos melhores meios para a obtenção de informações acerca das pessoas quando está em causa conhecer as suas crenças e interpretações das situações (Amado, 2013).

Quivy e Campenhoudt (1998, p.282) complementam esta ideia ao referir que a entrevista é a técnica adequada quando o intuito é compreender “o sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se veem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas [...] as leituras que fazem das suas próprias experiências”. Como o nosso propósito é compreender como se desenrola o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado, assim como conhecer, do seu ponto de vista, as suas necessidades de aprendizagem e as suas dificuldades, esta foi considerada por nós a técnica de recolha de dados mais adequada no contexto da presente investigação, permitindo aos participantes expressar os seus sentimentos, significados e experiências pessoais, de grande utilidade no nosso estudo.

Não podemos deixar de salientar que a entrevista permite uma maior proximidade e interação proporcionando, assim, um ambiente de maior confiança que irá facilitar o diálogo com o investigador e o relato das vivências do participante.

Goetz e LeCompte (1984, citados por Lima e Vieira, 1997, p. 82) referem, ainda, que a entrevista apresenta vantagem sobre outras técnicas, pelo contacto facial por parte do investigador e pela empatia que é possível estabelecer com os participantes, implicando uma orientação das interações de modo a obter dados pertinentes ao estudo.

Optou-se pela entrevista semiestruturada dentro das modalidades possíveis para a realização de uma entrevista.

Neste tipo de entrevista “as questões derivam de um plano prévio, um *guião* onde se define e regista, numa ordem lógica para o entrevistador, o essencial do que se pretende

obter, embora, na interação se venha a dar uma grande liberdade de resposta ao entrevistado” (Amado, 2013, p.208).

Não existe uma ordem rígida para colocar as perguntas e o investigador deve orientar a sua atenção para o assunto que lhe interessa dispondo de perguntas de recurso, geralmente abertas, a propósito das quais é imperativo receber informação da parte do/a entrevistado/a.

A nossa entrevista foi organizada segundo um guião (Anexo C), que funciona como um roteiro orientador, e que se encontra estruturado em nove domínios. O encadeamento dos blocos serve de estrutura geral para a entrevista, contudo não se trata de uma sequência fixa ou rígida.

O primeiro bloco, a *Legitimação da Entrevista*, serviu para informar os entrevistados sobre os objetivos do estudo e a importância do mesmo no contexto da educação e formação de adultos e dos cuidados ao doente queimado no domicílio. Foi ainda assegurado aos participantes a confidencialidade dos dados obtidos e que os mesmos apenas iriam ser utilizados no presente estudo, procurando-se criar um clima acolhedor e empático, favorável à entrevista.

O segundo bloco, ajudou-nos a obter alguns *dados sociodemográficos* dos participantes, que os permitissem caracterizar, tais como a idade, a profissão, a escolaridade, o grau de parentesco com o doente queimado e a residência.

No terceiro bloco procurámos obter informações que nos ajudassem a compreender as *motivações* que conduzem o prestador de cuidados a cuidar do seu familiar queimado, enquanto no quarto procurámos dados relevantes para descrever como se realiza a *transição para o papel de cuidador principal*.

O quinto bloco visou compreender como se desenrola o *processo de aprendizagem* do familiar cuidador do doente queimado; o sexto bloco foi direcionado para a *identificação dos principais obstáculos* no processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado; o sétimo bloco teve o objetivo de identificar as principais *dificuldades no exercício do papel de cuidador* do doente queimado e o oitavo bloco procurou identificar as principais *estratégias/fontes de apoio no exercício do papel de cuidador* do doente queimado.

Por último, e não menos importante, a *conclusão* serviu para finalizar a entrevista e agradecer a participação na mesma.

A formulação das questões foi precedida de bastante reflexão, com base na pesquisa bibliográfica e na experiência profissional da investigadora, para que as mesmas fossem pertinentes e adequadas aos objetivos do presente estudo.

Após a elaboração do guião da entrevista, efetuámos duas entrevistas de teste, que posteriormente foram incluídas na amostra pela pertinência da informação recolhida, e por se ter constatado que as perguntas eram claras e de fácil compreensão para o/a entrevistado/a, permitindo, simultaneamente, ir ao encontro dos objetivos do estudo, pelo que o guião da entrevista pôde ser considerado válido.

As entrevistas decorreram num gabinete da Consulta Externa de Queimados, um local que assegurou a privacidade e o conforto dos participantes. A investigadora, durante a realização das entrevistas, optou por não usar a sua farda de trabalho, no sentido de não intimidar os participantes ou de fazer sobressair a sua atividade profissional (Enfermagem) e, desta forma, conduzir a respostas tendenciosas.

O tempo médio das entrevistas foi de dezanove minutos, com uma duração que variou entre cerca de vinte e cinco minutos (a mais longa) e cerca de doze minutos (a mais curta) (tabela 2).

Tabela 2: Duração das entrevistas

Designação do participante	Duração da entrevista
E1	20:25:17
E2	18:54:56
E3	12:15:26
E4	21:10:04
E5	11:45:10
E6	16:10:32
E7	22:35:20
E8	20:54:01
E9	19:46:06
E10	24:48:15

Após a transcrição integral das entrevistas procedeu-se à análise e tratamento de todos os dados recolhidos, através da técnica de análise de conteúdo (Anexo E).

2.4 – Análise de conteúdo das entrevistas

No presente estudo recorreremos à técnica de análise de conteúdo para o tratamento das informações obtidas através da entrevista. Esta técnica constitui uma ferramenta que nos permite compreender os significados intrínsecos das respostas às questões colocadas aos participantes. Não é suficiente recolher os dados, é necessário saber analisá-los e interpretá-los.

Vala (2003, p.104) considera que a análise de conteúdo é uma técnica que trata da *“desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise”*.

Podemos considerar a técnica de análise de conteúdo como um processo sequencial em que se deve encarar uma certa ordem de ações. Assim, após a definição dos objetivos e a clarificação do quadro de referência teórico, é necessária a constituição de um corpus documental (Amado, 2013), ou seja, os documentos válidos para a análise, que no presente estudo correspondem às transcrições das entrevistas realizadas aos familiares cuidadores do doente queimado.

O mesmo autor refere que o primeiro grande objetivo da análise de conteúdo é o de *“organizar os conteúdos de um conjunto de mensagens num sistema de categorias que traduzam as ideias-chave veiculadas pelos documentos em análise”* (Amado, 2013, p. 313), o qual só se poderá realizar após uma leitura cuidada da transcrição das entrevistas na sua íntegra. Torna-se necessário *“espartilhar os textos nas unidades de sentido que se considerarem pertinentes em função das características do material a estudar, dos objetivos do estudo”* (Amado, 2013, p. 313).

No entender de Amado (2013, p. 332), *“a categorização é a fase mais problemática desta técnica, mas também a mais criativa”*, pois permite transformar os dados brutos do

texto em unidades agrupadas, possibilitando assim, uma descrição exata das características do conteúdo.

Na presente investigação, a categorização ocorreu *a priori* e *a posteriori*, resultando da combinação destes procedimentos a categorização final. As categorias definidas *a priori*, resultaram do guião de entrevista e da nossa experiência profissional, enquanto as categorias definidas *a posteriori*, resultaram da leitura e da interpretação das entrevistas transcritas.

No processo de categorização impõem-se algumas regras, às quais obedecemos, sendo elas a exaustividade, a exclusividade, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a produtividade (Amado, 2013).

A construção dos indicadores é outro momento importante na análise de conteúdo, tratando-se de um processo intermediário entre as categorias (e subcategorias) e as unidades de registo, expressando “o sentido das unidades de registo” e constituindo assim, “o primeiro esboço do texto de apresentação de dados” (Amado, 2013, p.335).

Foi realizada uma leitura vertical, que consiste no “esquartejamento do texto”, atribuindo-se a cada unidade um sentido designado por uma expressão-chave. É um processo minucioso, de constante aperfeiçoamento e refinamento, e cada um destes fragmentos constitui uma unidade de registo (Amado, 2013, p. 319).

Após esta fase de leitura vertical procedemos às leituras horizontais, que permitem a comparação das unidades de registo com sentido igual ou próximo em todas as entrevistas realizadas. A este propósito, Amado (2013, p.324) com base em Ghiglione e Matalon (1992), refere que “a análise horizontal trata cada um dos temas, salientando as diferentes formas sob as quais ele aparece nas pessoas inquiridas”.

Capítulo 4 – Apresentação e discussão dos resultados

No presente capítulo, após a caracterização sociodemográfica dos participantes, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos a partir das entrevistas e da respetiva análise de conteúdo.

1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

As primeiras questões do guião na nossa entrevista, inseridas no domínio *biografia*, foram formuladas com a finalidade de recolher alguns dados sociodemográficos dos entrevistados, de forma a podermos caracterizar os cuidadores do doente queimado e estabelecer alguma relação dos dados obtidos com aqueles encontrados na bibliografia.

No capítulo anterior, na secção “Caracterização dos participantes”, foi efetuada uma síntese dos dados obtidos (tabela 1). Perante os resultados apresentados podemos afirmar que os familiares cuidadores do doente queimado são:

- ✓ Maioritariamente do sexo feminino (80%)
- ✓ Maioritariamente esposas (40%) e filhos (30%)
- ✓ Maioritariamente na faixa etária acima dos 60 anos
- ✓ Com baixo nível de escolaridade

Os dados obtidos vão de encontro a outros estudos realizados, onde a maioria dos cuidados informais são prestados por mulheres, entre as quais se destacam as esposas e as filhas, um papel culturalmente assumido. A este propósito, Pereira (2011), apoiando-se em Hoffman e Rodrigues (2010), refere que, a nível europeu, são as mulheres que providenciam cerca de 2/3 dos cuidados.

O familiar cuidador tem ainda, na sua maioria, uma relação matrimonial ou filial com o dependente, sendo que os conjugues assumem este papel naturalmente, uma vez que se entende que inerente à relação há um compromisso de interajuda (Silveira, Caldas e

Carneiro, 2006). Verificámos que 40% dos entrevistados apresenta uma relação matrimonial com o doente queimado e 30% um relacionamento filial.

Dados com alguma semelhança foram encontrados também por Ferreira e colaboradores (2011) que caracterizaram o cuidador principal como o cônjuge ou filho/a com percentagens de 55,2% e 26,7%.

A idade da maioria dos entrevistados encontra-se na faixa etária acima dos 60 anos (40%), o que nos remete para uma preocupação acrescida com a saúde e qualidade de vida destes cuidadores, e o que está de acordo com o referido por Pereira (2011), que o número de cuidadores com idades superiores a 60 anos ultrapassa os 30% em diferentes estudos.

Embora a idade não seja um determinante direto das diferenças individuais, não deixa de ser um fator importante a considerar na educação de adultos, uma vez que estas aumentam com a idade, daí que seja necessário personalizar o mais possível o processo educativo dos cuidadores do doente queimado (Oliveira, 2005).

Relativamente ao nível de escolaridade, verificámos que 50% dos cuidadores entrevistados apenas possui o 4º ano de escolaridade, ou seja, o nível de instrução destes cuidadores é baixo. Os dados de Figueiredo et al. (2009) também revelaram um nível de instrução baixo, onde 54,5% dos cuidadores tinha apenas 4 anos de escolaridade.

Goyatá (2005), no seu estudo sobre os familiares do doente queimado, constatou igualmente que os cuidadores apresentavam em geral um nível de instrução baixo, o que nos aponta para a necessidade de definir estratégias educativas e formas de comunicação que vão ao encontro do nível de compreensão e de conhecimentos destes cuidadores.

2 – Apresentação dos resultados

Tal como já referimos anteriormente, os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada. Foram realizadas 10 entrevistas a familiares cuidadores do doente queimado no domicílio, que frequentam a Consulta Externa de Queimados do CHUC, com o propósito principal de compreender como se desenrola o processo de aprendizagem para se tornarem cuidadores.

Considerando que a técnica de análise de conteúdo se revelou o procedimento mais coerente na análise dos dados recolhidos, e tendo como referência as orientações de Amado (2013), elaborámos uma matriz de análise de conteúdo (anexo E), constituída por quatro colunas: categorias, subcategorias, indicadores e unidades de registo, de acordo com a seguinte estrutura:

Tabela 3: Estrutura da matriz de análise de conteúdo

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Processo de aprendizagem	Momentos significativos de aprendizagem		
	Aprendizagens realizadas		
	Agentes facilitadores da aprendizagem		
	Obstáculos inerentes ao processo de aprendizagem		
Tomada do papel de cuidador principal	Motivação para o papel de cuidador		
	Transição para o papel de cuidador		
	Impacto na vida quotidiana do cuidador		
	Avaliação do processo de preparação do cuidador		
Dificuldades no cuidado ao doente queimado no domicílio	Tipo de dificuldades		
	Fontes de apoio no exercício do papel de cuidador		

Tal como podemos verificar, da matriz fazem parte três categorias: a categoria *processo de aprendizagem*, a categoria *tomada do papel de cuidador principal* e a categoria *dificuldades no cuidado ao doente queimado no domicílio*. Foram ainda encontradas dez subcategorias: *momentos significativos de aprendizagem*, *aprendizagens realizadas*, *agentes facilitadores da aprendizagem*, *obstáculos inerentes ao processo de aprendizagem*, *motivação para o papel de cuidador*, *transição para o papel de cuidador*, *impacto na vida quotidiana do cuidador*, *avaliação do processo de preparação do cuidador*, *tipo de dificuldades* e *fontes de apoio no exercício do papel de cuidador*.

Seguidamente, apresentamos as várias componentes que emergiram da análise de conteúdo, no seguimento dos vários blocos da entrevista, e que deram corpo à matriz atrás apresentada, ilustradas com as respetivas unidades de registo.

2.1 – Processo de aprendizagem

Durante a realização das entrevistas procurámos compreender como se desenrola o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado. Foram referidos aspetos pertinentes que nos permitem identificar os momentos significativos de aprendizagem, as aprendizagens realizadas, os agentes facilitadores da aprendizagem assim como os obstáculos inerentes ao processo.

2.1.1 – Momentos significativos de aprendizagem

Na subcategoria momentos significativos de aprendizagem os participantes referiram as *visitas à U.Q.*, o *acolhimento das visitas*, os *cuidados no domicílio* e o *momento da alta* como os momentos que lhes permitiram adquirir conhecimentos para cuidar do familiar queimado, sendo que a maioria dos entrevistados (como veremos à frente) refere as visitas à U.Q. como o principal momento significativo de aprendizagem.

- Visitas à U.Q.

As visitas à U.Q e consequente observação dos cuidados prestados foram referidas pelos entrevistados 1, 2, 4, 5, 7, 8 e 9 como uma mais-valia para aprender a cuidar do seu familiar queimado:

(E1) Eu fui aprendendo lentamente, não é, fui vendo, hum (...) quando ia lá uma enfermeira perguntar se estava tudo bem, se era preciso alguma coisa eu ia vendo o que elas faziam (...) Ia vendo, pronto, como é que era feito, como é que lhe faziam, como é que não faziam, (...) quando ia visitá-la e eu ia observando o que faziam. (...) eu não via muito, mas ia vendo como eles (enfermeiros) metiam as pomadas, faziam massagens e metiam as almofadas para ela ficar melhor (...)sou muito observadora.

(E2) (...) Ensinar, a mim ninguém me ensinou, conforme eu via aqui o que lhe faziam, assim eu procuro fazer em casa.

(E4) Ninguém me ensinou, eu quando o vinha cá visitar ia vendo o que elas (enfermeiras) lhe vinham fazer.

(E5) Acho que uma pessoa vê aquilo que é preciso fazer e como é, eu ia lá (unidade) e ia vendo.

(E7) Havia momentos no internamento em que eu estava lá dentro e que via como as enfermeiras cuidavam dele. (...) fui vendo como é que vocês iam fazendo e eu em casa foi mesmo meio caminho andado para (...).

(E8) Também ia vendo como é que lhe faziam (...) passava quase a tarde com ele e sempre que lá iam fazer qualquer coisa eu ficava atenta (...) espalhavam os cremes ou metiam as almofadas, ia sempre observando.

(E9) A gente também vai vendo como é que fazem (...) ia lá e observava.

- Acolhimento das visitas

Constatámos que o momento do acolhimento das visitas no interior da U.Q., também é considerado um momento propício à realização de aprendizagens, quer seja através do diálogo quer do questionamento do enfermeiro relativamente à situação clínica do familiar queimado. Os entrevistados 4, 6 e 8 referiram que:

(E4) A enfermeira que me recebia dizia-me alguma coisa, eu ia perguntando.

(E6) (...) mas eu sempre que cá vinha estava a falar um bocadinho com a enfermeira que me recebia, ela ia-me sempre explicando as coisas.

(E8) Quando o vinha visitar perguntava sempre à enfermeira que me vinha receber como estavam a correr as coisas (...) ia-me preparando.

- Cuidados no domicílio

O doente queimado também é apontado como um intermediário no processo de aprendizagem do seu familiar, ou seja, no domicílio vai dando indicações relativas ao modo como o cuidador o deve tratar, tendo por base as aprendizagens que fez quando

estava a ser cuidado pelos enfermeiros no hospital. Neste sentido os entrevistados 1 e 10 proferiram as seguintes palavras:

(E1) (...) ela (doente) ia dizendo como lhe faziam, mas havia respostas que ela nem me sabia dizer.

(E10) Não existiram ensinamentos aqui, não. Ela (doente) é que dizia como eu é que devia fazer e eu fazia. Foi a minha mãe que me ensinou, ela ia vendo como é que lhe faziam e pronto.

- Momento da alta

O entrevistado 6 considera o momento da alta como aquele em que aprendeu os cuidados a realizar ao seu familiar, através dos ensinamentos realizados pelo enfermeiro:

(E6) Eles explicaram muito bem os cuidados aqui quando eu saí com ela. (...) Nessa altura também veio o médico falar comigo, mas foi a enfermeira que praticamente explicou. Eu aprendi praticamente tudo”.

2.1.2 – Aprendizagens realizadas

Na subcategoria *aprendizagens realizadas* os entrevistados referiram três áreas específicas de cuidados (*cuidados à pele, proteção solar e posicionamentos*), tendo adquirido competências para satisfazer esses cuidados.

(E1) “(...) aprendemos para também no fundo termos cuidado com determinadas coisas, também para sabermos lidar com elas quando elas acontecem”.

- Cuidados à pele

No que concerne aos cuidados à pele, a hidratação diária com creme e o banho diário são os cuidados sobre os quais os entrevistados relatam mais competências e referem ter aprendido sobre os mesmos.

(E2) (...) as pomadas têm que ser bem espalhadas no corpo.

(E3) (...) tem a pomadinha para pôr, sempre que a lavo depois meto a pomadinha, ponho-lhe esta (camisola) aqui para não roçar que é mais fininha.

(E4) Lavo-o todos os dias com um paninho, seco tudo muito bem sequinho e depois meto o creme (...)

(E6) (...) como é que tinha que ser com o creme e lavar todos os dias.

(E7) (...) temos que administrar muitos cremes gordos (...).

(E8) (...) espalhar muito bem os cremes.

(E9) (...) meto o creme, espalho bem com muito cuidadinho (...).

(E10) Massajo e espalho muito bem o creme onde ela não chega.

- Proteção solar

Os cuidados com o sol são referidos pelos entrevistados 1, 7 e 8 como uma área sobre a qual adquiriram conhecimentos.

(E1) Eu já estive a ver que agora durante muito tempo ela não pode ir à praia, tem que ir protegida, tem que ter uns bons protetores solares.

(E7) (...) e o sol nunca apanhava, estava sempre em casa.

(E8) (...) vivemos perto da praia, quando sai de casa é sempre com muito cuidado com o sol e o protetor.

- Posicionamentos

Relativamente aos posicionamentos das zonas afetadas pela queimadura os entrevistados 4 e 9 referiram que:

(E4) (...) o braço tem que estar mais alto, eu sei.

(E9) Tenho que a virar e ponho as almofadas como me disseram. Não lhe meto travesseiro no pescoço (...) tem que ficar esticadinho.

2.1.3 – Agentes facilitadores da aprendizagem

A subcategoria agentes facilitadores da aprendizagem permitiu-nos identificar os principais fatores de facilitação do processo de aprendizagem do familiar do doente queimado, tendo sido reconhecidos pelos cuidadores entrevistados, as *experiências anteriores*, o *enfermeiro*, a *carta de enfermagem*, a *leitura e pesquisa na internet*, a *televisão* e o *contacto telefónico*.

- Experiências anteriores

A experiência assume um papel de destaque como facilitador da aprendizagem dos cuidadores do doente queimado, ainda que não esteja relacionada com esta problemática, na medida em que permite adaptar os conhecimentos e competências

adquiridos ao longo da vida e aplicá-los a novas situações. O entrevistado 1 e 7 relataram que:

(E1) (...) já tinha experiência, cuidei da minha avó, o problema não era o mesmo, mas eu ia adaptando à situação.

(E7) Uma pessoa vai ganhando experiência também nos bombeiros, apesar de não ter nada a ver, mas vou adaptando (...).

Ainda a este propósito os entrevistados 2, 3, 4, 5, e 9 reforçaram que:

(E2) Eu já tenho passado tantas vezes por problemas, porque o meu marido já esteve dois anos impossibilitado numa cama (...) eu é que tratava dele e agora faço o mesmo.

(E3) Ninguém me ensinou minha senhora, eu com a minha experiência (...) Sou eu que sei que pronto (...) essas coisas que eu penso, já fiz noutros casos sem ser as queimaduras (...) os meus pais tiveram acamados.

(E4) Eu também já tratei dos meus velhinhos (...) já tinha lidado com escaras terríveis, nunca com queimaduras.

(E5) Tive a minha mãe que também internada algumas vezes e ela ia para casa e nos cuidávamos dela, tal e qual como cuidámos dele agora. Não era a primeira vez que eu tinha gente no hospital.

(E9) Eu também já sei algumas coisas, já tratei de uma tia que esteve acamada (...) algumas coisas vou fazendo como sei, a gente também tem alguma experiência.

- Enfermeiro

O enfermeiro é percebido como o profissional que apresenta uma relação mais próxima com o doente e a família, caracterizada pela empatia, disponibilidade e acompanhamento.

(E1) (...) os enfermeiros, porque são eles que levam ali com o impacto e são eles que estão ali quase sempre presentes, tudo bem que o médico vai, prescreve, analisa e é a responsabilidade do médico, é o responsável, mas eu acho que o enfermeiro é a pessoa que está sempre ali mais direta.

(E2) O enfermeiro como uma pessoa mais habilidosa, mais carinhosa (...)

(E4) Os enfermeiros estavam sempre lá, eu ia perguntando algumas coisas, outras também eles me diziam, não tenho razão de queixa.

(E7) O enfermeiro está diariamente com o doente.

São os profissionais de enfermagem os principais responsáveis pelos ensinamentos ao familiar cuidador.

(E2) A gente faz aquilo que mandam, que a gente não vai fora das ordens que tem [indicações do enfermeiro]

(E3) Acho que são todos muito simpáticos e que a têm tratado muito bem (...) deram-me o papelinho [carta de enfermagem].

(E6) Ele [enfermeiro] disse os cuidados que tinha que ter com ela a seguir. Tinha, porque eles vinham a dizer como é que era, por acaso falaram sempre connosco, disseram sempre o processo que as coisas estavam a decorrer. (...) ela ia muitas vezes para o banho e eles [enfermeiros] explicavam. Eles [enfermeiros] puseram-nos à vontade. Parecia que estávamos a tratar com pessoas de família, muito boa. Nunca pensei que fosse tão bem tratada. (...) falaram sempre connosco, disseram sempre o processo e como as coisas estavam a decorrer.

(E7) (...) os enfermeiros também disseram aquilo que havíamos de fazer (...).

- Carta de enfermagem

Os entrevistados 2, 3, 4 e 9 indicaram a carta de enfermagem como um agente facilitador do processo de aprendizagem. Todavia, mais à frente veremos que alguns participantes no estudo a veem como um obstáculo.

(E2) (...) segui aquilo que mandam escrito nos papéis (carta de enfermagem).

(E3) (...) no papelinho [carta de enfermagem] que me deram, até me diziam que tinha que a lavar com sabão neutro (...) foi uma das coisas que eu tomei atenção.

(E4) (...) porque li lá, li lá, nas cartas que os tratamentos (...).

(E9) Também li o que ia escrito na carta que o enfermeiro me deu, ainda ontem lá fui ver para tirar uma dúvida, do sabonete, tá a ver.

- Leitura e pesquisa na internet

Estando nós expostos a várias fontes de conhecimentos, numa sociedade designada de sociedade da aprendizagem, as novas tecnologias invadiram e permanecem nas nossas vidas. Os entrevistados 1, 8 e 10 referem a internet como um facilitador do processo de aprendizagem, uma fonte de conhecimentos onde recorrem.

(E1) Eu leio, eu leio e pesquiso muito na net (...)

(E8) A minha filha também viu muitas coisas na internet, os cuidados e essas coisas (...)

(E10) Também fui ver algumas coisas à internet (...) hoje em dia já há muita informação disponível.

- Televisão

A televisão, nomeadamente alguns programas, também foi identificada como um facilitador do processo de aprendizagem.

(E1) (...) eu também vou ouvindo programas onde falam dos queimados (...) depois eu vou sempre ouvindo mesmo quando aparece na televisão (...) vou ouvindo estas coisas e vou assimilando e depois vai cá ficando estas pequenas informações, não fica tudo, mas vai ficando mais.

(E2) (...) sei cuidar também, sei mexer, a gente não é burra nenhuma, que não vê na televisão como tratam as pessoas.

- Contacto telefónico

O entrevistado 6 referiu que contactou a U.Q. para o esclarecimento de dúvidas, uma mais-valia para consolidar os conhecimentos, enaltecendo o papel do enfermeiro neste tipo de ensino.

(E6) Eu até cheguei a ligar para aqui (unidade) por ter dúvidas, foram muito bons [enfermeiros].

2.1.4 – Obstáculos inerentes ao processo de aprendizagem

Na subcategoria obstáculos inerentes ao processo de aprendizagem pretendemos identificar os principais obstáculos do processo de aprendizagem do familiar do doente queimado. Verificámos que os entrevistados identificaram o *isolamento e normas do serviço*, assim como a *carta de enfermagem* como os principais obstáculos à sua aprendizagem.

Os obstáculos referidos pelos entrevistados deverão ser objeto de reflexão por parte dos enfermeiros, na medida em que, e de acordo com a abordagem andragógica, é fundamental facilitar o acesso a meios, flexibilizar os tempos e os espaços de aprendizagem e proporcionar verdadeiras oportunidades para que os cuidadores as possam integrar e prosseguir o seu processo de aprendizagem.

- Isolamento e normas do serviço

A maioria dos entrevistados, apesar de compreender a necessidade de um internamento com regras próprias e rigorosas, identifica esta especificidade da UFQ como um obstáculo à realização das aprendizagens que lhe permitissem cuidar melhor do seu familiar.

(E1) Eu entendo que as visitas são situações complicadas (...) tem que haver um isolamento, as visitas como são restritas e às vezes só pode entrar uma pessoa, não podia ver como cuidavam dela e tinha pouco contacto com os enfermeiros.

(E4) (...) porque eu não tinha contacto com a pele dele aqui (...) é tudo muito rigoroso, eu lá no fundo entendo, a gente não podia mexer.

(E5) É tudo muito rigoroso, a gente quando vinha aqui não via qualquer tratamento que lhe fizessem, não lhe faziam na hora que a gente cá estava, não é? Todos os dias cá vínhamos mas, não faziam tratamento nenhum, até as queimaduras só as vi depois de ele ir para casa.

(E7) Tinha pouco contacto com o meu pai, eu sei que era preciso, mas por outro lado tinha ajudado a aprender (...) os enfermeiros nem sempre podiam estar por perto quando eu estava lá a visitá-lo, senão explicavam mais coisas.

(E8) Nunca lhe podia tocar, é tudo muito rigoroso, mas tem que ser assim, são coisas muito complicadas.

(E9) Não lhe pude fazer nada quando ela lá estava, também nunca fui contra as regras, mas até tinha sido bom poder tocar antes de vir para casa, já tinha uma ideia (...).

(E10) As queimaduras é uma coisa muito perigosa, tem que ser tudo assim com muitos cuidados, eu entendo muito bem isso. Era mais fácil para irmos aprendendo se fosse diferente, mas se tem que ser assim (...).

- Carta de enfermagem

A carta de enfermagem, anteriormente identificada como um facilitador do processo de aprendizagem por alguns entrevistados constitui um obstáculo, para outros. Os entrevistados 2, 4 e 8 referiram que a entrega desta carta, sem os devidos ensinamentos personalizados, não facilita a aprendizagem.

(E2) (...) deram-me uma carta quando ela foi para casa, diziam o que devia fazer, ainda lá fui ler, mas eles nunca me ensinaram a fazer.

(E4) (...) talvez dito alguma coisa sobre isso, não era só ler as coisas [carta].

(E8) Tenho um papel que me deram (...) não me explicaram o que estava lá, era melhor terem mostrado as coisas.

2.2 - Assunção do papel de cuidador principal

Na categoria *assunção do papel de cuidador principal* expõem-se os motivos que levaram os familiares do doente queimado a assumir este novo papel, assim como foi encarada a transição para o mesmo.

Também é nosso objetivo compreender o impacto da saída do doente queimado da UFQ na vida do familiar cuidador e perceber de que forma o enfermeiro pode contribuir para o ensinar adequadamente nas tarefas inerentes à atividade de cuidar, de acordo com a perceção do cuidador.

2.2.1 – Motivação para o papel de cuidador

Na subcategoria *motivação para o papel de cuidador* importa compreender as motivações que conduzem o prestador de cuidados a cuidar do seu familiar queimado.

Os entrevistados referiram o *dever de cuidar*, a *relação de afeto* e a *disponibilidade* como os principais motivos que os levaram a assumir o papel de cuidadores.

- Dever de cuidar

A maioria dos entrevistados referiu que cuida do seu familiar queimado porque é o seu dever, uma obrigação que advém de laços familiares estreitos ou de um sentimento de gesto recíproco, onde está inerente um dever moral, social e muitas vezes conjugal. Reflete ainda as tradições, as normas e os padrões vigentes na nossa cultura.

Os entrevistados 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9 referiram que:

(E2) Porque sou eu a esposa dele, tenho que o tratar.

(E3) (...) isto foi uma coisa que aconteceu, sabia que tinha de cuidar dela [filha], e pronto [suspiro].

(E4) Sou eu que tenho que cuidar dele, é o meu homem, não é? Na saúde e na doença (...).

(E5) Porque cuido dele [marido] ? Porque alguém tem que cuidar dele, não é? E eu acho que era a pessoa mais indicada para isso.

(E6) Então, precisava, tinha que ser. É minha mãe, tinha que se tomar conta, não é? (...) a gente sente obrigação, não é?

(E7) E, pronto, é meu pai e o meu dever é ajudá-lo. O meu dever era cuidar do meu pai, não era.

(E9) Eu sou nora, o meu marido não tem mais irmãos, se não fosse eu não havia mais ninguém. Tenho que ser eu.

O entrevistado 9 referiu também, que aliado a este dever de cuidar, se encontrava a proximidade geográfica, o facto de viver perto do doente também o levava a ter que assumir este papel.

(E9) Também vivo logo ao lado (...).

- Relação de afeto

Os sentimentos de amor e carinho para com o doente queimado também constituem uma motivação apresentada pelos cuidadores entrevistados.

(E1) Dou-me muito bem com ela [cunhada], o relacionamento com ela é talvez mais forte do que o de irmã.

(E2) (...) e eu gosto do meu marido, já são 58 anos de casados. Por isso é o amor da minha vida, é o amor da minha vida que eu tenho.

(E3) (...) é minha filha é tudo o que eu posso fazer, gosto muito dela.

(E6) (...) eu gosto muito da minha mãe [risos].

(E8) Por ele faço tudo [pausa] gosto muito dele, é o pai da minha filha e o único homem da minha vida [risos].

- Disponibilidade

Por vezes os cuidadores assumem este papel porque são os que estão mais disponíveis para o fazer. Perante a situação económica e social que o nosso país atravessa, verificámos que o desemprego poderá conduzir estes familiares a assumir o novo papel, uma vez que se encontram com maior disponibilidade.

(E1) Depois eu também gosto de ajudar as pessoas, se a pessoa está disponível temos que ajudar. Por norma, no geral, eu sou sempre uma pessoa prestável, gosto [pausa] como estou em casa tenho disponibilidade.

(E10) Era o filho que estava em casa, como estou desempregado tive que ser eu a tomar conta dela.

2.2.2 – Transição para o papel de cuidador

Na subcategoria *transição para o papel de cuidador* procurámos perceber como é que os familiares se sentiram quando assumiram o papel de cuidadores. Pelos relatos dos entrevistados verificámos que a maioria assume este novo papel com *apreensão*, incerteza e receios. Poucos são aqueles que descrevem esta transição com um sentimento de *confiança* no exercício do novo papel.

- Com apreensão

Os entrevistados 1, 2, 3, 4, 7 e 8 revelaram alguma apreensão com a alta do doente que vai implicar assumir o papel de cuidador. A análise de conteúdo das entrevistas mostra que os cuidadores não se sentem preparados para exercer este novo papel, dados os sentimentos de insegurança e incerteza que as suas palavras denotam.

(E1) Como é que eu vou lidar com esta situação, porque era a única que estava disponível ali em casa (...) e no fundo fiquei preocupada. E agora como é que vai ser? Ninguém me disse nada, tipo, a sua familiar vai ter alta, vai ter que fazer isto ou aquilo, desta ou daquela forma (...)

(E2) Eu senti, meu Deus então se há tão pouco tempo estava tão mal e tão queimado e já o mandam assim para casa?

(E3) (...) eu para dizer a verdade até julguei que ela ainda estivesse cá um bocadinho mais, e disse para comigo, será que já está boa para ir para casa.

(E4) A gente está sempre à espera do momento, a enfermeira já me tinha dito no outro dia (...) mas quando chega a hora uma pessoa fica ansiosa, agora ia para casa e eu é que tinha que olhar por ele.

(E7) Pois é sempre um bocadinho difícil, uma pessoa sente [pausa] o que é que se vai passar agora, vamos ter certos cuidados com ele, não é? Sim, fiquei (...) uma pessoa fica sempre assim coiso (...) ah, ele vai ter alta, passado muito tempo no hospital, nós queríamos-lo em casa, mas agora vai ser tudo diferente.

(E8) Tinha receio que as coisas não corresse bem em casa e pudesse piorar, não é fácil tá a ver, é uma mudança de uma hora para a outra.

- Com confiança

Apenas os entrevistados 5, 6 e 10 referiram que se sentiam confiantes para assumir o papel de cuidadores do seu familiar queimado.

(E5) Senti um alívio, para mim foi um alívio ele ir para casa, porque sabia que ele em casa que recuperava melhor, estávamos lá (...).

(E6) Então não me sentia preparada, acho que sim, e acho que tomei bem conta dela [risos].

(E10) Sentia-me preparado, eu queria era levá-la para casa (...) também sabia que ia ter muito apoio lá em casa.

2.2.3 – Impacto na vida quotidiana do cuidador

Tivemos interesse em compreender o impacto que a saída do doente queimado da UFQ tem na vida do cuidador. Verificámos que os entrevistados referiram a *sobrecarga de trabalho*, as *mudanças na rotina diária*, o *sentimento de bem-estar* e o *alerta para a problemática e tratamento das queimaduras* como as principais alterações decorrentes da alta do doente queimado e do seu regresso ao domicílio.

- Sobrecarga de trabalho

Os entrevistados 2, 3, 4, 5, 7, 8 e 9 referiram a sobrecarga de trabalho como um dos aspetos associados ao exercício do papel de cuidador. Relataram que a par do seu trabalho diário acumulam também este papel revelando cansaço, o que poderá acarretar consequências físicas e psicológicas para os mesmos.

(E2) O que mudou foi um pouco mais de trabalho para mim (...)

(E3) (...) para dizer a verdade, ando sempre uma pilha de nervos, eu sou muito nervosa. Agora tenho de a ajudar mais (...)

(E4) Já não é fácil para mim, é mais um encargo, tá a ver.

(E5) Mais trabalho sim, mais trabalho. Mais o trabalho que lhe pertencia a ele fazer.

(E7) É mais trabalho, mas é um trabalho que uma pessoa tem que fazer.

(E8) Ando mais cansada, são mais responsabilidades e tenho o meu emprego.

(E9) Eu trabalho no campo e tenho animais, a minha vida já era muito difícil, muito trabalho minha senhora (...) agora ainda mais.

- Mudanças na rotina diária

Com o exercício de um novo papel, a rotina diária dos cuidadores é alterada de forma a poderem conciliar todas as suas atividades com os cuidados ao seu familiar queimado. O ajuste dos horários, passar mais tempo em casa e a grande azáfama diária são algumas das mudanças verbalizadas pelos entrevistados.

(E1) Agora passo a vida a correr, eu logo de manhã tenho o cuidado, às vezes fazia a minha vida mais despreocupada, agora tenho de (...).

(E7) Tive que alterar alguns horários na minha vida para poder conciliar as coisas.

(E8) Passo o tempo a correr para estar mais com ele (...) à hora de almoço vou a casa ver como ele está.

(E10) Não podia sair de casa (...).

- Sentimento de bem-estar

Cuidar do doente queimado no domicílio poderá também proporcionar um sentimento de bem-estar, assim o referiram os entrevistados 1, 5, 6 e 10. A par dos sentimentos de utilidade e de ajuda ao próximo sobressaem também o amor e o carinho que nutrem pelos familiares.

(E1) Para mim também é bom, sinto-me bem porque estou a ajudar alguém que necessita, estou a fazer o meu melhor dentro da capacidade que tenho.

(E5) Então, é uma honra, uma pessoa tratar de outra pessoa. Para mim, acho que uma pessoa cuidar de outra pessoa que realmente necessita da nossa ajuda, acho que é um bem.

(E6) Foi boa. Acho que é uma experiência, apesar de tudo, boa para nós sabermos lidar com pessoas assim, é bom cuidar (...).

(E10) Passei mais tempo com a minha mãe, acho que os filhos gostam de passar tempo com os pais, foi uma experiência estar sempre com ela, é bom (sorriso).

- Mais alerta para a problemática e tratamento das queimaduras

Os entrevistados 1 e 6 referiram que se encontram mais despertos para os problemas decorrentes das queimaduras assim como para o seu tratamento. Revelaram uma maior consciencialização relativa ao problema assim como respeitante à necessidade de comportamentos preventivos.

(E1) No fundo também para termos um pouco mais de cuidado, não é? No fundo ficamos sempre mais alerta com pequenas coisas que nós nem damos certo valor e depois só quando as coisas surgem é que nós nos começamos a aperceber e vamos tendo sempre mais cuidado.

(E6) Fiquei a saber lidar com as queimaduras, que desconhecia completamente. Não sabia que era coisas tão graves.

2.2.4 – Adequação do processo de preparação do cuidador

É importante sabermos como é que o cuidador do doente queimado no domicílio considera que deveria ser realizada a transição para este novo papel, de forma a

podermos adequar o contributo do enfermeiro para o ensinar adequadamente nas tarefas inerentes à atividade de cuidar. A maior parte dos entrevistados (70%) referiu que os ensinamentos e a preparação para o papel de cuidador deveriam ser realizados em contexto real e com uma componente prática, enquanto 30% dos entrevistados referiu não alterar o processo que tinha decorrido, pressupondo a sua satisfação com o mesmo.

- Ensinos práticos em contexto real

Do ponto de vista da maioria dos cuidadores do doente queimado no domicílio, os ensinamentos deveriam ser realizados no hospital, antes da alta. Daqui advém a necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, envolverem a família na preparação da alta e do regresso a casa.

Os entrevistados consideram, que deste modo, melhorariam o seu processo de aprendizagem, o qual seria adequado às suas necessidades. Aprender a cuidar implica praticar. Deste modo, a componente prática aliada à observação constituíam estratégias educativas facilitadoras da aprendizagem destes cuidadores, revertendo em melhorias na qualidade dos cuidados prestados.

(E1) quando uma pessoa tem alta numa situação dessas, se há alguém que está disponível para ajudar, eu, na minha maneira de pensar, acho que devia ser essa pessoa chamada para a informar. Dizer assim, olhe isto agora vai-se passar com esta doente é melhor fazer assim. Devia-se realizar no momento, porque às vezes é conforme se aprende melhor, é a pessoa estar a ver a praticar (...) mas quando se está a ver a gente fica com a ideia do que viu no momento em que aquilo se estava a passar.

(E3) Era para comparecer cá, não era? Vir cá para ver a fazer (...).

(E4) Quando? Humm... aí perto de ele ir para casa, vá lá, perto de ele ir para casa. (...) deviam ser práticos, ensinar a pessoa a fazer, ver é uma coisa mas é a fazer que se aprende.

(E7) Acho que se uma pessoa, antes de ele sair, na altura que ele [pausa] antes de [pausa]um mês antes, ou duas semanas antes, acho que era o essencial se nos ensinassem ou, sei lá [pausa]venham cá vocês pôr os cremes. (...) os cremes e o tratamento, os cuidados que devíamos ter com ele.

(E8) Se nos chamassem cá [enfermeiros] antes do doente ir para casa era melhor (...) mostravam e ensinavam o que a gente devia fazer em casa.

(E10) Quando tiver quase a ter alta pelo menos um na família devia ter um apoio, devia ter uma espécie de aulas para saber como tratar não é, a queimadura não é uma coisa qualquer. Um dia bastava, a ver como é que vocês cuidavam (...) pelo menos a fazer a fisioterapia, esticar as peles e meter os cremes. (...) nem que seja só a ver, ou mesmo a fazer.

- Sem alteração do procedimento

Os entrevistados 2, 6 e 9 referiram que na sua opinião não alteravam a forma como foi realizada a transição para o papel de cuidador.

(E2) Eu aí não digo nada, porque não sei, não sei porque já sou uma pessoa de idade para agora ir aprender, é isso, teve bem.

(E6) Para mim esteve bem, não mudava nada.

(E9) Não sei, mas para mim esteve bem, foram todos muito simpáticos, foi bom.

2.3 – Dificuldades no cuidado ao doente queimado

Na categoria *dificuldades no cuidado ao doente queimado* pretendemos identificar as dificuldades apresentadas pelo familiar cuidador do doente queimado assim como a forma como são ultrapassadas.

2.3.1 – Tipo de dificuldades

Nesta subcategoria procurámos identificar as principais dificuldades dos cuidadores do doente queimado no exercício deste papel.

Os entrevistados referiram o *medo de magoar*, o *impacto visual das lesões* e os *cuidados específicos ao doente queimado* como as principais dificuldades sentidas.

- Medo de magoar

A maioria dos entrevistados referiu o medo de magoar como a principal dificuldade que sentiu ao prestar cuidados ao doente queimado no domicílio.

O facto de não terem tido um contacto direto prévio com as lesões assim como as alterações na textura da pele constituíam um desafio para estes cuidadores, uma fonte de ansiedade e medo.

(E1) A parte de a ter que estar a massajar com o creme e a mexer nas feridas, nas partes que foi (...) mexia assim um bocadinho comigo, mas pronto. (...) Porque eu tinha medo de a estar a magoar quando a estava a mudar, ou quando era a cuidar da higiene, pensava que quando tocava naquilo que a magoava.

(E2) Tava sempre a perguntar-lhe se não o estava a magoar (...).

(E3) (...) sempre sem lhe tocar nas mazelas, nem quero (...)

(E4) (...) como eu devia lidar com um queimado, porque eu tenho medo (...) há ali as partes, as zonas dos enxertos, eu tenho medo.(...) de maneira que eu tinha medo de ir lá mexer e, tinha medo de mexer.

(E5) Até tinha muito cuidado, sempre a tocar ao de leve (...) tinha medo de tocar e sei lá, até de o aleijar.

(E6) (...) sempre com muito cuidado, tinha medo de a aleijar.

(E7) (...) porque uma pessoa tinha medo... nunca tinha lidado com um queimado. Tinha medo às vezes de fazer qualquer coisa, eu tinha medo de mexer nele mesmo.

(E10) Tinha receio de a estar a magoar, estava sempre a perguntar-lhe, se magoava.

- Impacto visual das lesões

O impacto visual das lesões por queimadura é marcante para o doente queimado e para aqueles que o rodeiam. As cicatrizes e as deformidades que daí podem resultar têm um grande impacto psicológico tanto nos doentes como nos cuidadores, levando os mesmos a evitar olhar para as lesões.

A este propósito, os entrevistados 3, 7, 8 e 9 referiram que:

(E3) Fez-me muita aflição ver tudo sujo, a camisa no peito suja, a camisola interior suja, porque estava ali... fazia-me impressão (...) nem quero ver.

(E7) (...) as pernas (...) aquilo era mesmo uma sensação que não sei mesmo explicar, mas... era muito, foi muito difícil, nem podia olhar ao princípio.

(E8) Muito difícil habituarmo-nos, a pele está diferente, mete impressão (...) custou-me muito olhar.

(E9) Custou-me olhar para as feridas, eu também sou muito impressionada com as coisas (...).

- Cuidados específicos ao doente queimado

Os entrevistados 4 e 8 referiram que as principais dificuldades estão relacionadas com cuidados específicos ao doente queimado, nomeadamente os posicionamentos e a hidratação da pele.

(E4) Foi pegar-lhe. Virá-lo, virar, por exemplo para lhe dar [pausa] para o lavar, eu nunca lavei aquela parte do braço (...) meter as almofadas, ele estava sempre a tirar e eu não sabia se estava a fazer bem.

(E8) Passar os cremes na pele, no início foi complicado, nunca tinha tocado lá.

2.3.2 – Fontes de apoio no exercício do papel de cuidador

Relativamente ao modo como ultrapassam as dificuldades sentidas no exercício do novo papel, ou seja os cuidadores entrevistados referiram que o *envolvimento de outros familiares*, a *ajuda especializada* e o *apoio dos vizinhos* constituem uma boa ajuda.

- Envolvimento de outros familiares

A maioria dos entrevistados considera que a ajuda de outros familiares constitui um apoio muito importante no exercício do papel de cuidador, permitindo assim minimizar a sobrecarga física e emocional.

(E1) Por acaso nisso eu disse logo, determinei logo ali limites, olhem, eu faço uma parte e depois vocês [sobrinhos] apoiam-me e cooperam comigo. E assim tem sido e tudo muito bem organizado, felizmente.

(E4) Em casa às vezes os meus filhos iam lá

(E5) (...) com a ajuda da minha nora e da minha filha, nós cuidávamos dele.

(E6) Era eu e a minha irmã ajudava.

(E7) Quando eu não estava, era a minha irmã ou a minha mãe (...).

(E8) Quando vou trabalhar fica a minha filha, está de férias da faculdade, ela vai ajudando também (...).

(E10) As minhas tias também estavam sempre a ir lá para ver se precisava de alguma coisa, depois também tinha a minha irmã ou a minha namorada, também ajudavam.

- Ajuda especializada

Os entrevistados 2, 7 e 9 recorreram a ajuda especializada, nomeadamente de enfermagem, como forma de ultrapassarem as dificuldades sentidas. Este tipo de apoio acaba por trazer mais confiança e segurança para o exercício do novo papel.

(E2) (...) tenho uma vizinha enfermeira que é graduada (...), ela vai todos os dias a minha casa, vê e ajuda-me a pôr tudo em ordem (...) sinto-me mais segura.

(E7) Às vezes ia lá a enfermeira a casa.

(E9) O enfermeiro lá do centro vai a casa de dois em dois dias.

- Apoio dos vizinhos

O apoio dos vizinhos, sobretudo nos meios rurais onde os laços de solidariedade e entreatajuda ainda são visíveis, constitui uma fonte de apoio importante para os entrevistados 3 e 9.

(E3) (...) mandaram escrito no papel o que tinha que fazer e depois eu chamei a minha vizinha e, ela leu o papel e disse-me que era assim que se tinha de fazer, desta maneira e daquela.

(E9) Tenho uma vizinha que está mais por casa, se eu precisar ela também lá vai.

3 – Discussão dos resultados

A análise e discussão dos resultados obtidos permitem-nos dar uma resposta às questões de investigação formuladas no presente estudo. Deste modo, e de forma a tornar coerente a nossa exposição, iremos analisar e interpretar sequencialmente os dados obtidos, de acordo com os objetivos traçados.

O principal foco da nossa investigação prende-se, fundamentalmente, em compreender como se desenrola o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado.

Neste sentido, verificámos que os cuidadores entrevistados referiram a visita ao doente no interior da UFQ como o momento mais significativo para aprender a cuidar do seu familiar, aprendizagem que é realizada através da observação dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, nomeadamente, o enfermeiro. Assim, o cuidador do doente queimado apoia-se principalmente nos “teachable moments” durante o internamento do seu familiar para aprender a cuidar do mesmo, sendo que os momentos mais significativos são aqueles onde podem observar cuidados ao doente.

Canário (2010, p. 110) refere que um dos aspetos importantes na aprendizagem consiste “na criação de sentido, uma vez que o conhecimento não é o resultado de um processo cumulativo de informação, mas sim de um processo de seleção, organização e interpretação da informação a que estamos expostos e que, segundo os contextos e segundo as pessoas pode dar origem a perspetivas muito diferentes“. Assim, o cuidador do doente queimado ao observar o ambiente em seu redor durante o período da visita, acaba por selecionar, organizar e interpretar a informação a que está exposto, procurando desta forma um sentido, uma solução para o problema que está a vivenciar.

Cruzando a abordagem andragógica e os princípios da educação humanista, evidencia-se que a aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado é realizada essencialmente a partir daquilo que este percebe como necessário, importante e significativo, pelo que seleciona, focaliza a sua atenção, e interpreta e aprende o que lhe é dado a observar, embora reconheça que os momentos para que tal aconteça na UFQ são bastante escassos.

O acolhimento das visitas, um procedimento realizado pelos enfermeiros, tem como objetivo receber e acompanhar as visitas no interior da UFQ dando a conhecer todas as normas de assepsia que devem ser cumpridas, assim como facultar informações relativas à situação do doente, prestar apoio emocional à família e esclarecer eventuais dúvidas.

Alguns entrevistados também consideraram este momento como sendo propício à realização de aprendizagens, quer seja através do diálogo quer do questionamento do enfermeiro relativamente à situação clínica do familiar queimado.

Sabemos que os adultos têm curiosidade e aprendem para responder a necessidades pragmáticas da sua vida (Knowles, Holton e Swanson, 2005), pelo que, no constante questionamento dos enfermeiros por parte dos cuidadores e na disposição manifestada para aprender, poderá estar implícita esta sua necessidade.

Consideramos o acolhimento das visitas na UFQ como o momento privilegiado para o enfermeiro explorar as necessidades de aprendizagem do cuidador, assim como compreender os seus dilemas e inquietações. Porém, pela nossa prática profissional sabemos que nem sempre o enfermeiro tem disponibilidade para realizar um acompanhamento personalizado e direcionado para a preparação do futuro cuidador, daí que muitos dos entrevistados não tenham considerado relevante estes momentos nas suas aprendizagens.

Deste modo, é importante que o enfermeiro desenvolva a noção de que este momento é particularmente propício para estabelecer um ambiente de aprendizagem caloroso com o cuidador, que lhe permita a manifestação das suas necessidades, dificuldades e angústias, de modo a que este seja envolvido em aprendizagens significativas, que o tornem o mais autónomo possível na prestação de cuidados.

Acreditamos que, dando mais notoriedade a este momento privilegiado de interação e aprendizagem entre o enfermeiro e os futuros cuidadores do doente queimado, seria possível debelar algumas dificuldades nos cuidados assim como melhorar a qualidade dos mesmos.

Destacamos ainda, o facto de o indivíduo apresentar um potencial para a autodireção na aprendizagem, sendo que “o grande objetivo da educação humanista é facilitar a

abertura das pessoas à mudança, à aprendizagem contínua, à auto-realização, na convivência saudável com os outros” (Oliveira, 2005, p.42).

Deste modo, tornou-se relevante conhecer os agentes facilitadores dessa aprendizagem, que constituem uma ajuda crucial para conduzir o cuidador do doente queimado a ser o mais autodirigido ou autónomo possível, na medida em que irá assumir o papel de cuidador principal no domicílio.

Os cuidadores entrevistados identificaram as experiências anteriores, o enfermeiro, a carta de enfermagem, a leitura e pesquisa na internet, a televisão e o contacto telefónico como elementos facilitadores do processo de aprendizagem.

Porém, a experiência prévia assume um papel de destaque tendo sido verbalizada pela maioria dos participantes como facilitadora das aprendizagens destes indivíduos. Apesar desta não incidir sobre a mesma problemática, permitiu adaptar os conhecimentos e as competências adquiridos ao longo da vida e aplicá-los à situação que estavam a vivenciar.

Estes dados corroboram um dos princípios considerado mais consistente e robusto da andragogia, aquele que afirma que a experiência é o mais rico recurso para a aprendizagem. Os adultos possuem um capital acumulado de experiência, o qual deve ser a principal base de novas aquisições e, por isso mesmo, deverá optar-se sempre que possível por uma individualização das atividades de aprendizagem (Knowles, Holton e Swanson, 2005).

Ainda a este propósito, e reforçando o papel da experiência no processo de aprendizagem, Kolb (1984) considera que os indivíduos não respondem todos da mesma forma aos diferentes desafios de aprendizagem, não se movem da mesma maneira na transição entre os diferentes modos de aprendizagem e não utilizam as mesmas estratégias adaptativas em relação à aprendizagem. As escolhas que a pessoa faz determinam os acontecimentos que vive e estes, por sua vez, influenciam as escolhas futuras, daí que o enfermeiro deva procurar conhecer aspetos ligados às experiências que os cuidadores já possuem, pois as mesmas influenciam a qualidade dos cuidados que serão prestados ao doente queimado.

A aprendizagem experiencial não obedece a uma lógica cumulativa e aditiva, mas sim de recomposição, ou seja, os novos saberes são construídos integrando os já detidos pela

pessoa (Pires, 2005), que no caso do familiar cuidador do doente queimado são os conhecimentos decorrentes de outras experiências ligadas ao ato de cuidar. Assim, o enfermeiro enquanto principal interveniente na preparação do familiar cuidador do doente queimado, deve ter em consideração as experiências anteriores dos mesmos, procurando estabelecer pontes significativas com essas experiências, de modo a personalizar e enriquecer o mais possível os ensinamentos que realiza.

O enfermeiro é considerado por alguns entrevistados como um facilitador do processo de aprendizagem, é o profissional que apresenta uma relação mais próxima com o doente e a família, a qual é caracterizada pela empatia, disponibilidade e acompanhamento.

Deste modo, o enfermeiro enquadra-se na definição de Boud (1988, cit. por Oliveira 2004) que considera que o facilitador da aprendizagem é aquele que auxilia os outros a aprender, independentemente da ação decorrer em contexto formal ou informal.

O familiar que aprende a cuidar deverá ser o centro do processo, enquanto o educador, neste caso o enfermeiro, deverá assumir a figura de facilitador, ajudando o cuidador a responsabilizar-se pelas próprias aprendizagens, no sentido de se tornar mais autónomo nas suas decisões relativas ao processo educativo, que neste caso é o processo de cuidar.

Cabe ao enfermeiro não assumir apenas o papel de transmissor de conhecimentos, mas também desempenhar o de alguém que, respeitando o educando e criando um ambiente caloroso, dinamiza a exploração das necessidades de aprendizagem por parte do educando, facilita a compreensão das atividades de cuidar e escuta atenta e ativamente as emoções e sentimentos do familiar cuidador, no sentido de o tranquilizar e de lhe permitir o mais possível manter-se confiante e sereno.

Perante uma possibilidade quase ilimitada de acesso à informação e uma necessidade de a converter em saberes úteis para a satisfação das necessidades do familiar vítima de queimadura, o cuidador também procura na internet a resposta para as suas dúvidas e receios. Verificámos, ainda, que os cuidadores que recorrem a este meio para aprender são os mais escolarizados e não pertencem à faixa etária mais elevada, o que nos permite inferir que são os que estão mais despertos para as novas tecnologias e têm acesso às mesmas.

No entanto, não podemos deixar de salientar que os cuidadores, perante “a vastidão do conhecimento e da informação” poderão desenvolver “respostas adaptativas desadequadas” que irão influenciar a qualidade dos cuidados que prestam, sendo importante validar as aprendizagens, através de várias fontes de informação (Oliveira, 2005).

Ainda a este propósito, Petronilho (2007) também verificou que alguns cuidadores sentem necessidade de procurar informações adicionais em outras fontes, tais como a internet, outros profissionais ou outras pessoas com experiência em cuidar de dependentes, uma vez que não receberam a formação adequada para dar continuidade aos cuidados no domicílio.

A carta de enfermagem também foi considerada como facilitadora do processo de aprendizagem dos familiares cuidadores do doente queimado, uma vez que sendo um documento escrito, que contém informações gerais dos cuidados a prestar ao doente, poderá ser consultada sempre que os cuidadores apresentem dúvidas. Todavia, verificámos que para outros entrevistados constitui um obstáculo à aprendizagem, uma vez que acaba por substituir os ensinamentos práticos. Podemos então inferir que nem todos os cuidadores têm a capacidade de interpretar e aplicar as informações escritas, pelo que o enfermeiro deverá adequar e personalizar a carta de enfermagem, sem descuidar os ensinamentos práticos dirigidos ao cuidador.

Verificámos também, que 70% dos entrevistados considera que os ensinamentos e a preparação para o papel de cuidador deveriam ser realizados em contexto hospitalar e com uma componente prática que, aliada à observação, constituiriam estratégias educativas facilitadoras das aprendizagens.

Bishop, Walker e Spivak (2013) também realçam a importância da presença da família no internamento durante a prestação de cuidados, sendo esta uma oportunidade para incluir a família no processo de cuidados e estabelecer uma parceria de cuidados e realizar ensinamentos com vista à preparação para a alta.

Na mesma linha de pensamento, Pinto, Montinho e Gonçalves (2008, p. 75), no seu estudo sobre as alterações vivenciadas pelo doente queimado na dinâmica familiar, concluíram que “a presença de uma pessoa significativa (normalmente um elemento da

família) é muito importante no acompanhamento do doente queimado, quer durante a hospitalização, quer no regresso a casa”.

Como vimos na componente teórica, o modelo da aprendizagem experiencial de Kolb (1984) é descrito com base num ciclo de quatro etapas: a experiência concreta; a observação reflexiva; a conceptualização abstrata e a experimentação ativa, que envolvem quatro modos adaptativos de aprendizagem e que determinam os estilos de aprendizagem dos indivíduos. Este modelo poderá explicar o processo de aprendizagem destes cuidadores, que envolvidos numa experiência concreta (queimadura) aprendem a cuidar melhor do seu familiar através da experimentação ativa. Consideramos que estes dados podem ser bastante relevantes para futuras investigações que permitam adequar as estratégias educativas de acordo com os estilos de aprendizagem destes cuidadores.

As aprendizagens realizadas estão direcionadas para os cuidados à pele, a proteção solar e os posicionamentos. Verificámos ainda, que os cuidadores estão mais despertos para os cuidados diretos com a pele (hidratação e banho diário) - o foco do problema que alterou as suas vidas. Estas aprendizagens visam sobretudo uma adaptação a situações novas, inéditas, imprevisíveis, acabando por potenciar a disponibilidade adaptativa a situações futuras, constituindo-se em elementos fulcrais em termos preventivos e na área dos primeiros socorros.

Estes resultados estão de acordo com a opinião de Silva, Ferreira e Matheus (1997), citados por Goyatá (2005), ao mencionarem que o familiar deve realizar cuidados específicos ao doente queimado nomeadamente, o banho diário, a limpeza e hidratação das lesões, a ingestão de líquidos, os cuidados com o sol e os posicionamentos, de modo a prevenir e a diminuir as sequelas das queimaduras.

O principal obstáculo inerente ao processo de aprendizagem apontado pelos entrevistados diz respeito às normas e isolamento da UFQ. Contudo, apesar de não estarem satisfeitos com a situação, estes cuidadores compreendem a necessidade de todas estas peculiaridades, sendo a sobrevivência e a recuperação do doente a principal prioridade. Estes dados vão ao encontro dos que foram apresentados por vários autores (Blakeney e Rosenberg, 2008; Sundara, 2011, cit. por Bishop, Walker e Spivak, 2013) ao considerarem que as limitações no acesso às unidades de queimados contribuem para a insatisfação dos doentes e da família, assim como para o défice de conhecimentos no cuidado ao doente queimado após a alta hospitalar.

Também foi nosso propósito compreender as motivações que conduzem os prestadores de cuidados a cuidar dos seus familiares, sendo o dever de cuidar, a relação de afeto e a disponibilidade os principais motivos apresentados. A maioria dos entrevistados referiu que cuida do seu familiar queimado porque é o seu dever, uma obrigação que advém de laços familiares estreitos ou de um sentimento de gesto recíproco, onde está inerente um dever moral, social e muitas vezes conjugal, o que acaba por refletir as tradições, as normas e os padrões vigentes na nossa cultura.

Os motivos apresentados estão em consonância com aqueles que foram descritos noutros estudos. Por exemplo, Imaginário (2004) apontou quatro fatores que podem ser decisivos na escolha do cuidador: relação de afeto; obrigação ou reciprocidade; respeito pela vontade do familiar e ausência de outra solução.

Poucos são aqueles que descrevem a transição para o papel de cuidador com um sentimento de confiança, pelo que inferimos que a maior parte dos cuidadores do doente queimado entrevistados não recebe uma preparação adequada para o desempenho do novo papel.

É do nosso conhecimento que os familiares cuidadores são um elemento vital na assistência aos doentes após a alta, no entanto os profissionais de saúde nem sempre os incluem nos processos de decisão e planeamento da alta (Ferreira, 2011).

Uma vez que os familiares constituem um suporte importante para a obtenção de resultados positivos no tratamento dos doentes queimados, as equipas de saúde devem estabelecer uma maior aproximação com os mesmos para os ouvir, conhecer, apoiar, explorar os seus recursos e dificuldades, trocar saberes e ajudá-los para que possam desempenhar o papel de apoio e cuidado aos doentes que sofreram queimaduras e garantir a continuidade dos cuidados prestados.

Relativamente ao impacto que a saída do doente queimado da UFQ tem na vida do familiar cuidador, destacam-se a sobrecarga de trabalho e as mudanças na rotina diária, que no nosso entender acarretam consequências físicas e psicológicas a curto e a longo prazo, comprometendo a saúde e o bem-estar destes cuidadores.

Silveira, Caldas e Carneiro (2006) referem que as novas tarefas, muitas vezes desconhecidas e imprevisíveis (como no caso da queimadura), em acumulação com outros papéis, vão provocar uma panóplia de sentimentos como medo, culpa, incerteza

no futuro, responsabilidade pelo que está a acontecer ao doente, sensação de descontrolo emocional, angústia e tristeza que comprometem o bem-estar do cuidador.

Petronilho (2007) considera ainda, que esta sobrecarga de trabalho resulta da inadaptação às novas exigências que são colocadas, que por sua vez estão relacionadas com a complexidade dos cuidados, com conhecimentos insuficientes ou ainda pela ausência ou reduzido apoio formal ou informal, pelo que subentendemos a necessidade emergente de incluir os cuidadores na preparação da alta através de um programa personalizado que tenha em consideração as suas necessidades, as suas dúvidas, os seus conhecimentos e as suas experiências anteriores.

As principais dificuldades no cuidado ao doente queimado estão relacionadas com o medo de magoar assim como com o impacto visual das lesões. O facto de os cuidadores não terem um contacto prévio com as lesões antes de assumirem este novo papel poderá ser um dos potenciadores destes medos e receios. Sabemos que, tanto para o doente como para o familiar, é difícil observar e tocar na pele, agora com uma nova textura, assim como olhar para as sequelas e deformidades que, na maior parte das vezes são bastante inestéticas e comprometem a autoimagem e a autoestima dos doentes.

Deste modo, e indo ao encontro do que foi verbalizado pelos cuidadores entrevistados, é importante facilitar uma preparação gradual e personalizada para o desempenho do papel de cuidador, onde sejam incluídos ensinamentos práticos que permitam ao cuidador o contacto antecipado com a realidade com que se irá deparar no domicílio.

Meleis et al. (2000, cit. por Oliveira et al., 2011) referem que muitos dos cuidados prestados no domicílio são complexos e exigentes, requerendo a preparação e aprendizagem de novas habilidades. No caso do cuidador do doente queimado, o impacto causado pelas lesões e cicatrizes constitui uma fonte de stress, dúvidas e medos, pelo que o enfermeiro deve assumir o papel de educador e facilitador do processo de aprendizagem de forma a minimizar e debelar ou atenuar os receios e dúvidas dos cuidadores, que poderão vir a ter consequências na qualidade e na continuidade dos cuidados prestados.

Os cuidadores entrevistados referiram que o envolvimento de outros familiares, a ajuda especializada e o apoio dos vizinhos constituem uma boa ajuda para ultrapassar as dificuldades sentidas no exercício do novo papel. A maioria considera que a ajuda de

outros familiares constitui um apoio muito importante no exercício do papel de cuidador, permitindo minimizar a sobrecarga física e emocional. Aferimos deste modo, a necessidade que a família tem em se reorganizar para atingir um novo estágio de equilíbrio (Pinto, Montinho e Gonçalves, 2008), assim como a entreaajuda que ainda continua a existir entre os elementos das famílias, uma entidade cuidadora por excelência. Assim, apelar para a entreaajuda dos membros da família pode e deve ser abordado pelos enfermeiros nos contactos que mantêm com o cuidador e outros familiares ou vizinhos, enquanto o doente se encontra internado.

Tendo por base os resultados que emergiram da presente investigação consideramos que é fundamental que a equipa de enfermagem da UFQ do CHUC proceda à validação de um projeto de preparação para a alta do doente queimado onde seja incluída a família, nomeadamente o elemento que irá assumir o papel de cuidador principal. A preparação para a alta deve ser iniciada o mais cedo possível, de forma gradual, personalizada e atendendo às experiências prévias e capacidades cognitivas dos cuidadores. Deverão ser facilitados momentos de aprendizagem, nomeadamente com componente prática, que irão contribuir para a melhoria e continuidade dos cuidados no domicílio, assim como para ajudar o cuidador a sentir-se mais confiante para assumir este novo papel.

O momento do acolhimento e acompanhamento das visitas no interior da UFQ deve ser reestruturado, na medida em que é aquele que permite o contacto com as famílias, assim como conhecer as suas dificuldades, as suas dúvidas e os seus receios, resultando num momento gerador de saberes e competências para os futuros cuidadores. Deve ser um momento em que se estabeleça uma relação de empatia, de entreaajuda, de escuta e de compreensão.

Apesar do nosso esforço para realizarmos um estudo com rigor metodológico, estamos cientes das suas limitações. Uma das principais prende-se com o facto de trabalharmos no hospital onde se realizou a investigação, o que poderá ter inibido ou condicionado de alguma forma os participantes nas entrevistas, uma vez que a investigadora também prestou cuidados diretos aos doentes queimados quando estiveram internados na UFQ.

O facto deste estudo só ter envolvido uma Unidade de Queimados do país também limita as suas conclusões. Assim, elas refletem realidades específicas dos cuidadores

dos doentes que estiveram internados na UFQ do CHUC, pelo que não podemos transpor os nossos resultados para o grupo mais vasto de cuidadores cujos familiares passaram pela UFQ, nem tão pouco para outras unidades, ou seja, eles são circunscritos aos participantes estudados da UFQ do CHUC. Além disso, o número limitado de participantes também poderá influir na validade das inferências a que chegámos.

Por outro lado, também a nossa inexperiência em conduzir entrevistas pode ter condicionado o conteúdo das mesmas, quer seja pelo modo como foram colocadas as questões, quer por sentirmos alguma hesitação e nervosismo aquando da sua realização.

Consideramos ainda, que o presente estudo poderia ser melhorado através do envolvimento de outros informantes, como por exemplo os enfermeiros e os doentes queimados, o que iria permitir enriquecer os dados recolhidos através do acesso a diferentes perspetivas.

Deste modo, ciente da existência destas limitações assim como da nossa inexperiência nesta área de investigação, este estudo representou um desafio para nós, quer a nível pessoal quer a nível profissional, mas estamos certa de que, não obstante, dele resultaram importantes implicações para a mudança de procedimentos e a melhoria do serviço prestado pela UFQ aos doentes e respetivos familiares, neste caso específico o cuidador informal.

Conclusão

Com a realização do presente estudo pretendeu-se compreender o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado relativo aos cuidados a prestar no domicílio, após a alta do seu familiar. Cientes da importância de uma preparação para a alta personalizada e centrada nas necessidades do doente e da família, o que vai ao encontro da literatura consultada, procurámos perceber as estratégias de aprendizagem que permitem a estes cuidadores um bom ajustamento ao novo papel, assim como um bom desempenho do mesmo, o que contribui indubitavelmente para a continuidade de cuidados prestados com qualidade.

Foi nosso propósito, ainda, identificar as motivações que conduzem o prestador de cuidados a cuidar do seu familiar queimado, assim como as principais dificuldades encontradas na atividade de cuidar e fatores de facilitação inerentes às mesmas. Procurámos de igual forma, compreender de que modo o serviço de enfermagem pode contribuir para ensinar adequadamente o familiar do doente queimado, redefinindo e refletindo sobre os seus procedimentos e estratégias de preparação para a alta destes cuidadores.

Nos cuidadores entrevistados verificámos que as aprendizagens realizadas em contexto hospitalar denotam a capacidade de seleção de informação e a autodireção, característica dos adultos aprendentes à luz das teorias humanistas, uma vez que a maioria refere as visitas no interior da UFQ como o principal momento gerador de saberes e competências essenciais para cuidar dos seus familiares no domicílio, sobretudo através da observação passiva dos cuidados prestados pelos enfermeiros. A aprendizagem decorre da situação que o familiar cuidador está a vivenciar, desta forma inferimos que o familiar cuidador do doente queimado está alerta para as situações que podem responder às suas necessidades, sendo o momento das visitas aquele que propicia o maior contacto, ainda que com todas as suas peculiaridades, com o doente e a queimadura. Assim, tratando-se de momentos significativos de aprendizagem, é fundamental potenciar o mais possível estes tempos de contacto para que as aprendizagens do cuidador se possam consolidar e para que venha a sentir-se mais confiante na prestação de cuidados no domicílio.

A experiência prévia do cuidador, nomeadamente as experiências inerentes à atividade de cuidar, ainda que em situações completamente distintas das queimaduras, revelou-se constituir um importante facilitador das aprendizagens destes cuidadores, uma vez que os seus saberes e esquemas anteriores permitem estabelecer pontes muito significativas favorecedoras de competência nesta outra atividade de cuidar. Tendo como referência Knowles, Holton e Swanson (2005), que consideram a experiência como o mais rico recurso para a aprendizagem, consideramos que, aquando do processo de preparação destes cuidadores, o enfermeiro deverá ter em conta as suas experiências anteriores, assim como optar pela individualização das atividades de aprendizagem.

Por outro lado, a queimadura sendo uma experiência súbita e inesperada na vida dos familiares cuidadores do doente queimado, também se constitui como uma fonte de conhecimentos e competências, que permitem aos cuidadores estar mais alerta para a problemática e o tratamento das queimaduras, tal como os mesmos referenciam.

Deste modo, depreendemos que a experiência e a aprendizagem são interdependentes, a experiência é um elemento-chave no processo de aprendizagem dos familiares cuidadores do doente queimado, uma fonte privilegiada de aprendizagens e produtora de saberes e de competências (Meneses, 2007), não podendo por isso, de alguma forma, ser descurada pelos profissionais de saúde.

Pudemos constatar que o enfermeiro assume um papel preponderante no processo de aprendizagem destes cuidadores e na conseqüente assunção do papel de prestador de cuidados. O enfermeiro é percebido como o profissional que apresenta uma relação mais próxima com a família e o doente, aquele que acompanha e orienta, que se mostra disponível para o esclarecimento de dúvidas, bem como o principal responsável pelos ensinamentos que são realizados ao cuidador. Destaca-se, ainda, o acolhimento que fazem às visitas e a carta de enfermagem, como facilitadores do processo de aprendizagem, pelo que consideramos que deveria haver um projeto integrado e personalizado de acompanhamento às visitas por parte da equipa de enfermagem, em parceria com a família, nomeadamente com o elemento que irá assumir o papel de cuidador no domicílio. O enfermeiro responsável pelo acompanhamento das visitas deve procurar criar um ambiente que facilite o diálogo, a escuta, a partilha de dúvidas e receios, assim como onde envolver a família no processo de cuidados do doente e na preparação do regresso a casa.

A carta de enfermagem surge como um elemento ambíguo, ora considerada uma mais-valia no processo de aprendizagem, ora um obstáculo. Podemos depreender, que nem sempre os enfermeiros têm em consideração as capacidades cognitivas e de interpretação do familiar cuidador, pelo que a entrega desta informação escrita deveria ser antecedida da leitura e esclarecimento de dúvidas. A carta de enfermagem não substitui os ensinamentos práticos, poderá sim, constituir uma fonte de apoio para o esclarecimento das dúvidas do cuidador no domicílio.

Não podemos deixar de sublinhar, não estivéssemos nós numa sociedade em constante mudança e com uma possibilidade quase ilimitada de acesso à informação, que a internet e a televisão também se revelaram elementos facilitadores da aprendizagem, sobretudo para os cuidadores mais jovens, que a eles recorrem com mais frequência. Daqui resulta uma implicação que nos parece evidente, que seria uma mais-valia para o processo de aprendizagem destes cuidadores a criação de uma plataforma online, onde fossem realizados ensinamentos, esclarecidas dúvidas e apresentadas informações oportunas.

A maioria dos participantes considera o isolamento e as normas do serviço como os principais obstáculos, ao dificultarem o processo de aprendizagem, apesar de reconhecerem a importância destas peculiaridades inerentes ao internamento do doente queimado. Realçamos que, a maioria dos entrevistados (70%) alterava o procedimento de preparação para o papel de cuidador, pelo que depreendemos que estes não se encontram satisfeitos com o mesmo. Consideram que devia haver uma maior articulação entre a equipa de saúde e a família, sendo que esta última deveria estar envolvida no processo de preparação para a alta, dando ênfase aos ensinamentos práticos em contexto real.

As principais dificuldades no cuidado ao doente queimado no domicílio relatadas pelos cuidadores entrevistados prendem-se, sobretudo, com o medo de magoar e o impacto visual causado pelas lesões. Deste modo, e reforçando o que anteriormente foi exposto, envolver estes cuidadores no processo de preparação para a alta, incluindo ensinamentos práticos e de carácter observacional, poderia constituir uma estratégia para minimizar as dificuldades expressas.

Também a idade avançada dos cuidadores que participaram na presente investigação - a maioria encontra-se na faixa etária acima dos 60 anos - nos leva a concluir que é fundamental personalizar o processo educativo dos cuidadores do doente queimado, pois sabemos que as diferenças individuais aumentam com a idade, realçando-se aqui

também, o baixo nível de escolaridade que possuem. A par da idade avançada, sublinhamos a sobrecarga de trabalho e as mudanças na rotina diária como as principais alterações decorrentes do exercício deste novo papel, o que poderá ter um impacto físico e psicológico na vida dos cuidadores, assim como constituir um desafio para novas investigações.

A maioria dos participantes referiu ter-se sentido apreensivo ao assumir o papel de cuidador, o que denota uma inadaptação às novas exigências que lhes são colocadas, que poderá ter resultado da perceção de conhecimentos e competências insuficientes perante a complexidade dos cuidados a prestar. Tal facto poderá vir a ter implicações na vida destes cuidadores, nomeadamente a nível físico e a nível psicológico, constituindo uma temática com interesse para outros estudos.

O familiar do doente queimado encontra na família a principal fonte de apoio no exercício deste novo papel, permitindo-nos constatar que, apesar de haver um elemento da família que assume o papel de cuidador, na maioria dos casos motivado por um dever moral ou conjugal, a lesão por queimadura afeta toda a família, constituindo-se como um desafio ao reequilíbrio e reorganização familiar.

Ao concluirmos esta investigação, e ciente das limitações da mesma, mantemos a ideia inicial, de que o estudo do processo de aprendizagem do doente queimado constitui um desafio, esperando dar o nosso contributo para a melhoria dos cuidados prestados ao doente queimado no domicílio de forma a proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida.

Perante a riqueza e a relevância dos dados obtidos esperamos, ainda, que este estudo constitua um pequeno contributo impulsionador de outras investigações dentro desta temática.

Bibliografia

- Alcoforado, J. L. M. (2008). *Competências, cidadania e profissionalidade: Limites e desafios para a construção de um modelo português de educação e formação de adultos*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação, não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Almogharabi, A., & Abu, S. N. (2011). The overall patterns of burns. *Annuals of Burns and Fire Disasters*, 24(4), 209-213.
- Amado, J. S. (2000). A técnica da análise de conteúdo. *Referência*, 5, 53-63.
- Amado, J. S. (Coord.). (2013). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 61-71.
- Bergano, S. M. A. (2002). *Filosofias da educação de adultos*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Bélangier, P., & Mobarak, H. (1996). UNESCO and adult education. In Tuijnman, A. C. (Ed.), *International encyclopedia of adult education and training* (2^a ed.) (pp. 717-723). Oxford: Pergamo.
- Bishop, S. M., Walker, M., & Spivak, I. M. (2013). Family presence in the adult burn intensive care unit during dressing changes. *Critical Care Nursing*, 33(1), 14-24. Disponível em <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/1/14.full.pdf>, consultado a 05-04-2013.
- Boutinet, J. P. (2009). La vie adulte. In J. M. Barbier et al., *Encyclopédie de la formation* (pp. 95-102). Paris: Presses Universitaires de France.

- Campos, M. (2008). *Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado: Impacto da acção do enfermeiro no processo de transição*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Canário, R. (2001). Adultos - da escolarização à educação. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. XXXV(1), 85-99.
- Canário, R. (2008). *Educação de Adultos: Um campo e uma problemática* (2ª ed.). Lisboa: EDUCA.
- Cardoso, A. P. P. (2000). *Receptividade à inovação pedagógica: O professor e o contexto escolar*. Dissertação de doutoramento não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Cardoso, M. J. O. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturado*. Dissertação de doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, F. L., & Rossi, L. A. (2006). Impacto da queimadura e do processo de hospitalização em uma unidade de queimados sobre a dinâmica familiar: Revisão da literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(2), 243-254. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5088/3300>, consultado a 20-04-2013.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Coimbra: Lidel ed. Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão Beta 2* (3ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

- Crisóstomo, M. R., Serra, M. C., & Gomes, D. R. (2004). Epidemiologia das queimaduras. In E. M. Júnior, & M. C. Serra (2004). *Tratado de queimaduras*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Delors, J. (2003). *Educação um tesouro a descobrir*. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. Porto: ASA.
- Ferreira, P. L., Mendes, A. P., Fernandes, I. R., & Ferreira, R. R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Referência*, 5, 121-133.
- Figueiredo, D., Lima, M. P., & Sousa, L. (2009). Os "pacientes esquecidos": Satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares a idosos. *Revista Kairós*, 12(1), 97-112. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2782/1817>, consultado em 27-03-2013.
- Finger, M., & Asún, J. M. (2003). *A educação de adultos numa encruzilhada: Aprender a nossa saída*. Porto: Porto Editora.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização* (2ª ed.) (tradução de Nídia Salgueiro). Loures: Lusociência.
- Freire, P. (2006). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. (33ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Gonçalves, S. R. T. (2007). *O desenvolvimento da carreira em adultos pouco escolarizados*. Aveiro: Departamento de Ciências da Educação e Psicologia. Disponível em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2008001771>, consultado a 14-06-2014.
- Goyatá, S. L. T. (2006). *Diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar*. Dissertação de Doutorado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-02022007-153506/pt-br.php>, consultado a 25-10-2013.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Imaginario, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Instituto de Educação da UNESCO (1998). *V Conferência Internacional sobre Educação de Adultos – Hamburgo 1997*. Lisboa: Ministério da Educação, Secretaria de Estado da Educação e Inovação.
- Josso, M. C. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.
- Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Cambridge: Cambridge Adult Education.
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2005). *The Adult Learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (6^a ed.). Burlington: Elsevier.
- Kolb, D. A. (1984). *Experimental learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2005). Learning styles and learning spaces: Enhancing experimental learning in higher education. *Academy of Management Learning and Education*, 2(4), 193-212.
- Lalanda, P. (1998). Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica. *Análise Social*, XXXIII(148), 871-883.
- Lima, M. P., Vieira, C. M. C., & Oliveira, A. L. (2007). *Metodologia da investigação Científica – Caderno de textos de apoio* (8^a ed.). Coimbra: FPCE.
- Martinho, Ana M. P. R. (2008). *Balneoterapia: Um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado na área de Saúde Pública. Coimbra: Faculdade de Medicina.
- Martins, C. (2001). A criança queimada. *Revista Sinais Vitais*, 38, 12-16.

- Melo, A. (1996). Que educação de adultos para uma sociedade em mutação. In A. Simões, (Org.). *Actas das Jornadas de Educação de Adultos em Portugal: Situações e Perspectivas*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Meneses, T. C.V. (2007). *Queimaduras em pediatria e aprendizagem experiencial das famílias*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Merriam, S. B., Caffarella, R. S., & Baumgartner, L. M. (2007). *Learning in adulthood: A comprehensive guide* (3ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Miller, S. F. et al. (2006). National burn repository 2005: A ten-year review. *Journal of Burn Care & Research*, 27(4), 411-436.
- Oliveira, A. L. (1996). *Aprendizagem autodirigida: Teoria, investigação e facilitação*. Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica (Trabalho de síntese). Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Oliveira, A. L. (2004). O professor enquanto facilitador da aprendizagem. *Psychologica*, nº Extra-Série de homenagem ao Prof. Doutor Manuel Viegas Abreu, 523-534.
- Oliveira, A. L. (2005). *Aprendizagem autodirigida: Um contributo para a qualidade do ensino superior*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Universidade, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Oliveira, M., Campos, M., Padilha, J., Pereira, F., & Sousa, P. (2011). Exploring the family caregiving phenomenon in nursing documentation. *Online Journal of Nursing Informatics*, 15(1). Disponível em <http://ojni.org/issues/?p=137>, consultado a 15-03-2013.
- Oliveira T. S., Moreira K.F.A., & Gonçalves T.A. (2012). Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Revista Brasileira Queimaduras*, 11(1), 31-37. Disponível em http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=97, consultado a 12-02-2013.
- Osório, A. R. (2005). *Educação permanente e educação de adultos*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Pereira, H. J. A. (2011). *Subitamente cuidadores informais! – a experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: Uma revisão da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2, 43-58. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/>, consultado a 20-06-2013.
- Pinto, J. M., Montinho, L.M.S., & Gonçalves, P.R.C. (2008). O doente queimado e a dinâmica familiar: O impacto da doença na família. *Referência*, 6, 69-76.
- Pinto, J. M., Montinho, L.M.S., & Gonçalves, P.R.C. (2010). O indivíduo e a queimadura: As alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. *Referência*, 1, 81-92.
- Pires, A. L. O. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Portugal, S. (2006). *Novas famílias, modos antigos: As redes sociais na produção de bem-estar*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: FEUC.
- Quintas, H. L. M. (2008). *Educação de adultos: Vida no currículo e currículo na vida*, 1. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação, I.P.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Reis, A. M., & Cobucci, R. S. (2011). *Revista Enfermagem Integrada*, 4(1), 123-129.

- Relvas, A. P. (2000). *Ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>, consultado a 26-10-2013.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Serra, M. C. V. et al. (2004). *Cálculo da área queimada e indicadores para internação hospitalar*. In E. Maciel, & M. C. Serra. Tratado de queimaduras. São Paulo: Editora Atheneu.
- Silva, A. J. (1990). *Educação de Adultos: Educação para o desenvolvimento*. Porto: Edições ASA.
- Silveira, T.M., Caldas, C.P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.
- Simões, A. (1989). O que é educar? Acerca do constitutivo formal do conceito. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 23, 3-20.
- Simões, A. (2007). O que é a educação? In A. Fonseca, M. Seabra-Santos, & M. Fonseca. *Psicologia e Educação: Novos e velhos temas*. Coimbra: Almedina.
- Schlossberg, N. K. (1995). *Counseling adults in transition: Linking practice with theory* (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed.). Lisboa: Lusociência.

- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2ª ed.). California: Sage Publications.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sundara, D. C. (2011). A review of issues and concerns of family members of burn survivors. *Journal of Burn Care & Research*, 32(3) Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21422946>, consultado a 12-03-2013
- Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M., & Dibble, S. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191–203.
- Shyu, A. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625.
- Vala, J. (2003). A análise de conteúdo. In A. Silva, & Pinto, A., (Orgs), *Metodologia das Ciências Sociais* (12ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Van Loey, N., & Van Son, M. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burns scars: Epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(4), 245-272.
- Unesco (2010). Relatório global sobre aprendizagem e educação de adultos. Brasília: UNESCO.
- Vieira, C. C. (1995). *Investigação quantitativa e investigação qualitativa: Uma abordagem comparativa*. Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- World Health Organization (2012). Burns. *Fact Sheet*, 365. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>, consultado a 24-06-2013.

ANEXOS

ANEXO A

Autorização do Conselho de Administração do CHUC para a realização do estudo

AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	007	13
------	-----	----

NOME DO PROJECTO:

*Aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado no processo de cuidar –
Implicações educativas no planeamento da alta e na continuidade de cuidados no
domicílio*

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

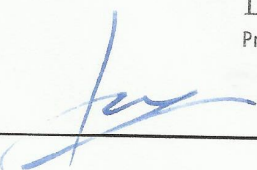
Enf. Mónica Alexandra Trindade Gomes

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 30 / 5 / 13

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE



(Dr. José Martins Nunes)

ANEXO B

Cronograma

ANEXO C

Guião da entrevista



GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevistador: Mónica Gomes

Entrevistado: Familiar Cuidador do Doente Queimado

Local: Consulta Externa da Unidade Funcional de Queimados do CHUC

Recursos: Gravador, papel e caneta

Data:

Domínios	Objetivos	Questões	Questões de recurso
Informação/Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o entrevistado sobre os objetivos da investigação assim como a problemática e pertinência da mesma; - Informar sobre a importância da realização da entrevista para a realização do estudo; - Informar sobre os aspetos éticos e deontológicos a ter em conta na realização da entrevista (pedido de autorização para gravar; garantia de confidencialidade dos dados; direito à não resposta; esclarecimento de dúvidas); - Agradecer a disponibilidade. 	Explicar os objetivos da entrevista	
Biografia	-Recolher dados sociodemográficos sobre o cuidador familiar do doente queimado.	<p>Gostaria de conhecê-lo/a melhor antes de iniciarmos a nossa conversa. Qual a sua idade? A sua profissão? E a sua escolaridade?</p> <p>Reside num meio rural ou urbano?</p> <p>Qual o grau de parentesco que tem com o doente queimado?</p>	

<p>Motivação para cuidar do doente queimado</p>	<p>- Compreender as motivações que conduzem o prestador de cuidados a cuidar do seu familiar queimado.</p>	<p>Do seu ponto de vista, o que o levou a cuidar do seu familiar queimado? Fale-me da sua experiência como cuidador do doente queimado. O que mudou na sua vida após a queimadura do seu familiar? Como avalia essa mudança?</p>	<p>Que tipo de relação tinha com o doente antes do acidente? O que significa para si cuidar do seu familiar?</p>
<p>Assunção do papel de cuidador principal</p>	<p>- Descrever como se realiza a transição para o papel de cuidador principal.</p>	<p>Recorda-se do momento em que o seu familiar teve alta da UFQ? O que sentiu? Como foi o momento da alta? Acha que foi preparado/a para este momento? Do seu ponto de vista, como deveria ser realizada a preparação para cuidar o melhor possível do seu familiar?</p>	<p>Sentiu-se seguro e confiante para desempenhar este novo papel? Porquê? Já tinha pensado neste momento? Correspondeu às suas expectativas?</p>

<p>Processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado</p>	<p>- Compreender como se desenrola o processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado.</p>	<p>Do seu ponto de vista, quais foram os momentos mais importantes ao longo do internamento para aprender a cuidar do seu familiar? Quem foram os profissionais que o ensinaram a cuidar do seu familiar? No seu entender, como avalia o papel do enfermeiro? Como é que o ensinaram a cuidar do seu familiar? Quais foram as estratégias utilizadas? No seu entender, como e quando é que deveriam ser realizados os ensinamentos para aprender a cuidar do doente queimado?</p>	<p>Como aprendeu a cuidar do seu familiar? Considera que os ensinamentos realizados na UFQ são suficientes e adequados para aprender a prestar cuidados com qualidade ao seu familiar? Porquê? Já tinha lidado com queimaduras? Quando?</p>
<p>Fatores que dificultam o processo de aprendizagem</p>	<p>- Identificar os principais obstáculos no processo de aprendizagem do familiar cuidador do doente queimado.</p>	<p>Do seu ponto de vista, o que é que mais dificultou a sua aprendizagem para cuidar do seu familiar queimado? Acha que estes obstáculos poderiam ser ultrapassados? Como?</p>	<p>Considera que existiram obstáculos na sua aprendizagem como cuidador? Estes obstáculos são, para si, relativos a quê: ao internamento, aos profissionais, à queimadura e ao seu familiar, a si, a outros?</p>

<p>Dificuldades nos cuidados ao doente queimado</p>	<p>- Identificar as principais dificuldades no exercício do papel de cuidador do doente queimado.</p>	<p>No seu entender, quais foram as maiores dificuldades que teve ao cuidar do seu familiar? Porquê?</p>	<p>Teve dificuldades relativamente a cuidar o doente queimado (higiene, cuidados à pele, alimentação, mobilidade, outros)?</p>
<p>Fontes de apoio/Estratégias para ultrapassar as dificuldades</p>	<p>-Identificar as principais estratégias/fontes de apoio no exercício do papel de cuidador do doente queimado.</p>	<p>Como é que ultrapassou as dificuldades sentidas? A quem pediu ajuda? Como é que o ajudaram?</p>	<p>Sentiu necessidade de pedir apoio para cuidar do seu familiar? Que tipo de ajuda precisou?</p>
<p>Conclusão</p>	<p>- Agradecer a disponibilidade e colaboração neste estudo; - Verificar se o/a entrevistado/a pretende acrescentar alguma informação, esclarecer alguma dúvida ou fazer comentários; - Disponibilizar o acesso futuro aos resultados finais do estudo.</p>		

ANEXO D

Autorização dos participantes

Termo de Consentimento

Vimos por este meio convidá-lo (a) a participar num estudo sobre as aprendizagens que desenvolveu para cuidar do seu familiar vítima de queimadura.

A metodologia a utilizar será uma entrevista, que será gravada com o seu consentimento. A confidencialidade das informações será totalmente garantida e os dados só serão utilizados para a presente investigação. Depois de concluído o estudo, todos os registos serão destruídos.

Informamos ainda que terá toda a liberdade para deixar de participar no estudo a qualquer momento, se assim o entender, sem qualquer prejuízo para si.

Assim, necessitamos do seu consentimento através da assinatura do termo que se segue:

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo acima referido, bem como da metodologia a utilizar. A entrevistadora, Mónica Gomes, certificou-me de que todos os dados deste trabalho, referentes à minha pessoa, serão confidenciais e serão apenas utilizados para propósitos de investigação.

O entrevistado

A entrevistadora

ANEXO E

Matriz da análise de conteúdo das entrevistas



Matriz de Análise de Conteúdo das Entrevistas

Categories	Subcategories	Indicadores	Unidades de Registo
Processo de aprendizagem	Momentos significativos de aprendizagem	Visitas à UQ, através da observação	<p>(E1) Eu fui aprendendo lentamente, não é, fui vendo, hum (...) quando ia lá uma enfermeira perguntar se estava tudo bem, se era preciso alguma coisa eu ia vendo o que elas faziam (...) Ia vendo, pronto, como é que era feito, como é que lhe faziam, como é que não faziam, (...) quando ia visitá-la eu ia observando o que faziam. (...) eu não via muito, mas ia vendo como eles (enfermeiros) metiam as pomadas, faziam massagens e metiam as almofadas para ela ficar melhor (...) sou muito observadora.</p> <p>(E2) (...) Ensinar, a mim ninguém me ensinou, conforme eu vi-a aqui o que lhe faziam, assim eu procuro fazer em casa.</p> <p>(E4) Ninguém me ensinou, eu quando o vinha cá visitar ia vendo o que elas (enfermeiras) lhe vinham fazer.</p> <p>(E5) Acho que uma pessoa vê aquilo que é preciso fazer e como é, eu ia lá (unidade) e ia vendo.</p> <p>(E7) Havia momentos no internamento em que eu estava lá dentro e que via como as enfermeiras cuidavam dele. (...) fui vendo como é que vocês iam fazendo e eu em casa foi mesmo meio caminho andado para (...).</p> <p>(E8) Também ia vendo como é que lhe faziam (...) passava quase a tarde com ele e sempre que lá iam fazer qualquer coisa eu ficava atenta (...) espalhavam os cremes ou metiam as almofadas, ia sempre observando.</p> <p>(E9) A gente também vai vendo como é que fazem (...) ia lá e observava.</p>
		Acolhimento das visitas, através do diálogo e questionamento	<p>(E4) A enfermeira que me recebia dizia-me alguma coisa, eu ia perguntando.</p> <p>(E6) (...) mas eu sempre que cá vinha estava a falar um bocadinho com a enfermeira que me recebia, ela ia-me sempre explicando as coisas.</p> <p>(E8) Quando o vinha visitar perguntava sempre à enfermeira que me vinha receber como estavam a correr as coisas (...) ia-me preparando.</p>
		Cuidados no domicílio, através das indicações dadas pelo doente	<p>(E1) (...) ela (doente) ia dizendo como lhe faziam, mas havia respostas que ela nem me sabia dizer.</p> <p>(E10) Não existiram ensinamentos aqui, não. Ela (doente) é que dizia como eu é que devia fazer e eu fazia. Foi a minha mãe que me ensinou, ela ia vendo como é que lhe faziam e pronto.</p>
		Momento da alta	<p>(E6) Eles explicaram muito bem os cuidados aqui quando eu saí com ela. (...) Nessa altura também veio o médico falar comigo, mas foi a enfermeira que praticamente explicou. Eu aprendi praticamente tudo”.</p>
	Aprendizagens realizadas	Cuidados à pele	<p>(E2) (...) as pomadas têm que ser bem espalhadas no corpo.</p> <p>(E3) (...) tem a pomadinha para pôr, sempre que a lavo depois meto a pomadinha, ponho-lhe esta (camisola) aqui para não roçar que é mais fininha.</p> <p>(E4) Lavo-o todos os dias com um paninho, seco tudo muito bem sequinho e depois meto o creme (...)</p> <p>(E6) (...) como é que tinha que ser com o creme e lavar todos os dias.</p> <p>(E7) (...) temos que administrar muitos cremes gordos (...)</p> <p>(E8) (...) espalhar muito bem os cremes.</p> <p>(E9) (...) meto o creme, espalho bem com muito cuidadinho (...)</p> <p>(E10) Massajo e espalho muito bem o creme onde ela não chega.</p>

		Proteção solar	<p>(E1) Eu já estive a ver que agora durante muito tempo ela não pode ir à praia, tem que ir protegida, tem que ter uns bons protetores solares.</p> <p>(E7) (...) e o sol nunca apanhava, estava sempre em casa.</p> <p>(E8) (...) vivemos perto da praia, quando sai de casa é sempre com muito cuidado com o sol e o protetor.</p>
		Posicionamentos	<p>(E4) (...) o braço tem que estar mais alto, eu sei.</p> <p>(E9) Tenho que a virar e ponho as almofadas como me disseram. Não lhe meto travesseiro no pescoço (...) tem que ficar esticadinho.</p>
	Agentes facilitadores da aprendizagem	Experiências anteriores	<p>(E1) (...) já tinha experiência, cuidei da minha avó, o problema não era o mesmo, mas eu ia adaptando à situação.</p> <p>(E2) Eu já tenho passado tantas vezes por problemas, porque o meu marido já esteve dois anos impossibilitado numa cama (...) eu é que tratava dele e agora faço o mesmo.</p> <p>(E3) Ninguém me ensinou minha senhora, eu com a minha experiência (...) Sou eu que sei que pronto (...) essas coisas que eu penso, já fiz noutros casos sem ser as queimaduras (...) os meus pais tiveram acamados.</p> <p>(E4) Eu também já tratei dos meus velinhos (...) já tinha lidado com escaras terríveis, nunca com queimaduras.</p> <p>(E5) Tive a minha mãe que também internada algumas vezes e ela ia para casa e nos cuidávamos dela, tal e qual como cuidámos dele agora. Não era a primeira vez que eu tinha gente no hospital.</p> <p>(E7) Uma pessoa vai ganhando experiência também nos bombeiros, apesar de não ter nada a ver, mas vou adaptando (...).</p> <p>(E9) Eu também já sei algumas coisas, já tratei de uma tia que esteve acamada (...) algumas coisas vou fazendo como sei, a gente também tem alguma experiência.</p>
		Enfermeiros	<p>(E1) (...) os enfermeiros, porque são eles que levam ali com o impacto e são eles que estão ali quase sempre presentes, tudo bem que o médico vai, prescreve, analisa e é a responsabilidade do médico, é o responsável, mas eu acho que o enfermeiro é a pessoa que está sempre ali mais direta</p> <p>(E2) A gente faz aquilo que mandam, que a gente não vai fora das ordens que tem (indicações do enfermeiro) ... O enfermeiro como uma pessoa mais habilidosa, mais carinhosa (...)</p> <p>(E3) Acho que são todos muito simpáticos e que a têm tratado muito bem (...) deram-me o papelinho (carta de enfermagem).</p> <p>(E4) Os enfermeiros estavam sempre lá, eu ia perguntando algumas coisas, outras também eles me diziam, não tenho razão de queixa.</p> <p>(E6) Ele (enfermeiro) disse os cuidados que tinha que ter com ela a seguir. Tinha, porque eles vinham a dizer como é que era, por acaso falaram sempre connosco, disseram sempre o processo que as coisas estavam a decorrer. (...) ela ia muitas vezes para o banho e eles (enfermeiros) explicavam</p> <p>(E7) (...) os enfermeiros também disseram aquilo que havíamos de fazer. (...) o enfermeiro está diariamente com o doente.</p>
		Carta de enfermagem	<p>(E2) (...) segui aquilo que mandam escrito nos papéis (carta de enfermagem).</p> <p>(E3) (...) no papelinho (carta de enfermagem) que me deram, até me diziam que tinha que a lavar com sabão neutro (...) foi uma das coisas que eu tomei atenção.</p> <p>(E4) (...) porque li lá, li lá, nas cartas que os tratamentos (...).</p> <p>(E9) Também li o que ia escrito na carta que o enfermeiro me deu, ainda ontem lá fui ver para tirar uma dúvida, do sabonete, tá a ver.</p>

		Leitura e pesquisa na internet	(E1) Eu leio, eu leio e pesquiso muito na net (...) (E8) A minha filha também viu muitas coisas na internet, os cuidados e essas coisas (...) (E10) Também fui ver algumas coisas à internet (...) hoje me dia já há muita informação disponível.
		Televisão	(E1) ...eu também vou ouvindo programas onde falam dos queimados (...) depois eu vou sempre ouvindo mesmo quando aparece na televisão (...) vou ouvindo estas coisas e vou assimilando e depois vai cá ficando estas pequenas informações, não fica tudo, mas vai ficando mais. (E2) (...) sei cuidar também, sei mexer, a gente não é burra nenhuma, que não vê na televisão como tratam as pessoas
		Contacto telefónico	(E6) Eu até cheguei a ligar para aqui (unidade) por ter dúvidas, foram muito bons (enfermeiros).
	Obstáculos inerentes ao processo de aprendizagem	Isolamento e normas do serviço	(E1) Eu entendo que as visitas são situações complicadas (...) tem que haver um isolamento, as visitas como são restritas e às vezes só pode entrar uma pessoa, não podia ver como cuidavam dela e tinha pouco contacto com os enfermeiros. (E4) (...) porque eu não tinha contacto com a pele dele aqui (...) é tudo muito rigoroso, eu lá no fundo entendo, a gente não podia mexer (E5) É tudo muito rigoroso, a gente quando vinha aqui não via qualquer tratamento que lhe fizessem, não lhe faziam na hora que a gente cá estava, não é? Todos os dias cá vínhamos mas, não faziam tratamento nenhum, até as queimaduras só as vi depois de ele ir para casa. (E7) Tinha pouco contacto com o meu pai, eu sei que era preciso, mas por outro lado tinha ajudado a aprender (...) os enfermeiros nem sempre podiam estar por perto quando eu estava lá a visitá-lo, senão explicavam mais coisas. (E8) Nunca lhe podia tocar, é tudo muito rigoroso, mas tem que ser assim, são coisas muito complicadas. (E9) Não lhe pude fazer nada quando ela lá estava, também nunca fui contra as regras, mas até tinha sido bom poder tocar antes de vir para casa, já tinha uma ideia (...) (E10) As queimaduras é uma coisa muito perigosa, tem que ser tudo assim com muitos cuidados, eu entendo muito bem isso. Era mais fácil para irmos aprendendo se fosse diferente, mas se tem que ser assim (...)
		Carta de enfermagem	(E2) (...)deram-me uma carta quando ela foi para casa, diziam o que devia fazer, ainda lá fui ler, mas eles nunca me ensinaram a fazer. (E4) (...) talvez dito alguma coisa sobre isso, não era só ler as coisas (carta). (E8) Tenho um papel que me deram (...) não me explicaram o que estava lá, era melhor terem mostrado as coisas.
	Assunção do papel de cuidador principal	Motivação para o papel de cuidador	Dever de cuidar
Relação de afeto			(E1) Dou-me muito bem com ela, o relacionamento com ela é talvez mais forte do que o de irmã. (E2) (...) e eu gosto do meu marido, já são 58 anos de casados. Por isso é o amor da minha vida, é o

			<p>amor da minha vida que eu tenho.</p> <p>(E3) (...) é minha filha é tudo o que eu posso fazer, gosto muito dela.</p> <p>(E6) (...) eu gosto muito da minha mãe (risos).</p> <p>(E8) Por ele faço tudo (pausa) gosto muito dele, é o pai da minha filha e o único homem da minha vida (risos).</p>
		Disponibilidade	<p>(E1) Depois eu também gosto de ajudar as pessoas, se a pessoa está disponível temos que ajudar. Por norma, no geral, eu sou sempre uma pessoa prestável, gosto (pausa) como estou em casa tenho disponibilidade.</p> <p>(E10) Era o filho que estava em casa, como estou desempregado tive que ser eu a tomar conta dela.</p>
	Transição para o papel de cuidador	Com apreensão	<p>(E1) Como é que eu vou lidar com esta situação, porque era a única que estava disponível ali em casa (...) e no fundo fiquei preocupada. E agora como é que vai ser? Ninguém me disse nada, tipo, a sua familiar vai ter alta, vai ter que fazer isto ou aquilo, desta ou daquela forma (...)</p> <p>(E2) Eu senti, meu Deus então se há tão pouco tempo estava tão mal e tão queimado e já o mandam assim para casa?</p> <p>(E3) (...) eu para dizer a verdade até julguei que ela ainda estivesse cá um bocadinho mais, e disse para comigo, será que já está boa para ir para casa.</p> <p>(E4) A gente está sempre à espera do momento, a enfermeira já me tinha dito no outro dia(...) mas quando chega a hora uma pessoa fica ansiosa, agora ia para casa e eu é que tinha que olhar por ele.</p> <p>(E7) Pois é sempre um bocadinho difícil, uma pessoa sente (pausa) o que é que se vai passar agora, vamos ter certos cuidados com ele, não é? Sim, fiquei (...) uma pessoa fica sempre assim coiso (...) ah, ele vai ter alta, passado muito tempo no hospital, nós querfamo-lo em casa, mas agora vai ser tudo diferente.</p> <p>(E8) Tinha receio que as coisas não corressem bem em casa e pudesse piorar, não é fácil tá a ver, é uma mudança de uma hora para a outra.</p>
		Com confiança	<p>(E6) Então não me sentia preparada, acho que sim, e acho que tomei bem conta dela (risos)</p> <p>(E5) Senti um alívio, para mim foi um alívio ele ir para casa, porque sabia que ele em casa que recuperava melhor, estávamos lá (...).</p> <p>(E 10) Sentia-me preparado, eu queria era levá-la para casa (...) também sabia que ia ter muito apoio lá em casa.</p>
	Impacto na vida quotidiana do cuidador	Sobrecarga de trabalho	<p>(E2) O que mudou foi um pouco mais de trabalho para mim (...)</p> <p>(E3) (...) para dizer a verdade, ando sempre uma pilha de nervos, eu sou muito nervosa. Agora tenho de a ajudar mais (...)</p> <p>(E4) Já não é fácil para mim, é mais um encargo, tá a ver.</p> <p>(E5) Mais trabalho sim, mais trabalho. Mais o trabalho que lhe pertencia a ele fazer.</p> <p>(E7) É mais trabalho, mas é um trabalho que uma pessoa tem que fazer.</p> <p>(E8) Ando mais cansada, são mais responsabilidades e tenho o meu emprego.</p> <p>(E9) Eu trabalho no campo e tenho animais, a minha vida já era muito difícil, muito trabalho minha senhora (...) agora ainda mais.</p>
		Mudanças na rotina diária	<p>(E1) Agora passo a vida a correr, eu logo de manhã tenho o cuidado, às vezes fazia a minha vida mais despreocupada, agora tenho de (...).</p> <p>(E7) Tive que alterar alguns horários na minha vida para poder conciliar as coisas.</p> <p>(E8) Passo o tempo a correr para estar mais com ele (...) à hora de almoço vou a casa ver como ele está.</p> <p>(E10) Não podia sair de casa (...).</p>
		Sentimento de bem-estar	<p>(E1) Para mim também é bom, sinto-me bem porque estou a ajudar alguém que necessita, estou a fazer o meu melhor dentro da capacidade que tenho.</p>

			<p>(E5) Então, é uma honra, uma pessoa tratar de outra pessoa. Para mim, acho que uma pessoa cuidar de outra pessoa que realmente necessita da nossa ajuda, acho que é um bem.</p> <p>(E6) Foi boa. Acho que é uma experiência, apesar de tudo, boa para nós sabermos lidar com pessoas assim, é bom cuidar (...).</p> <p>(E10) Passei mais tempo com a minha mãe, acho que os filhos gostam de passar tempo com os pais, foi uma experiência estar sempre com ela, é bom (sorriso).</p>
		Mais alerta para a problemática e tratamento das queimaduras	<p>(E1) No fundo também para termos um pouco mais de cuidado, não é? No fundo ficamos sempre mais alerta com pequenas coisas que nós nem damos certo valor e depois só quando as coisas surgem é que nós nos começamos a aperceber e vamos tendo sempre mais cuidado.</p> <p>(E6) Fiquei a saber lidar com as queimaduras, que desconhecia completamente. Não sabia que era coisas tão graves.</p>
	Adequação do processo de preparação do cuidador	Ensinos práticos em contexto real	<p>(E1) quando uma pessoa tem alta numa situação dessas, se há alguém que está disponível para ajudar, eu, na minha maneira de pensar, acho que devia ser essa pessoa chamada para a informar. Dizer assim, olhe isto agora vai-se passar com esta doente é melhor fazer assim. Devia-se realizar no momento, porque às vezes é conforme se aprende melhor, é a pessoa estar a ver a praticar (...) mas quando se está a ver a gente fica com a ideia do que viu no momento em que aquilo se estava a passar.</p> <p>(E3) Era para comparecer cá, não era? Vir cá para ver a fazer (...).</p> <p>(E4) Quando? Humm... aí perto de ele ir para casa, vá lá, perto de ele ir para casa. (...) deviam ser práticos, ensinar a pessoa a fazer, ver é uma coisa mas é a fazer que se aprende.</p> <p>(E7) Acho que se uma pessoa, antes de ele sair, na altura que ele (pausa) antes de (pausa) um mês antes, ou duas semanas antes, acho que era o essencial se nos ensinassem ou, sei lá (pausa) venham cá vocês pôr os cremes. (...) os cremes e o tratamento, os cuidados que devíamos ter com ele.</p> <p>(E8) Se nos chamassem cá (enfermeiros) antes do doente ir para casa era melhor (...) mostravam e ensinavam o que a gente devia fazer me casa.</p> <p>(E10) Quando tiver quase a ter alta pelo menos um na família devia ter um apoio, devia ter uma espécie de aulas para saber como tratar não é, a queimadura não é uma coisa qualquer. Um dia bastava, a ver como é que vocês cuidavam (...) pelo menos a fazer a fisioterapia, esticar as peles e meter os cremes. (...) nem que seja só a ver, ou mesmo a fazer.</p>
		Sem alteração do procedimento	<p>(E2) Eu aí não digo nada, porque não sei, não sei porque já sou uma pessoa de idade para agora ir aprender, é isso, teve bem..</p> <p>(E6) Para mim esteve bem, não mudava nada.</p> <p>(E9) Não sei, mas para mim esteve bem, foram todos muito simpáticos, foi bom.</p>
Dificuldades no cuidado ao doente queimado no domicílio	Tipo de dificuldades	Medo de magoar	<p>(E1) A parte de a ter que estar a massajar com o creme e a mexer nas feridas, nas partes que foi (...) mexia assim um bocadinho comigo, mas pronto. (...) Porque eu tinha medo de a estar a magoar quando a estava a mudar, ou quando era a cuidar da higiene, pensava que quando tocava naquilo que a magoava.</p> <p>(E2) Tava sempre a perguntar-lhe se não o estava a magoar (...).</p> <p>(E3) (...) sempre sem lhe tocar nas mazelas, nem quero (...)</p> <p>(E4) (...) como eu devia lidar com um queimado, porque eu tenho medo (...) há ali as partes, as zonas dos enxertos, eu tenho medo (...) de maneira que eu tinha medo de ir lá mexer e, tinha medo de mexer.</p> <p>(E5) Até tina muito cuidado, sempre a tocar ao de leve (...) tinha medo de tocar e sei lá, até de o aleijar.</p> <p>(E6) (...) sempre com muito cuidado, tinha medo de a aleijar.</p> <p>(E7) (...) porque uma pessoa tinha medo... nunca tinha lidado com um queimado. Tinha medo às vezes de fazer qualquer coisa, eu tinha medo de mexer nele mesmo.</p> <p>(E10) Tinha receio de a estar a magoar, estava sempre a perguntar-lhe, se magoava.</p>
		Impacto visual das lesões	<p>(E3) Fez-me muita aflição ver tudo sujo, a camisa no peito suja, a camisola interior suja, porque estava</p>

			<p>ali... fazia-me impressão (...) nem quero ver. (E7) (...) as pernas (...) aquilo era mesmo uma sensação que não sei mesmo explicar, mas... era muito, foi muito difícil, nem podia olhar ao princípio. (E8) Muito difícil habituarmo-nos, a pele está diferente, mete impressão (...) custou-me muito olhar. (E9) Custou-me olhar para as feridas, eu também sou muito impressionada com as coisas (...).</p>
		Cuidados específicos ao doente queimado	<p>(E4) Foi pegar-lhe. Virá-lo, virar, por exemplo para lhe dar (pausa) para o lavar, eu nunca lavei aquela parte do braço (...) meter as almofadas, ele estava sempre a tirar e eu não sabia se estava a fazer bem. (E8) Passar os cremes na pele, no início foi complicado, nunca tinha tocado lá.</p>
	Fontes de apoio no exercício do papel de cuidador	Envolvimento de outros familiares	<p>(E1) Por acaso nisso eu disse logo, determinei logo ali limites, olhem, eu faço uma parte e depois vocês (sobrinhos) apoiam-me e cooperam comigo. E assim tem sido e tudo muito bem organizado, felizmente. (E4) Em casa às vezes os meus filhos iam lá (E5) (...) com a ajuda da minha nora e da minha filha, nós cuidávamos dele. (E6) Era eu e a minha irmã ajudava. (E7) Quando eu não estava, era a minha irmã ou a minha mãe (...). (E8) Quando vou trabalhar fica a minha filha, está de férias da faculdade, ela vai ajudando também (...). (E10) As minhas tias também estavam sempre a ir lá para ver se precisava de alguma coisa, depois também tinha a minha irmã ou a minha namorada, também ajudavam.</p>
		Ajuda especializada	<p>(E2) (...) tenho uma vizinha enfermeira que é graduada (...), ela vai todos os dias a minha casa, vê e ajuda-me a pôr tudo em ordem (...) sinto-me mais segura. (E7) Às vezes ia lá a enfermeira a casa. (E9) O enfermeiro lá do centro vai a casa de dois em dois dias.</p>
		Apoio dos vizinhos	<p>(E3) (...) mandaram escrito no papel o que tinha que fazer e depois eu chamei a minha vizinha e, ela leu o papel e disse-me que era assim que se tinha de fazer, desta maneira e daquela. (E9) Tenho uma vizinha que está mais por casa, se eu precisar ela também lá vai.</p>