



**TÂNIA CATARINA
GONÇALVES
PETRONILHO**

**VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO
CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA EM
TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA: O
PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

Significant experiences of the family caregiver of the person in
perioperative transition: the family nurse role



**TÂNIA CATARINA
GONÇALVES
PETRONILHO**

**VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO
CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA EM
TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA: O
PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

Significant experiences of the family caregiver of the person in perioperative transition: the family nurse role

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, em consórcio entre a Universidade de Aveiro, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, realizado sob a orientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Dedico este trabalho ao Bruno e ao Afonso.

O júri

Presidente

Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares
Professor Adjunto, Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata
Professora Coordenadora, Instituto Politécnico de Bragança

Orientador

Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões
Professor Adjunto, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Gostaria de expressar um honesto agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste trabalho.

Ao Professor Doutor João Lindo Simões, orientador deste trabalho, pela motivação, pelos esclarecimentos e disponibilidade constante, com que atendeu a todas as minhas solicitações, que me permitiu realizar esta investigação.

À Professora Doutora Maria João Monteiro, coorientadora deste trabalho, pelos seus comentários e sugestões.

À Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar, Andreia Loureiro, supervisora de estágio por todas as aprendizagens que me proporcionou e pelo cuidado, carinho e companheirismo.

À Unidade de Saúde Familiar Leme por me permitir realizar este estudo.

A todos os cuidadores que se mostraram disponíveis para partilhar as suas vivências e que contribuíram para a execução deste estudo.

Às colegas Ana Pereira e Catarina Vieira por embarcarem comigo nesta aventura, pelo seu companheirismo e aprendizagens partilhadas e às colegas Diana Costa e Miriam Trindade que tanto me auxiliaram neste percurso.

Ao meu marido e filho um agradecimento especial pela paciência e companheirismo e ainda pelo incentivo para esta caminhada.

Palavras-chave Assistência Perioperatória; Cuidado Transicional; Cuidadores; Enfermagem Familiar; Papel do Profissional de Enfermagem¹

Resumo No âmbito do 2º ano, 1º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, foi efetuado um Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Saúde Familiar Leme, com a finalidade do desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde familiar. No presente relatório procura-se descrever e analisar crítico-reflexivamente as competências desenvolvidas, descrevendo o percurso realizado para o desenvolvimento das mesmas. Integrado no estágio, foi também desenvolvido um estudo de investigação sobre a temática do papel do enfermeiro de família no cuidado prestado ao cuidador familiar da pessoa em transição perioperatória. O estudo teve como objetivos compreender as vivências significativas do cuidador familiar no cuidado informal à pessoa em transição perioperatória, bem como, conhecer e explorar as vivências do cuidador familiar relativamente ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro de família à pessoa e cuidador familiar na transição perioperatória. Optou-se por um estudo qualitativo, recorrendo-se à técnica de narração de incidentes críticos (aqui designada de vivências significativas), através de entrevistas semi-estruturadas. Foram realizadas 12 entrevistas a cuidadores familiares e os dados obtidos foram analisados recorrendo à técnica de análise de conteúdo predominantemente indutiva. Os resultados demonstram a existência de vivências significativas do cuidador familiar no pré-internamento, no internamento e no regresso a casa da pessoa cuidada, que se podem constituir facilitadoras ou dificultadoras do processo de transição e que se encontram relacionadas com o cuidador familiar, a rede de apoio da saúde, a pessoa cuidada, os enfermeiros, a configuração familiar e com as condições habitacionais e organizacionais. Face a este contexto, os cuidadores desenvolvem estratégias de *coping* internas e externas. O papel do enfermeiro de família é percebido como importante no pós-operatório, podendo, também, constituir-se como um agente facilitador do processo de transição, dotando o cuidador familiar de mecanismos que lhe permitam vivenciá-la de forma saudável, de forma antecipada. Conclui-se que a transição para o cuidado à pessoa em transição perioperatória pode ser potenciada pelo acompanhamento constante de uma figura de referência, como o enfermeiro de família, preparando a mudança e minimizando as dificuldades, através do *empowerment* .

¹ Baseadas nos Descritores de Ciências da Saúde (http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start)

Keywords

Perioperative Assistance; Transitional Care; Caregivers; Family Nursing; Nursing Professional's Role

Abstract

As part of the 2nd year, 1st semester of the Master's Course in Family Health Nursing, an Internship of a Professional Nature was carried out at the *Leme* Family Health Unit, with the aim of developing specialist skills in family health nursing. This report seeks to describe and analyze critically-reflectively the skills developed, describing the path taken to develop them. As part of the internship, a research study was also carried out on the role of the family nurse in the person's care in perioperative transition.

The aim of this study was the understanding of the significant experiences of the family caregiver in the informal person's care in perioperative transition, as well as to know and explore the experiences of the family caregiver regarding to the home follow-up performed by the family nurse to the person and family caregiver in the perioperative transition.

A qualitative study was chosen, using the technique of critical incidents' narration (here called significant experiences), through semi-structured interviews. Twelve interviews with family caregivers were carried out and the data obtained were analyzed using the predominantly inductive content analysis technique.

The results show the existence of significant experiences of the family caregiver in pre-hospitalization, hospital stay and return home of the cared person, which can be facilitators or hinders the transition process and which are related to the family caregiver, the health support network, the cared person, the nurses, the family configuration and the housing and organizational conditions. In this context, caregivers develop internal and external coping strategies.

The family nurse's role is perceived as important in the post-operative period and can also be a facilitator of the transition process, providing the caregiver family with mechanisms that allow him to experience it in a healthy way in advance.

It is concluded that the transition to perioperative care can be enhanced by constantly monitoring a reference figure, such as the family nurse, preparing for change and minimizing difficulties through empowerment.

Siglas

ARS – Administração Regional de Saúde

CF – Cuidador Familiar

FAUR – Frequência Absoluta das Unidades de Registo

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

TIC - Técnica da narração de Incidentes Críticos

UR - Unidade de Registo

USF - Unidade de Saúde Familiar

INDICE

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	14
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	18
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	26
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	27
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
2.1. Vivenciar o período perioperatório como uma transição	29
2.2. O cuidador familiar da pessoa em transição perioperatória	31
2.3. O papel do enfermeiro de família na transição do cuidador familiar para o cuidado à pessoa no perioperatório	33
3. METODOLOGIA	41
3.1. Tipo de estudo	41
3.2. Participantes no estudo	41
3.3. Instrumento de recolha de dados	42
3.4. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	43
3.5. Procedimentos de análise dos dados	44
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	46
4.1. Caracterização dos participantes	46
4.2. Resultados emergentes da análise interpretativa dos dados	48
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
6. CONCLUSÃO	81
6.1. Conclusões	81
6.2. Limitações do estudo	84
6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais	84
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	99
ANEXO 1 – Certificados de presença e apresentação de póster na Conferência “(Re)Pensar a Enfermagem de Família”	100
ANEXO 2 – Certificado de presença no <i>Workshop</i> “Cuidados à Família – Registos em SClínico”	103
ANEXO 3 – Declaração de responsabilidade do Diretor da ESSUA	105

ANEXO 4 - Parecer do Coordenador da USF Leme	107
ANEXO 5 - Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro.....	109
APÊNDICES	112
APÊNDICE 1 – Póster Científico apresentado na Conferência “ <i>(Re)Pensar a Enfermagem de Família</i> ”	113
APÊNDICE 2 – Guião da entrevista semi-estruturada de colheita de dados	115
APÊNDICE 3 – Declaração de Consentimento Informado	120
APÊNDICE 4 – Matriz da Análise de Conteúdo	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: <i>Intervenções de enfermagem relacionadas com a pessoa em transição perioperatória</i>	16
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: <i>Caracterização dos cuidadores familiares</i>	46
Quadro 2: <i>Caracterização da pessoa cuidada</i>	47
Quadro 3: <i>Caracterização do cuidador familiar relativamente ao papel de prestador de cuidados</i>	48
Quadro 4: <i>Resultados da análise de conteúdo para a área temática “vivências significativas do CF no pré-internamento da pessoa em transição perioperatória”</i>	49
Quadro 5: <i>Resultados da análise de conteúdo para a área temática “vivências significativas do CF durante o internamento da pessoa em transição perioperatória”</i> .	51
Quadro 6: <i>Resultados da análise de conteúdo para a área temática “vivências significativas do CF no regresso a casa da pessoa em transição perioperatória”</i>	54
Quadro 7: <i>Resultados da análise de conteúdo para a área temática “vivências significativas do CF relativamente ao acompanhamento do enfermeiro de família”</i>	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: <i>Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF Leme</i>	14
Figura 2: <i>Indicadores demográficos da população inscrita na USF Leme</i>	15
Figura 3: <i>Distribuição da frequência absoluta das unidades de registo por área temática</i>	61

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Leme, no período compreendido entre 18 de Setembro de 2019 e 14 de Janeiro de 2020. Encontra-se integrado na unidade curricular Dissertação/Trabalho de projeto/Estágio, do 2º ano, 1º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e com o Instituto Politécnico de Bragança e teve como finalidade o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, & Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, 2019).

A inclusão da família, como alvo dos cuidados de enfermagem, enquadra-se, a nível internacional, na política global de Saúde para Todos no Século XXI, da região Europeia da Organização Mundial da Saúde, da qual emergiram novos desafios à enfermagem com vista ao desenvolvimento da enfermagem de família. Evidenciou-se a contribuição do enfermeiro na promoção da saúde familiar, assumindo um papel de gestor e organizador de recursos que possibilitem a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-ativos nos seus processos de vida (Organização Mundial da Saúde, 2002).

Na segunda Conferência Ministerial da Enfermagem da Organização Mundial da Saúde – Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique, reforçou-se o papel primordial dos enfermeiros de saúde familiar nos diversos contextos de saúde, consagrando a sua importância na prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Em Portugal, as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde para 2004-2010 enfatizaram a implementação de equipas multidisciplinares, com um paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família e no ciclo de vida (Direção Geral da Saúde, 2004). Neste âmbito, o foco da prática de enfermagem foi também ajustado ao longo do tempo, passando a ser direcionado para o sistema familiar, emergindo a figura do enfermeiro de família como *pivot* no seio da equipa multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2012). Assim, de acordo com o Ministério da Saúde (2014) o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade. O enfermeiro de família, dirigindo a sua intervenção aos processos de saúde/doença, presta cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2002; Organização Mundial da Saúde, 2002). A todos os níveis de cuidados, as diretrizes apontam para a redução dos riscos prejudiciais à saúde e o fortalecimento das capacidades da família para se adaptar aos seus processos de transição, numa abordagem que engloba os fatores de stresse, os fatores de fortalecimento e a intervenção na crise no sentido da adaptação (M. H. J. S. Figueiredo, 2009). Neste contexto, o objetivo do enfermeiro de família é capacitar a família, potenciando as suas capacidades, de forma a que esta consiga manter o seu equilíbrio e um funcionamento adequado perante os seus processos de transição, como é o caso da transição do Cuidador Familiar (CF) para o cuidado à pessoa no período perioperatório.

Os cuidados perioperatórios assumem especial relevância numa sociedade cada vez mais envelhecida, com um grande número de doenças crónicas e com múltiplas co-morbilidades (Carretas, 2018). A intervenção cirúrgica, ainda que planeada, é um evento complexo e ao mesmo tempo marcante na vida de uma pessoa, quer pelas repercussões físicas, psicológicas e sociais que provoca, quer pela possibilidade de complicações pós-operatórias, quer pela

dependência nos autocuidados que acarreta. Neste contexto, perante a existência de um membro familiar dependente, decorrente de uma cirurgia, a família vê-se confrontada com a necessidade de prestar cuidados, emergindo a necessidade de um CF.

Em Portugal, a percentagem de famílias que asseguram os cuidados a pessoas dependentes é bastante expressiva, possuindo a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa (12,4%), prestados por um residente na mesma habitação (Entidade Reguladora da Saúde, 2016). Apesar da implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em 2006, que pretendeu dar resposta às necessidades da família cuidadora, uma parte considerável dos cuidados continuam a ser prestados no domicílio, pelos familiares, durante um período de tempo significativo, sendo que o número de vagas está aquém das reais necessidades da população (Petronilho, 2012). Assim, é no CF que recai a responsabilidade do cuidado perante um evento gerador de dependência (temporária ou definitiva), pois, continua a ser considerada a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos recursos sociais (Mingote, 2018).

O CF assume-se então como uma peça chave na promoção da qualidade e da dignidade de vida da pessoa submetida a cirurgia, em situação de dependência, sendo que o papel de prestador de cuidados não é uma tarefa fácil, podendo traduzir-se numa sobrecarga intensa e cuja exigência implica, frequentemente, alterações ao nível da qualidade de vida, em diversas áreas: alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais e desgaste prolongado a nível psíquico e físico (C. A. Fonseca, 2012; Marques, 2007; B. M. P. Rocha & Pacheco, 2013). Neste sentido, o desempenho do papel de CF pode constituir uma fonte de stresse, devido à natureza dos cuidados prestados, às modificações constantes na sua vida quotidiana e pelo facto de, para além dos seus habituais papéis, se ver confrontado com o de prestador de cuidados (Mingote, 2018). Neste contexto, o cuidado à pessoa durante o período perioperatório surge como um desafio, que perturba ou ameaça a atividade habitual do CF, obrigando-o a procurar estratégias para se adaptar à sua nova condição (B. M. P. Rocha & Pacheco, 2013). O sucesso em lidar com esta situação e vivenciar uma transição saudável, dependerá do *coping*, ou seja, dos esforços cognitivos e comportamentais, internos e externos, desenvolvidos para lidar com as exigências (Lazarus & Folkman, 1984; Meleis, 2010).

Nesta conjuntura, onde o enfermeiro de família desenvolve a sua prática centrada na família, torna-se evidente o importante papel que o enfermeiro de família poderá desempenhar junto dos cuidadores de pessoas submetidas a uma cirurgia eletiva, na facilitação do processo de transição e na resolução das situações que são encaradas como geradoras de stresse. Os cuidadores informais devem constituir, deste modo, um alvo prioritário do interesse dos enfermeiros, por um lado, porque constituem um grupo vulnerável em risco de múltiplas e graves condições de saúde mental e física, e por outro, porque representam uma parceria nos cuidados às pessoas dependentes (I. Araújo & Santos, 2012). Sendo a promoção da saúde o primeiro *standard* da prática de enfermagem, o enfermeiro de família, responsável pela capacitação e *empowerment* das famílias, deve promover a saúde familiar, prevenindo situações de fragilidade ou patológicas aquando desta transição. Considera-se, por isso, uma problemática de grande interesse e premência para a enfermagem de família, cuja intervenção se centra na facilitação dos processos de transição, tendo em vista o bem-estar familiar.

Perante o suprarreferido e conscientes, decorrente da nossa prática profissional, das dificuldades sentidas pelo CF, considerou-se relevante abordar a temática das suas vivências significativas no cuidado à pessoa em transição perioperatória, aprofundando conhecimentos e desenvolvendo competências respeitantes a esta temática, bem como, fundamentando futuras ações de melhoria na qualidade de vida do CF e da pessoa cuidada, trazendo contributos óbvios para a enfermagem de saúde familiar.

Assim, com este relatório pretende-se, primeiramente, descrever e refletir sobre as competências desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional e, posteriormente, apresentar o estudo empírico desenvolvido. Desta forma, o presente relatório de estágio encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro é realizada uma análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências durante todo o percurso do estágio, procedendo-se a uma contextualização do local de estágio e em seguida efetuando-se uma análise reflexiva acerca de toda a aprendizagem desenvolvida. No segundo capítulo é apresentado o estudo empírico desenvolvido, iniciando-se com uma contextualização do mesmo, seguindo-se o enquadramento teórico que o sustenta. É, ainda, descrita a metodologia utilizada no presente estudo, explicitando-se o tipo de estudo, os participantes no estudo, o instrumento de recolha de dados, as considerações éticas inerentes e os procedimentos de recolha e análise de dados. Este segundo capítulo é finalizado com a apresentação e a discussão dos resultados obtidos, seguindo-se a respetiva conclusão, onde serão evidenciadas as limitações do estudo e as suas implicações para a prática profissional. Por último é realizada uma síntese conclusiva do relatório e de todo o percurso realizado durante o Estágio de Natureza Profissional.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

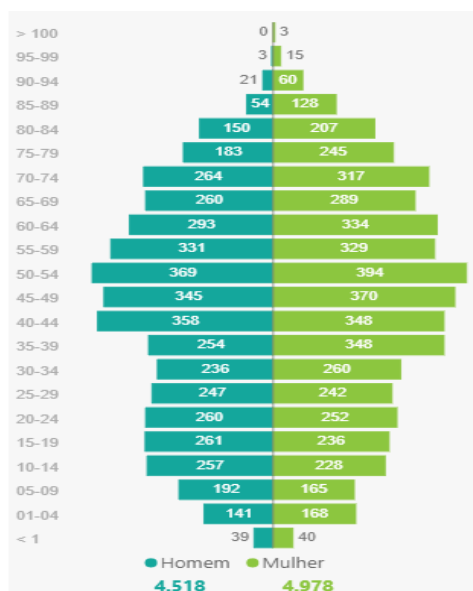
O presente capítulo diz respeito à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar efetuado na USF Leme. O referido estágio decorreu no período entre 18 de Setembro de 2019 e 14 de Janeiro de 2020, sob a supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar Andreia Simões Loureiro, e orientação pedagógica do Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões.

A USF Leme encontra-se inserida no Centro de Saúde de Ílhavo, tratando-se de uma unidade funcional, modelo A, do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga, integrante na Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, tendo iniciado funções a 2 de Junho de 2014.

O Município de Ílhavo, subdividido em quatro freguesias: S. Salvador, Gafanha da Nazaré, Gafanha da Encarnação e Gafanha do Carmo, tem uma população residente de 38 598 indivíduos, sendo que, em termos percentuais, 52,3% desta população é do sexo feminino e 47,7% é do sexo masculino (Câmara Municipal de Ílhavo, 2013). A área de abrangência da USF Leme é a Freguesia de São Salvador constituída por 16597 indivíduos, o que corresponde, em termos percentuais, a 43,0% da população do Município, sendo, portanto, a freguesia mais densamente povoada (Câmara Municipal de Ílhavo, 2013).

A USF Leme é constituída por um grupo multiprofissional de 5 médicos, 6 enfermeiros e 5 secretários clínicos que dão resposta a um total de 9496 utentes, cuja pirâmide etária se apresenta na figura 1.

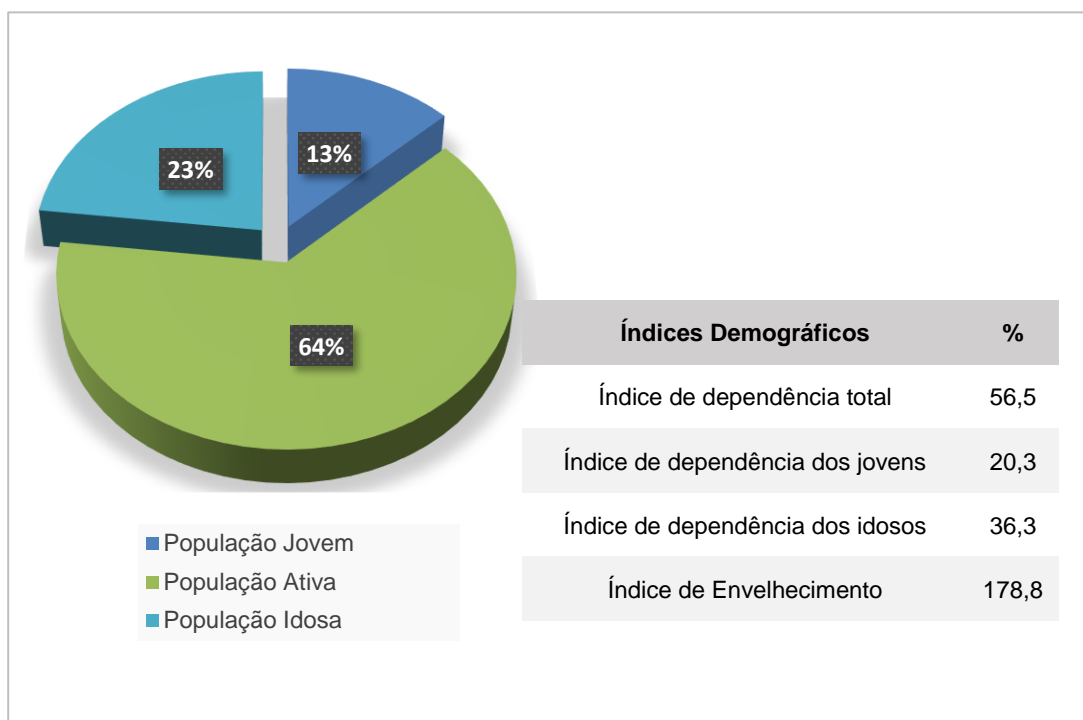
Figura 1: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF Leme



Nota. Fonte: Serviço Nacional de Saúde, 2020

Ao analisar a referida pirâmide etária, constata-se uma distribuição relativamente equivalente no que respeita ao sexo, verificando-se que 47,6 % dos utentes são do sexo masculino e 52,4% do sexo feminino, prevalecendo a faixa etária dos 50 aos 54 anos em ambos os sexos.

Figura 2: Indicadores demográficos da população inscrita na USF Leme



Nota. Fonte: Serviço Nacional de Saúde, 2020

Os indicadores demográficos presentes na Figura 2 demonstram que, apesar de predominar a população ativa, o índice de dependência total de 56,5% presente predominantemente na população idosa, traduz-se em um esforço adicional da população ativa. Constata-se, ainda, um índice de envelhecimento acentuado, com predomínio da população idosa relativamente à população jovem, o que acompanha a tendência nacional para o envelhecimento populacional (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Cada enfermeiro da USF Leme presta cuidados em média a 1583 utentes e 2086 unidades ponderadas, ambos os valores superiores aos recomendados para as dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Relacionado com a temática do nosso estudo empírico, e com a finalidade de caracterizar os utentes submetidos a cirurgia, alvo de cuidados de enfermagem durante o estágio, procurámos informação dos utentes da USF Leme, nos sistemas de informação utilizados na Unidade, sempre sob a supervisão da Enfermeira Supervisora. No entanto, devido à codificação dos utentes se efetuar por patologia e, dado que existem imensas patologias suscetíveis de intervenção cirúrgica e nem todas elas com carácter obrigatório, não conseguimos obter dados sobre esses utentes. No entanto, recorrendo à plataforma MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais, conseguimos obter alguns dados relativos a intervenções de enfermagem registadas entre Setembro de 2019 e Janeiro de 2020 que nos remetem para os utentes cirúrgicos, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1: *Intervenções de enfermagem relacionadas com a pessoa em transição perioperatória*

Intervenção de Enfermagem	Nº intervenções
Executar tratamento da ferida cirúrgica	535
Ensinar sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1

Nota. Dados obtidos por consulta no MIM@UF relativos à USF Leme, no período entre Setembro de 2019 e Janeiro de 2020

Através da análise dos dados, mesmo considerando o facto de cada pessoa possuir mais do que uma ferida cirúrgica e o tratamento às mesmas ter sido efetuado diversas vezes, nota-se uma predominância no registo de intervenções curativas, relativamente às educativas. No entanto, consideramos importante referenciar que os ensinamentos efetuados também podem ter sido registados no processo do prestador de cuidados, no processo familiar, por vezes com notas associadas a outras intervenções de ensino, dados que não conseguimos obter. Portanto, tendo por base o referido, evidencia-se aqui uma lacuna a nível de informação relativa às pessoas que são submetidas a cirurgia. Não só, não há transmissão de informação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários relativamente à marcação da cirurgia, como se evidenciam necessidades de melhoria a nível de registos de enfermagem, parecendo-nos assim haver necessidade de repensar esta questão.

A USF Leme tem por missão prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos a quem presta cuidados e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais, para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de todos. A sua prática de cuidados de proximidade, visa reforçar a ligação com o utente, a família e a comunidade.

A construção de competências e a formação em contexto de estágio representam um esforço pessoal, unificador, de síntese, o qual se constitui num novo ciclo de aprendizagem, dependente de um determinado contexto e de um determinado projeto de ação (Costa, 2002). Desta forma, considerando os princípios que regem a USF Leme e de acordo com o Guia Orientador do Estágio de Natureza Profissional (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro *et al.*, 2019), foram delineados os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados às famílias, como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos à família, nas diferentes fases do ciclo de vida, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Identificar, o mais precocemente possível, os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- Mobilizar os recursos da comunidade de forma a prestar cuidados à família e na tentativa de a capacitar, face às necessidades e especificidades do seu desenvolvimento;
- Realizar um estudo de investigação e elaborar o relatório de estágio.

As competências desenvolvidas em contexto do Estágio de Natureza Profissional tornam-se valiosas, integrando a aquisição de conhecimentos e de valores, desenvolvendo capacidades e

atitudes. O estágio na USF Leme foi então desenvolvido com vista ao desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro *et al.*, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019b), designadamente:

- Desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista nos vários domínios, nomeadamente: na responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Reconhecer a complexidade do sistema familiar, compreendendo as suas especificidades e as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- Conceber a família como uma unidade em transformação, que sofre transições decorrentes dos seus processos desenvolvimentais, organizacionais, situacionais e de saúde/doença inerentes ao seu ciclo vital;
- Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família, promovendo a sua capacitação, a sua autonomia e estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;
- Efetuar uma avaliação, qualquer que seja o contexto ou etapa do ciclo vital da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional;
- Reconhecer situações de complexidade específica, formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar de modo a que a unidade familiar atinja a homeostasia.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de um pensamento reflexivo constitui uma das habilidades indispensáveis na formação dos enfermeiros, constituindo-se a prática clínica como o momento privilegiado de desenvolvimento da prática reflexiva pré, pós e na ação (N. M. S. M. Peixoto & Peixoto, 2016; Simões, 2004). Assim, este capítulo pretende espelhar o pensamento crítico-reflexivo efetuado durante o desenvolvimento das competências no Estágio de Natureza Profissional, de acordo com as propostas no Guia Orientador do Estágio, no Regulamento nº 428/2018 que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar e no Regulamento nº 140/2019 que define as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro *et al.*, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019b).

Desenvolve competências comuns do enfermeiro especialista nos vários domínios, designadamente: na responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019b)

O enfermeiro especialista deve promover a responsabilidade profissional, ética e legal no cuidado à pessoa e família, identificando as suas necessidades e adequando as suas intervenções, considerando os princípios éticos da profissão e a prática baseada na evidência no processo de tomada de decisão. Neste âmbito, durante o estágio houve um empenho no respeito pelos direitos das pessoas, emitidos pela declaração universal dos direitos do Homem, e em agir de acordo com os princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça, respeitando sempre a autonomia da pessoa, os seus valores e crenças e salvaguardando o seu direito ao sigilo, no acesso à informação, à privacidade e à escolha dos cuidados. Neste âmbito, destaco a prática na obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido, relativo a procedimentos de enfermagem, estando este inerente ao direito da autonomia e da autodeterminação. Durante a prática de cuidados procurei, ainda, demonstrar a minha responsabilidade profissional, garantindo a segurança em todas as intervenções realizadas, informando a pessoa e família acerca dos cuidados a prestar, atendendo com responsabilidade a todos os pedidos de informação, solicitando apoio e aprofundando conhecimentos quando identificava limitações nestes ou nas minhas competências, e sendo sempre assertiva, assídua e pontual.

No que concerne à melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro assume um papel determinante, visto que rege a sua atuação com base num compromisso fundamentado em benefício da pessoa ou comunidade. Desta forma, durante o estágio, procurou-se desempenhar uma intervenção consciente e estruturada na procura contínua da qualidade e na promoção da segurança da pessoa e famílias alvo de cuidados, visando a excelência do exercício. Foi elaborado um estudo de caso intitulado “*A Família a Vivenciar uma Transição Perioperatória*” que foi apresentado no formato de Póster Científico na Conferência “(Re)Pensar a Enfermagem de Família”, organizado pela Escola Superior de Saúde de Viseu (o póster pode ser consultado em Apêndice 1 e os certificados em Anexo 1). Durante o estágio tive ainda a oportunidade de participar no Workshop “*Cuidados à Família, Registo em SClínico*” organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, conforme certificado apresentado no Anexo 2, contribuindo desta forma para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, tal como regulamentado nas competências comuns do enfermeiro especialista. Tornou-se, igualmente, uma mais valia a consulta de normas, protocolos e *guidelines* vigentes no serviço, bem como a participação nas

reuniões de serviço semanais da USF Leme, que permitiram integrar as práticas e garantir a gestão e a eficiência dos cuidados prestados, minimizando os erros e salvaguardando a segurança e a qualidade.

Ao nível da gestão dos cuidados foi possível observar que a problemática da insuficiência de enfermeiros para atender às necessidades de cuidados e às dotações seguras, desafiam a mobilização de capacidades de gestão. No que diz respeito à gestão de recursos materiais, verifiquei que a sua adequada reposição e gestão durante a prestação de cuidados possibilita a sua permanente disponibilidade, proporcionando uma maior segurança e qualidade na assistência às famílias. Verifiquei também que, no exercício das suas funções, os enfermeiros devem garantir a disponibilidade e a qualidade do material necessário à prática de cuidados, antecipando a sua rutura e garantindo a sua reposição de acordo com os níveis de stock dos serviços. Destaco, neste âmbito, a participação na gestão do material farmacêutico, do qual a minha Enfermeira Supervisora era responsável.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais da enfermagem depende da capacidade de autoconhecimento do enfermeiro, o qual desenvolve o seu conhecimento com base na teoria e na experiência adquirida na prática. Desta forma, o contexto de estágio revelou-se uma fonte promotora de experiências e momentos de aprendizagem que influenciam a minha identidade no agir profissional. Neste sentido, ambicionando o desenvolvimento complexo da combinação de saberes, comportamentos, e atitudes que me permitissem adquirir novas competências no cuidar a pessoa e família, procurei desenvolver o autoconhecimento através da integração na equipa e da relação supervisiva, ao longo do estágio.

“Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica” (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro *et al.*, 2019, p.4)

Segundo o Ministério da Saúde (2014), o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado numa equipa multiprofissional, presta cuidados de enfermagem globais à família, motivo pelo qual, a família se constituiu como o foco dos cuidados desenvolvidos ao longo do estágio. Apesar de nem sempre todos os membros da família estarem presentes, foi sempre tida em consideração que a saúde e os comportamentos individuais afetam o bem-estar de todos os membros (e assim reciprocamente) e, por isso, no planeamento dos cuidados a ênfase foi colocada sobre a família e as relações entre os seus membros e não apenas sobre os elementos presentes, considerando, desta forma a propriedade de globalidade da família e a visão da mesma como um sistema.

A característica de equifinalidade da família permitiu compreender os resultados díspares obtidos quando foram utilizadas estratégias de intervenção semelhantes com famílias diferentes. A consciencialização desta propriedade do sistema familiar tornou-se valiosa fundamentalmente quando foi identificada a necessidade de mudança de comportamentos familiares, levando a que fossem aplicadas diferentes estratégias na mudança comportamental. Além disso, permitiu valorizar a necessidade do planeamento de cuidados, sempre em parceria com a família e de acordo com os seus objetivos, fazendo com que a mudança se faça a partir “de dentro” da família, considerando o seu funcionamento próprio e único. A propriedade da equifinalidade permitiu-me refletir sobre a necessidade de reavaliação das intervenções planeadas devido à imprevisibilidade do comportamento da família.

Durante a prestação de cuidados foi também possível constatar a capacidade auto-organizativa da família. Se em determinadas situações, foi necessária a intervenção do enfermeiro de família

devido à resposta ineficiente da família, noutras a família foi capaz de desenvolver comportamentos adaptativos, independentemente das influências externas. Desta forma, as mudanças foram percebidas não somente como uma ameaça, mas como uma oportunidade de evolução; o sistema familiar foi considerado auto-organizado, autónomo, no qual o interveniente - enfermeiro de família - é um observador-participante, podendo constituir-se como um elemento perturbador, um catalisador da mudança (Relvas, 2000).

No decurso das consultas de enfermagem realizadas e, de forma a concetualizar a família como foco de atenção, nas suas múltiplas interações (não só com os seus elementos internos, mas também com outros sistemas sociais) e em diferentes contextos, foi perspectivada a família num contexto ecossistémico. O desenvolvimento humano ocorre numa interação permanente entre vários sistemas, designadamente: a família (microsistema); a relação entre família e a escola (mesossistema); a atividade laboral (exossistema); e os valores culturais, o sistema de crenças, as circunstâncias sociais e os acontecimentos históricos e memórias colectivas, que influenciam os outros sistemas ecológicos (macrosistema) (Bronfenbrenner, 1980). Foi notória a influência dos diferentes sistemas ao longo do ciclo vital da família, destacando-se a atividade laboral, na minha opinião talvez relacionado com um número de utentes, maioritariamente, em idade ativa e pelo facto de o município ao qual a USF dá resposta se constituir como um meio onde as famílias encontram fatores favoráveis para encontrar, simultaneamente, uma resposta habitacional e de trabalho (Câmara Municipal de Ílhavo, 2013; Serviço Nacional de Saúde, 2020). As dificuldades em conciliar a vida profissional com a vida familiar foram mais evidentes na etapa do ciclo vital familiar “*famílias com filhos pequenos*”, muitas vezes expressas em consultas, sendo, no entanto, uma preocupação de enfermagem em conciliar os horários das consultas com os da atividade laboral. Esta questão levou-me, ainda, a refletir sobre o papel do enfermeiro de família ao nível da saúde ocupacional que, trabalhando em parceria com o Enfermeiro do Trabalho e promovendo o equilíbrio entre a esfera profissional e a esfera da vida pessoal e familiar pode traduzir ganhos para a saúde ocupacional e familiar.

“Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital” (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro *et al.*, 2019, p.5)

O compromisso assistencial de prestação de cuidados de saúde da USF Leme integra cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo vital da família, nas seguintes áreas: saúde da mulher; saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente; saúde do adulto e do idoso; cuidados em situação de doença aguda e crónica e cuidados no domicílio. Através da prestação de cuidados às famílias nestas áreas, foi possível reconhecer que esta se encontra sujeita a mudanças geradoras de algum stresse familiar que, segundo Minuchin (1974), podem ter origem em quatro fontes: as que afetam um elemento da família, com origem externa à mesma; as que têm origem fora da família, mas que a afetam em geral; as despoletadas por problemas que estão na base de uma maior suscetibilidade; e as inerentes às transições normativas da família.

Relativamente à primeira fonte de stresse supracitada, da qual é exemplo um problema laboral que afete um dos membros da família, foi importante verificar quando um membro da família se encontra numa situação de stresse, os restantes elementos também sentem essa pressão e que surge, então, a necessidade de acionar mudanças familiares no sentido de melhor lidar com o problema, concretizando uma das funções da família que é o suporte dos seus membros relativamente a pressões externas. A população estrangeira residente no município de Ílhavo, nomeadamente, as famílias provenientes da Venezuela, devido às condições políticas atuais, são um exemplo de famílias em que uma pressão externa afetou todo o sistema familiar.

O stresse advindo de problemas particulares, não normativos, diz respeito àqueles acontecimentos inesperados, mas que podem afetar fortemente a organização estrutural do sistema familiar, como é o caso do desenvolvimento de uma patologia crónica (diabetes, hipertensão ou úlcera crónica) ou da transição perioperatória.

Os cuidados de enfermagem desenvolvidos nestas áreas, com base nas vigilâncias preconizadas ao nível dos vários Programas de Saúde, permitiram promover a capacitação da família face ao stresse decorrente das transições normativas associadas ao seu ciclo vital.

Constituindo-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como o referencial teórico e operativo adotado pela Ordem dos Enfermeiros, era espectável que na prática a identificação do ciclo vital se procedesse através das etapas preconizadas por Relvas (1996), no entanto, verificou-se que no SClínico® encontra-se disponível para identificação as etapas definidas por Duvall e Miller (1985). Constituindo-se a família o alvo dos cuidados prestados, houve uma preocupação em integrar os focos preconizados pelo MDAIF ao longo das consultas realizadas, através da ativação do Programa: Saúde da Família. Segundo Relvas (1996) o ciclo vital da família é composto por cinco fases, consistindo a primeira na formação do casal. Esta transição, associada à conjugalidade e ao desempenho de papéis relacionados com o subsistema conjugal, foi abordada nas consultas referentes ao Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, tendo sido avaliados a Satisfação Conjugal e o Planeamento Familiar. A transição para a parentalidade, associada, ainda, à primeira etapa do ciclo vital, foi avaliada nas consultas referentes ao Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, através da avaliação do foco “*Adaptação à Gravidez*”. Nas etapas seguintes do ciclo vital - a família com filhos pequenos; a família com filhos na escola; a família com filhos adolescentes e a família com filhos adultos – manteve-se a vigilância familiar, tornando-se pertinente avaliar o “*Papel Parental*” e a “*Satisfação Conjugal*”. Apesar da utilização do ciclo vital da família descrito por Relvas (1996) ter constituído uma mais valia ao longo da prestação de cuidados, servindo como guia para a vigilância dos processos normativos transicionais da família, foram também identificadas algumas limitações durante a sua utilização na prática. A primeira está relacionada com a sua utilização, partindo do princípio que há processos normativos e outros que não o são, pode levar a uma interpretação linear das dificuldades pelas quais passam as famílias que não conseguem cumprir no prazo ou na maneira “prescrita” pelas fases ou pelas tarefas desenvolvimentais destas. Por outro lado, exclui algumas configurações familiares atuais – como os casais sem filhos, as famílias reconstituídas, pelo facto de as fases serem consecutivas, o que implica o cumprimento de tarefas desenvolvimentais prévias.

Independentemente das fontes de stresse a que as famílias se encontram sujeitas, a crise surge porque o sistema se sente ameaçado pela imprevisibilidade que a mudança, mesmo programada, comporta, embora de forma mais ou menos intensa, consoante as famílias. No entanto foi preciso encarar estas crises como momentos decisivos, simultaneamente de ocasião (de crescimento, de evolução) e de risco (de impasse, de disfuncionamento). Por isso, na prática foi importante perceber como a família se comporta face a uma crise (o grau de flexibilidade, os limites da família), promovendo o processo de consciencialização, identificando pontos fortes e fracos na resposta familiar, e avaliando, com base no MDAIF, o foco “*Processo Familiar*”, no sentido de identificar famílias com funcionamento familiar disfuncional. Além disso, no caso de transições previsíveis, como é o caso das inerentes ao ciclo vital, ou da transição perioperatória eletiva, a intervenção, de forma antecipatória, do enfermeiro de família pode revelar-se facilitadora do processo de transição, dotando a família de mecanismos que a permitiram vivenciar de forma saudável.

“Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo” (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro *et al.*, 2019, p.5)

O processo de enfermagem de família consiste num processo contínuo de comunicação bidirecional na interação entre a família e o enfermeiro, englobando cinco fases: avaliação, que se reporta à recolha de dados; análise, que integra os diagnósticos de enfermagem de família e os diagnósticos de enfermagem ao indivíduo; planeamento, que inclui a determinação das prioridades e objetivos; implementação e avaliação dos resultados (Hanson, 2005). A operacionalização deste processo de cuidados à família ao longo do estágio foi complexa pois o foco de atenção dos cuidados deixou de ser o utente, individualmente, para ser a família, dirigindo-se, simultaneamente, ao indivíduo, aos sub-sistemas e ao sistema familiar. A nível informático, o SClinico®, permite dar resposta a estes dois níveis do processo de enfermagem, havendo lugar para o processo individual e o processo familiar, no entanto, foram observadas algumas limitações, nomeadamente na falta de interligação entre os dois processos, o que facilitaria os registos de enfermagem e a continuidade de cuidados. De forma a efetuar a avaliação familiar, foi utilizada, não somente, a avaliação inicial familiar constante no SClinico®, mas também, a preconizada pelo MDAIF, efetuando a avaliação da família nas suas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. Através da avaliação familiar, e baseando-me naquilo que a família considerou como principais preocupações, foi possível definir os diagnósticos de enfermagem familiar, de acordo com a linguagem da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem®, baseando-me na matriz operativa do MDAIF. Na etapa de planeamento, foi necessário considerar o funcionamento da família, os seus recursos, o seu interesse e motivação, pois só através desta abordagem colaborativa, se consegue uma implementação eficaz de um plano de cuidados, aumentando a probabilidade de obter resultados (M. H. J. S. Figueiredo, 2009). A fase de implementação de cuidados de saúde às famílias caracterizou-se por colocar em prática as intervenções planeadas, no entanto, no seu decorrer, avaliando o progresso das necessidades identificadas, por vezes, foram reconhecidas novas preocupações na família. Foi o caso de uma família que, desenvolvendo estratégias para se adaptar às barreiras arquitetónicas existentes no domicílio, acabou por manifestar dificuldades económicas para aquisição de ajudas técnicas, tendo sido, neste caso, reencaminhada para apoio social na USF. Através dos resultados obtidos pela família, traduzidas por mudanças no seu funcionamento, a avaliação, permitiu a formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, com a reformulação do plano de cuidados.

A Organização Mundial da Saúde (2002) reconhece que a família é a unidade chave na promoção da saúde e conseqüentemente na melhoria da saúde uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis. Baseando-me nesta influência familiar e, de forma a desenvolver o processo de enfermagem direcionado à família, ao longo do estágio houve um esforço em tentar incentivar o envolvimento de outros membros da família nas consultas, o que se revelou uma mais valia ao permitir a sua participação e envolvimento direto. Ouvir, valorizar e estimular a participação da família no processo de cuidados revelou-se profícua, tanto na qualidade dos cuidados, como na coesão da família. No entanto, houve uma preocupação em preservar a vida privada do utente, solicitando sempre o seu consentimento para incluir outros membros da família, indo de encontro ao regulamentado nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que obrigam à reserva da intimidade, ao respeito pela vida privada, à confidencialidade, à proteção dos dados pessoais, ao sigilo profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2002, 2019b). Além disso, existiram situações em que a avaliação através de entrevista individual se revelou proveitosa, por não condicionar a resposta de outros membros, como foi o caso da avaliação da satisfação conjugal e do APGAR Familiar.

A Organização Mundial da Saúde (2002) realça o domicílio como o contexto privilegiado de atuação do enfermeiro de família. No decorrer dos cuidados efetuados à família em contexto domiciliário foi possível identificar algumas vantagens da intervenção neste contexto, salientando o contato próximo com as vivências da pessoa e seus familiares, a observação direta das condições ambientais e físicas (por exemplo, permite identificação das barreiras arquitetónicas), a perceção dos recursos disponíveis, das condições de higiene e segurança e da dinâmica familiar. Desde o meu último estágio em contexto de cuidados de saúde primários (no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem), notei uma evolução considerável relativamente à disponibilidade dos enfermeiros para a prestação de cuidados no domicílio em que estes obedeciam a critérios muito rigorosos (como incapacidade para ser deslocar ou situações de dependência elevada). Ao invés disso, atualmente, denota-se uma valorização cada vez maior da prestação de cuidados neste contexto, por exemplo através da realização da primeira consulta à Puérpera e Recém-Nascido no domicílio. Verifiquei, ainda, por parte dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar um empenho, no qual tive oportunidade de participar, no agendamento de visitas domiciliárias à família e não somente ao utente, por exemplo para capacitação do CF.

Neste sentido, a compreensão da família permite-nos conceptualizá-la num contexto de diversidade que ultrapassa a visão de família nuclear, acompanhando a evolução do conceito de família modificado e reconstruído a par da evolução dos contextos e estruturas sociais (M. H. J. S. Figueiredo, 2009). No entanto, na plataforma de registos SClinico®, o conceito de família ainda é assumido como o agregado familiar, não acompanhando essa evolução. Além disso, quando é agendado uma consulta para a família, o sistema agenda à morada, o que na minha opinião ainda é muito despersonalizado, carecendo de ser repensado.

“Realiza avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento” (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro *et al.*, 2019, p.5)

O MDAIF constitui-se como o referencial teórico e operativo que surgiu como resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses nos cuidados com as famílias e no desenvolvimento de práticas dirigidas à família, enquanto foco de atenção dos cuidados de enfermagem (M. H. J. S. Figueiredo & Martins, 2010). Embora na prática verificasse que este modelo ainda não é utilizado de forma sistemática, na minha opinião, quer pela limitação de enfermeiros e pelo elevado número de famílias associadas, quer pelas limitações do sistema SClinico®, nota-se um empenho por parte dos enfermeiros, designadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar em efetuar os registos no processo familiar, simultaneamente com o processo individual. Relativamente às limitações encontradas no SClinico®, salienta-se a avaliação inicial familiar incompleta (não contempla todos os itens da dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional da família) e a inexistência de alguns instrumentos de avaliação familiar [ciclo vital segundo Relvas (1996), genograma, ecomapa, Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe*, APGAR Familiar e Escala FACES II].

No entanto, de forma a operacionalizar o MDAIF e colocar em prática os instrumentos de avaliação familiar e, tendo por base o tema do trabalho de investigação descrito neste relatório, foi efetuado um estudo de caso a uma família a vivenciar uma transição perioperatória. Os principais resultados obtidos foram: a importância da avaliação familiar no domicílio, tendo-se este revelado o contexto fundamental para a identificação do primeiro diagnóstico, através da observação de barreiras arquitetónicas na habitação; a importância da promoção da

consciencialização da família para a necessidade de um CF; e o ecomapa como uma ferramenta de sucesso para a definição do CF, devido à inexistência na família nuclear e através da constatação da existência de vínculos fortes com alguns elementos da família extensa. Através do estudo de caso foi possível concluir que: a avaliação familiar efetuada, de forma antecipatória, permitiu a identificação precoce das necessidades da família que, após intervenção, permitiram a obtenção de ganhos em conhecimento, competências e comportamentos de adesão; e a intervenção do enfermeiro de família revelou-se facilitadora do processo de transição perioperatória, dotando a família de mecanismos que a permitiram vivenciar de forma saudável.

“Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar” (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro *et al.*, 2019, p.6)

A Ordem dos Enfermeiros (2018) refere que é competência do enfermeiro de família estabelecer uma relação com a mesma no sentido de controlar situações potencialmente complexas. As transições às quais uma família se encontra sujeita ao longo do seu ciclo vital podem trazer consequências para a sua saúde, se não forem vivenciadas de forma saudável. Desta forma, durante a prática de cuidados houve uma atenção particular em identificar transições insalubres ou ineficazes (que movem a família na direção de vulnerabilidade e risco) ou insuficiências de papel (caracterizada por dificuldade para desempenhar um papel, em que comportamentos e sentimentos são derivados do incumprimento de obrigações ou expectativas). É o caso da transição perioperatória que, dotada de uma grande complexidade, por envolver transições múltiplas, pode colocar a família em situação de vulnerabilidade. Da minha experiência pessoal, como enfermeira na área cirúrgica, é frequente encontrar famílias que, somente aquando da alta hospitalar se apercebem da sua incapacidade para tomarem conta do familiar no domicílio, mesmo no caso de cirurgias eletivas. Desta forma, por ser o tema do estudo de investigação descrito no capítulo seguinte, foi minha preocupação cuidar estas famílias e prepará-las antecipadamente para vivenciar esta transição. No entanto, agir de forma antecipatória nem sempre se mostrou uma tarefa fácil, porque com frequência não há comunicação sobre a necessidade de uma cirurgia, de forma antecipada, ao enfermeiro de família. Na maior parte das vezes, as famílias recorrem à USF somente no pós-operatório, reencaminhadas dos cuidados de saúde diferenciados para tratamento à ferida cirúrgica. Não obstante esta situação, empenhei-me em aproveitar este contacto para avaliar a adaptação familiar à transição perioperatória, incluindo o seu CF nas situações que o justificaram, constituindo focos de atenção o *“papel do prestador de cuidados”* e o *“processo familiar”*. A identificação das suas necessidades e a capacitação do CF foram intervenções desempenhadas visando assistir a família a lidar com uma transição perioperatória. A este propósito Meleis (2010) refere que assistir o indivíduo, a família ou a comunidade a lidar com as transições que afetam a sua saúde emerge como um desafio para os enfermeiros, antes, durante e após um evento gerador de mudança.

Assim, ao longo do estágio foi possível confirmar a tendência para a existência de novas configurações familiares, salientando as famílias reconstruídas que, pela coexistência de diferentes etapas do ciclo vital, aumenta a complexidade do sistema face aos seus processos de transição.

De acordo com a Câmara Municipal de Ílhavo (2013), entre os anos de 2001 e 2011 o número de famílias aumentou, mas, em contrapartida, as famílias são hoje menos numerosas, verificando-se que o número de indivíduos que as compõem tem vindo a decrescer ao longo das décadas. Associado a este facto, a USF Leme tem mais população idosa do que jovem, o que na prática se traduziu na presença frequente de famílias idosas nucleares na USF. Perante este

facto, considero ainda relevante salientar a importância que atribuí às redes sociais: família extensa, amigos e relações comunitárias. Estas, quando fomentadas nas famílias mencionadas, contribuíram de forma positiva, através da companhia social, do apoio emocional, do apoio informativo, do apoio material ou instrumental, e do acesso a novos contactos.

“Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar” (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro *et al.*, 2019, p.6)

Após a identificação das necessidades e problemas percebidos pela família, através da elaboração dos diagnósticos de enfermagem, foi necessário o planeamento dos cuidados à família, estabelecendo prioridades, conducentes aos objetivos delineados com a família. Transversalmente a esta etapa de planeamento, foi efetuada a identificação de recursos internos e externos e a definição de soluções alternativas, a partir de sugestões dos membros da família, que lhes permita restabelecer o equilíbrio. A implementação eficaz de um plano de cuidados requer a aceitação e a participação da família como cliente, daí que houve uma preocupação em estabelecer um plano de cuidados em parceria com a família (Hanson, 2005). Inicialmente, muito guiada pelo modelo teórico, surgiram algumas dificuldades relacionadas com o conflito de valores entre mim e a família, o que levou à identificação de problemas familiares em que considere necessário intervir, mas que a família não se mostrou interessada na intervenção. É o caso de famílias de etnia cigana, nas quais foi frequente identificar, aquando da prestação de cuidados em contexto domiciliário, áreas de atenção de enfermagem relacionadas com: *“edifício residencial”*, *“precauções de segurança”* e *“abastecimento de água”* que, na minha opinião e de acordo com a matriz operativa do MDAIF, careciam de intervenções na área da saúde familiar. No entanto, apesar de confrontadas com possíveis necessidades de intervenção a esses níveis e devidamente informadas para os riscos, as famílias não manifestaram preocupações relacionadas com essas áreas de atenção, recusando ajuda e apoio. Para colmatar esta dificuldade, foi discutido o plano de intervenção com a Enfermeira Supervisora do estágio e, de forma a permitir a verificação da adequação do plano às necessidades e recursos da família foram utilizados os indicadores de Friedman (1998): se está a ser desenvolvido em colaboração com a família; se a abordagem vai de encontro às forças da família e de cada um dos seus membros individualmente; se está de acordo com as capacidades da família; comprometimento da família com o plano; se os recursos são os adequados para a concretização do plano e por último se os membros da família responderiam positivamente a estas questões.

A avaliação do plano de cuidados foi efetuada de forma sistemática durante o processo de cuidados, de forma a garantir a sua eficácia na resolução dos problemas identificados, traduzida pela mudança na capacidade da família em usar a informação, desempenhar tarefas e assumir papéis familiares, traduzindo ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

As mudanças sociodemográficas ocorridas nos últimos tempos, em Portugal, têm vindo a influenciar a procura dos cuidados de saúde. O aumento da esperança média de vida trouxe consigo um risco acrescido de aquisição de doenças crónicas e degenerativas, com fortes implicações na utilização de cuidados e serviços de saúde (Direção Geral da Saúde, 2014). A evolução das necessidades em saúde, relacionada com o envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida, o aparecimento de doenças degenerativas, assim como, com o aumento da prevalência e da incidência de novos casos de neoplasias, tem contribuído hoje em dia, para uma intensificação da procura de cuidados de saúde, nomeadamente de cuidados de saúde cirúrgicos (Carretas, 2018).

Apesar do esforço de ambulatorização dos cuidados cirúrgicos, a demografia atual, associada a pessoas portadoras de várias co-morbilidades, mantém a necessidade de cirurgia em regime convencional, com recurso ao internamento eletivo (Ministério da Saúde, 2015). De acordo com o Relatório Anual do Serviço Nacional de Saúde, em 2018, foram operados 594 978 utentes, o que se traduz num elevado número de internamentos cirúrgicos programados, atualmente com períodos cada vez mais curtos, não só pela necessidade de diminuição dos custos a eles inerentes, mas também pela crescente otimização dos cuidados de saúde (Ramos, 2015; Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Embora o tratamento cirúrgico constitua parte integrante dos cuidados de saúde, com finalidade curativa, todo o período perioperatório tem repercussões na vida da pessoa e sua família. Dependendo da gravidade da patologia que motivou o internamento, procedimento cirúrgico ou idade, as pessoas apresentam alterações ao nível das funções do corpo, da sua estrutura, e sujeitos a uma grande incapacidade funcional e a um considerável risco de complicações cirúrgicas, que dificultam a recuperação dos utentes e têm também implicações na qualidade de vida e na capacidade de autocuidado (R. A. Araújo, Silva, & Ramos, 2016; M. Santos, Martins, & Oliveira, 2014). Perante estas evidências, e dependendo da cirurgia a efetuar, poderá antever-se um quadro de dependência no autocuidado resultante duma intervenção cirúrgica eletiva, levantando a necessidade da existência de um prestador de cuidados.

Em Portugal são as famílias, maioritariamente, que suportam o papel de cuidar do seu familiar sem, no entanto, terem sido preparadas pela equipa de saúde para o processo de cuidados (Petronilho, 2012). Segundo Carretas (2018), na maioria dos casos, o CF começa a dedicar-se às atividades relacionadas com o cuidar sem terem experiência prévia com essa ocupação. A mesma autora refere ainda que os internamentos em contexto hospitalar, cada vez mais curtos, e as altas precoces podem levar a sentimentos de impotência e insegurança no CF quando confrontado com a exigência do desempenho do papel. Desta forma a prestação de cuidados à pessoa, durante o perioperatório, pode tornar-se muito desgastante, levando ao aumento do nível de stresse e de sobrecarga do CF. Todas estas transformações, fazem com que o período perioperatório seja encarado, pelo CF, como um momento crítico, vivenciando uma transição, caracterizada por instabilidade e insegurança, cujas dificuldades deveriam ser supridas pelos profissionais de saúde (Carretas, 2018).

Esta problemática vivenciada pelo CF no cuidado à pessoa em transição perioperatória enfatiza a necessidade da implementação de modalidades de apoio que promovam o aumento de conhecimentos e capacidades para cuidar a pessoa no perioperatório e que preparem antecipadamente o CF para enfrentar as dificuldades no cuidar. Os enfermeiros de família assumem um papel crucial nos cuidados à família, promovendo a sua capacitação nas transições complexas que ocorrem ao longo do seu ciclo vital, como é o caso da transição perioperatória. Focando-se na família como unidade de cuidados e, considerando a interdependência dos seus

membros, a abordagem do enfermeiro de família deve centrar-se, simultaneamente, na pessoa submetida à cirurgia e no seu CF. Como profissionais na área da prestação de cuidados na área cirúrgica, vivenciando as dificuldades dos CFs das pessoas submetidas a cirurgia, consideramos necessário um maior conhecimento das suas vivências, aumentando o investimento em intervenções que visem preparar esses cuidadores, de forma antecipatória, para lidarem com as alterações decorrentes duma transição para o cuidado à pessoa no perioperatório de cirurgia eletiva. Nesta perspetiva, o enfermeiro de família, exercendo a sua atividade numa lógica de proximidade e parceria com a família ao longo do seu ciclo vital, encontra-se numa posição privilegiada para desempenhar esse papel.

Nesta linha de pensamento, emergiu o fundamento para o desenvolvimento do presente estudo intitulado “Vivências Significativas do Cuidador Familiar da Pessoa em Transição Perioperatória: O Papel do Enfermeiro de Família”, que teve subjacente a seguinte questão de investigação: Quais as vivências significativas do Cuidador Familiar da pessoa em transição perioperatória?

Tendo como objetivos compreender as vivências significativas do CF da pessoa em transição perioperatória e compreender e refletir acerca das suas vivências significativas relativamente ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro de família à pessoa e CF no período perioperatório, foram exploradas as vivências dos CFs de pessoas submetidas a cirurgia eletiva, utentes da USF Leme, durante a realização do Estágio de Natureza Profissional.

Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes: analisar e compreender os fatores facilitadores e dificultadores da transição do CF no cuidado à pessoa em transição perioperatória; analisar e compreender as estratégias de *coping* internas e externas utilizadas pelo CF no período perioperatório; analisar e compreender a importância da intervenção do enfermeiro de família à pessoa e CF no período perioperatório; e refletir sobre o papel do enfermeiro de família no cuidar o CF da pessoa no perioperatório.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico que se segue é resultado de uma revisão da literatura da especialidade baseada numa pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, de modo a se obter a informação o mais atualizada possível, que permita analisar e compreender o estado da arte da temática em estudo. Segundo Fortin (2009), a revisão bibliográfica é necessária “em todas as etapas da conceptualização da investigação; ela deve preceder, acompanhar ou seguir o enunciado das questões de investigação ou a formulação das hipóteses” (p. 87). Ao longo do percurso de revisão bibliográfica teve-se em consideração os princípios emergentes da Teoria das Transições desenvolvida por Meleis (2010) constituindo-se, desta forma, um elemento de suporte e orientação do pensamento em Enfermagem, enfatizando as respostas humanas envolvidas nas transições.

Nesta parte do relatório, dividida em três subcapítulos, enquadrámos teoricamente a temática, explorando a literatura sobre a vivência do período perioperatório como uma transição e o seu impacto no CF. Pretende-se ainda, evidenciar a importância da intervenção do enfermeiro de família no CF da pessoa em transição perioperatória.

2.1. Vivenciar o período perioperatório como uma transição

A cirurgia é, de acordo com Phipps, Sands, & Marek (2003), o ramo da medicina que efetua os procedimentos manuais e instrumentais para a correção de deformidades e defeitos, reparação de lesões, diagnóstico e cura de certas doenças.

O período perioperatório envolve as seguintes fases: pré-operatória, que se inicia quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica; intraoperatória; e pós-operatória, dividindo-se esta em pós-operatório imediato, mediato e tardio, sendo que o último já não acontece em contexto hospitalar, sendo os cuidados, maioritariamente, da responsabilidade do próprio e/ou dos familiares, em contexto domiciliário (Christóforo & Carvalho, 2009; Phipps *et al.*, 2003).

A necessidade de uma cirurgia é um acontecimento que provoca uma série de mudanças na vida da pessoa, desencadeando alterações a nível do bem-estar, da saúde, da imagem corporal ou da função, do estilo de vida, bem como, de questões familiares (Phipps *et al.*, 2003). Reportando-nos à Teoria das Transições, estas fases de mudança que ocorrem ao longo do ciclo vital são designadas por transições, sendo caracterizadas, segundo Meleis (2010) por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade, onde ocorre uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados na sociedade, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais e até mesmo, na capacidade de gerir as respostas humanas.

O período perioperatório constitui-se, assim, como um momento de transição, tal como mencionam Chick & Meleis (1986) referindo que, em alguns casos, a transição inicia-se por eventos que vão além do controlo individual, e em outros ela pode ser provocada através de eventos tais como a cirurgia.

De entre os quatro tipos de transição identificados por Meleis (2010), a transição perioperatória, relacionando-se com o procedimento cirúrgico em si, constitui-se como uma transição saúde-doença que, segundo A. M. Silva (2009), diz respeito a uma mudança que resulta da alteração de um estado de saúde para um estado de doença aguda ou de bem-estar para doença crónica. No entanto, discutiremos posteriormente que se trata de uma transição complexa e que, para o

CF, envolve outras transições para além da saúde/doença. De acordo com Meleis (2010) as transições podem classificar-se como previsíveis (transições de desenvolvimento) ou transições situacionais, sendo a situação perioperatória considerada como uma transição situacional pois não está inerente ao ciclo vital da família.

Embora o tratamento cirúrgico possa prevenir a perda de vida ou de integridade física, normalmente, está associado a um considerável risco de complicações cirúrgicas e a uma importante causa de incapacidade funcional, os quais têm implicações na qualidade de vida e na capacidade de autocuidado (Direção Geral da Saúde, 2010). Na prática, isto significa o surgimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas no pós-operatório, que podem tornar a pessoa gradualmente dependente do seu CF.

Segundo os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (2006) dependência refere-se a uma situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária. O *International Council of Nurses* (2011) define dependência como estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio. Constituindo-se como um fenómeno de enfermagem, a dependência pode ser classificada em vários graus, desde a ajuda ligeira ou parcial até à ajuda extrema (*International Council of Nurses*, 2011). “*Dependente em grau reduzido*”, é um fenómeno de enfermagem “*Dependente*” com as seguintes características específicas: afirmação de que alguém está dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda ou suporte e a manifestação das características clínicas relevantes que lhe estão associadas é considerada ligeira. No fenómeno “*Dependente em grau moderado*”, a manifestação das características clínicas relevantes que lhe estão associadas é considerada mediana, no “*Dependente em grau elevado*”, é considerada substancial e no “*Dependente em grau muito elevado*”, é considerada extrema (*International Council of Nurses*, 2011). Face ao grau de dependência o CF irá supervisionar, apoiar ou substituir a pessoa na satisfação das suas necessidades.

Esta transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria dos conhecimentos e das habilidades da pessoa e/ou do CF, sendo o potencial de aprendizagem destes um fator fulcral para a obtenção de resultados positivos. Assim, os enfermeiros podem contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado, quer na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas, planeando e implementando intervenções de enfermagem dirigidas para estes focos de atenção. De acordo com o estudo de Petronilho (2012), o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com efeitos positivos na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, têm um papel decisivo. O mesmo autor acrescenta ainda, que o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções educativas, cognitivas e comportamentais, envolvendo o planeamento de atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos da pessoa e do CF no momento de tomar decisões, decorrentes de uma transição. Estes pressupostos vão ao encontro do referenciado por Orem (1993) no desenvolvimento do seu modelo de autocuidado, quando enfatiza a independência, focalizando principalmente o autocuidado e a dependência, e defende que o papel do enfermeiro é ajudar o utente e/ou a família tornando-os capazes de ir ao encontro das necessidades de autocuidado.

A revisão da literatura efetuada permitiu constatar a existência de vários estudos sobre a vivência de processos de transição associados a períodos perioperatórios.

C. Silva *et al.*, (2017), no seu estudo sobre a vivência da pessoa com uma ileostomia, concluiu que o confronto com a necessidade de cirurgia e com a construção de uma ileostomia

representam eventos críticos que determinam o início do processo de transição, tratando-se, concretamente, de um processo de transição do tipo saúde/doença. Os mesmos autores acrescentam que a vivência cirúrgica, que se pretende que culmine num estado de estabilidade e de adaptação à nova condição, é demarcada por uma fase de vulnerabilidade, pelos desafios colocados no autocuidado, sendo influenciada por condições intrínsecas e extrínsecas à pessoa. Mota *et al.*, (2015) concordam com os autores referidos, afirmando que a cirurgia com construção de uma ostomia apresenta-se como um momento de transição marcante na pessoa e na família.

No estudo de Gaspar (2014) sobre o cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, a autora refere que a vivência de uma transição saúde-doença associada a cirurgia cardíaca tem impacto na pessoa doente e família, com implicações significativas na dinâmica individual e familiar. No mesmo estudo, a autora encontrou na pessoa doente e família múltiplos fatores que conferem vulnerabilidade ao período perioperatório de cirurgia cardíaca, gerando incerteza e comprometendo o seu bem-estar, particularmente relacionados com uma repentina responsabilização no exercício de autocuidado.

Reis (2017) no seu estudo de investigação, refere que a maioria das crianças e suas famílias, por motivo de cirurgia eletiva, vivenciam fontes de stresse e ansiedade intensa, o que implica uma transição nas suas vidas.

Ao estudarem a vivência de pessoas submetidas a uma prostatectomia, J. M. S. Carvalho e Figueiredo (2013) reconhecem que o evento cirúrgico provoca grande perturbação na vida do homem, essencialmente devido às morbilidades, constituindo-se visivelmente um evento crítico na transição do homem submetido a prostatectomia. O período perioperatório representa, assim, um período de transição para a pessoa e para a sua família, assumindo o enfermeiro um papel fundamental como elemento facilitador no processo de transição (Tagaio, 2018).

2.2. O cuidador familiar da pessoa em transição perioperatória

A família é a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal onde se vivencia um conjunto de experiências fundamentais para a formação da personalidade (Elsen, Althoff, & Manfrini, 2001). Para Hanson (2005) a saúde familiar é entendida como um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar.

Na enfermagem as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida (L. M. O. Rodrigues, 2013). De acordo com o mesmo autor, “para se trabalhar na perspectiva da família, é necessário acreditar que os processos de saúde-doença são experiências que envolvem toda a família” (p.38). Um acontecimento que afeta qualquer um dos membros da família tem influência sobre todos os outros, pelo que a presença duma pessoa com dependência, altera direta ou indiretamente, a natureza e a dinâmica das interações familiares (Alarcão, 2002; Hanson, 2005; Minuchin, 1974; Relvas, 2000). Nesta linha de pensamento, a necessidade de uma cirurgia de um membro da família, com a vivência inevitável de todo o período perioperatório, interfere com a dinâmica familiar e constitui-se necessariamente como motivo de preocupação para os restantes elementos da família, incluindo aquele que se assume como o seu CF.

Entre as várias funções que a família desempenha, M. Martins (2002) considera como uma das funções primordiais a proteção dos seus membros, particularmente traduzida no cuidar. A família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos recursos sociais (Monteiro, 2010). Assim, quando nos referimos à transição perioperatória de

uma pessoa, necessitamos de considerar a transição que envolve os restantes elementos do sistema familiar e, desta forma, compreender que a transição perioperatória vivenciada pelo doente acaba por se refletir na família, em particular no seu CF que vivencia igualmente uma transição.

Com efeito, a dependência não afeta apenas o doente, mas toda a sua envolvência, a começar pela família, que na maioria das situações, face ao impacto da doença, não está preparada para responder adequadamente às necessidades do familiar dependente, pois também a unidade familiar vivencia em simultâneo o processo de transição, com a necessidade do exercício de um novo papel, podendo comprometer o funcionamento da família, desencadeando uma crise accidental (Monteiro, 2010). A transição perioperatória, com a entrada de um membro dependente, exige reorganização em relação às tarefas, de tal forma que sejam cumpridos os objetivos que levam a unidade familiar a desenvolver-se com sucesso e ainda, a necessidade de eleger o CF.

Segundo o *International Council of Nurses* (2011), o CF é o responsável pela prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade e organização de prestação de cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003) o papel do prestador de cuidados é “interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade, quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados” (p. 63). D. Figueiredo (2007) entende que esta prestação informal de cuidados constitui uma atividade comumente prestada por familiares ou amigos chegados à pessoa que já não consegue gerir todos os aspetos da vida diária e cuidados pessoais. O CF fica, assim, envolto numa situação desafiante e difícil de gerir, que pode representar uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social (A. P. F. C. Rodrigues, 2011).

Ao iniciar o desempenho das novas funções provocadas pela intervenção cirúrgica ocorre uma transição para o novo papel de CF, envolta de complexidade relacionada com o próprio CF, com a pessoa dependente e com o contexto em que se desenvolve a prestação de cuidados (Sequeira, 2010).

A consciencialização (relacionada com a perceção, o conhecimento e reconhecimento da experiência da transição) é a primeira etapa para o CF iniciar a transição. Esta é de tal forma importante que a falta de consciencialização significa que o indivíduo pode não estar preparado para a transição e que o seu envolvimento pode não acontecer pela ausência de consciencialização (Chick & Meleis, 1986). Neste sentido, promover o processo de consciencialização irá facilitar a resposta do CF perante a transição perioperatória.

Todas as transições envolvem mudança e, para perceber a transição, é necessário descrever os efeitos e os significados da mudança. As dimensões das mudanças devem ser exploradas, incluindo a natureza, a temporalidade, a importância percebida e as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais (Meleis, 2010). De acordo com o mesmo autor, a mudança pode estar associada a eventos críticos ou desequilíbrios, que proporcionam rutura nas rotinas, ideias, perceções e identidade, estando esses, normalmente, associados ao aumento da consciencialização da mudança e a um envolvimento mais ativo para lidar com a experiência de transição. Também existem pontos críticos finais, caracterizados pelo sentido de estabilidade em novas rotinas, capacidades, estilos de vida e atividades de autocuidado (Meleis, 2010).

Vários autores já estudaram a problemática da transição perioperatória, identificando as necessidades vivenciadas pelo CF. Petronilho (2007) e Ramos (2015) evidenciam, nos seus estudos, dificuldades na preparação dos CFs, relacionadas com a falta de informação para cuidar. Oliveira (2011) identificou as mudanças na dinâmica familiar decorrentes da cirurgia (rotinas de casa, organização familiar, atividade profissional) com necessidade de reorganização

familiar interna, reorganização profissional (assiduidade, recurso ao gozo de férias. No estudo de Monteiro (2010), este verificou que a situação de dependência num dos membros da família é vivenciada com diferentes sentimentos e emoções por parte do CF que se vê confrontado com mudanças significativas na sua própria vida. A mesma autora conclui, ainda, que essa situação se repercute no contexto familiar, colocando a família face a novas exigências para as quais, em regra, não está preparada; e que a resposta que a família dará estará muito dependente da sua capacidade de mobilizar os seus recursos, internos ou externos, de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise.

J. Martins *et al.* (2009) e Monteiro (2010) referem que durante o internamento hospitalar, o CF fica vulnerável, identificando como fatores desencadeantes as alterações nas rotinas, o sofrimento do familiar internado e a sua dependência e o desempenho do seu papel como CF. As preocupações com a pessoa internada são constantes, acompanhadas de medo, angústia e insegurança (M. G. F. Cunha, Wanderbroocke, & Antunes, 2016; Dallalana & Batista, 2014)

Relativamente ao período após o internamento cirúrgico, Oliveira (2011) concluiu que as dificuldades do CF que surgiram no domicílio, relacionaram-se com o lidar com a dor, assim como, com os cuidados ao doente, e ainda com a autonomia familiar e com as rotinas de casa e, neste sentido, a maioria dos participantes sugeriram que o apoio ao domicílio deveria passar pela visita domiciliária, contacto no pós-operatório e através de cuidados de enfermagem no domicílio. Os resultados do estudo de Monteiro (2010) são coincidentes com o estudo de Oliveira (2011) ao concluir que as maiores dificuldades do cuidador se encontraram relacionadas com o serviço doméstico, os cuidados diretos, as condições económicas e a deslocação aos serviços de apoio/transporte.

O reconhecimento destas necessidades dos CFs é de extrema importância, tendo em consideração que é a primeira etapa para o diagnóstico e posterior planeamento das intervenções de enfermagem. Uma recolha de dados eficaz permite um correto diagnóstico destas necessidades e, se for associado a um plano de intervenções, poderá auxiliar todo o processo de transição. A ausência de intervenção pode culminar numa transição não saudável e, assim, resultar em prejuízos para a saúde, tanto do CF como, em consequência, do próprio familiar dependente.

Ao considerarmos o CF como peça essencial no processo de transição perioperatória estaremos a valorizar o seu papel no ciclo vital e a considerá-lo como parte integrante duma visão sistémica da família. Desta forma, o CF, elemento fundamental para garantir a continuidade de cuidados, deve ser visto como parceiro no processo de cuidar, sendo alvo de capacitação por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver estratégias de *coping* eficazes para lidar com a transição perioperatória, minimizando o desequilíbrio familiar.

2.3. O papel do enfermeiro de família na transição do cuidador familiar para o cuidado à pessoa no perioperatório

Devido às novas necessidades de reorganização dos cuidados de saúde e, de acordo com Hendersen e Zernike (2001), muitos doentes têm tido alta quase imediatamente após a cirurgia e/ou a partir do momento em que se possam mobilizar. Constatada esta prematuridade de grande parte das altas, a maior parte dos doentes recupera da cirurgia na sua habitação, com a ajuda da família, designadamente do seu CF.

Petronilho (2007) refere que as políticas de saúde procuram capacitar a pessoa para gerir com maior eficácia os processos de saúde-doença, ao centralizarem o seu foco na responsabilização da pessoa para cuidar de si própria em relação às atividades de vida diária e/ou na família, na procura de comportamentos definidos com a ajuda de profissionais.

Existem condições facilitadoras de uma transição que podem, portanto, contribuir para a vivência de uma transição perioperatória saudável, dentre as quais destacamos a preparação e o conhecimento prévio por parte dos doentes e da sua família. Meleis (2010) refere que a preparação antecipada facilita a experiência de transição, enquanto a falta de preparação é um inibidor, enfatizando, ainda, a importância da preparação, pois esta relaciona-se intrinsecamente com o conhecimento que o indivíduo detém.

Analisando os pressupostos supracitados, evidencia-se, então, a necessidade de uma preparação pré-operatória do CF que esclareça todas as questões relativas ao processo em que está envolvido (o internamento, o diagnóstico, a cirurgia, as complicações, a recuperação, a dependência, entre outros) e que inclua a identificação precoce das necessidades de cuidados após a alta, bem como, os recursos para a concretização dos mesmos. Como enfermeiros na prestação de cuidados em contexto cirúrgico hospitalar, vivenciamos frequentemente as dificuldades relatadas pela família aquando da alta do familiar relacionadas com a falta de consciencialização sobre a necessidade de um CF, o que impede que este se encontre capaz de cuidar da pessoa no domicílio. Sendo que grande parte das cirurgias são efetuadas de forma eletiva, parece-nos óbvio que fomentar esta consciencialização para o papel de CF possa ser realizada, de forma antecipada, pelos enfermeiros.

Para Abreu (2011) o processo de transição envolve processos de mudança que requerem ajustamento ou adaptação e, desta forma, a transição perioperatória exige do CF o recurso a mecanismos de suporte, disponíveis ou não, para enfrentar a adaptação, visando a resolução bem-sucedida dos desequilíbrios causados. O enfermeiro deve auxiliar o CF a explorar a transição através das suas expectativas e experiências, a identificar eventos stressantes associados, a compreender como é que os recursos internos e externos, podem facilitar ou dificultar a transição vivencial.

O enfermeiro assume um papel preponderante ao assistir o CF no seu processo de transição desenvolvendo o cuidado transicional. De acordo com Brás, Brás, & Moura (2013), o contexto familiar é aquele que permite mais fácil e genuinamente, avaliar as respostas humanas aos processos de transição e de doença, sendo que, “a família, sob o ponto de vista sociológico, constitui-se como a primeira unidade de cuidados de saúde” (p.240).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002) os enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, ocupam um lugar privilegiado como prestadores de cuidados, procurando, ao longo do ciclo de vida de cada pessoa, promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida. Referindo-se ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, acrescenta, ainda, que faz parte integrante das competências específicas o cuidar a família enquanto unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nas suas transições (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste sentido, Zagonel (1999) refere que “a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente.” (p.28). Tendo por base as competências do enfermeiro de família mencionadas anteriormente e esta afirmação, consideramos que o enfermeiro de família poderá contribuir para uma transição do CF para o cuidado à pessoa no perioperatório melhor sucedida através de: conhecimento do

impacto da transição; preparação prévia do CF; e reconhecimento da complexidade da transição, temáticas estas que desenvolvemos de seguida.

Conhecendo o impacto da transição perioperatória no CF

Como respostas ao evento de transição, originam-se comportamentos que para Chick e Meleis (1986) podem ser observáveis ou não. Estas respostas, abrangem processos intrapsíquicos bem como o contexto sociocultural, referidos por Murphy (1990) como: desorientação, stresse, irritabilidade, ansiedade, depressão, mudanças no autoconceito, mudanças no desempenho de papel, mudanças na autoestima e outros. Perante a necessidade de vivenciar uma cirurgia, podem evidenciar-se sinais de stresse, bem como outros sentimentos, muitas vezes devido ao medo do desconhecido, como o tipo de cirurgia ou o tempo necessário para a recuperação (J. Santos, Henckmeier, Benedet, & Benedet, 2011). É facilmente perceptível que, na tentativa de extravasar os seus sentimentos, o CF possa desenvolver quadros de angústia, depressão e isolamento. Conhecendo estes padrões o enfermeiro de família pode avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face aos eventos de transição perioperatória.

Além disso, a transição perioperatória, que implicará a ausência de um dos membros familiares durante a hospitalização, uma nova situação de dependência e um novo papel de CF, implica a necessidade de reorganizar as interações familiares, no sentido de se adaptarem ao processo de transição. Esta situação terá implicações sociais, económicas e estruturais, pois a interdependência que se gera entre os membros de uma família, justifica que o que acontece a um dos seus elementos se reflita nos restantes, intervindo na dinâmica familiar e com repercussões no bem-estar de todos.

Para compreender de que forma o CF experiencia o processo de transição, é necessário descobrir as condições pessoais, comunitárias e sociais que facilitam e/ou inibem uma transição saudável. Relativamente às condições pessoais, podem ser identificadas: os significados, que dizem respeito aos acontecimentos que desencadearam a transição ou ao sentido próprio atribuído ao processo de transição; as crenças culturais e atitudes; o nível socioeconómico; e a preparação e conhecimento. Segundo Meleis (2010), as crenças e atitudes culturais exercem influência sobre a experiência de transição, das quais é exemplo o estigma perante a expressão de sintomas psicológicos não compreendidos pelo contexto cultural da pessoa. A mesma autora refere, ainda, como fator inibidor a existência de um baixo nível socioeconómico, pois potencia a manifestação e a experiência de sintomas psicológicos.

Por outro lado, as condições comunitárias assumem os recursos que uma comunidade garante para facilitar (suporte de amigos, pares e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas, os modelos de papéis e as respostas a dúvidas) ou inibir (insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inexistência de sessões de educação para a saúde dirigidas especificamente aos cuidadores, suporte inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros) o decorrer das transições (Meleis, 2010).

Por fim, entre as condições sociais, Meleis (2010) identifica a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos, que se constituem como os principais condicionantes inibidores no contexto social. Desta forma, o conhecimento do ambiente social no qual o CF está inserido é importante para o enfermeiro de família, pois permite-lhe desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade (Meleis, 2010).

Em cada família, cada elemento possui um determinado papel e uma determinada função, que se inter-relacionam com os dos restantes elementos, ocupando vários papéis em simultâneo. Cada família adequa os papéis familiares e os comportamentos esperados dos seus elementos tendo em conta a estrutura e as forças internas e externas à unidade familiar. Perante a transição perioperatória, o CF pode não ter preparação adequada ao desempenho de um determinado papel e não responder às expectativas sociais, gerando-se um conflito. O CF tem que aprender a cuidar e aprender a ter novos papéis dentro da família, que, até então eram desempenhados pela pessoa afetada, obrigando a uma reorganização familiar, à qual nem sempre a família tem capacidade para responder. Esta situação ocorre por o CF ter falta de conhecimento desse papel que era desempenhado pela pessoa submetida a cirurgia, daí a necessidade de promover a consciencialização antecipada do CF para o desempenho do seu papel, permitindo que ele se prepare para tal.

Preparação prévia do CF

A transição é demarcada por um período de tempo com um início e com um fim, sendo que se inicia quando a pessoa se consciencializa da mudança (Meleis, 2010). Na generalidade dos casos é aceite que para existir transição tem de existir consciencialização do evento de mudança, da situação que desencadeou a transição e da experiência interna de transição (C. Silva *et al.*, 2017). Segundo C. Silva *et al.* (2017) o que diferencia a mudança da transição é que a mudança é uma experiência externa enquanto a transição é uma experiência interna. Nos casos em que a pessoa não se encontra consciencializada será necessário resolver, em primeira instância, as barreiras que limitam a sensibilidade à consciencialização antes de se tentar facilitar a transição propriamente dita, sendo o enfermeiro uma figura-chave nestas situações (Meleis, 2010).

Murphy (1990) refere que o enfermeiro pode atuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. Potter e Perry (2005) afirmam que os enfermeiros devem reconhecer as necessidades de aprendizagem, antes que elas ocorram. Antecipar as necessidades melhora os resultados e facilita a aprendizagem (Ramos, 2015). Desta forma, o enfermeiro de família pode assumir um papel fundamental no ensino e na preparação do CF, com o objetivo de o ajudar a superar os obstáculos e dificuldades, respondendo às necessidades e dúvidas que poderão ocorrer no perioperatório. Meleis (2010) refere, a este propósito, que os objetivos da teoria das transições são descrever os eventos/situações que desencadeiam o processo de transição, e antecipar a experiência de transição, prever os resultados e fornecer diretrizes para a prescrição de intervenções de enfermagem.

Segundo C. Silva *et al.* (2017) os conhecimentos e as habilidades revelam-se como condições facilitadoras à transição por influenciarem positivamente aquela que é a propriedade central deste processo – a consciencialização, revelando-se por isso, uma mais valia quando fomentadas no CF de forma antecipada. No entanto, apesar de esse papel ser entendido como facilitador do processo de transição saúde-doença, existe ainda uma falha na construção e implementação de programas de orientação pré-operatória, por não se investir na educação dos enfermeiros nesta área (J. Santos *et al.*, 2011).

Reconhecimento da complexidade da transição

No contexto de cirurgia eletiva, o CF ao cuidar a pessoa no perioperatório, pode estar a vivenciar múltiplas transições relacionadas com o próprio procedimento cirúrgico (saúde/doença), com a necessidade de internamento da pessoa cuidada (situacional) e com a necessidade de reorganização familiar e respetivos papéis (organizacional). De acordo com Meleis (2010), trata-

se de uma transição complexa, dotada de um padrão múltiplo e simultâneo, dada a possibilidade de ocorrência de várias transições em paralelo, decorrentes por exemplo, da adequação de outros papéis desempenhados pelo CF. Desta forma, o CF fica vulnerável, pela diversidade e complexidade de cuidados que tem de assumir e pelas modificações que esta situação desencadeia na sua vida. Consciente desta complexidade que envolve a transição perioperatória, o enfermeiro deve desenvolver estratégias que diminuam o impacto da mesma no CF.

Segundo Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias e Schumacher (2000) os objetivos das intervenções de enfermagem passam por facilitar o processo de transição saudável, diminuir as transições não saudáveis, e apoiar indicadores positivos do processo. Quando as capacidades da pessoa para se adaptar à mudança são ineficientes e a pessoa não consegue satisfazer as suas necessidades, pela dificuldade ou incapacidade para tomar conta de si ou por apresentar respostas não adaptadas à situação, surge o desequilíbrio (Meleis, 2010). O cuidado à pessoa no período perioperatório pode constituir um fator gerador de desequilíbrio, pela dependência da pessoa cuidada, pelas alterações dos papéis familiares, pelas alteração das rotinas da vida quotidiana e isolamento social, dificultando a prossecução do seu projeto de vida (Tomás, 2014). Esta situação exige do CF o assumir de novos papéis, o desenvolver de novas competências e conhecimentos, a redefinição do *self* no contexto social, de forma a adaptar-se à nova realidade e alcançar um período de estabilidade (Meleis, 2010). Deste modo, conscientes da complexidade que envolve esta transição, recorrendo a intervenções, os enfermeiros atuam com o intuito de facilitar essa adaptação, permitindo que a transição se efetue de forma saudável. De seguida exploramos, então, as estratégias de intervenção do enfermeiro de família que se poderão constituir como facilitadoras do processo de transição do CF.

Segundo Meleis (2010) num contexto de preparação para a transição, é esperado que os enfermeiros prescrevam intervenções preventivas no sentido de: esclarecer significados, desenvolver competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), modelar o papel de outros, fornecer recursos e oportunidades de treino/desenvolvimento, bem como facilitar o acesso a grupos de referência e a modelos que permitam a troca de experiências em torno de eventos críticos (Meleis, 2010).

Através da interação e do diálogo, o enfermeiro deve investigar os valores e crenças da pessoa sobre o processo de transição. Desta forma, será útil determinar os significados que o CF atribui às diferentes fases da sua transição.

A avaliação de competências determina até que ponto a pessoa é capaz de dominar cada uma das tarefas identificadas, bem como, a facilidade na sua realização e modificação. Assim, é essencial desenvolver competências no CF relacionadas com o assumir de novos papéis, como o autocuidado da pessoa dependente, ou com a substituição de papéis da pessoa, como as tarefas domésticas. Neste sentido, observar, questionar ou entrevistar outras pessoas significativas para determinar os níveis de envolvimento da pessoa é outro componente significativo de um programa de intervenção durante a transição.

A identificação dos pontos críticos é de extrema importância para os enfermeiros pois permite identificar marcos essenciais para a gestão e facilitação das transições, identificando os pontos onde há uma necessidade de intervenção para melhorar uma transição saudável. É exatamente essa meta que pretendemos com a realização do nosso estudo de investigação, através da identificação dos incidentes críticos vivenciados pelo CF no cuidado à pessoa no período perioperatório, otimizando a intervenção dos enfermeiros nesta área.

O recurso a parcerias e grupos de apoio constitui outra estratégia de intervenção do enfermeiro. Ao esclarecer funções, competências, valores e habilidades com outras pessoas que passaram por processos semelhantes, e compreender o que os outros vivenciaram estão a desenvolver-se mecanismos importantes para facilitar uma transição saudável e alcançar resultados saudáveis. Meleis (2010) chamou a este processo modelagem do papel de outros.

O “*Debriefing*” é uma intervenção utilizada por enfermeiros, baseada nos pontos críticos durante experiências de transição. Define-se como um processo de comunicação com os outros, no sentido de perceber as experiências que uma pessoa ou grupo vivenciou relacionadas com um evento crítico (Meleis, 2010). É uma ferramenta usada na enfermagem para ajudar uma pessoa a alcançar o bem-estar psicológico com a experiência de transição (Steele & Beadle, 2003). A(s) pessoa(s) que já passaram por experiências semelhantes, como por exemplo ser CF de uma pessoa no perioperatório, podem recontar sua história, descrevê-la e interpretar seu significado, refletindo sobre a mesma e compartilhando sentimentos. Desta forma, o “novo” CF teria oportunidade de fazer perguntas, relatar suas experiências, descrever seus sentimentos e receber informações e motivações para o cuidado, com base nas suas necessidades e nas experiências dos outros (Steele & Beadle, 2003).

Ao efetuar uma revisão sistemática da literatura sobre a temática da intervenção do enfermeiro em situações de dependência na adaptação, em contexto domiciliário, da família prestadora de cuidados, Pires (2012) concluiu que as intervenções de enfermagem apresentam resultados expressivos, constatando-se que o seu impacto se situa ao nível da gestão do stresse, por *coping* eficaz e desenvolvimento de habilidades para o cuidado, com repercussões na redução do desgaste e na qualidade de vida e saúde (tanto do CF como da pessoa dependente). Sequeira (2010) no seu estudo refere que os CFs devem ser objeto de diagnóstico e intervenção pelos profissionais de saúde, e particularmente, que os enfermeiros têm a responsabilidade fundamental no levantamento das principais dificuldades e na avaliação da capacidade para o desempenho do papel de CF, do nível de conhecimentos, da sobrecarga, da satisfação e das estratégias de *coping*. Para Roy e Andrews (2001), de acordo com a sua teoria da adaptação, o papel do enfermeiro passa pela necessidade de contribuir para a adaptação da família aos seus estados de permanente mudança, com o objetivo de promover a saúde, incentivando a família a utilizar os seus mecanismos de *coping*.

Segundo Meleis (2010), o *coping* manifesta-se pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança e pela utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação. Para Lazarus e Folkman (1984) o *coping* é entendido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, no sentido de lidar (reduzir, minimizar, controlar, dominar ou tolerar) com as exigências específicas, internas e externas, que são avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos disponíveis. Sequeira (2010) no seu estudo no contexto do cuidar, ao analisar investigações relacionadas com as repercussões da sobrecarga do CF, constatou que estes têm como suporte, de forma implícita ou explícita, algum modelo de stresse e/ ou de estratégias de resolução de problemas (estratégias de *coping*). Segundo McCubbin e Patterson (1983) as estratégias de *coping* familiar podem ser agrupadas em duas dimensões:

- estratégias internas - referem-se à mobilização de recursos do sistema familiar nuclear e incluem o reenquadramento (redefinir as experiências stressantes para que se tornem racionais e aceitáveis) e a avaliação passiva (adoção de uma postura mais passiva, em que a família expressa, que com o passar do tempo, tudo se vai resolver)
- estratégias externas - incluem os comportamentos que família adota para adquirir recursos, fora desta, onde estão incluídas a aquisição de suporte social (utilizar recursos de vizinhos e amigos), a procura de suporte espiritual (recurso à fé de cada um e da

família em geral) e a mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda (procurar ajuda na comunidade e aceitar ajuda de outros).

A experiência de cuidar de uma pessoa no perioperatório pode constituir um processo stressante e interferir adversamente na saúde e bem-estar do CF pelo que será importante uma intervenção precoce que inclua a educação acerca de estratégias de *coping*, reduzindo os efeitos negativos inerentes ao papel de CF, proporcionando-lhe melhores condições para cuidar (J. C. Carvalho *et al.*, 2012). Neste contexto, evidencia-se o importante papel do enfermeiro de família, no apoio e acompanhamento dos CFs, como elemento fundamental na promoção da saúde e prevenção de complicações associadas ao desempenho do papel, com reflexos no bem-estar do CF e da pessoa cuidada. Além disso, segundo S. M. S. Torres (2017) a qualidade de vida dos CFs irá depender das estratégias que adotem e do modo como conseguem fazer a gestão do stress a que estão sujeitos. A este respeito Hanson (2005) defende que ajudar as famílias a desenvolverem estratégias de *coping* do stress, constitui uma estratégia de promoção da saúde.

Os cuidados de enfermagem à família implicam o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico de modo a possibilitar a expressão das inquietações, sentimentos e problemas percebidos pela família (M. H. J. S. Figueiredo, 2009). Neste sentido, Sobral e Paúl (2015) realçam a importância de uma avaliação do contexto familiar a qual deve ser dirigida, não tanto ao que o CF faz, mas às suas percepções relativamente às responsabilidades que assume nos cuidados, à confiança nas suas competências de cuidar e à sua capacidade para gerir as múltiplas exigências que a prestação de cuidados comporta. Segundo a *Family Caregiver Alliance* (2012) uma adequada avaliação dos CFs, permite perceber as suas potencialidades, habilidades, competências, vulnerabilidades, necessidades e pontos críticos, que serão tidos em consideração num plano de acompanhamento. Esta avaliação segundo J. C. Carvalho *et al.* (2012) deve ocorrer, preferencialmente, em ambiente familiar, de modo a que os CFs possam expressar os seus receios e constrangimentos, constituindo igualmente o contexto ideal para a implementação de intervenções de enfermagem, que favoreçam a aquisição ou adaptação de novos papéis e otimizem a capacidade de autocuidado. O acompanhamento ao CF deve dinâmico, uma vez que as necessidades, conhecimentos e habilidades se vão alterando ao longo do tempo (R. A. Araújo *et al.*, 2016).

Sobre a avaliação familiar, no seu estudo L. Gonçalves *et al.* (2011) revelam que a mesma é essencial para a intervenção de enfermagem, evidenciando o APGAR Familiar, como um eficiente teste de funcionamento familiar. Segundo os mesmos autores, altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto baixo índice pode representar ambiente stressante de baixa adaptabilidade à nova situação e, assim, requerer intervenções rápidas e apropriadas. No seu estudo revelam, ainda, que 32,7% dos idosos estão inseridos em famílias com elevada e moderada disfunção familiar, o que não é de se estranhar, considerando que o cuidado de um idoso com doenças crónicas e outras necessidades pode desenvolver alguma forma de stress na família, como a falta de adaptabilidade às mudanças de papéis, aos novos estilos de relações intra-familiares, e às próprias relações de cuidado. Por estes motivos, evidenciam os enfermeiros da equipa de saúde familiar, cujas intervenções têm sido essenciais através de ações de promoção e cuidados de saúde, desenvolvidas no âmbito comunitário e doméstico (L. Gonçalves *et al.*, 2011).

Tendo em conta que o desempenho efetivo do papel de CF exige conhecimentos e competências específicas, ajudar a ser competente deve ser um objetivo essencial dos enfermeiros que lidam com os CFs (Sobral & Paúl, 2015). D. Figueiredo (2007) considera que a intervenção junto do CF deve incidir em três pontos fulcrais: educação/informação, suporte psicológico e redes sociais

de apoio. A este respeito, alguns autores destacam o importante papel dos enfermeiros como educadores para a saúde, criando situações de aprendizagem adequadas à realidade dos CFs, incluindo informação acerca da doença e dependência, serviços disponíveis, subsídios e direitos, bem como comportamentos e atitudes que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença (D. Figueiredo, 2007; Marques, 2007; Souza & Rua, 2013).

O enfermeiro deve, também, em parceria com a CF, ajudar a mobilizar os recursos pessoais e sociais, encaminhando-o para os recursos existentes na comunidade, que possam auxiliar no controlo da situação stressante e na resolução dos problemas (Hanson, 2005). Devem ser sensibilizados para a vantagem de partilhar as suas experiências e dificuldades com pessoas que se encontram nas mesmas circunstâncias, especialmente com grupos de autoajuda e, quando necessário, receber suporte psicológico, através de aconselhamento e psicoterapia, gestão do stress e incremento de estratégias de *coping* eficazes, potenciando o reconhecimento dos aspetos positivos do cuidar (M. H. J. S. Figueiredo, 2009; Sobral & Paúl, 2015).

Na sua interação com o CF, o enfermeiro deve assegurar-se não só da sua competência para satisfazer as necessidades da pessoa cuidada, mas também para cuidar de si mesmo. Neste sentido, deve ser alertado para a vigilância do seu estado de saúde, e para o aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de doença, tais como fadiga, ansiedade, alteração de humor, revolta, sentimentos de culpa, perturbações do sono e necessidade de realizar vigilâncias periódicas do seu estado de saúde (Sobral & Paúl, 2015).

Em suma, os enfermeiros são frequentemente os primeiros prestadores de cuidados das famílias que se encontram num processo de transição, assim, têm em consideração as mudanças e as exigências que as transições acarretam (Meleis *et al.*, 2000). Para além disso, os enfermeiros são os prestadores de cuidados que preparam a pessoa para a transição eminente e, são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença da pessoa (Meleis *et al.*, 2000). Segundo Sequeira (2010) é necessário criar interfaces que possibilitem a informação, preparação, treino, apoio e suporte do CF, para ajudar no desempenho desta nobre tarefa que é cuidar de alguém. Desta forma, os enfermeiros de família podem constituir um contributo fundamental na capacitação do CF para o cuidado à pessoa no perioperatório, ajudando-o no desenvolvimento de competências no domínio da informação, da mestria e do suporte, de forma integrada e complementar, contribuindo para a vivência de uma transição saudável (Meleis, 2010; Sequeira, 2010).

3. METODOLOGIA

Ao longo da presente parte do Relatório, procurar-se-á clarificar os aspetos de natureza metodológica que orientaram o estudo de investigação. Assim, inicia-se com a descrição do tipo de estudo, dos participantes no estudo, bem como, a justificação e finalidade do mesmo. Seguidamente, expõe-se a estratégia utilizada para a colheita e análise de dados. Desta forma, pretende-se salientar a importância da escolha da metodologia aplicada, uma vez que esta desempenha uma função orientadora, definindo um conjunto de métodos e técnicas que norteiam a elaboração do processo de investigação científica (Amado, 2017; Fortin, 2009).

3.1. Tipo de estudo

Perspetivando dar resposta à questão de investigação deste estudo, tornou-se essencial seleccionar um método de investigação capaz de obter resultados os mais rigorosos possíveis, alcançando, tal como pressupõe Fortin (2009), um método de investigação que abranja dois elementos: o paradigma do investigador e a estratégia utilizada para atingir o objetivo fixado. Para tal, consideramos apropriado um estudo do tipo qualitativo, dado que é objetivo compreender as vivências significativas do CF perspectivadas pelo próprio. Esta metodologia de investigação – qualitativa - tem como objetivo “determinar o que significam determinadas experiências vividas pelas pessoas (...) a partir da descrição feita por elas mesmo” (Amado, 2017, p.84).

A Narração de Vivências Significativas, utilizada neste estudo, baseia-se na Técnica da narração de Incidentes Críticos (TIC), uma vez que pretendemos analisar as vivências significativas do CF da pessoa em transição perioperatória, bem como, das vivências significativas do CF relativamente ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro de família na respetiva transição. Deste modo, iremos procurar compreender o fenómeno em estudo a partir da realidade que o CF percebe como importante (Simões, 2006). A TIC consiste em tentar compreender o fenómeno em estudo, através do relato das próprias pessoas, das suas experiências e expectativas, sendo esta narração alvo de avaliação pelo investigador (Simões, 2006). Neste caso, optou-se pela designação de Narração de Vivências Significativas, sugerida por Simões (2006), para não incutir nos participantes uma conotação negativa dos episódios vivenciados.

3.2. Participantes no estudo

O objetivo duma investigação consiste em descobrir algo sobre um fenómeno específico inerente a uma determinada população ou universo (Simões, 2004). Na seleção dos participantes no presente estudo foi efetuada uma escolha racional e intencional de utentes da USF Leme, segundo a sua experiência no fenómeno em estudo, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser CF de uma pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica eletiva, cujo agendamento tenha sido efetuado com pelo menos 1 mês de antecedência; ser CF de uma pessoa que recorra a consulta pós-operatória na USF Leme no período compreendido entre Setembro de 2019 e Fevereiro de 2020; possuir idade superior a 18 anos; ser capaz de se expressar verbalmente e compreender a língua portuguesa. Foram excluídos os CFs de pessoas submetidas a cirurgia de ambulatório, cirurgia de carácter urgente ou emergente, bem como aqueles, cujas pessoas cuidadas não recorreram a consulta pós-operatória na USF Leme.

Dado tratar-se de um estudo qualitativo, mais do que um número específico de participantes que nos permitem obter significado em alguma manipulação estatística, procurou-se a repetição e confirmação dos dados previamente colhidos, ou seja, a saturação teórica dos dados (Streubert & Carpenter, 2013). Neste sentido, foram realizadas 12 entrevistas a CFs de utentes da USF Leme, com base nos critérios de inclusão supramencionados, entre os meses de Setembro de 2019 e Janeiro de 2020. De salientar que existe a consciência que na investigação qualitativa cada experiência individual deve ser valorizada e que se poderia ter obtido respostas de outros participantes. Contudo, dado o tempo disponível para a realização deste estudo de investigação e pela saturação dos dados obtidos, entendeu-se que seria o momento adequado para a finalização da colheita de dados.

3.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados escolhido foi a entrevista, nomeadamente, a entrevista semi-estruturada. A entrevista constitui o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas, permitindo a recolha de dados descritivos na linguagem natural do participante, através do estabelecimento de uma relação direta com o mesmo, facilitando a obtenção mais clara do significado que os participantes atribuem aos factos (Amado, 2017; Bogdan & Biklen, 2013; Fortin, 2009). Para Fortin (2009) na entrevista semi-estruturada, o investigador apresenta uma lista de temas a abordar, formula questões a partir desses temas e apresenta-as ao sujeito segundo uma ordem que lhe convém, tendo em conta o decurso do diálogo. O objetivo é que, no fim da entrevista, todos os temas propostos tenham sido abordados.

Partindo dos pressupostos supramencionados e, com base na TIC, foi construído um guião de entrevista para a colheita de dados (Apêndice 2), composto por duas partes: a primeira inclui questões com a finalidade de recolha de dados sociodemográficos e clínicos do CF e da pessoa cuidada, incluindo a avaliação do índice de dependência de Barthel², através do uso da escala validada para Portugal por F. Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007); e a segunda parte compreende um guião de narração de vivências significativas do CF construído para este estudo.

O referido guião foi construído pela investigadora e o conteúdo foi validado por dois peritos na área: uma enfermeira de família, especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar, que foi a tutora do Estágio de Natureza Profissional anteriormente descrito e um docente da área de enfermagem, que é o orientador deste trabalho. Após a validação do conteúdo e com o intuito de verificar a adequabilidade do guião, foi realizado um pré-teste a duas pessoas, com características semelhantes às reunidas pelos critérios de inclusão, as quais não evidenciaram dificuldades de compreensão/ interpretação. Após a realização deste pré-teste e através da leitura dos resultados da entrevista, confirmou-se que as questões formuladas conseguiam recolher a informação necessária para a concretização dos objetivos do estudo.

² O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida diárias: alimentação, transferências, toalete, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário (Direção Geral da Saúde, 2011). A pontuação da escala varia de 0-100 pontos, em intervalos de 5 pontos, classificando a pessoa em dependência total (0-20), dependência severa (21-60), dependência moderada (61-90), dependência leve (91-99) e independente (100).

3.4. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Para a realização do presente estudo de investigação e, de forma a cumprir todos os requisitos éticos inerentes, foi obtido, primeiramente, uma declaração de responsabilidade do Diretor da ESSUA (Anexo 3) e um parecer favorável à implementação do estudo do Coordenador da USF Leme (Anexo 4), bem como, parecer favorável da Comissão de Ética da ARS do Centro (Anexo 5) para a implementação do estudo.

Após a obtenção das referidas autorizações, procedeu-se à identificação dos participantes. Por forma a garantir a proteção dos dados dos utentes e seus CFs, efetuou-se uma formação à equipa, onde foi apresentado o estudo de investigação, e posteriormente foram os profissionais de saúde da USF Leme que identificaram e referenciam as pessoas à estudante. Após a validação dos critérios de inclusão estabelecidos, foi estabelecido o primeiro contato com o CF, que ocorreu quer na USF (quando lá recorreu pela primeira vez no período pós-operatório), quer em contexto domiciliário (aquando da deslocação para a prestação de cuidados no domicílio). Com a aceitação voluntária do CF na participação no estudo foi agendada a entrevista. Esta não foi realizada logo no primeiro contato pois consideramos, decorrente da nossa experiência profissional, que este ainda ocorre próximo da experiência relativa ao regresso a casa da pessoa cuidada e, de acordo com Manen (1994, as cited in Simões, 2006) a pessoa não pode refletir sobre a experiência vivida enquanto vive essa experiência, pelo que a reflexão fenomenológica foi referida pelo autor como sendo de natureza retrospectiva. Por outro lado, consideramos que um período de tempo demasiado grande também poderia comprometer os dados obtidos, pois, tal como refere Barbosa (2012) estamos perante uma construção seletiva baseada na memória e nas representações. Desta forma, as entrevistas foram realizadas 10 a 22 dias após o regresso a casa da pessoa cuidada.

Segundo Fortin (2009) a entrevista poderá ter lugar face a face e pode ser individual ou fazer-se em pequenos grupos. Neste estudo optámos pela realização de entrevista face a face, pois esta torna-se mais enriquecedora ao permitir o contato direto com o CF e possibilitar a atenção à comunicação não verbal. De forma a garantir a confidencialidade e maior abertura por parte dos sujeitos participantes, a entrevista foi individual.

As entrevistas decorreram num gabinete da USF Leme, num ambiente de privacidade, permitindo ao CF maior conforto e descontração, sem condicionalismos, para facilitar o seu discurso, obtendo entrevistas mais ricas. Quando o CF não se pôde deslocar à USF a entrevista foi efetuada em contexto domiciliário, tendo-se optado por um local com distância suficiente relativamente à pessoa cuidada, por forma a manter o sigilo e não condicionar as narrativas pela possibilidade de audição da pessoa cuidada.

No início de cada entrevista, foi explicitado o âmbito do estudo, bem como, os seus objetivos de forma transparente, com total disponibilidade para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Procedeu-se à entrega da Declaração de Consentimento Informado (Apêndice 3) aos participantes por forma a assegurar os seus direitos e o seu consentimento. De forma a garantir o anonimato dos participantes e o sigilo da informação, foi realizada uma codificação numérica, sendo atribuído um número crescente a cada participante por ordem cronológica da realização das entrevistas, o qual foi sempre utilizado durante a análise dos dados e apresentação dos resultados.

Na primeira parte da entrevista, os dados referentes à caracterização do CF e da pessoa cuidada, foram preenchidos pela estudante-investigadora e serviu como um período de "quebra-gelo", antes do início da segunda fase referente às narrativas das vivências dos CFs.

Na segunda parte, as entrevistas realizadas foram áudio-gravadas, sendo do conhecimento e concordância dos participantes que estavam a ser gravados. De acordo com (Bell, 2010), a gravação da entrevista é útil porque permite a confirmação dos vocábulos e expressões utilizadas nas afirmações proferidas pelos entrevistados, e a sua audição possibilita a identificação de categorias aquando da análise de conteúdo. O tempo de duração das entrevistas oscilou entre os 15 e os 35 minutos.

Durante todo o processo, os ficheiros digitais foram protegidos com palavra-passe e os documentos escritos guardados em local protegido e fechado, tendo sido destruídas as entrevistas gravadas, após a sua transcrição.

Assim, ao longo do estudo, por forma a evitar futuros problemas ou danos para as partes envolvidas na investigação, foram respeitadas as normas éticas e deontológicas da investigação, tendo sido considerados e respeitados os princípios éticos e deontológicos da pesquisa que envolve seres humanos: princípio da não maleficência (assegurando e preservando o conforto do participante sem nenhum risco que possa prejudicar o seu bem-estar); princípio da autonomia (respeitando a vontade do participante em retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem nenhuma consequência; considerando a confidencialidade e o anonimato dos participantes); e o princípio da beneficência e justiça (garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, assim como assegurando o tratamento dos mesmos com respeito e dignidade) (K. T. Batista, Andrade, & Bezerra, 2012; Streubert & Carpenter, 2013).

3.5. Procedimentos de análise dos dados

Atendendo ao facto de se tratar de um estudo qualitativo, é espectável que se obtenham dados descritivos e em formato de resposta às questões colocadas, sendo necessária a sua análise por forma a obter resultados que permitam responder, simultaneamente, à questão de investigação e aos objetivos do estudo. Essa análise dos dados é entendida, por Fortin (2009), como o conjunto de métodos que permitem visualizar, clarificar, descrever e interpretar os dados recolhidos.

Segundo Brandão (2017) a análise dos incidentes críticos pode ser realizada segundo diferentes técnicas, privilegiando a análise de conteúdo, seguindo princípios definidos por Bardin (2009) e codificando os dados em categorias significativas.

Atendendo ao supracitado, a informação obtida nos discursos do CF foi analisada com recurso à análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009), procura conhecer aquilo que está por detrás das palavras. A mesma autora descreve que a análise de conteúdo se caracteriza por três fases: pré-análise (fase de organização do material a ser analisado tornando-o operacional, sistematizando as ideias iniciais); exploração do material (exploração do material e codificação, identificando análise de unidades de base e categorias que incluem estas unidades); tratamento dos resultados, inferência e interpretação (etapa destinada ao tratamento dos resultados).

Seguindo estes pressupostos, as entrevistas foram transcritas integralmente do formato áudio para formato de texto editável e codificadas com o código CF1...CF12, emergindo desta fase o corpo dos dados a analisar. Foi efetuada uma leitura exaustiva das transcrições das entrevistas com a finalidade de encontrar as ideias mais significativas e momentos-chave. Após a categorização da análise de conteúdo, obteve-se um conjunto de áreas temáticas, categorias, subcategorias e indicadores, a partir de uma base predominantemente indutiva, permitindo a formulação de categorias a partir da revisão da literatura efetuada, mas principalmente emergindo dos dados resultantes das entrevistas realizadas (Barbosa, 2012). Este processo foi

elaborado permitindo uma unificação do conteúdo e a construção de uma matriz temática (ver Apêndice 4) que inclui as seguintes áreas temáticas:

- Vivências significativas do CF no pré-internamento da pessoa em transição perioperatória;
- Vivências significativas do CF durante o internamento da pessoa em transição perioperatória;
- Vivências significativas do CF no regresso a casa da pessoa em transição perioperatória;
- Vivências significativas do CF relativamente ao acompanhamento do enfermeiro de família.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta parte do trabalho é dedicada à apresentação dos resultados do estudo realizado, iniciando-se pela caracterização dos participantes no estudo – os CFs, bem como, das respectivas pessoas cuidadas. Posteriormente procede-se à apresentação dos resultados da análise interpretativa das narrações das vivências significativas dos CFs na transição perioperatória.

4.1. Caracterização dos participantes

Participaram neste estudo 12 CFs da USF Leme, com as características descritas no Quadro 1. Ao analisar as características descritas, verificamos que 3 participantes são do sexo masculino e 9 do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 38 e os 80 anos. Profissionalmente, 4 são trabalhadores ativos (dos quais 1 é doméstica), 1 encontra-se desempregado e 7 encontram-se reformados.

Relativamente à relação familiar³ do CF com a pessoa cuidada, podemos verificar que 7 participantes possuem o grau de parentesco de cônjuge, 4 são familiares de linha reta e 1 familiar por afinidade. Da totalidade dos participantes, 10 coabitam habitualmente com as pessoas a quem prestam cuidados.

Quadro 1: *Caracterização dos cuidadores familiares*

Participante	Características sociodemográficas		Características Profissionais	Características da relação familiar	
	Sexo	Idade (anos)	Profissão	Grau de parentesco	Coabitação com a pessoa cuidada
CF1	Masculino	66	Reformado	Marido	Sim
CF2	Masculino	77	Reformado	Marido	Sim
CF3	Feminino	63	Doméstica	Esposa	Sim
CF4	Feminino	79	Reformada	Sogra	Sim
CF5	Feminino	61	Reformada	Mãe	Não
CF6	Feminino	80	Reformada	Esposa	Sim
CF7	Feminino	58	Contabilista	Esposa	Sim
CF8	Feminino	59	Operadora de Supermercado	Esposa	Sim
CF9	Feminino	80	Reformada	Mãe	Sim
CF10	Masculino	57	Motorista	Companheiro	Sim
CF11	Feminino	78	Reformada	Irmã	Não
CF12	Feminino	38	Desempregada	Filha	Sim

³ De acordo com o Decreto Lei n.º 447344 do código civil.

No que diz respeito às pessoas cuidadas, cujos dados resumidos se encontram descritos no Quadro 2, verificamos que as idades oscilam entre os 32 e os 86 anos. Relativamente à cirurgia a que foram submetidos, 8 foram submetidos a cirurgias do foro ortopédico, 1 do foro neurocirúrgico, 2 do foro da cirurgia vascular e 1 do foro ginecológico. O tempo de espera⁴ para a cirurgia variou de 44 a 284 dias, sendo que o agendamento cirúrgico⁵ foi efetuado entre 32 e 73 dias antes. Ficaram internados de 1 a 5 dias, tendo sucedido a entrevista ao CF⁶ entre 10 e 22 dias após a alta.

Quadro 2: Caracterização da pessoa cuidada

Participante	Idade da pessoa cuidada (anos)	Cirurgia a que foi submetida a pessoa cuidada	Tempo de espera para cirurgia (Nº dias)	Tempo de espera após agendamento (Nº dias)	Tempo de internamento (Nº de dias)	Entrevista (Nº de dias pós alta)
CF1	65	Histerectomia por Laparotomia	44	38	3	14
CF2	77	Facetectomia Rótula Direita	173	36	5	16
CF3	68	Artroplastia Total Anca Esquerda	180	37	4	12
CF4	44	Artroplastia Total Anca Direita	159	73	3	13
CF5	32	Laqueação e Stripping de veias varicosas dos membros inferiores	184	32	1	22
CF6	86	Artroplastia Total Joelho Direito	236	73	4	12
CF7	65	Artroplastia Total Anca Direita	189	69	4	15
CF8	64	Artroplastia Total Anca Esquerda	276	40	5	10
CF9	46	Artroplastia Total Anca Esquerda	127	41	4	16
CF10	56	Microcirurgia correção hérnia discal	187	40	1	14
CF11	85	Artroplastia Total do Joelho Direito	163	49	5	16
CF12	59	Laqueação e Stripping de veias varicosas dos membros inferiores	284	37	1	12

Relativamente ao desempenho do papel de prestador de cuidados, cuja caracterização se encontra descrita no Quadro 3, verificámos que 2 participantes referiram já o desempenhar previamente à cirurgia. No período pós-operatório, a partilha do cuidado é referida por 5 cuidadores, sendo essa partilha realizada com outros familiares. Relativamente ao grau de

⁴ Número de dias que decorreu entre o momento em que foi proposta a intervenção cirúrgica e a saída do utente da lista de inscritos para cirurgia (Ministério da Saúde, 2008).

⁵ Número de dias que decorreu entre o contato com o utente para comunicação do dia da intervenção cirúrgica e o dia de admissão no internamento.

⁶ Número de dias que decorreu entre a alta hospitalar e a realização da entrevista ao CF para participação no presente estudo.

dependência da pessoa submetida a cirurgia na data da alta, avaliado através do Índice de *Barthel*, verificamos que 11 pessoas apresentavam dependência severa (21-60 pontos) e 1 pessoa apresentava dependência moderada (61-90 pontos).

Quadro 3: Caracterização do cuidador familiar relativamente ao papel de prestador de cuidados

Participante	Cuidador prévio à cirurgia	Partilha do cuidado		Pontuação no Índice de Barthel da pessoa cuidada
		Ocorrência	Fonte	
CF1	Não	Não		55
CF2	Sim	Sim	Filhas / Netas	35
CF3	Sim	Não		35
CF4	Não	Sim	Filha	30
CF5	Não	Não		60
CF6	Não	Não		30
CF7	Não	Não		40
CF8	Não	Não		35
CF9	Não	Sim	Marido	30
CF10	Não	Não		60
CF11	Não	Sim	Filha	35
CF12	Não	Sim	Irmã	70

4.2. Resultados emergentes da análise interpretativa dos dados

Através da análise interpretativa dos dados das narrativas das vivências significativas dos participantes obteve-se uma matriz de áreas temáticas, apresentada no Apêndice 4. Esta matriz resultou do cruzamento da informação emergente da revisão da literatura e na informação narrada pelos participantes, como já referimos anteriormente.

De seguida, analisamos os resultados obtidos para cada uma das áreas temáticas definidas.

Vivências significativas do cuidador familiar no pré-internamento da pessoa em transição perioperatória

Esta área temática compreende as vivências significativas do CF desde o momento da tomada de decisão cirúrgica até ao respetivo internamento da pessoa alvo dos cuidados. Nesta área temática, obtiveram-se narrativas que foram organizadas em 4 categorias e que se apresentam no Quadro 4: “*fatores facilitadores*”, “*fatores dificultadores*”, “*coping interno*” e “*coping externo*”. Alcançou-se um total de 36 Unidades de Registro (URs) nesta área temática, sendo que foi na

categoria “*fatores dificultadores*” que emergiu a maior Frequência Absoluta de Unidades de Registo (FAUR) (20 UR).

Quadro 4: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “*vivências significativas do CF no pré-internamento da pessoa em transição perioperatória*”

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	FAUR	
Fatores facilitadores	Relacionados com o CF	Autoconhecimento	“...se eu estivesse mesmo só com ela as coisas não funcionariam assim.” (CF2)	1	
		Consciencialização para desempenho do papel de CF	“Quando ela soube que ia ser operada, ela telefonou à minha filha e perguntou se a gente a aceitava em casa quando ela fosse operada.” (CF11)	3	
	Relacionados com a rede de apoio da saúde	Conhecimentos prévios transmitidos pela equipa dos cuidados de saúde hospitalares	“Tivemos uma consulta com uma enfermeira do hospital que nos disse todos os cuidados a ter.” (CF7)	3	
	TOTAL DA CATEGORIA				7
Fatores dificultadores	Relacionados com a pessoa cuidada	Dor pré-operatória	“Porque antes ele andava na última, cheio de dores...” (CF4)	4	
		Alterações nas atividades diárias	“Já não podia fazer caminhadas, não podia fazer muito coisa...” (CF7)	2	
		Alterações emocionais	“...ele andava muito chato era em antes, muito aborrecido. Pois, eu não lhe podia dizer nada que ele interpretava tudo ao contrário...que andava aborrecido” (CF3)	4	
	Relacionados com o CF	Sentimento de impotência para lidar com a dor	“Às vezes, nem os medicamentos tiravam as dores, e eu nem sabia o que fazer.” (CF7)	2	
		Medo	“E uma pessoa fica um bocado receosa. Até eu, que não era diretamente comigo, fiquei com medo, com um bocado de receio.” (CF7)	1	
		Ansiedade	“Até à cirurgia foi mais a ansiedade...” (CF7)	2	
	Organizacionais	Tempo de espera para a cirurgia	“...porque demoraram muito tempo para o chamar para a cirurgia.” (CF5)	5	
	TOTAL DA CATEGORIA				20
	Coping interno		Esperança	“As dores só passavam depois de ele ser operado.” (CF8)	2
		Tolerância	“Eu tinha que ter muita paciência e acalmá-lo.” (CF3)	3	
TOTAL DA CATEGORIA				5	
Coping externo		Apoio Familiar	“...antes e depois [da cirurgia] tenho tido uma ajuda espetacular da família...” (CF2)	1	
		Procura de Informação	“Procurei a minha vizinha e ela disse que o marido também teve muitas dores, portanto achei normal em antes ser assim.” (CF3)	3	
	TOTAL DA CATEGORIA				4
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA				36	

Analisando mais pormenorizadamente os resultados obtidos, verificámos que relativamente à categoria “*fatores facilitadores*”, obtivemos narrativas “*relacionadas com o CF*” e “*relacionadas com a rede de apoio da saúde*”, que se constituíram como subcategorias na análise de conteúdo. Relativamente aos fatores “*relacionados com o CF*”, subcategoria onde se obteve um maior número de URs (4 URs), os participantes relataram vivências relacionadas com o “*autoconhecimento*” e com a “*consciencialização para desempenho do papel de CF*”, que se constituíram como indicadores. Constituem exemplos desta subcategoria as seguintes URs:

“...foram os meus próprios colegas que já passaram pela mesma situação que me disseram [que ela iria necessitar de um cuidador].” (CF10)

“A enfermeira lá no hospital, antes da cirurgia, perguntou se ela tinha alguém que cuidasse dela.” (CF12)

Na subcategoria “*relacionadas com a rede de apoio da saúde*”, emergiu como indicador os “*conhecimentos prévios transmitidos pela equipa de saúde*” relacionados com a preparação pré-operatória e a aquisição de ajudas técnicas, tendo os participantes identificado como fontes de informação a médica, a enfermeira dos cuidados hospitalares e os serviços administrativos, tal como se pode verificar nas seguintes URs:

“...a médica explicou tudo antes pormenorizadamente: o que é que tínhamos que fazer, que tinha de ir em jejum, todos esses pormenores, de quanto é que depois o período que tinha que estar em repouso.” (CF1)

“...também a enfermeira do hospital – nem foi a enfermeira foram os serviços administrativos de cirurgia – quando me telefonou também me esclareceu tudo muito bem. E, quando fomos a consulta de cirurgia, ela já deu todos os cuidados que ele tinha que fazer antes de ser internado... a esponja, os desinfetantes, se quisesse já ia todo rapado, já foi.” (CF5)

Na categoria “*fatores dificultadores*” emergiram 3 subcategorias, nomeadamente “*relacionados com a pessoa cuidada*”, na qual se registou o maior número de URs (10 URs), “*relacionados com o CF*” e “*organizacionais*”. Na subcategoria “*relacionados com a pessoa cuidada*” os CFs referiram as dificuldades encontradas na sua vivência relacionadas com a “*dor pré-operatória*”, as “*alterações nas atividades diárias*” e “*as alterações emocionais*” da pessoa cuidada, que se constituíram como indicadores. Constituem exemplos de narrativas desta subcategoria as seguintes URs:

“Ele tinha dor constante.” (CF7)

“Ele tinha dias que fica muito revoltado, porque estava mais limitado.” (CF7)

“...chegou a uma certa altura que já era impossível, porque ele já não conseguia fazer quase nada mesmo.” (CF8)

Na subcategoria “*fatores relacionados com o CF*” os participantes narraram vivências sugestivas de “*sentimento de impotência para lidar com a dor*”, bem como, de “*medo*” e “*ansiedade*”, desencadeados pela possibilidade de ocorrência de possíveis complicações e pelo tempo de espera para a cirurgia, tal como se pode observar nas seguintes URs:

“Porque é assim, ele já não havia nada que lhe tirasse a dor, já não havia nadinha...” (CF4)

“Fiquei ansiosa até à cirurgia, quando iria ser?” (CF9)

Na subcategoria “*organizacionais*”, emergiu o indicador “*tempo de espera para a cirurgia*” que revela as vivências relacionadas com a espera até à intervenção cirúrgica, considerada demasiado longa, como se pode verificar nas seguintes narrativas:

“Também demoram muito tempo para chamar para a cirurgia.” (CF7)

“E ainda esperou muitos meses até o chamarem.” (CF8)

Relativamente aos fatores de “*coping interno*” e “*coping externo*”, verificámos um maior número de URs na categoria “*coping interno*” (5 URs). Nesta categoria, os CFs narraram vivências de estratégias adaptativas internas relacionadas com a “*esperança*” e a “*tolerância*”, que se constituíram como indicadores. Constituem exemplos das narrativas obtidas as seguintes:

“*Tive de ter muita paciência e tolerância antes da operação, porque ela andava muito stressada*” (CF2)

“*Esperava que com a cirurgia a dor passasse.*” (CF3)

Relativamente à categoria “*coping externo*”, verificámos que os participantes relataram vivências relacionadas com recursos externos a que recorreram como a “*procura de informação*” e o “*apoio familiar*” que se constituíram como indicadores na análise de conteúdo efetuada. Assim, os CFs recorreram a várias fontes externas adaptativas, como podemos comprovar pelas seguintes narrações:

“*Fiz uma pesquisa na Internet e dizia que era normal ter dores...*” (CF8)

“*Nós falamos com a assistente social e foi ela que a ajudou...*” (CF11)

Vivências significativas do cuidador familiar durante o internamento da pessoa em transição perioperatória

Esta área temática abrange as vivências significativas do CF durante o período de internamento da pessoa em transição perioperatória. Os relatos foram agrupados, tal como na área temática anterior, em 4 categorias: “*fatores facilitadores*”, “*fatores dificultadores*”, “*coping interno*” e “*coping externo*”, conforme consta no Quadro 5. Nesta área temática alcançou-se um total de 48 URs, sendo que foi na categoria “*fatores dificultadores*” onde se obtiveram maior número de URs (29 URs).

Quadro 5: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “*vivências significativas do CF durante o internamento da pessoa em transição perioperatória*”

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	FAUR
Fatores facilitadores	Relacionados com o CF	Tolerância às adversidades	“ <i>Olhe eu sou uma pessoa um bocadito forte. Não sou daquelas que me deixo ir muito abaixo.</i> ” (CF6)	1
	TOTAL DA CATEGORIA			1

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	FAUR
Fatores dificultadores	Relacionados com a pessoa cuidada	Dor pós-operatória	"No dia que ele foi operado não passou lá muito bem por causa das dores." (CF7)	3
	Relacionados com o CF	Ausência de apoio	"Não tinha cá mais ninguém com quem estar." (CF10)	3
		Ansiedade	"É uma ansiedade enquanto se está à espera..." (CF1)	3
		Medo	"...a gente tem medo que alguma coisa corra mal." (CF1)	3
		Sentimento de impotência	"Foram os dias mais difíceis porque ele ali o dia inteiro e eu não saber o que fazer para o confortar." (CF7)	4
		Separação Familiar	"Enquanto estive em casa, senti muito a falta dele." (CF7)	3
		Substituição de papéis	"E ali em casa, pronto, é só por dizer que ela é que cozinhava e essa parte tenho muita dificuldade. A maior parte das vezes comia sandes ou assim..." (CF1)	3
	Relacionados com os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares	Ausência de envolvimento do CF	"Nunca me disseram nada; foi zero. Eu acho muito mal é isso, a gente vai ao hospital e ninguém nos diz nada..." (CF9)	4
		Falta de capacitação do CF	"...assim do género olhe o senhor depois não deixe ela fazer isto ou aquilo, o senhor pode lavar com água salgada ou com água doce; nunca tive contacto nenhum sobre isso." (CF2)	3
TOTAL DA CATEGORIA				29
Coping interno		Manutenção da comunicação com o familiar	"Íamos falando pelo telemóvel." (CF2)	4
		Visitas	"...ia todos os dias ao hospital." (CF6)	6
		Manter atitude positiva	"E então eu encarava assim: bom, só quero é que ele fique bem." (CF6)	3
	TOTAL DA CATEGORIA			
Coping externo		Apoio familiar	"Organizávamo-nos bem. A minha filha deixava tudo mais ou menos adiantado e ia-se embora; as vezes telefonava-me ou assim; mas eu orientei sempre tudo, já é o que eu faço no dia-a-dia." (CF4)	1
		Apoio de amigos	"...eu perguntei a uma senhora que o marido também tinha sido operado e eu perguntei..." (CF4)	2
		Comunicação com os enfermeiros dos cuidados hospitalares	"A gente falava com os enfermeiros." (CF4)	1
		Apoio Social na USF	"Foi quando ele já estava internado. Fui lá numa quarta feira e então a doutora assistente social disse-me, já o quer levar? Se a senhora fizer o favor, levava já... e assim foi. E ela fez-me uma coisa, deu-me um papel e então por três meses; se for preciso mais, vou renovar outra vez. É bom eles emprestarem estas coisas, porque o dinheiro também não chega para tudo." (CF4)	1
	TOTAL DA CATEGORIA			
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA				48

Relativamente à categoria "fatores facilitadores", emergiu apenas a subcategoria "relacionados com o CF", tendo sido identificada por um participante a "tolerância às adversidades", como se pode verificar pela seguinte UR:

"Olhe eu sou uma pessoa um bocadito forte. Não sou daquelas que me deixo ir muito abaixo." (CF6)

Relativamente à categoria "fatores dificultadores" os participantes identificaram fatores "relacionados com a pessoa cuidada", "relacionados com os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares" e "relacionados com o CF", que se constituíram como subcategorias, tendo sido nesta última que se obteve um maior número de URs (19 URs). Na subcategoria "relacionados com a pessoa cuidada", os participantes identificaram como dificultadora a vivência "dor pré-operatória" da pessoa cuidada, que emergiu como indicador, tal como se pode verificar na seguinte narrativa:

“Na primeira noite sentiu algumas dores.” (CF1)

Na subcategoria “*relacionados com o CF*”, os participantes referenciaram vivências relacionadas com a “*ausência de apoio*”, a “*ansiedade*”, o “*medo*”, o “*sentimento de impotência*”, a “*separação familiar*”, e a “*substituição de papéis*”, que foram identificados como indicadores, tendo sido, maioritariamente, identificado o “*sentimento de impotência*” (4 URs). Estes fatores foram, assim, percecionados como dificultadores pelos participantes, tal como se pode verificar nas seguintes URs exemplificativas:

“A gente em casa, sem saber o que fazer; é muito difícil...” (CF4)

“Senti a falta dele cá em casa, pois estamos habituados a estar sempre juntos...” (CF6)

“Foi difícil porque eu não estava habituado [a cozinhar]; às vezes tinha de ir buscar comida fora” (CF10)

Na subcategoria “*relacionados com os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares*”, foram identificadas algumas atitudes dos enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares que se constituíram dificultadoras, como a “*ausência de envolvimento do CF*” e a “*falta de capacitação do CF*”. Desta forma, ambos emergiram como indicadores, tendo sido identificado, na sua maioria a “*ausência de envolvimento do CF*” (4 URs). Alguns exemplos de narrativas desta categoria são os seguintes:

“...como normalmente estão a lavá-lo e a fazer as higiènes e nós não podemos entrar; sentia-me aparte.” (CF7)

“A conversa foi com um senhor lá no hospital que tinha sido operado à mesma coisa que ele. E foi em conversa com ele e com a esposa, porque nunca nem enfermeiro nem médico nenhum falou comigo, nem com ele.” (CF8)

“Porque eu nem fazia ideia como era a recuperação, porque nunca tinha acontecido, nem mesmo a ninguém da família e nenhum enfermeiro nunca explicou.” (CF8)

Relativamente às estratégias de *coping*, foram percecionadas pelos participantes, maioritariamente, estratégias de *coping* internas (13 URs). Na categoria “*coping interno*”, emergiram os indicadores “*manutenção da comunicação com o familiar*”, “*visitas*” e “*manter atitude positiva*”, sendo que foi no indicador “*visitas*” que se obteve maior número de URs (6 URs). Desta forma os participantes percecionaram a adoção desses comportamentos como estratégias, tal com se pode verificar nas seguintes URs:

“... falávamos muito ao telemóvel.” (CF1)

“Eu ia lá visitá-lo.” (CF3)

“Nós não conseguimos tratar dele assim em casa; é só um tempo para recuperar e depois volta.” (CF7)

Relativamente à categoria “*coping externo*”, os participantes identificaram a procura de “*apoio familiar*”, “*apoio de amigos*”, a “*comunicação com os enfermeiros*” e o “*apoio Social na USF*”, que se constituíram como indicadores, tendo-se obtido maior número de URs no “*apoio de amigos*” (2 URs). Assim, estes recursos constituíram-se fontes de apoio fundamentais para o CF durante o internamento da pessoa cuidada, tal como se pode verificar nas seguintes narrativas:

“A gente falava com os enfermeiros.” (CF4)

“Eu conversei com uma cliente, que ela soube que o meu marido tinha sido operado ao que o marido dela tinha sido operado aí há uns quinze dias antes. E ela pôs-me logo ocorrente de tudo. Olha vais ter que fazer isto e aquilo e aqueloutro e mais isto e ele vai ter que ter isto e aquilo.” (CF8)

Vivências significativas do cuidador familiar no regresso a casa da pessoa em transição perioperatória

Esta área temática refere-se às vivências significativas do CF no regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia, tendo-se obtido um total de 159 URs. Emergiram, tal como nas áreas temáticas anteriores, 4 categorias, “fatores facilitadores”, “fatores dificultadores”, “coping interno” e “coping externo”, conforme consta no Quadro 6. Foi na categoria “fatores dificultadores” que se obteve um maior número de URs (114 URs).

Quadro 6: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “vivências significativas do CF no regresso a casa da pessoa em transição perioperatória”

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	FAUR
Fatores facilitadores	Relacionados com o CF	Perceção antecipada da necessidade de desempenho do papel de CF	<i>“...já sabia que ia precisar de alguém para cuidar dela, portanto estávamos mais conscientes” (CF10)</i>	2
		Perceção positiva sobre o papel de CF	<i>“Mas prontos é bom tar a tratar das pessoas...” (CF4)</i>	2
		Experiências anteriores	<i>“...não se vire assim coiso, vire-se todo, porque era o que eu via... [referindo-se à sua experiência quando esteve internada]” (CF4)</i>	7
	Relacionados com os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares	Ensinos e Treino de Habilidades	<i>“a gente já sabia que é normal ter dores depois da operação... a gente ia dando os comprimidos, às vezes punhamos gelo, conforme nos disse o enfermeiro.” (CF4)</i>	3
	TOTAL DA CATEGORIA			
Fatores dificultadores	Relacionados com a pessoa cuidada	Dependência no autocuidado: Vestir	<i>“Portanto tinha que a ajudar a vestir-se, sobretudo a parte das calças e assim...” (CF1)</i>	9
		Dependência no autocuidado: Banho	<i>“ele tomar banho mesmo não conseguia. Portanto eu ajudei-o...” (CF4)</i>	8
		Dependência no autocuidado: Controlo Urinário	<i>“Botava-lhe o urinolzito lá ao pé.” (CF4)</i>	3
		Dependência no autocuidado: Alimentação	<i>“Tinha que preparar as refeições.” (CF5)</i>	7
		Dependência no autocuidado: Mobilidade	<i>“Depois aqui em casa a minha maior dificuldade era deitá-lo na cama.” (CF8)</i>	7
		Dependência no autocuidado: Utilização do WC	<i>“...eu ia lá com ele à casa de banho.” (CF7)</i>	4
		Dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária	<i>“Olhe tinha de fazer as coisas que ela fazia; cozinhar, limpar a casa, por a roupa na máquina. Eu não sabia passar a ferro.” (CF10)</i>	2
		Dor pós-operatória	<i>“A mim o que me marcou mais foi ele ter dores.” (CF4)</i>	4
		Alterações no Sono	<i>“E pronto andava assim de noite, não dormia bem...” (CF6)</i>	2

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	FAUR
Fatores dificultadores	Relacionados com as condições habitacionais	Existência de barreiras arquitetónicas	"As escadas cá em casa também não ajudaram. Até acabamos por quando ele chegou, arranjar um quarto na sala, para ele não andar sempre a subir e a descer." (CF6)	7
Fatores dificultadores	Relacionados com o CF	Medo	"...porque estava sempre com medo, como ele é novo, dele ficar impossibilitado..." (CF4)	5
		Condição Física	"Eu não sou jovem e há coisas que já me custa; tenho dores nas costas e estar assim a cuidar de uma pessoa o dia todo também era muito cansativo." (CF4)	5
		Alterações do Sono	"...tinha de a tratar de noite ... Ela não descansava nada e eu também não." (CF9)	2
		Substituição de papéis	"E depois o meu neto. Eu não estava habituada a estar assim com ele todo o dia. Arranjava o comer, tinha de ir para a escola, ver as coisas da mochila. Às vezes não sabia lidar bem com ele." (CF9)	5
		Tempo / Disponibilidade para cuidar	"...pronto tava digamos 24 horas de atenção para ajudar sempre que era preciso..." (CF1)	7
		Conflito de papéis	"... foi para esquecer; foi para estar só com ele; não fui à ginástica, nem à piscina." (CF7)	9
		Saturação do papel	"Foi muito cansativo porque também tenho o meu pai lá em casa doente e também precisa de muitos cuidados e depois ela, fiquei muito cansada; às vezes a minha cabeça já nem sabia a quem acudir." (CF12)	3
		Expetativas quebradas no desempenho do papel	"Eu pensava que ia ser como a minha... ela custou mais e precisava mais de ajuda quando chegou..." (CF9)	2
		Ausência de apoio	"Se tivesse alguém que ajudasse, tinha sido bem mais fácil." (CF1)	3
		Falta de reconhecimento	"...e ele tava sempre: deixe-me de chatear, deixe-me de chatear..." (CF4)	1
Fatores dificultadores	Relacionados com os enfermeiros	Falta de capacitação do CF	"...porque ninguém me ensinou; ... a maneira das pessoas estarem quando fazem as operações." (CF4)	10
	Relacionados com a configuração familiar	Famílias pequenas	"...ela vive sozinha com o filho." (CF9)	3
		Membros distantes	"A filha está em França." (CF10)	3
		Papeis rígidos	"Eu não estava habituado a algumas coisas; era ela que tratava de tudo e depois parecia uma barata tonta." (CF10)	3
TOTAL DA CATEGORIA				114
Coping interno		Comunicação	"Ela dizia mais ou menos como era; ia comigo à cozinha só para explicar como é que se fazia..." (CF1)	3
		Esperança	"Eu esperava que ele ficasse bem" (CF6)	2
		Crença religiosa	"Mas lá ia andando, assim com a religião..." (CF6)	4
		Focalização nos aspetos positivos	"Pensava nas coisas boas, não teve nenhuma complicação, depois foi devagar, não podemos estar sempre a pensar no mal." (CF11)	4
		Preservar as atividades recreativas	"Costumava ir passear com uma amiga, enquanto a minha filha ficava com ela." (CF11)	3
		Gestão eficaz do tempo	"...tudo o resto eram coisas pronto... secundárias." (CF7)	3
		Coabitação	"...depois veio para cá para minha casa para eu cuidar dele que era mais fácil." (CF5)	3
TOTAL DA CATEGORIA				22
Coping externo		Apoio familiar	"...eu era cuidadora só de dia, porque à noite era a mulher." (CF4)	5
		Apoio de terceiros	"Às vezes, quando queria ir ao supermercado ou assim, algum lado rápido, pedia às minhas vizinhas para ficarem lá às vezes com ela..." (CF11)	4
		TOTAL DA CATEGORIA		
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA				159

Na categoria “*fatores facilitadores*”, emergiram as subcategorias “*relacionados com o CF*” e “*relacionados com os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares*”, tendo-se obtido um maior número de URs na primeira subcategoria (11 URs). Relativamente à subcategoria “*relacionados com o CF*”, os participantes identificaram vivências relacionadas com a “*percepção antecipada da necessidade de desempenho do papel de CF*”, a “*percepção positiva sobre o papel de CF*” e com “*experiências anteriores*”, que se constituíram como indicadores. Assim, estes fatores foram referenciados como facilitadores, tendo sido maioritariamente referido “*as experiências anteriores*” (7 URs). Seguidamente apresentam-se alguns exemplos de URs desta subcategoria:

“*Eu fui por mim. Como me disseram a mim da outra vez e eu faço agora igual.*” (CF9)

“*...a gente já estava a contar em cuidar dela, desde que decidiram a cirurgia, porque ela falou connosco.*” (CF11)

“*E já há 6 anos, quando ela foi operada aos olhos, também foi para a minha casa, portanto já foi mais fácil desta vez.*” (CF11)

Na subcategoria “*relacionados com os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares*”, os participantes evidenciaram os ensinamentos e o treino de habilidades relacionadas com a administração de terapêutica como facilitadores, tal como se pode verificar nas seguintes URs:

“*Tinha de lhe dar as injeções, mas os enfermeiros ensinaram-me no hospital.*” (CF5)

“*Com o panfleto que eles [os enfermeiros] me mandaram lá no hospital, foi mais fácil...*” (CF8)

Na categoria “*fatores dificultadores*”, emergiram as subcategorias “*relacionados com a pessoa cuidada*”, “*relacionados com as condições habitacionais*”, “*relacionados com o CF*”, “*relacionados com os enfermeiros*”, e “*relacionados com a configuração familiar*”, tendo sido na subcategoria “*relacionados com a pessoa cuidada*” que se obteve maior número de URs (46 URs). Na subcategoria “*relacionados com a pessoa cuidada*”, os participantes identificaram fatores relacionados com a pessoa cuidada que vivenciaram como dificultadores. Assim constituíram-se indicadores desta subcategoria a “*dependência no autocuidado: vestir*”, a “*dependência no autocuidado: banho*”, a “*dependência no autocuidado: controlo urinário*”, a “*dependência no autocuidado: alimentação*”, a “*dependência no autocuidado: mobilidade*”, a “*dependência no autocuidado: utilização do WC*”, a “*dependência nas atividades instrumentais de vida diária*”, a “*dor pós-operatória*” e as “*alterações no sono*”. Os indicadores mais referenciados foram a “*dependência no autocuidado: vestir*” e “*a dependência no autocuidado: banho*” com 9 URs e 8 URs respetivamente. Constituem exemplos de URs desta subcategoria as seguintes narrativas:

“*Portanto tinha que a ajudar a vestir-se, sobretudo a parte das calças e assim...*” (CF1)

“*...ele tomar banho mesmo não conseguia. Portanto eu ajudei-o...*” (CF4)

“*...dificuldade em se levantar...*” (CF6)

“*Eu auxiliava-o sempre a ir à casa de banho.*” (CF6)

Na subcategoria “*relacionados com as condições habitacionais*”, os participantes referenciaram os fatores dificultadores relacionados com a “*existência de barreiras arquitetónicas*” na habitação, tal como se pode verificar na seguinte UR:

“*Quando chegamos a casa, ela mora no primeiro andar, foi um trinta e um para subir as escadas.*” (CF9)

Relativamente à subcategoria “relacionados com o CF”, emergiram como indicadores o “medo”, a “condição física”, as “alterações do sono”, a “substituição de papéis”, o “tempo / disponibilidade para cuidar”, o “conflito de papéis”, a “saturação do papel”, “as expetativas quebradas no desempenho do papel”, a “ausência de apoio” e a “falta de reconhecimento”, tendo-se obtido um maior número de URs no indicador “conflito de papéis” (9 URs). Assim, todas estes fatores relacionados com o próprio CF foram vivenciados como dificultadores, tal como se pode observar nas seguintes narrativas:

“O mais complicado para mim foi a parte da culinária porque eu sinceramente sou um desastre a cozinhar, não sei fazer nada de jeito, nem nunca precisei porque ela sempre foi uma boa cozinheira e eu como passei muitos anos também no mar prontos tinha quem cozinhasse para mim...” (CF1)

“Quando era jovem até a pegava ao colo, agora já não tinha força...” (CF2)

“...estava aqui todo o dia e toda a noite...” (CF9)

“Eu ia à piscina e depois não fui...” (CF11)

Na subcategoria “relacionados com os enfermeiros”, onde se obtiveram 10 URs, os participantes revelam as dificuldades vivenciadas pela sua falta de capacitação, tal como se pode verificar nas seguintes URs:

“A dúvida que foi, foi eles [os enfermeiros] não terem esclarecido na altura, eles não disserem que era preciso adaptar as coisas em casa, na casa de banho.” (CF1)

“[Relativamente ao autocuidado vestir] Eu acho que fiz bem; eles nunca me disseram como é que se fazia; se eu tivesse visto algum enfermeiro a fazer, era mais fácil.” (CF5)

No que diz respeito à subcategoria “relacionados com a configuração familiar”, foram identificados fatores relacionados com “famílias pequenas”, “membros distantes” e “papéis rígidos”, que emergiram como indicadores, tendo-se obtido em todos igual número de URs (3 URs). Assim, os participantes revelam vivências relacionadas com a configuração familiar que se tornaram dificultadoras no regresso a casa da pessoa cuidada, tal como se pode verificar nos seguintes exemplos de URs:

“...também só tenho esta filha, só tenho este genro.” (CF4)

“ Ele não vive cá, está em Inglaterra, não tem lá ninguém da família.” (CF5)

“Ele era uma pessoa muito ativa... foi uma pessoa sempre muito independente. Até para tratar qualquer coisa de assuntos da casa era ele (era ele quem pagava as contas e ia ao banco e tratava dos carros) e eu disse: olha eu fiquei aqui em aranhas... ele queria resolver tudo sozinho, tudo sozinho (pronto trata tu sozinho) e eu depois não sabia...” (CF6)

Relativamente às estratégias de coping, à semelhança das áreas temáticas anteriores, obteve-se um maior número de URs na categoria “coping interno” (22 URs). Nesta categoria emergiram os indicadores “comunicação”, “esperança”, “crença religiosa”, “focalização nos aspetos positivos”, “preservar as atividades recreativas”, “gestão eficaz do tempo” e “coabitação”, tendo-se obtido um maior número de URs na “crença religiosa” e na “focalização nos aspetos positivos” (4 URs). Desta forma, os participantes percecionaram estas atitudes como estratégias de adaptação adotadas no regresso a casa da pessoa em transição perioperatória, o que se pode comprovar nas seguintes narrativas:

“Eu também tinha fé que as coisas iam correr bem.” (CF4)

“...depois veio para cá para minha casa para eu cuidar dele que era mais fácil.” (CF5)

“Mas pronto foi uma fase, até recuperar, tinha de pensar positivo...” (CF8)

“Costumava ir passear com uma amiga, enquanto a minha filha ficava com ela.” (CF11)

Relativamente à categoria “ *coping externo*”, obtiveram-se um total de 9 URs, tendo os participantes vivenciado como estratégias adaptativas o “ *apoio familiar*” e o “ *apoio de terceiros*”, tal como se pode verificar nas seguintes URs:

“...nem tudo estava a passar pelas minhas mãos, tinha a ajuda das filhas, das netas que estão lá ao pé...” (CF2)

“Chamámos aqui um vizinho para nos ajudar...” (CF9)

Vivências significativas do cuidador familiar relativamente ao acompanhamento do enfermeiro de família

Esta área temática compreende as vivências significativas do CF relativamente ao seu acompanhamento pelo enfermeiro de família no período perioperatório, designadamente, os motivos que o levam a recorrer ao enfermeiro de família, a intervenção experienciada por parte do enfermeiro de família neste período e a importância conferida ao enfermeiro de família no período pré-operatório.

Conforme consta no Quadro 7, obtiveram-se um total de 49 URs nesta área temática, tendo emergido 3 categorias: a “ *percepção da necessidade de recorrer ao enfermeiro de família*”, “ *o papel do enfermeiro de família na transição perioperatória*” e a “ *percepção da importância do papel do enfermeiro de família no pré-operatório*”. Foi na segunda categoria que se obteve um maior número de URs (30 URs).

Quadro 7: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “vivências significativas do CF relativamente ao acompanhamento do enfermeiro de família”

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	FAUR
Perceção da necessidade de recorrer ao enfermeiro de		Por iniciativa própria	“Porque as pessoas depois da operação recorrem sempre a esta casa...” (CF2)	1
		Referenciado por outro profissional de saúde	“... então vinha lá que ele tinha que ser assistido em casa por uma enfermeira ou um enfermeiro; eu desloquei-me lá, tinha uma carta” (CF3)	6
	TOTAL DA CATEGORIA			7
O papel do enfermeiro de família na transição perioperatória	Significados Atribuídos	Tratamento de ferida cirúrgica	“Foi quando vim a primeira vez para marcar o penso.” (CF10)	10
		Visitação domiciliária	“Acho muito importante virem aqui a casa, porque eu não conduzo e é mais fácil para nós.” (CF6)	6
		Esclarecimento de dúvidas	“...ela aconselhasse a maneira de se sentar e deitar e essas coisas; às vezes não dizem e isso ela deu boa informação ...” (CF1)	4
	Fatores facilitadores	Satisfação com o atendimento	“...temos sido muito bem atendidos...fomos bem atendidos, não houve demoras, não foi preciso esperar muito tempo, fomos logo atendidos na hora e só tenho bem a dizer.” (CF1)	2

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	FAUR
O papel do enfermeiro de família na transição perioperatória	Fatores dificultadores	Rotatividade da enfermeira	"...ora vinha uma enfermeira...depois veio outra e nenhuma foi a nossa." (CF4)	1
		Horários	"Houve uma altura por exemplo que tive que vir aqui fazer o primeiro penso e acho que a hora era assim um bocado tardia; não era tardia para qualquer pessoa, mas para a nossa idade era tardia; acho que talvez se pudesse ser nestes casos, nas pessoas de mobilidade reduzida, esteja aqui às 3, em vez das 5. Acho que é a única coisa, talvez pudesse melhorar aí, digo eu..." (CF2)	1
		Falta de informação sobre cirurgia	"...nem a enfermeira e o médico de família estavam ocorrente da situação ..." (CF1)	1
		Falta de envolvimento do CF	"...eu gostava de ter visto o penso. Mas eu também não ia dizer assim olhe que eu quero entrar. Mas talvez seja uma boa ideia. É uma sugestão válida. Pelo menos perguntar. Há uma ou outra pessoa, aí eu não gosto destas coisas, peço desculpa e tal... Agora comigo não ia passar isso. Se me dissessem: entre que é para assistir aqui; eu tinha entrado e se calhar o que diziam a ela estavam a dizer-me a mim. Era uma colaboração melhor." (CF2)	1
		Ausência de material de penso impermeável	"Só é pena não terem aqueles pensos para tomar banho." (CF10)	4
TOTAL DA CATEGORIA				30
Perceção da importância do papel do enfermeiro de família no pré-operatório		Apoio psicológico	"Era importante para preparar psicologicamente ..." (CF2)	1
		Preparação antecipada da pessoa e CF	"Antes de ele vir para casa era importante alguém que me tivesse dado umas luzes. Essa informação que a minha amiga me deu, se tivesse sido dada mais cedo, eu estava mais preparada. Alguém que nos dissesse, olhe vai ter que fazer isto e aquilo e aqueloutro." (CF8)	5
		Barreiras à adesão	"Só que é como lhe digo: qual é a forma que se pode criar ou não sei se já existe de chegar aqui e ir ali falar com o enfermeiro porque eu vou ser operado e depois sim senhora ela vê no processo. Eu não sei como é que isso funciona; vocês aqui é que terão que dizer; temos que abrir aqui uma porta e treinar as pessoas ou educá-las neste caso para este assunto..." (CF2)	2
		Sem perceção de importância	"...em antes não tinha precisado e naquela altura depois foi quando precisou." (CF3)	4
TOTAL DA CATEGORIA				12
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA				49

Na categoria "perceção da necessidade de recorrer ao enfermeiro de família", emergiram os indicadores "por iniciativa própria", e "referenciado por outro profissional de saúde", tendo-se obtido um maior número de URs no segundo (6 URs). Desta forma, os participantes identificaram como motivos que os levaram a procurar o enfermeiro de família, a iniciativa própria ou a referência por outro profissional de saúde, nomeadamente o médico ou o enfermeiro dos cuidados de saúde hospitalares, de forma verbal ou por meio de carta, tal como podemos verificar nas seguintes narrativas:

"...quando a médica indicou numa carta." (CF1)

"...a enfermeira do hospital, disse-me: isto é para fazer os curativos no centro de saúde e entrega a carta à enfermeira." (CF5)

"O que me disseram no hospital foi para ir ao centro de saúde e pedir para virem fazer o penso de 3/3 dias, mais nada." (CF7)

Relativamente à categoria "o papel do enfermeiro de família na transição perioperatória", emergiram os "significados atribuídos", "fatores facilitadores" e "fatores dificultadores", que se constituíram subcategorias, tendo-se obtido um maior número de URs na primeira (20 URs). No que diz respeito à subcategoria "significados atribuídos", os participantes reportam-se à

intervenção do enfermeiro de família na transição perioperatória, maioritariamente para “*tratamento de ferida cirúrgica*” (10 URs), embora também referenciem vivências relacionadas com o seu papel na “*visitação domiciliária*” e no “*esclarecimento de dúvidas*”. Assim estas intervenções emergiram como indicadores e podem ser observadas nas seguintes URs:

“*Só agora depois da cirurgia, contactei com eles para fazer o penso.*” (CF7)

“*Esse acompanhamento aqui em casa é bom.*” (CF7)

“*É importante virem cá; às vezes tenho uma dúvida e posso perguntar.*” (CF7)

“*Só tive contacto com ele depois da cirurgia quando fui lá entregar a carta para fazer o penso...*” (CF8)

Na subcategoria “*fatores facilitadores*” os participantes evidenciaram a “*satisfação com o atendimento*” por parte do enfermeiro de família relacionada com o tempo reduzido de espera, a simpatia e a perceção de bom atendimento, tal como se pode verificar nas seguintes URs:

“*Tudo tem corrido às mil maravilhas, o pessoal aqui tem sido simpático e é ela que o diz, é ela que está satisfeita. Estando ela eu também estou.*” (CF2)

“*...temos sido muito bem atendidos...fomos bem atendidos, não houve demoras, não foi preciso esperar muito tempo, fomos logo atendidos na hora e só tenho bem a dizer.*” (CF1)

No que diz respeito à subcategoria “*fatores dificultadores*”, os participantes a “*rotatividade da enfermeira*”, os “*horários*”, a “*falta de informação sobre cirurgia*”, a “*falta de envolvimento do CF*”, e, maioritariamente, a “*ausência de material de penso impermeável*” (4 URs). Estes fatores que se constituíram como indicadores, foram vivenciados pelos participantes com dificultadores, tal como se pode observar nos seguintes excertos de narrativas:

“*...por isso era importante que vocês tivessem esses pensos. Porque eu posso comprar, mas há-dem haver pessoas que não podem e é muito complicado para tomar banho.*” (CF8)

“*Os pensos também deviam ver isso. Acho que isso é uma necessidade. Já na altura que eu fui operada não os tinha. Mas faz toda a diferença. Porque com este penso, pode tomar banho mais à vontade.*” (CF9)

Na categoria “*perceção da importância do papel do enfermeiro de família no pré-operatório*”, os participantes percecionaram a importância de uma eventual intervenção do enfermeiro de família no pré-operatório para “*apoio psicológico*” e, maioritariamente para “*preparação antecipada da pessoa e CF*” (5 URs), identificando, também, algumas “*barreiras à adesão*”. Alguns participantes não conseguiram percecionar importância nesta intervenção, tendo emergido o indicador “*sem perceção de importância*” (4 URs). Alguns exemplos de URs são:

“*Nessa altura, neste caso que eu sou o cuidador, o tratador, já ía também mais preparado, já estava mais bem formado para este caso...a enfermagem aqui era uma forma de a preparar melhor para as dificuldades.*” (CF2)

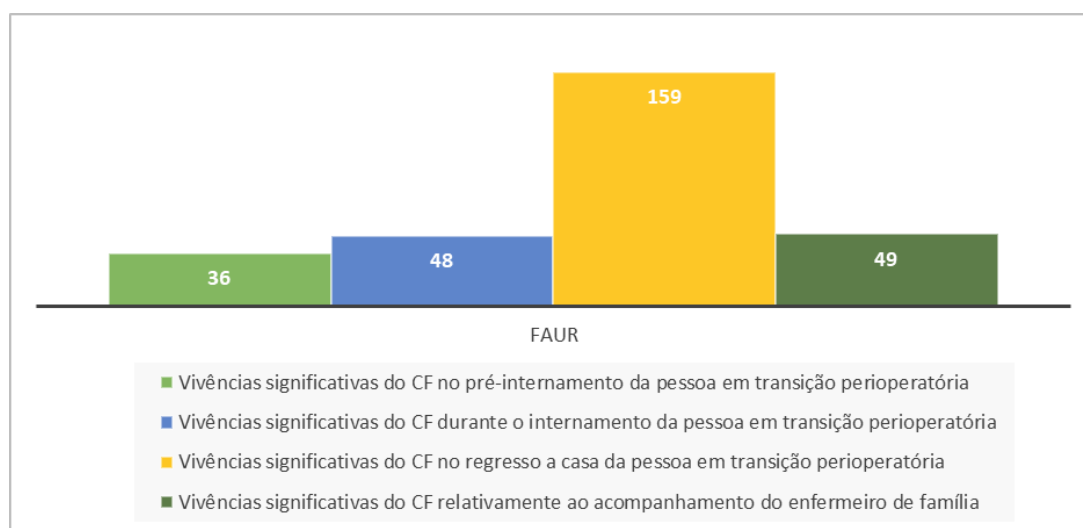
“*...é importante para nós estarmos preparados e deixarmos tudo pronto. As pessoas devem ter uma noção daquilo que vai acontecer e que poderão contar. Ter noção que as coisas vão ser difíceis e que tem que se cumprir.*” (CF7)

“Olhe ou então alguém que dissesse: vai ao seu enfermeiro de família. Porque é assim: eu, por minha autorrecreação também não ia ter com vocês e dizer: o meu marido vai ser operado: o que é que eu faço?” (CF8)

“O enfermeiro antes resultava pouco, ele não fazia nada... acho que isso resultava pouco. O que é que eles lhe iam dizer? Ou o que é que eles lhe iam fazer? Eu pra mim acho que é assim, antes da cirurgia, o que é que eles podiam fazer?” (CF4)

Para finalizar a apresentação dos resultados da análise interpretativa dos dados recolhidos, apresenta-se a distribuição da FAUR, segundo as áreas temáticas identificadas. Conforme pode ser observado na Figura 3, foi na área temática “vivências significativas do CF no regresso a casa da pessoa em transição perioperatória” que se obteve um maior número de URs.

Figura 3: Distribuição da frequência absoluta das unidades de registo por área temática



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O cuidado à pessoa em transição perioperatória perturba psicologicamente o CF, levando à existência de momentos de stresse e ansiedade, devido a circunstâncias específicas que caracterizam o período perioperatório (Oliveira, 2011). De forma a compreender as experiências vivenciadas pelo CF durante esta transição necessitamos, tal como refere Meleis (2010) de descobrir os fatores e os recursos mobilizados pelo mesmo, que facilitam ou dificultam o progresso em direção à realização de uma transição saudável. Como já compreendemos, através da revisão da literatura efetuada, cuidar a pessoa no perioperatório surge como um desafio para o CF, provocando um conjunto de situações complicadas, instigando neste a necessidade de adaptação e resposta. É esta capacidade de resposta que as pessoas têm, que as leva a conseguir ultrapassar as transições que vivenciam (Meleis, 2010). Desta forma, os resultados do nosso estudo, compreendendo as vivências do CF no cuidado à pessoa em transição perioperatória, nomeadamente, os fatores facilitadores e dificultadores desta transição, bem como, as estratégias de *coping adotadas*, são de extremo interesse para a intervenção dos enfermeiros, no sentido de se constituírem parceiros do CF na procura do caminho mais adequado para a vivência de uma transição saudável. Com a presente discussão dos resultados pretende-se analisar os aspetos mais relevantes dos resultados do estudo empírico, quer seja pelo seu significado intrínseco ou pela comparação com estudos desenvolvidos sobre a temática. Esta etapa é descrita por Fortin (2009) como sendo a interpretação dos dados resultantes da investigação, no decorrer da qual o investigador confronta e compara os resultados do seu trabalho com investigações já desenvolvidas.

As características sociodemográficas dos cuidadores familiares do presente estudo demonstram uma predominância do género feminino no desempenho do papel de CF, tal como acontece em vários estudos, permanecendo o papel histórico e social do cuidar atribuído à mulher (Arnhold, Lohmann, Pissaia, Costa, & Moreschi, 2017; Avila, 2013; Jukemura, 2002; Oliveira, 2011). Em Portugal, os estudos sobre os cuidadores informais, são consensuais no que se refere à atribuição do papel de cuidadora à mulher (Areosa, Henz, Lawisch, & Areosa, 2014; Melo, Rua, & Santos, 2014; Teixeira *et al.*, 2017). Segundo T. S. B. Fonseca (2010), os principais motivos apontados para este facto, relacionam-se com a proximidade física e afetiva, e o facto de se ser filha única. Para M. I. L. B. Carvalho (2007), a sociedade tem uma forte influência, imputando a responsabilidade dos cuidados domésticos às mulheres, em áreas como o cuidar das crianças, dos idosos e das pessoas dependentes. Sequeira (2010), sugere uma justificação baseada no género para o facto de a maioria dos cuidadores ser mulher: “Como a maioria dos idosos que necessitam de cuidados são mulheres, logo esta seria uma explicação para que os cuidadores também sejam na sua maioria mulheres” (Sequeira, 2010, p. 163). Segundo o estudo realizado por Torres, Silva, Monteiro e Cabrita (2005), referente às possibilidades de ajuda que os idosos julgam contar no futuro, tanto os homens como as mulheres esperam que os cuidadores sejam do sexo feminino: os homens esperam que a esposa seja a cuidadora; as mulheres têm maiores expectativas em relação ao papel das filhas e só depois pensam no cônjuge.

Não obstante, é de salientar, no nosso estudo, a presença de três cuidadores do sexo masculino, representando o envolvimento do homem na tarefa de cuidar, tal como no estudo de M. F. B. P. Martins (2016). No seu estudo, com cuidadores informais de idosos dependentes numa freguesia de Lisboa, M. F. B. P. Martins (2016) sugere a alteração da mentalidade por obrigações sociais, económicas e profissionais, como justificação para este facto, referindo que com a adaptação aos novos estilos de vida e às novas exigências da sociedade, a ideologia relativa à distinção dos trabalhos de cariz masculino e feminino, onde a mulher surge como cuidadora do lar e da família, encontram-se em mudança. Segundo Moherdau, Fernandes e Soares (2019), ao referirem-se à realidade observada no Reino Unido, verifica-se um aumento da proporção de homens no papel de cuidadores, integrando-se a maioria no grupo de cuidadores com mais de

75 anos, apontando que as motivações identificadas na prestação do cuidado são a obrigação e a reciprocidade.

Analisando a idade, verificamos que consoante os resultados encontrados no nosso estudo, varia entre 38 e os 80 anos. Estes resultados são semelhantes ao referido por Teixeira *et al.* (2017), pois o autor refere que o cuidador informal, tanto em Portugal como na Europa, tem idade compreendida entre 45 e os 75 anos. Destacamos, ainda, no presente estudo, a presença de seis cuidadores idosos. Vários autores são consensuais no facto de esta condição poder aumentar os impactos negativos do desempenho do papel de CF e diminuir a sua capacidade de adaptação, uma vez que estes cuidadores também têm que enfrentar as vulnerabilidades do seu próprio processo de envelhecimento (Botelho, 2008; A. Santos, 2004; Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Segundo Botelho (2008), a temática do cuidador idoso, enquadrada numa sociedade em que o fenómeno do envelhecimento constitui um dos maiores desafios, não só a nível da saúde mas também a nível social e político, ganhará contornos que não irão passar despercebidos, alertando para o facto de esta não se encontrar suficientemente estudada.

Verificámos igualmente, decorrente do nosso estudo, que os CFs são elementos da família, maioritariamente cônjuges, analogamente ao que foi identificado nos estudos de Arnhold *et al.* (2017), Avila (2013), Jukemura (2002), Mendonça, Oliveira, Siqueira e Dázio (2017) e A. P. F. C. Rodrigues (2011). Este facto vem reforçar a conceção de que, em Portugal, a família é a unidade básica de suporte a pessoas dependentes (Sequeira, 2010; Sousa *et al.*, 2004).

Relativamente à situação laboral do CF, no presente estudo, predominam os reformados, tal como nos estudos de Arnhold *et al.* (2017) e Avila (2013). No estudo de Jukemura (2002) destacam-se as ocupações no domicílio e no de Oliveira (2011) prevalece um elevado número de CFs cuja atividade profissional se encontra temporariamente interrompida, por desemprego. Todas estas situações geram mais disponibilidade, flexibilizando o desempenho das atividades domésticas com o desempenho do papel de CF (Jukemura, 2002).

Os nossos resultados, relativamente à partilha do cuidado informal são congruentes com os de A. P. F. C. Rodrigues (2011), apontando para o cuidado como uma tarefa prestada, maioritariamente, por uma única pessoa, o CF. Contrariamente a este facto, no estudo de Jukemura (2002), predominou a partilha no cuidado com a empregada, seguido do cônjuge, o filho e outros (amigos, vizinhos, primos).

Segundo Long (2003) e Marek e Boehnlein (2010), independentemente do tipo de cirurgia, esta representa uma experiência única para cada doente, exigindo, deste, bem como, da sua família uma adaptação às alterações de papéis, que podem ser de caráter temporário ou permanente, representando um fator de stresse. De acordo com Meleis (2010), a transição inicia-se assim que o evento ou a mudança é percecionada. Assim, a decisão de uma cirurgia, pode despoletar uma transição, mesmo antes do internamento da pessoa cuidada, relacionada com diversos fatores, designadamente: a ansiedade devido à não familiarização com as atividades perioperatórias, ao medo do desconhecido, ao medo da dor, à espera pela cirurgia, às alterações na imagem corporal, aos tratamentos, à alteração de funções, à perda de controlo e ao receio da morte (Marek & Boehnlein, 2010). No entanto, a transição só pode acontecer se a pessoa estiver consciente das alterações que estão a decorrer, significando que a consciencialização é uma premissa necessária para a existência de transição (Meleis, 2010). Desta forma, a intervenção do enfermeiro no período pré-internamento é essencial, constituindo os ensinamentos à pessoa internada e à família, incluindo àquele que virá a desempenhar o papel de CF, uma das intervenções de enfermagem mais relevantes, promovendo a consciencialização para as mudanças (Portela, 2015). Segundo Gomes (2009), desde o pré-operatório, os familiares deveriam ser chamados e orientados a colaborar na continuidade da prestação dos cuidados, tornando-os elementos importantes no processo de manutenção do estado de saúde dos seus familiares. Phipps *et al.* (2003) evidenciam a necessidade de se efetuar, no pré-operatório, uma

avaliação da situação familiar, que pode ter implicações consideráveis, tanto na intervenção cirúrgica imediata como nos cuidados no domicílio após a alta. Os estudos de Coppetti, Stumm e Benetti (2015), Mitchell (2015) e D. R. Rocha e Ivo (2016) também apontam uma preocupação para a preparação do CF no pré-internamento, referenciando que os enfermeiros devem concentrar-se num plano de intervenção que envolva as informações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, juntamente com questões relacionadas com a preparação pré-operatória, a recuperação pós-operatória, o controlo da dor e da ansiedade e o suporte do CF no domicílio. Portela (2015), considera que, nesta fase, o enfermeiro deve, ainda, explorar mecanismos de coping eficazes. O programa Enhanced Recovery After Surgery®, alusivo aos cuidados perioperatórios, contempla um conjunto de guidelines baseadas na evidência científica, sendo que o seu processo de implementação pressupõe uma participação mais ativa da pessoa no seu processo de recuperação, transitando do conceito sick patient para o conceito empowered patient (D. I. A. Mendes, Ferrito, & Gonçalves, 2018). O sucesso do programa, já implementado em alguns hospitais portugueses, prevê que seja estabelecido um plano de cuidados perioperatório, adaptado às necessidades e características das pessoas, salientando o papel do enfermeiro no ensino à pessoa e ao CF que se constituem como parte interveniente no sucesso da recuperação (D. I. A. Mendes et al., 2018). Os estudos realizados têm revelado os benefícios dos ensinamentos de enfermagem no período pré-operatório: diminui a ansiedade do doente e família, altera comportamentos desfavoráveis, influencia positivamente a recuperação pós-operatória, e promove a eficácia dos cuidados no período de internamento (Coppetti et al., 2015; Long, 2003; Marek & Boehnlein, 2010; D. R. Rocha & Ivo, 2016). De acordo com Dawson (2003), o ensino deve ser efetuado logo desde o início da fase pré-operatória, antes do internamento, por ser considerado mais eficaz para a aprendizagem. O mesmo autor sugere que o ensino deve ser iniciado dez a catorze dias antes da cirurgia, dando tempo para a pessoa e família reterem a informação e proporcionando oportunidade para que surjam dúvidas e que estas possam ser esclarecidas. Os ensinamentos efetuados nas 24 horas antes da cirurgia, são menos eficazes, pois os níveis de ansiedade moderados e elevados, relacionados com a proximidade da cirurgia, podem diminuir a atenção ou mesmo impedir completamente a capacidade de entender a informação (Long, 2003; Marek & Boehnlein, 2010). Com o exposto, é perceptível que o período pré-internamento se reveste de particularidades que justificam a importância de uma intervenção de enfermagem nesta fase, junto do CF, daí que, no nosso estudo considerámos importante a exploração das vivências do CF neste período, que constituiu uma das áreas temáticas definidas.

O internamento hospitalar de um dos membros de uma família, independente do seu motivo, atinge todo o sistema familiar, podendo constituir um período de desequilíbrio e instabilidade familiar (J. Martins et al., 2009; Monteiro, 2010). O CF pode ficar numa situação de vulnerabilidade desencadeada pelas alterações na sua rotina, pelo sofrimento e dependência da pessoa internada e pelo papel que precisa de assumir durante o internamento e no regresso a casa (Anjos, Boery, & Pereira, 2014; Dallalana & Batista, 2014). Gil e Bertuzzi (2009) afirmam que muitos CFs abdicam das suas próprias necessidades e afazeres, para acompanhar a pessoa internada, o que pode desencadear uma sobrecarga aos CFs. As preocupações com a pessoa internada são constantes, acompanhadas de medo, angústia e insegurança (Dallalana & Batista, 2014; J. Martins et al., 2009). M. G. F. Cunha et al., (2016) apontam o facto do cuidado à pessoa internada ser uma tarefa cansativa, pois o CF tem que conciliá-la com as restantes atividades. Os mesmos autores acrescentam, ainda, que percentagem significativa desses CFs não recebe nenhum preparo ou orientação para desempenhar o seu papel, durante o internamento, o que pode ter impacto na qualidade de vida dos CFs. Cabral e Nunes (2015) também concordam que o CF apresenta necessidades que precisam ser reconhecidas pela equipa de saúde, reconhecendo a efetivação de estratégias dirigidas aos CFs durante o período de internamento. Assim, perante o citado, consideramos importante definir como outra área temática as vivências do CF durante o período de internamento, reforçando a importância do desenvolvimento de cuidados de enfermagem focalizados no CF, durante o internamento da pessoa cuidada, evitando o impacto negativo do internamento no CF.

No atual contexto socioeconómico, e com a necessidade de racionalização dos custos com a saúde, tem-se vindo a assistir a uma política cada vez mais centrada na doença e no seu tratamento, onde se preconizam períodos de internamentos hospitalares cada vez mais curtos (J. F. S. Pereira, 2015). J. F. S. Pereira (2015) refere que a redução de dias de internamento nem sempre tem em consideração que o indivíduo e família necessitam de maior capacitação para responderem de forma eficaz aos desafios inerentes ao restabelecimento do seu estado de saúde para obtenção de ganhos em saúde de forma sustentada. Domingues (2016) e Petronilho (2007) concordam com o autor, referindo que a transição da pessoa dependente para o domicílio é realizada sem uma correta avaliação quer das condições sociais, económicas e psicológicas, quer das competências (conhecimentos e habilidades) do CF para a execução dos cuidados necessários após o regresso a casa. O CF, face à notícia da alta hospitalar do seu familiar, enfrenta uma situação de crise, consequência da complexidade de cuidados e pelas mudanças que a assunção do novo papel pode desencadear nos seus próprios processos de vida necessitando de ajuda para planear e adaptar as suas rotinas e papéis durante o período de transição (J. F. S. Pereira, 2015; Petronilho, 2007). As incertezas decorrentes da necessidade de cuidar, a insegurança nos cuidados a prestar, o suporte percecionado sobre a rede social de suporte, a condição económica, o tipo de relação com a pessoa cuidada, bem como, a alteração do seu papel social e de lazer são fatores suscetíveis de gerar sobrecarga no CF (Petronilho, 2007). O regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia, assume-se, assim, também como um período de crise para o CF, no qual a intervenção do enfermeiro é essencial por forma a garantir e promover adequadamente o seu papel, motivos que justificam a definição da área temática do nosso estudo, as vivências significativas do CF no regresso a casa da pessoa cuidada.

O enfermeiro de família pode facilitar o processo de transição do CF para o cuidado à pessoa no período perioperatório, à semelhança da sua intervenção noutras transições através da sua capacitação, atingindo um padrão de desenvolvimento familiar eficaz, em que os resultados obtidos, decorrentes das intervenções de enfermagem desenvolvidas com a família, correspondem a ganhos em saúde (M. H. J. S. Figueiredo, 2009). Por forma a compreender a sua intervenção efetiva junto do CF, bem como, qual poderia ser, na visão dos CFs, definiu-se como última área temática do nosso estudo as vivências significativas do CF relativamente ao acompanhamento do enfermeiro de família.

Segundo Coppetti *et al.* (2015) e D. R. Rocha e Ivo (2016) é na fase **pré-internamento** que a pessoa que irá ser submetida a cirurgia se encontra mais vulnerável nas suas necessidades, tanto fisiológicas como emocionais, tornando-se mais propensa ao desequilíbrio emocional. No presente estudo encontramos vivências do CF relacionadas com estas alterações emocionais na pessoa cuidada designadamente, a revolta, a raiva, o aborrecimento e o nervosismo. Estas foram vivenciadas pelo CF como fatores dificultadores neste período, tendo sido desencadeadas pela dor pré-operatória, bem como, pelas suas conseqüentes alterações nas atividades diárias da pessoa cuidada. A vivência relativa à dor no pré-operatório foi encontrada, no presente estudo, nos CFs de pessoas submetidas a Artroplastia da Anca, sendo que, segundo Patrizzi, Vilaça, Takata Trigueiro (2004) a dor no pré-operatório desta intervenção cirúrgica é comum provocando uma intensa limitação funcional e restrição de movimentos, diminuindo a qualidade de vida dessas pessoas. No seu estudo, com pessoas no pré-operatório de cirurgia cardíaca, Knihs, Valmorbida, Lanzoni, Roza e Ghellere (2017) encontraram, também, limitações impostas pela doença, nomeadamente limitações físicas, dor e cansaço. A dor torna-se, portanto, um fator restritivo da capacidade funcional da pessoa, interferindo negativamente na realização pessoal e profissional, assim como no seu bem-estar psicológico e socioeconómico (Knihs *et al.*, 2017). Assim, na nossa opinião, é perceptível que face a estas limitações provocadas pela dor, a pessoa cuidada se encontre numa situação de dependência no autocuidado, extravasando sentimentos negativos, o que seria expetável numa fase inicial de transição para a dependência. Além disso, no seu estudo com pessoas no pré-operatório de revascularização miocárdica, Esplendori, Costa e Talarico (2018) concluíram que a existência de sintomas clínicos que interferem nas atividades

diárias e domésticas relaciona-se de maneira estatisticamente significativa com maiores níveis de stresse, podendo desta forma também justificar o aparecimento dessas alterações emocionais na pessoa cuidada.

Como resultado desta condição da pessoa cuidada, alguns CFs do estudo que apresentamos, revelam um sentimento de impotência para lidar com a dor. A impotência é uma emoção que promove uma atitude negativa face à transição, constituindo um fator dificultador, ao contribuir para que a pessoa deixe de realizar o esforço necessário para resolver o problema e desenvolva estratégias de *coping* (Almeida, 2009). A presença desta emoção pode, assim, justificar o facto de ambos os CFs que a vivenciaram, não terem referenciado nenhuma estratégia de *coping* neste período. Também M. J. Peixoto e Santos (2009) referem que as famílias que apresentam como reações emocionais sentimentos tais como raiva, medo, ansiedade e depressão, são incapazes de resolver e de ultrapassar a situação sem ajuda de profissionais, conceção que pode ter significado no nosso estudo, uma vez que verificámos que alguns dos CFs que vivenciaram sentimentos como impotência, medo e ansiedade não referiram estratégias de *coping* nas suas narrativas, no pré-internamento.

Como resultados do presente estudo, foram, ainda, identificados outros sentimentos dificultadores da transição, como o medo e a ansiedade. Os CFs do nosso estudo relacionaram esses sentimentos com a intervenção cirúrgica, a possibilidade de ocorrência de possíveis complicações e o tempo de espera para a cirurgia, tal como foi encontrado nos estudos de Coppetti *et al.* (2015), Knihs *et al.* (2017), Oliveira (2011) e D. R. Rocha e Ivo (2016). No estudo de Oliveira (2011), estes sentimentos foram relacionados com o facto de os cuidadores serem familiares próximos, o que, apesar de não ter sido referenciado pelos CFs do nosso estudo, consideramos relevante uma vez que todos os CFs possuem uma relação de parentesco próxima com a pessoa cuidada. Relativamente ao tempo de espera, os estudos de Esplendori *et al.* (2018) e Oliveira (2011) revelaram que a espera pela cirurgia se destacou entre os fatores de stresse relatados, sendo provocadora de cansaço e de desespero, tornando-se num aspeto negativo. No estudo de Knihs *et al.* (2017) foi possível compreender quão árdua é a espera de meses pela cirurgia, evidenciando esta situação nas pessoas com limitações de saúde prévias à cirurgia. Esta ideia também é evidenciada no presente estudo, onde se verificou um tempo de espera de meses (entre 44 e 284 dias), mesmo com pessoas que se encontravam com limitações e dor no pré-operatório, sendo que, na nossa opinião, é facilmente perceptível que este tempo se torne mais “penoso” para quem anseia pela cirurgia para resolução das mesmas.

Segundo Coppetti *et al.* (2015), a ansiedade pré-operatória pode, ainda, relacionar-se com a falta de informação acerca dos cuidados no pós-operatório, o que não foi referenciado pelos CFs do nosso estudo. Segundo M. A. C. Brito (2012) podendo este resultado também ser interpretado como positivo, pode, no entanto, traduzir falta de consciencialização face ao que é esperado no exercício do papel de CF, emergindo a necessidade da promoção da sua consciencialização relativamente às implicações que o assumir desse papel traz para a sua vida, passando pelo desenvolvimento de novas competências e promovendo o seu envolvimento. Esta ideia ganha relevância no presente estudo pois somente três CFs referiram a consciencialização para o desempenho do seu papel de CF no período pré-internamento. Para que os CFs consigam criar movimentos de resposta, progredindo na transição, no sentido de uma transição saudável, têm que, anteriormente, se consciencializarem do que estão a viver, tendo perceção das mudanças que a cirurgia provocará na pessoa cuidada e, conseqüentemente, no exercício do seu papel de CF (Coppetti *et al.*, 2015).

No nosso estudo, os ensinamentos realizados pela equipa de saúde dos cuidados de saúde hospitalares, foram vivenciados como fatores facilitadores. Evidenciamos o facto de apenas um dos CFs referenciar a enfermeira dos cuidados hospitalares como responsável pelos ensinamentos. Além disso, verificamos que os ensinamentos relatados pelos CFs dizem respeito à preparação pré-operatória e aquisição de ajudas técnicas, o que vai ao encontro dos resultados do estudo de

Knihs *et al.* (2017) pois os autores verificaram que existe uma preocupação com os ensinamentos relacionados com a preparação física para a cirurgia, deixando de lado questões psicológicas, emocionais e espirituais. Segundo Bayraktar *et al.* (2018) e Gürsoy, Candaş, Güner e Yilmaz (2016), os enfermeiros têm de focar os seus cuidados, não só na vertente técnica, mas também na vertente psicossocial, constituindo a vertente educativa da enfermagem pré-operatória uma forma de gerir esse conflito de emoções. Neste sentido, salientamos, no estudo exposto, a experiência vivenciada pelo CF7 que, apesar de ter tido “(...) *uma consulta com uma enfermeira do hospital que nos disse todos os cuidados a ter.*” (CF7), vivenciou igualmente sentimentos de medo, ansiedade e impotência, não tendo referenciado nenhuma vivência relacionada com a adoção de estratégias de *coping*, o que, na nossa opinião, pode significar que não houve preocupação com a preparação psicológica.

Segundo Maxey e Magnusson (2013) o ensino na saúde é uma contribuição para a mudança de padrões de comportamentos da pessoa e dos seus CFs, reduzindo o período de internamento hospitalar de uma forma segura e eficaz, visando a diminuição da ansiedade da pessoa e o aumento da sua autoconfiança. Desta forma, devem-se promover ações programadas de ensino, quer à pessoa quer aos CFs, com informação, demonstração e treino (Maxey & Magnusson, 2013). O dever educativo por parte da equipa de enfermagem no perioperatório é transversal a qualquer pessoa, no entanto torna-se mais evidente quando o mesmo manifesta medo, dúvidas, inquietações e outros desconfortos psicológicos que podem comprometer a preparação cirúrgica e/ou a recuperação pós-operatória (Breda, 2019). Nesse contexto, em que muitas pessoas não possuem estrutura emocional para suportar os momentos de crise, ressalta-se a importância de o enfermeiro saber identificar sentimentos e ajudar a pessoa a desenvolver estratégias de adaptação, reforçando ações mais adaptadas e proativas (Coppetti *et al.*, 2015; Knihs *et al.*, 2017).

Como resultado do nosso estudo, os CFs identificaram vivências relacionadas com a adoção de estratégias de *coping* internas, nomeadamente, a esperança e a tolerância. Nos seus estudos, K. K. N. Gonçalves *et al.* (2016) e Knihs *et al.* (2017) identificaram a esperança como um sentimento gerador de confiança, acreditando na cirurgia como um meio para resolver a situação de doença com rapidez e acabar com o sofrimento, tal como referenciado pelos CFs do nosso estudo. Os resultados do estudo de Oliveira (2011) são semelhantes aos nossos, pois a autora refere que a forma como se percebe a intervenção cirúrgica permite que, quando a mesma é vista como uma possibilidade de recuperar a saúde e regressar às atividades de vida do quotidiano, livre dos desconfortos causados pela doença, então o momento da cirurgia e a sua recuperação são vivenciados com serenidade, sem medos ou receios. Na opinião de Maciel (2013), a esperança funciona como um motor que impulsiona as pessoas a empenharem-se para ultrapassar as suas limitações. Nos estudos de Almeida (2009), M. A. C. Brito (2012) e Junior *et al.* (2012) verificou-se que as pessoas com sentimentos de esperança envolviam-se mais no processo de recuperação, tinham vontade de participar nos cuidados e estavam muito recetivos aos cuidados de enfermagem, concluindo, por isso, que a manifestação de esperança é reveladora de motivação e envolvimento no processo de transição. Esplendori *et al.*, (2018) concluíram que enfrentar a cirurgia como opção de tratamento para melhorar ou resolver o problema está associado a menores níveis de stresse. As mesmas autoras referiram, ainda, que a estratégia de perceber a cirurgia como opção de tratamento pode estar associada à gestão interna das emoções e conduz a pensamentos relacionados com uma avaliação positiva da situação, em detrimento dos pensamentos focados nos riscos inerentes à cirurgia (ameaça). Assim, esta estratégia de *coping* provavelmente relaciona-se com o desenvolvimento da resiliência, aumentando a capacidade da própria pessoa para superar um evento ou alcançar algum objetivo (Esplendori *et al.*, 2018).

A tolerância é uma das habilidades de enfrentamento mais importantes a ser aprendida, permitindo que as respostas aos eventos de stresse sejam mais adaptativas (Sanzovo & Coelho,

2007). Nos seus estudos com CFs de pessoas dependentes, Cardoso (2011) e Marques (2007) concluíram que CFs mais jovens mostram ter uma menor tolerância aos comportamentos da pessoa cuidada. Perante estes factos, consideramos importante o facto de, no nosso estudo, a tolerância ser uma das estratégias de *coping* internas mais referenciadas pelos CFs no pré-internamento, tendo sido vivenciada por CFs com mais de 63 anos, o que, na nossa opinião e considerando o citado anteriormente, permite ter a experiência e o tempo suficientes para o amadurecimento dessa estratégia adaptativa.

Relativamente às estratégias de *coping* externas adotadas no pré-internamento, os CFs no presente estudo, narraram vivências relacionadas com o apoio familiar e, maioritariamente, com a procura de informação. Foram referidas, no nosso estudo, como fontes de informação os vizinhos, a assistente social e a internet, na procura de informação sobre a dor pré-operatória e as ajudas técnicas. No estudo de Knihš *et al.* (2017) também foram encontradas vivências relacionadas com a procura de informação na Internet, com amigos e familiares, embora na tentativa de esclarecer dúvidas relacionadas com a cirurgia e com os procedimentos anteriores à mesma. Nas narrativas dos participantes desse estudo, tal como no nosso, no período pré-internamento, não há referência à procura de informação junto dos enfermeiros para esclarecer dúvidas. A procura de informação trata-se de uma estratégia de *coping* centrada na transição, na qual o CF recorre à confrontação direta com a realidade, no entanto, as informações obtidas de maneira empírica, por meio da Internet ou amigos que já realizaram a cirurgia, podem ainda gerar mais dúvidas, potencializando o medo e o stresse, podendo, deste modo, não serem facilitadoras da transição (F. R. S. Cunha, 2009; Knihš *et al.*, 2017).

O apoio familiar como fonte de partilha do cuidar foi também referido no estudo apresentado, como uma das estratégias de *coping* externo adotada no pré-internamento pelo CF, tal como no de Esplendori *et al.* (2018) e B. M. P. Rocha (2009). Segundo B. M. P. Rocha (2009) as estratégias centradas no meio, tal como conseguir ajuda da família, modificar as condições da casa, dedicar-se a outros assuntos de interesse, estão relacionadas com estratégias mais orientadas para lidar com o problema, revelando consciência da sua existência e da sua necessidade de resolução. Desta forma, compreendemos, no nosso estudo, a narrativa do fator facilitador autoconhecimento e da estratégia de *coping* partilha do cuidar vivenciadas pelo mesmo CF, pois tendo consciência de si próprio de que “...se eu estivesse mesmo só com ela as coisas não funcionariam assim.” (CF2), procurou na partilha do cuidar “...uma ajuda espetacular da família...” (CF2) para resolver o seu problema. Diante da percepção de stresse e do desenvolvimento de estratégias de *coping*, é imperativo que os enfermeiros no pré-internamento da pessoa que irá ser submetida a cirurgia desenvolvam ações para auxiliar o CF na sua vivência (Esplendori *et al.*, 2018). As estratégias de *coping* têm uma grande importância para otimizar o desempenho do papel do CF, não existindo estratégias melhores para ajudar o CF, mas a utilização da estratégia correta na devida altura pode ser importante para gerir a intensidade do stresse nesta fase (B. M. P. Rocha, 2009).

O **internamento** de um membro da família, em contexto hospitalar, é um desafio familiar que contém bastantes particularidades, provocando uma crise familiar, que afeta todos os seus constituintes, desencadeando um conjunto de sentimentos, necessidades, mudanças e reorganizações familiares (C. Santos & Figueiredo, 2013). Tal como no período pré-internamento, o CF continua a manifestar, no nosso estudo, medo, ansiedade e sentimento de impotência. No entanto, neste período, estes são desencadeados pelo ato cirúrgico em si (possibilidade de complicações e tempo de espera até à saída do bloco operatório), pela dor pós-operatória e pela ausência e separação do familiar. Estes dados são congruentes com os da maioria dos estudos encontrados, que referem que a família vive uma fase de sofrimento quando tem algum dos seus membros internado (Amorim & Salimena, 2015; Arnhold *et al.*, 2017; J. M. S. Carvalho & Figueiredo, 2013; M. G. F. Cunha *et al.*, 2016; Happ, 2013; E. P. P. Pereira, 2011). Oliveira (2011) no seu estudo revelou que, independentemente do grau de parentesco com a

pessoa cuidada, há uma forte preocupação e uma ansiedade muito clara relativa ao desenrolar da doença, sendo que estas atitudes são mais evidentes para quem tem um familiar direto que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica, como é o caso do nosso estudo em que todos os CFs são familiares das pessoas internadas. Percebemos, então, que os CFs ficam frágeis e vulneráveis diante do internamento da pessoa cuidada, vivenciando alguns CFs um sentimento de impotência.

Segundo Soares (2013) a impotência surge associada a esta transição pela ausência de respostas aos requisitos necessários para enfrentar o que está a acontecer e advém da falta de conhecimentos especializados dos familiares, motivo pelo qual a pessoa se encontra internada (porque precisa de cuidados especializados, ficando os familiares impotentes em relação a esta situação). Também Monteiro (2010) refere que a impotência surge da incapacidade para agir ou alterar o rumo da situação. Esta ideia é evidente no presente estudo pois os CFs sentem-se impotentes em relação ao familiar que está internado, sentindo que não podem fazer nada. Perante o citado, é evidente que os CFs precisam de ter conhecimento sobre o estado de saúde do familiar internado e que o facto de terem essa informação os tranquiliza e lhes dá segurança (Soares, 2013). Desta forma, ficam mais conscientes do que realmente se passa, o que contribui para que os CFs caminhem no sentido de uma transição saudável, diminuindo a crise do internamento na família (Soares, 2013). Relacionado com esta afirmação, encontramos no estudo exposto, vivências relacionadas com a ausência de envolvimento do CF por parte dos enfermeiros dos cuidados hospitalares, que surgiram pela falta de conhecimento que os participantes tiveram sobre a saúde da pessoa internada e pela impossibilidade de observar os cuidados prestados. Estas experiências, dificultadoras para a vivência do CF durante o internamento da pessoa cuidada, foram também identificadas nos estudos de Arnhold *et al.* (2017), Breda (2019), Soares (2013) e Tomás (2014), onde os participantes evidenciaram a necessidade de informação e incentivo dos familiares na participação nos cuidados.

De acordo com Avila (2013), a maioria das informações é fornecida no momento da alta e os CFs não têm oportunidades adequadas para rever a informação e elaborar questões, sendo que, desta forma, a continuidade dos cuidados não é assegurada. Neste sentido, é evidente a necessidade de melhorar a preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia, nomeadamente através de um planeamento de cuidados estruturado e organizado, e envolvendo a pessoa e o CF como parceiros (Tomás, 2014).

Para Meleis (2010) a pessoa é um elemento detentor de necessidades, em interação permanente com o ambiente, sendo determinante o seu envolvimento ativo no processo de cuidados. Desta forma, o CF deve ser envolvido nos cuidados prestados no decorrer do internamento, pois o envolvimento é fundamental para que haja uma transição saudável. Nesta lógica surge a parceria dos cuidados de enfermagem com a família, no entanto, esta parceria de cuidados encontra ainda limitações por parte de alguns enfermeiros, que veem a presença dos familiares como uma forma de observação e avaliação do seu trabalho (M. V. N. Brito *et al.*, 2019). A permanência de um membro da família no hospital assume-se útil, não só para acompanhar o familiar internado, mas por outro lado, para ser orientado no seu papel de cuidador (Szarecki, Beuter, & Brondani, 2010). Esta atitude trará ganhos em saúde para a pessoa internada, pois será tratado com mais intimidade e proximidade, ganhos para os profissionais que conseguem estabelecer uma melhor relação com o doente e família, e ganhos para os CFs pois sentem-se mais úteis, mais seguros na continuidade dos cuidados, diminuindo a necessidade de apoio de profissionais de saúde no domicílio e diminuindo o internamento de familiares por incorretos cuidados no domicílio, por falta de preparação e conhecimentos (Soares, 2013).

Num estudo realizado na Escócia, Shawler (2006) concluiu que a pessoa cuidada foi a principal fonte de informações do CF sobre o tratamento e o planeamento de alta, havendo também referência no nosso estudo a esta situação pois um dos CFs refere que “*Eu não fui contactado por nenhuma enfermeira, ela é que contactava com a enfermeira e eu então o que é que*

passaste?” (CF2). Segundo a mesma autora, um terço dos CFs consideraram que não obtiveram informações diretamente, fizeram suposições fundamentadas no conhecimento ou por meio de experiências passadas com circunstâncias similares. No nosso estudo, além da pessoa cuidada, o CF também identificou como fonte de informação no hospital pessoas internadas pelo mesmo motivo e seus familiares – “*A conversa foi com um senhor lá no hospital que tinha sido operado à mesma coisa (...)*” (CF8). Shyu, Chen, Liang e Tseng (2012) relatam que a maioria dos CFs não foi informada sobre os cuidados necessários no domicílio, tal como acontece no nosso estudo onde os CFs revelam falta de conhecimentos e habilidades para desempenhar o seu papel de cuidador. Contrariamente a estes, no estudo de Oliveira (2011), o CF demonstrou satisfação com a recepção de informação sobre a condição de saúde da pessoa internada, o que contribuiu para a satisfação com os cuidados prestados, permitindo ao CF sentir-se melhor preparado para gerir os cuidados após a alta.

O período de internamento da pessoa cuidada é vivenciado de diferentes formas por cada CF, de acordo com diferentes fatores, como sejam a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença (Monteiro, 2010). Este período é caracterizado por desequilíbrio e instabilidade, o que faz com que o CF sinta necessidade de se ajustar à nova situação, sendo necessário uma reorganização social e familiar (Monteiro, 2010). No presente estudo, são referenciadas vivências relacionadas com o impacto que a hospitalização provoca no funcionamento e dinâmicas familiares, nomeadamente no que diz respeito à separação familiar e à substituição dos papéis desempenhados pelo familiar internado, agravada pela ausência de apoio neste período. A separação familiar, no nosso estudo, foi vivenciada por três CFs, esposas, que referiram a falta do familiar internado, semelhante ao encontrado no estudo de Soares (2013), onde o autor refere que esta falta, atestada pelos cônjuges, está relacionada com a complementaridade que existe entre marido e mulher e que quando algum deles é internado existe como que uma desvinculação. A este respeito, Augusto *et al.* (2002) referem que a reação da família ao internamento é influenciada pelo papel e pela função do membro internado, podendo esta situação produzir um vazio emocional e também assistencial quando a ligação afetiva do CF com o familiar internado é grande. Nos estudos de Espinha e Amatuzzi (2008), Monteiro (2010), L. Silva, Bocchi e Bousso (2008) e Szarecki *et al.* (2010) também existem referências à separação familiar, aludindo à ausência do que é habitual na família pelo motivo do internamento de um membro da mesma.

Aquando do internamento de um membro, a família tem necessidade de se reestruturar, uma vez que os papéis que a pessoa internada tinha na família, vão ficar sem ninguém para os executar (Soares, 2013). Surge, por isso, a necessidade de substituição de papéis, vivenciada no presente estudo, bem como nos estudos de Monteiro (2010), Oliveira (2011) e Soares (2013). No nosso estudo, assumir o papel do cuidado doméstico foi vivenciado como uma dificuldade por CFs do sexo masculino, uma vez que tiveram de assumir responsabilidades que nunca tinham desempenhado. Podemos então verificar, tal como Soares (2013) que assumir os papéis da pessoa internada tornou-se difícil, uma vez que os participantes não estavam ambientados aos mesmos, sendo complicado assumi-los de um momento para o outro, sem haver uma preparação prévia. Esta situação ocorre, no estudo apresentado, agravada pelo facto de estes CFs não possuírem apoio durante o internamento do familiar, referindo “*Ela é a minha única companhia.*” (CF1), “*...porque também não tenho onde ir comer.*” (CF2) e “*Não tinha cá mais ninguém com quem estar.*” (CF10).

Vivenciar o internamento da pessoa que se cuida perturba psicologicamente o CF levando à existência de momentos de tensão psicológica, que se manifestam por existência de stresse e ansiedade, o que faz com que o CF desenvolva estratégias de *coping* para combater esta situação, que visam fundamentalmente aguentar o equilíbrio emocional ou ajudar a lidar diretamente com a situação (Soares, 2013). Segundo M. Batista (2007) o suporte pode ser considerado um dos mais relevantes amortecedores do efeito de diversos agentes de

instabilidade e stresse na vida das pessoas, pelo que quem tem um bom suporte consegue tolerar de melhor forma as situações complicadas que vivencia.

No nosso estudo, as estratégias de *coping* externo vivenciadas pelos CFs no internamento estão relacionadas com a procura de fontes de suporte, nomeadamente, o apoio familiar, o apoio de amigos, a comunicação com os enfermeiros e o apoio social da USF. Através das narrativas dos participantes do presente estudo podemos perceber que estas estratégias foram desenvolvidas no sentido de procurar mais informação acerca da intervenção cirúrgica e suas implicações, em pessoas que já passaram por experiências semelhantes, bem como, do empréstimo de ajudas técnicas através do apoio social. Há, ainda, referência no nosso estudo ao apoio familiar como estratégia de colaboração para o desempenho de tarefas que durante o internamento ficam a cargo do CF. Este aspeto foi também referido no estudo de Dallalana e Batista (2014) pois as autoras referem que a família, funciona como recurso para um momento de stresse e de sofrimento, como o internamento, através de ações de colaboração e apoio mútuo, como a rotatividade entre os membros familiares. A procura de suporte foi também identificada nos estudos de Mingote (2018), Monteiro (2010), Nunes (2008) e Soares (2013). Com efeito, os CFs procuram ter um suporte de forma a reforçarem os seus conhecimentos e habilidades, a possuírem orientações sobre os recursos na comunidade e suporte emocional e a negociar responsabilidades (Monteiro, 2010). A rede familiar colabora, está disponível e ajuda os CFs que precisam de apoio, isto é, os que vivem esta problemática do internamento de forma mais intensa, tentando sempre proteger e ajudar estas pessoas; os amigos são recursos da comunidade para as famílias como figuras de apoio e ajuda, neste processo, facilitando a adaptação; e os profissionais de saúde são, também, uma rede de apoio utilizada pelos CFs, devido, essencialmente, à sua proximidade e ao domínio da informação (Soares, 2013). Desta forma, a procura de suporte como estratégia de *coping* externa proporciona um aumento de segurança e de força para combater o dia a dia do CF, em situações complicadas, como é o caso do internamento da pessoa cuidada (Ross & Mirowsky, 2002). Podemos então verificar, tal como Soares (2013) que as estratégias de adaptação estão intimamente relacionadas com o ambiente e a sociedade em que o indivíduo está inserido, como é o caso da rede de suporte disponível, interferindo na vivência desta transição.

Soares (2013) refere que as necessidades mais comuns da família são muito concretas, uma vez que estas têm de aliviar os seus temores e encontrar soluções para as suas dificuldades, referindo a necessidade de informação e a necessidade de acompanhar a pessoa internada como das mais importantes e frequentes. No estudo exposto, é evidente esta necessidade, e os CFs no sentido de as satisfazer adotaram estratégias de *coping* internas como a manutenção da comunicação com o familiar, através do telemóvel, e a visita ao hospital. Segundo M. J. Peixoto e Santos (2009), as famílias que possuem grande capacidade de comunicação tendencialmente encaram as situações numa perspetiva positivista, possuindo mais viabilidade na adaptação a situações de stresse, por isso, a comunicação constitui-se como uma estratégia facilitadora. Avila (2013) e Soares (2013) consideram que a visita é uma forma de proximidade entre o CF e a pessoa cuidada e que a mesma gera segurança aos familiares, já que visualizam como o processo de internamento decorre. Szareski *et al.* (2010) acrescentam que esta proximidade ajuda os CFs a ultrapassar esta situação de forma mais segura e menos traumática psicologicamente, porque não existe quebra do vínculo relacional de forma tão intensa. Os CFs consideram que o acompanhar constantemente o doente, lhes proporciona apoio e ajuda a ultrapassar a situação, pelo que, querem permanecer junto dele (Monteiro, 2010; Nunes, 2008; L. Silva *et al.*, 2008; Szareski *et al.*, 2010).

Apesar de tudo o referenciado até ao momento, o período de internamento também pode ser encarado de forma positiva, transmitindo segurança nos cuidados (Oliveira, 2011). No nosso estudo há também vivências relacionadas com este aspeto, sendo que manter uma atitude positiva face a internamento foi uma das estratégias de *coping* internas adotadas. Segundo

Soares (2013), esta estratégia consiste nos esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. No estudo de Mingote (2018) também há alusão a esta estratégia pois o autor conclui que 54,5% dos CFs concordaram em definir o problema de forma positiva, e que 60,6% mostraram ser fortes perante a situação. A tolerância perante as adversidades foi também, no nosso estudo, vivenciada como um dos fatores facilitadores durante o internamento da pessoa cuidada.

Depois de os CFs passarem por uma crise e uma transição que é ter a pessoa cuidada internada, irão iniciar outra que é o **regresso a casa** da pessoa submetida a cirurgia que necessita dos seus cuidados no domicílio (Soares, 2013). Será necessário uma nova reorganização familiar e de papéis para que se consiga ultrapassar esta situação (Soares, 2013).

Assumir o papel de cuidar de alguém após a alta hospitalar é um processo complexo que provoca muitas dificuldades, perante as quais os CFs desenvolvem sentimentos que são fruto da vivência deste processo (Monteiro, 2010). O medo foi vivenciado por alguns CFs do nosso estudo, associado à dependência da pessoa cuidada (ameaça à sua integridade física ou necessidade de apoio quando o CF está ausente), à insegurança nos cuidados e às limitações futuras da pessoa cuidada. No estudo de Monteiro (2010), a autora relaciona o medo com a ausência de informação/formação o que também pode explicar, no estudo apresentado, o facto de alguns dos CFs que referenciaram medo, vivenciarem também dificuldades no cuidar relacionadas com a falta de capacitação. A este propósito Sousa *et al.* (2004) refere que a maioria dos CFs são pessoas que não têm formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados, nem estão emocionalmente preparados para assumir a responsabilidade das mesmas.

Pelos discursos apresentados percebemos que os CFs do presente estudo se sentem pouco capazes para lidar com o regresso a casa da pessoa cuidada, referindo vivências relacionadas com a falta de capacitação para o seu desempenho de papel como cuidadores, designadamente, para as atividades de autocuidado, para a gestão do regime terapêutico e para a adaptação às barreiras arquitetónicas. Estes resultados são semelhantes aos de Jukemura (2002), Monteiro (2010), Morais (2010) e E. P. P. Pereira (2011), nos quais foi percecionado, durante as entrevistas, a insegurança do CF no desempenho dessas tarefas. Também no estudo de Oliveira (2011) foi sugerido pelos CFs facilitar informação face à situação da pessoa cuidada em todo o processo cirúrgico, bem como, criar condições para que o CF possa acompanhar a pessoa cuidada no domicílio. No estudo de Soares (2013), os CFs referiram sentir-se preparados e com segurança para ter os familiares em casa, tendo o autor justificado esta situação pela experiência no cuidar de alguns destes CFs. Este aspeto também é referenciado por Melo *et al.* (2014) e Ferreira (2013), identificando a experiência anterior de cuidar de outros membros dependentes como facilitadora do processo de cuidar da pessoa dependente. No nosso estudo, verificamos que os CFs que já eram cuidadores da pessoa previamente à cirurgia não referiram vivências relacionadas com a falta de capacitação. No entanto, existem CFs com experiências prévias no cuidado a pessoas dependentes, mesmo por motivos cirúrgicos, que, embora as reconheçam como facilitadoras da transição, continuam a referir vivências relacionadas com a falta de capacitação. Esta situação encontra-se relacionada com as especificidades da própria cirurgia, como o uso de ajudas técnicas, a mobilização do membro operado, e com o passar demasiado tempo, como é exemplo a seguinte narrativa: *“A nossa primeira filha era deficiente mental profunda e eu tratei sempre dela até aos 17 anos, que foi quando ela faleceu. Portanto esta aprendizagem já vem de trás. Embora seja totalmente diferente uma coisa da outra. Mas fica sempre aquela maneira de a gente fazer isto ou aquilo. Embora também já tenha sido há muitos anos. (...) eu nem fazia ideia como era a recuperação, porque nunca tinha acontecido, nem mesmo a ninguém da família e nenhum enfermeiro nunca explicou.”* (CF8).

Alguns CFs do nosso estudo vivenciaram o regresso a casa como um período de sobrecarga, isto porque referenciaram um conjunto de problemas de diferentes dimensões que surgem da necessidade de cuidar da pessoa submetida a cirurgia. A sobrecarga diz respeito ao conjunto de

problemas físicos, psicológicos e socioeconômicos que surgem da necessidade de cuidar, sendo esta suscetível de afetar a vida do CF em vários aspetos, desde as relações familiares e sociais, à carreira profissional, influenciando, ainda, a intimidade, o equilíbrio emocional e a liberdade (Sousa *et al.*, 2004). Sequeira (2010) também refere que a prestação de cuidados a pessoas dependentes no domicílio está frequentemente associada a uma série de repercussões pessoais, sociais e económicas, que habitualmente se denominam de sobrecarga. Desta forma, no nosso estudo os CFs vivenciaram os efeitos negativos do cuidar sobre si próprios, identificando problemas relacionados com a sua condição física, alterações do sono, substituição de papéis, tempo / disponibilidade para cuidar, conflito de papéis, saturação do papel, expectativas quebradas no desempenho do papel e falta de reconhecimento. Assumir o cuidar de um familiar com dependência provoca uma sobrecarga física, emocional que é difícil de suportar, pois é uma experiência que obriga os CFs a redefinir as relações, as obrigações e capacidades (E. P. P. Pereira, 2011).

Relativamente à sua condição física alguns CFs do presente estudo vivenciam-na como dificultadora pois condiciona o desempenho do seu papel como CF pela falta de força, pelas dores e pela exigência de cuidados noturnos num CF asmático. É importante salientar que estas vivências foram identificadas, no nosso estudo, na totalidade por CFs idosos, evidenciando o impacto negativo do cuidar nos cuidadores nesta fase da sua vida que, simultaneamente, vivenciam as alterações decorrentes do seu processo de envelhecimento (Botelho, 2008; A. Santos, 2004; Sousa *et al.*, 2004). Monteiro (2010) e Sequeira (2010) verificaram que desempenhar o papel de CF cobre-se de um risco potencial de doenças, quer sejam físicas e/ou mentais, podendo ocorrer um agravamento do estado de saúde do CF o que, na nossa opinião, no caso de os CFs serem idosos, assume ainda mais relevância. No seu estudo Ferreira (2013) refere que as dificuldades físicas são um fator dificultador pois os CFs sentem-se incapazes de desempenhar convenientemente as suas tarefas, pela necessidade de esforço físico.

Pode-se perceber, no estudo exposto, a dedicação do CF ao cuidar, também, durante a noite, ocorrendo muitas vezes interrupções no seu sono, não permitindo o seu descanso tranquilo e ininterrupto, impedindo-o de se restabelecer fisicamente. No estudo de Jukemura (2002) a autora também verificou alterações no sono da pessoa cuidada após a cirurgia, o que acabou por interferir diretamente com o sono do CF.

No nosso estudo, a substituição de papéis permanece, tal como no período de internamento, como uma vivência dificultadora no regresso a casa, relacionada com o desempenho de tarefas domésticas e com o cuidar de uma criança. Relativamente às tarefas domésticas, estas constituem um obstáculo para os CFs do sexo masculino do presente estudo. Sousa *et al.* (2004) também abordam este aspeto pois referem que quando as esposas adoecem ou ficam incapacitadas, são os homens que satisfazem as necessidades de cuidados pessoais e assumem as tarefas da casa. Os nossos resultados também são coincidentes com os do estudo de Oliveira (2011), pois esta autora refere que a gestão de tarefas é feita pelo CF para que, o doente, nomeadamente o doente feminino, recupere sem se preocupar com as tarefas da casa. Percebemos, no estudo apresentando, que a família com filhos pequenos, cuja mãe se encontra dependente, necessita de apoio nos cuidados ao filho, sendo a avó a garantir estes cuidados. Esta ideia vai de encontro às afirmações de Minuchin (2008) que refere que o suporte dado pela família alargada, cuidando das crianças, é extremamente importante, e de Hanson (2005) que refere que a família alargada, durante a doença, pode servir como um valioso apoio de retaguarda, como vigilante, válvula de segurança, e força estabilizadora para as crianças e suas famílias.

A disponibilidade para cuidar diz respeito à vivência de alguns dos CFs do nosso estudo em função do papel de cuidador, restringindo a sua ação ao domicílio e a todas as atividades que desempenha nele. Estes CFs deixam de viver a sua autonomia e a sua vida para viver em virtude da pessoa doente, sendo que esta perspetiva de estar sempre junto da pessoa cuidada é

geradora de limitações para a pessoa cuidada e para o próprio CF (Soares, 2013). Para a pessoa cuidada porque o facto de estar sempre um familiar junto, faz com que este crie uma dependência que por vezes não é tão necessária evitando desenvolver-se uma autonomia (E. P. P. Pereira, 2011). Para o CF, podendo levar à exaustão, tal como foi demonstrado pelo estudo de E. P. P. Pereira (2011). Neste âmbito, Monteiro (2010) refere que a frequência de cuidados prestados pelos familiares ao membro dependente, depende de vários fatores, nomeadamente, do grau de dependência e do apoio intra e extra-familiar. No presente estudo apesar de alguns CFs partilharem o cuidado com outros membros da família, referem igualmente vivências relacionadas com a disponibilidade total para cuidar, o que na nossa opinião significa que apesar de o CF partilhar o cuidado, essa condição parece não ser suficiente para aliviar a preocupação, dedicação e tempo dispensado com a pessoa cuidada.

O conflito de papéis foi vivenciado por alguns CFs do nosso estudo porque o papel de CF tornou-se incompatível com as suas atividades recreativas. A tarefa de cuidar exige muito tempo e dedicação, podendo mesmo levar o CF a abdicar do tempo que até então necessitava para a concretização de objetivos pessoais, para se dedicar à tarefa de cuidar (Monteiro, 2010). Este aspeto é também referenciado por M. H. J. S. Figueiredo (2009) que menciona as restrições do tempo livre como resultantes da combinação de uma série de fatores, nomeadamente: ausência ou insuficiência de apoio externo, intensas necessidades de cuidado, existência e exigência de atividades profissionais, levando mesmo o cuidador a sentir culpa por pensar que ao utilizar esse tempo para si está a abandonar o doente.

O reconhecimento social do papel do CF é referenciado por vários autores como fonte de satisfação associada ao cuidar (Andrade, 2009; Ferreira, 2013; Meeker, Finnelli, & Othman, 2011; Sotto-Mayor, Ribeiro, & Paúl, 2009). Para Andrade (2009) o reconhecimento é um fator de alívio do CF, referindo-o como determinante para se sentir mais motivado para continuar a cuidar do seu familiar. Sotto-Mayor *et al.* (2009) afirmam que o reconhecimento associado à valorização por parte dos outros é um aspeto positivo relativamente à tarefa de cuidar. Desta forma, compreendemos a vivência dificultadora percebida por um dos CFs do nosso estudo, associada à falta de reconhecimento por parte da pessoa cuidada.

Para além das dificuldades relacionadas consigo próprios, os CFs do nosso estudo vivenciaram dificuldades relacionadas com a pessoa cuidada, estando relacionadas, maioritariamente, com a sua dependência nos autocuidados, tal como encontrado nos estudos de Monteiro (2010), Avila (2013), Jukemura (2002) e Oliveira (2011). A dependência nos autocuidados influencia a sobrecarga do cuidador, pois quanto mais dependente a pessoa cuidada for, maiores serão os cuidados prestados e conseqüentemente maior o peso para o CF (Avila, 2013; Mingote, 2018; Nardi & Oliveira, 2009; Shyu *et al.*, 2012). No estudo apresentado verificamos uma situação semelhante em dois dos CFs, cuja pessoa cuidada possuía um grau de dependência severa, que nas suas narrativas já no regresso a casa referiram vivências relacionadas com a saturação do papel, evidenciando o cansaço físico e psicológico decorrente do cuidar de uma pessoa com dependência severa. Relativamente ao CF12, cuja pessoa cuidada não possuía um grau de dependência severa, mas que também referiu vivências relacionadas com a saturação de papel, evidenciamos o facto de este CF já ser cuidador de outra pessoa dependente no domicílio, tal como se pode verificar na sua narrativa: *“Foi muito cansativo porque também tenho o meu pai lá em casa doente e também precisa de muitos cuidados e depois ela, fiquei muito cansada; às vezes a minha cabeça já nem sabia a quem acudir.”* (CF12). No nosso entender esta situação reforça a necessidade de uma preocupação antecipada com os CFs, ainda maior nos que já possuem pessoas dependentes de quem cuidam, na avaliação das condições e recursos para cuidar de uma nova pessoa dependente, prevenindo a sobrecarga.

Segundo M. I. Carvalho (2012), o suporte prestado por CFs do sexo masculino é, na sua maioria, ao nível do lazer e da gestão dos bens, enquanto que CFs do sexo feminino exercem, atividades relacionadas com o autocuidado da pessoa cuidada. Este aspeto, evidenciando uma questão de

gênero, não se verifica no nosso estudo, onde os CFs do sexo masculino também referem vivências relacionadas com ajuda nos autocuidados à pessoa dependente.

Segundo F. Pereira (2012) ser cuidador de doentes dependentes no domicílio requer uma constante aprendizagem, conhecimentos e habilidades baseados nas necessidades dos cuidadores, sejam de formação/informação, físicas, psíquicas e sociais. Segundo Monteiro (2010), a informação recebida vai capacitar o cuidador para realizar de forma competente o seu papel após a alta da pessoa internada, promovendo a sua permanência no contexto familiar e social. No entanto, Brereton, Carroll e Barnston (2007) referem que a capacitação suportada somente em estratégias informativas não são eficazes para a formação do CF, alertando ainda para o facto da integração da informação em CFs já idosos com os efeitos próprios do envelhecimento sobre as capacidades cognitivas, o que é relevante para o nosso estudo já que metade dos CFs são idosos. A maioria dos CFs do nosso estudo vivenciaram esta falta de capacitação para cuidar, referindo quer falta de informação, quer falta de treino nas habilidades de autocuidado, havendo também referência à falta de consciencialização antecipada, que não permitiu que os CFs preparassem antecipadamente a transição da pessoa cuidada do internamento para o domicílio, como se pode observar na seguinte narrativa: *“Assim, foi chegar a casa e ver as dificuldades e resolver em cima da hora. Os primeiros dois dias foi ali andar um bocadinho a apalpar. Tinha medo de o magoar ao deitá-lo, porque nunca tinha feito, nem nunca vi ninguém a fazer. Eles só o levantaram no último dia e não o levantaram quando eu estava. Nunca ninguém me chamou para eu ver ou para me ensinar. Aliás, no dia da alta ele já estava na sala de espera com as coisas todas à minha espera para o ir buscar. Eu fui direta ao quarto e ele não estava e só me disseram onde ele estava, mas nem foram os enfermeiros, foram uns senhores que estavam no quarto com ele. Ele estava prontinho para vir embora e viemos embora.”* (CF8). Contrariamente ao nosso, no estudo de Soares (2013) os participantes referenciaram como um grande apoio ensinamentos para a continuidade de cuidados realizados pelos enfermeiros aos CFs, sobre os cuidados a prestar no domicílio, fazendo referência ao treino nas atividades de autocuidado. Monteiro (2010) e E. P. P. Pereira (2011) nos seus estudos referem que os CFs sentem-se mais seguros e preparados para a alta do membro internado com dependência, quando no decorrer do internamento tiveram um ensino estruturado de como prestar cuidados no domicílio.

A dor pós-operatória da pessoa cuidada continua a constituir um foco de preocupação e dificuldade para alguns CFs que não possuem conhecimentos para lidar com a mesma, sendo este aspeto também referido no estudo de Oliveira (2011). Nesta perspetiva salienta-se que os CFs que identificaram como facilitadores os conhecimentos transmitidos pela equipa de enfermagem na alta hospitalar, não identificaram a dor como dificultadora, evidenciando os benefícios dos ensinamentos de enfermagem efetuados.

Segundo Avila (2013), os CFs apresentam um nível significativo de preocupação, especialmente nas duas primeiras semanas após a alta hospitalar, relacionado, nomeadamente, com as modificações na habitação. No presente estudo, as condições habitacionais, concretamente a presença de barreiras arquitetónicas, como as escadas e a banheira, constituíram vivências dificultadoras no regresso a casa do familiar, demonstrando alguns CFs falta de capacitação antecipada sobre adaptação às mesmas - *“Depois também quando chegamos, vimos que era melhor ficar num quarto aqui em baixo ao pé da casa de banho. Andei à pressa a fazer a cama e tirar uns móveis para ele andar mais à vontade.”* (CF8). Estes aspetos são referidos nos estudos de Jukemura (2002) e Oliveira (2011) onde a aquisição de ajudas técnicas, bem como, as adaptações no domicílio foram efetuadas por iniciativa própria, sem orientação dos profissionais de saúde.

No nosso estudo, verificamos, também, que existem determinadas famílias que, pela sua configuração, se revelam mais dificultadoras à adaptação ao desempenho do papel do CF. É o caso das famílias pequenas, muitas vezes, nucleares sem filhos, ou a presença de membros da

família que vivem distantes, condições que impossibilitam ou dificultam o apoio familiar. A definição rígida de papéis familiares foi também referenciada por alguns CFs como dificultadora na substituição dos papéis desempenhados exclusivamente pelo familiar agora dependente. Sobre estes aspetos, Nardi e Oliveira (2009) referem que após uma cirurgia, no período pós-alta, o desempenho do papel de CF pode ser afetado pela composição familiar, distribuição de poder, autonomia e padrões de comunicação.

Apesar das dificuldades vivenciadas na tarefa de cuidar, no estudo apresentado também constatamos que existe uma percepção positiva acerca do desempenho do seu papel, demonstrando satisfação e prazer em cuidar, o que constitui um elemento facilitador do processo de transição do CF. Estes resultados vão ao encontro aos relatados no estudo de Jukemura (2002). Segundo B. M. P. Rocha e Pacheco (2013) é necessário eliminar a premissa de que o cuidar de um dependente é obrigatoriamente uma situação geradora de dificuldades nos níveis emocional, físico, econômico e social, referindo que a atividade de cuidar de um ente querido também pode vir acompanhada de recompensas de satisfação e que as crenças, os sentimentos e os valores positivos são fundamentais para sua qualidade de vida. Avila (2013) acrescenta, a este respeito que os CFs que possuem expectativas positivas e crenças fortes sobre as suas habilidades para cuidar dos seus familiares podem ser mais capazes de permanecerem motivados e positivos sobre o seu papel, causando essa experiência menos sobrecarga.

De forma a enfrentar o regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia, os CFs adotaram estratégias de *coping* internas e externas. A organização familiar no processo de cuidar constituiu uma mais-valia para a pessoa cuidada e para o CF, constituindo o apoio familiar para a partilha de tarefas com outros membros da família, uma estratégia de *coping* externo. Segundo Oliveira (2011), os familiares que experienciam esta situação de cirurgia de um dos seus membros têm necessidade de reestruturar e adaptar a sua vida à nova condição de CF. No seu estudo, os CFs revelaram uma relação de interajuda muito evidente, havendo uma grande disponibilidade por parte da família no âmbito da gestão das tarefas de casa e nos cuidados a ter com a pessoa cuidada. Andrade (2009), M. A. C. Brito (2012), Sequeira (2010) e Soares (2013) referenciaram nos seus estudos que a ajuda familiar na prestação de cuidados contribui para a diminuição da exigência dos cuidados e contribui para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores. No entanto no seu estudo B. M. P. Rocha (2009) mencionou o facto de cuidadores informais secundários também poderem constituir uma fonte de stresse para o CF, pois os outros potenciais cuidadores poderão ausentar-se das responsabilidades, aumentando o sentimento de desigualdade entre eles. Esta situação não se verificou no nosso estudo, onde a partilha do cuidar com elementos da família e o apoio de terceiros se revelaram estratégias facilitadoras. Os participantes do estudo de Oliveira (2011) também vivenciaram a divisão de tarefas como uma das soluções, tornando-se uma estratégia de *coping* valiosa para o CF, deixando espaço para este, por exemplo, preservar as suas atividades recreativas. No estudo de Avila (2013), a partilha de cuidados demonstrou promover a sua saúde mental do CF, porém sem reduzir a sobrecarga do mesmo. No nosso estudo verifica-se que, para além do apoio familiar, o apoio de terceiros, como os amigos, as vizinhas ou mesmo o recurso às faltas para assistência à família, constituíram fontes de apoio dos CFs.

A gestão eficaz do tempo, priorizando as tarefas que o CF considera primordiais é uma das estratégias de *coping* internas desenvolvida por alguns CFs do nosso estudo. Segundo Oliveira (2011), os participantes do seu estudo consideraram primordial a preocupação com a recuperação e bem estar do familiar, em sobreposição às tarefas domésticas ou ao seu autocuidado. D. Figueiredo (2007) destaca a este propósito que as restrições do tempo livre são reais e dificultam muito o ambiente familiar e a vida da própria pessoa, uma vez que a família dedica muito do seu tempo para a pessoa dependente.

O recurso a atividades lúdicas e o apoio de amigos é um mecanismo de *coping* que contribui para a diminuição da sobrecarga do cuidador. Este facto parece estar relacionado com a restrição

social, uma vez que a interação social minimiza este fator dificultador, diminuindo assim as repercussões negativas associadas ao cuidar percebidas pelos cuidadores (M. J. Peixoto & Santos, 2009; B. M. P. Rocha, 2009). No nosso estudo há também referência, por alguns CFs, à manutenção das atividades recreativas como estratégia de *coping*.

O recurso à religiosidade é uma das estratégias de *coping* interna mais referenciadas pelos CFs do nosso estudo. Segundo Oliveira (2011) o facto de os CFs acreditarem em Deus, levam a que estes o invoquem para os ajudar a superar o seu momento de stresse, pois é consensual, o peso que a religiosidade e a espiritualidade têm no bem-estar da pessoa. De acordo com Jukemura (2002), a crença religiosa pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Mingote (2018), refere que a busca da espiritualidade constitui uma importante fonte de suporte emocional, que parece influenciar positivamente o seu bem-estar, especialmente nas formas de lidar com o stresse. A mesma autora acrescenta, ainda, resultante do seu estudo, que os CFs na sua maioria reformados, terão maior disponibilidade para a prática religiosa. Efetivamente, no nosso estudo, os CFs que identificaram a crença religiosa como estratégia de *coping* foram os participantes mais velhos, todos reformados. A fé, quando presente na vida dos CFs do presente estudo parece oferecer apoio e a certeza de que não estão sós, permitindo-lhes aceitar melhor a realidade auxiliando na perspectiva de melhora da pessoa cuidada.

A focalização nos aspetos positivos foi também uma das estratégias de *coping* interna adotada pelos participantes no nosso estudo. Encarar o problema de forma positiva consiste numa procura de alternativas com a finalidade de resolver o problema, com benefício para a pessoa cuidada, isto é, os CFs, possivelmente, sentem-se na obrigação de enfrentar a situação de maneira positiva para que o familiar sinta e encare a doença da forma mais natural possível (L. O. Gonçalves, Ferreira, Zanini, Vasconcelos, & Gonçalves, 2015). No estudo de Soares (2013) também há referência a este aspeto, mencionando que o CF deve ser orientado para procurar o lado positivo das situações.

A coabitação foi uma das estratégias de reorganização familiar referenciada por alguns CFs do estudo exposto. A permanência temporária na mesma habitação permite uma maior proximidade entre o CF e a pessoa cuidada, essencial para a satisfação das necessidades da pessoa cuidada (Soares, 2013).

A esperança, percebida por alguns CFs do nosso estudo como uma estratégia de *coping*, é considerada por Cavaco *et al.* (2010) como um dos aspetos centrais no cuidar, uma vez que esta contribui para o aumento da capacidade para lidar com situações de crise, estando associada à menorização do sofrimento. Segundo os mesmos autores, a esperança, surge, assim, como um sentimento positivo, ajudando o CF a validar as suas experiências de uma forma mais eficaz. Deste modo, podemos inferir que a esperança auxilia a pessoa a lidar com a dor do momento e com a incerteza do futuro de uma forma mais eficaz, pelo que é vital considerá-la em todos os contextos da vida humana (Pinto, Caldeira, & Martins, 2012)

Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, focando as respostas da família aos seus problemas, pelo que se tornou impreterível a compreensão da vivência da transição do CF para o cuidado à pessoa no perioperatório, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição (M. H. J. S. Figueiredo, 2009). De seguida analisamos as vivências dos CFs relativas à intervenção do **enfermeiro de família** neste processo de transição.

As narrativas dos CFs do nosso estudo relativamente ao acompanhamento do enfermeiro de família no período perioperatório revelam que a maioria dos CFs recorre ao enfermeiro de família, referenciado por outros profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares, para tratamento às feridas cirúrgicas da pessoa submetida a cirurgia. Estes fatos

corroboram com o estudo de M. S. N. Silva (2010) relativo à informação de enfermagem partilhada e à acessibilidade aos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar. Segundo a autora, os resultados revelaram que os focos de atenção de enfermagem mais frequentes nos enunciados dos diagnósticos de enfermagem se associam ao domínio dos “*Tegumentos*”, onde os focos de atenção “*Ferida cirúrgica, Ferida traumática, Úlcera venosa e Úlcera de pressão*” são preponderantes. Segundo M. S. N. Silva (2010) os domínios do conhecimento e aprendizagem de habilidades, de extrema relevância na preparação do doente no regresso a casa, são pouco relevantes na partilha de informação, mesmo quando o autocuidado está comprometido no momento da alta hospitalar, realçando, também, a pouca relevância atribuída ao domínio do informar. A desvalorização sobre a importância da transmissão de informações, por parte dos enfermeiros dos cuidados hospitalares ao doente, também foi evidenciada no estudo de Sayin e Aksoy (2012). Os mesmos autores concluíram que os enfermeiros tinham consciência de que não desempenhavam uma intervenção eficaz na transmissão de informações, tanto ao doente como à sua família, e os motivos que apontaram para essa lacuna foram a falta de conhecimentos e a escassez de recursos humanos ajustados às necessidades institucionais. Apesar desta lacuna relativa à continuidade de cuidados, onde é valorizada apenas a vertente curativa dos cuidados de enfermagem, no nosso estudo os CFs reportam-se também ao papel do enfermeiro de família para esclarecimento de dúvidas. Quando nos referimos ao papel do enfermeiro de família para esclarecimento de dúvidas, aludimos às vivências referenciadas no nosso estudo, relativas ao esclarecimento que estes fazem ao CF sobre os cuidados à pessoa dependente e sinais de alerta relacionados com a intervenção cirúrgica. Consegue-se perceber, tal como no estudo de Soares (2013) que em alguns casos são os próprios enfermeiros que assumem uma atitude ativa e falam com os familiares, transmitindo-lhes informações, mas em outros casos, já são os familiares que tomam uma atitude de busca de informação. Este processo de informação estabelecido entre a família e os profissionais de saúde assume um papel fundamental na aceitação de doença (Moreira, 2002).

Os CFs, nas suas narrativas fazem referência à carta de enfermagem como meio para a transmissão de informação e continuidade de cuidados. Breda (2019) no seu estudo aponta a existência de algumas falhas na transmissão de informações escritas durante o período de internamento dos doentes cirúrgicos, sugerindo uma comunicação eficaz com o doente e o seu cuidador, recorrendo ao uso de ferramentas de informação escrita, nomeadamente panfletos ou outro suporte escrito. Tomás (2014) também reforça as intervenções educativas à pessoa e CF, com material educacional escrito para ajudar a aumentar e a consolidar o conhecimento. A mesma autora refere que a comunicação escrita se revelou um importante aliado na aquisição e desenvolvimento de competências da pessoa e seu CF no sentido da sua adesão e participação ativa nos cuidados propostos, facilitando a aprendizagem e a interiorização/memorização da informação fornecida e, assegurando a continuidade do seu plano educacional. Ao ter acesso a informação fiável disponível para leitura posterior, possibilitando à pessoa e CF superar eventuais dificuldades ou dúvidas na prática quotidiana dos cuidados, confere segurança, possibilitando o assegurar o cuidado do outro. No entanto, no nosso estudo verifica-se, tal como já referimos anteriormente, que esta se centra na continuidade de cuidados relativamente às feridas cirúrgicas, desvalorizando todas as outras implicações ligadas ao cuidar da pessoa dependente no regresso a casa.

Como fatores facilitadores da intervenção do enfermeiro de família, alguns CFs do presente estudo revelaram satisfação com o atendimento, nomeadamente, a simpatia, o reduzido tempo de espera e a perceção de bom atendimento. Estes fatores também foram identificados no estudo de F. Mendes, Mantovani, Gemito e Lopes (2013) onde os participantes enfatizaram a acessibilidade, a pontualidade e a satisfação, traduzindo isto para uma maior qualidade dos cuidados.

Relativamente à importância do enfermeiro de família no período pré-operatório, alguns CFs percebem como importante a sua possível intervenção para apoio psicológico e na preparação antecipada da pessoa e seu CF para lidar com as dificuldades no perioperatório. Esta necessidade de intervenção no pré-operatório foi já identificada em vários estudos de investigação. No seu estudo, Oliveira (2011) concluiu que o envolvimento do cuidador, no projeto terapêutico da pessoa que irá ser submetida a cirurgia, constitui uma ferramenta imprescindível para otimizar a capacidade da mesma para o cuidar e para, simultaneamente, preservar a sua vida familiar e garantir cuidados mais personalizados à pessoa que irá ficar dependente. Segundo Tomás (2014), identificar o mais precocemente possível as necessidades da pessoa, para a reabilitar e capacitar conjuntamente com o seu CF, possibilita ao enfermeiro um cuidado humanizado, centrado na pessoa. A investigação de Breda (2019) permitiu apurar que de um modo global os cuidadores consideram receber pouca informação no período pré-operatório. D. R. Rocha e Ivo (2016) mencionam que os enfermeiros devem concentrar-se num plano de intervenção que envolva as informações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, juntamente com questões relacionadas com a preparação pré-operatória, a recuperação pós-operatória, o controlo da dor e da ansiedade e o suporte do cuidador no domicílio. Segundo Coppetti *et al.* (2015) a família, designadamente o CF, dos doentes cirúrgicos merece destaque na preparação por parte de enfermagem no pré-operatório uma vez que vivencia emocional e fisicamente todo o processo.

Alguns CFs do estudo apresentado fazem referência às dificuldades em aderir a esta potencial intervenção do enfermeiro de família no pré-operatório: *“Só que é como lhe digo: qual é a forma que se pode criar ou não sei se já existe de chegar aqui e ir ali falar com o enfermeiro porque eu vou ser operado e depois sim senhora ela vê no processo. Eu não sei como é que isso funciona; vocês aqui é que terão que dizer; temos que abrir aqui uma porta e treinar as pessoas ou educá-las neste caso para este assunto...”* (CF2); *“Olhe ou então alguém que dissesse: vai ao seu enfermeiro de família. Porque é assim: eu, por minha autorrecreação também não ia ter com vocês e dizer: o meu marido vai ser operado: o que é que eu faço?”* (CF8). Na nossa opinião, esta intervenção poderá ser potencializada, melhorando a comunicação relativa à intervenção cirúrgica entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários, e ensinando as pessoas e respetivos CFs também no sentido dessa comunicação. Se analisarmos os dados relativos ao agendamento da cirurgia, verificamos que a mesma foi agendada 32 a 73 dias previamente ao internamento, o que na nossa opinião torna viável a intervenção do enfermeiro de família, ainda que fosse a própria pessoa ou o respetivo CF a comunicar.

Não foram encontrados estudos relativos à intervenção do enfermeiro de família na transição do CF para o cuidado informal à pessoa em transição perioperatória, no entanto, é consensual os benefícios da sua intervenção noutras transições, contribuindo para a sua vivência de forma saudável, tal como evidenciamos de seguida. Associada à transição para a parentalidade, Bispo (2015) menciona que promoção de uma parentalidade efetiva começa no período pré-natal, desde os estádios iniciais, mediante orientação antecipatória sobre a transição de papel e ensino efetivo e comportamental de habilidades parentais, facilitando, assim, o desempenho do papel. A autora acrescenta, ainda, que os enfermeiros especialistas de saúde familiar ocupam uma posição privilegiada na promoção desta temática, pela proximidade com os pais nos diferentes contextos da prática de cuidados à família. Na sua revisão bibliográfica sobre cuidadores de doentes dependentes, Pires (2012) dá especial ênfase à importância da intervenção da enfermagem de família na transição para o papel de cuidadora com tudo o que lhe é inerente e que tem influência na dinâmica familiar e na sua adaptação, cujas intervenções se apresentam com resultados expressivos, na gestão do stresse, na utilização de *coping* eficaz e no desenvolvimento de habilidades para o cuidado, com repercussões na redução do desgaste e na qualidade de vida e saúde (tanto do CF como da pessoa dependente). Resultante do seu estudo, Loureiro (2016) conclui que o enfermeiro de família, pela sua proximidade poderá desempenhar um papel proactivo na gestão da sobrecarga dos cuidadores informais, através da

avaliação do contexto dos cuidados e da sobrecarga dos cuidadores, promovendo estratégias de suporte dirigidas às necessidades individuais dos cuidadores de modo a melhorarem o seu bem-estar e o dos dependentes a seu cuidado.

Ao realizarmos esta discussão procurámos analisar os dados mais emergentes, advindos da análise de conteúdo das narrativas dos participantes do nosso estudo e que representam a transição que o CF vivencia para o cuidado à pessoa em transição perioperatória. Percebemos que este processo, todo ele é interdependente, estando os fatores facilitadores, dificultadores e as estratégias de *coping* relacionados uns com os outros. No decorrer da transição encontram-se os enfermeiros de família que intervêm junto da pessoa cuidada e do CF e onde a sua intervenção pode fazer toda a diferença no sentido de uma transição saudável. Iniciámos o estudo desta transição do CF com a decisão da cirurgia da pessoa cuidada e acabámos com seu regresso a casa, após a alta hospitalar, tendo consciência da possibilidade de continuação de outras vivências até à completa recuperação da pessoa cuidada.

6. CONCLUSÃO

O CF, perante a responsabilidade de cuidar da pessoa no período perioperatório, vivencia uma experiência única e marcante que influencia o sucesso da prestação de cuidados e que, por isso, foi investigada para compreender de que forma o bem-estar dos mesmos pode ser potencializado, vivenciando uma transição saudável. Desta forma, seguidamente apresentam-se as principais conclusões do estudo, que emergiram da análise e interpretação dos dados, das questões formuladas e dos objetivos propostos. São também apresentadas as limitações do estudo, bem como, as suas principais implicações para a prática profissional.

6.1. Conclusões

A análise das narrativas dos cuidadores familiares relativas ao cuidado à pessoa no período perioperatório permitiram concluir que são diversificadas as necessidades identificadas e, tendo em consideração o assumir de novos papéis e as mudanças que ocorrem, considerámos pertinente agrupar as mesmas à luz da Teoria das Transições, como fatores facilitadores ou dificultadores da transição e, simultaneamente, foram identificadas e associadas as estratégias de *coping* internas e externas descritas, em três períodos – o pré-internamento, o internamento e o regresso a casa.

No período pré-internamento, a transição do CF pode ser despoletada por uma série de eventos críticos, que se revelam dificultadores neste período, relacionados com a pessoa cuidada, com o CF e com fatores organizacionais. Maioritariamente, são identificados fatores dificultadores relacionados com a pessoa cuidada designadamente, a dor pré-operatória, as alterações nas atividades de vida diária e as alterações emocionais, levando a pensar que neste período, o CF percebe melhor as necessidades da pessoa cuidada, do que as suas. Os fatores dificultadores identificados pelos CFs, relacionados consigo próprio, dizem respeito ao sentimento de impotência para lidar com a dor da pessoa cuidada, o medo e a ansiedade. O tempo de espera, considerado demasiado longo, constituiu também uma das dificuldades enfrentadas nesta fase. Por outro lado, neste período, são também reconhecidos fatores que facilitam a sua vivência, que se relacionam com a rede de apoio da saúde e com o próprio CF. Relativamente aos conhecimentos prévios transmitidos pela equipa de saúde dos cuidados de saúde hospitalares, foram referenciados os enfermeiros dos cuidados hospitalares como uma das fontes. Os fatores que se relacionam com o CF foram os identificados, maioritariamente, constituindo fatores facilitadores o autoconhecimento e a consciencialização para o desempenho do seu papel quer seja despoletado por colegas, pelo próprio familiar ou pela enfermeira dos cuidados de saúde hospitalares. Respeitante às estratégias de adaptação, no pré-internamento, os CFs recorrem, maioritariamente, a estratégias de *coping* internas, nomeadamente, a esperança e a tolerância. O apoio familiar e a procura de informação dizem respeito às estratégias de *coping* externo adotadas.

Durante o período de internamento da pessoa cuidada, o CF expressa condições dificultadoras, neste período, agora, maioritariamente relacionadas consigo próprio, designadamente: a ausência de apoio, a ansiedade, o medo, o sentimento de impotência, a separação familiar e a substituição de papéis. A dor, agora pós-operatória, continua a constituir um fator dificultador, sendo o único referenciado nesta fase relacionado com a pessoa cuidada. Contrariamente ao período pré-internamento, parece então haver uma maior perceção nas suas próprias dificuldades do que nas da pessoa cuidada, o que na nossa opinião poderá encontrar-se relacionado com a ausência da pessoa cuidada. Os enfermeiros dos cuidados de saúde

hospitalares surgem, neste período, referenciados como um fator dificultador, pela ausência de envolvimento do CF no cuidado à pessoa internada e pela falta de capacitação do CF. Como fatores facilitadores é apontado apenas um, relacionado com o próprio CF, a tolerância às adversidades. Relativamente às estratégias de *coping*, neste período, tal como no anterior, os CFs recorrem, maioritariamente, a estratégias de *coping* internas, tendo sido identificadas a manutenção de comunicação com o familiar, as visitas e manter uma atitude positiva. Não obstante, o apoio familiar, o apoio de amigos a comunicação com os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares e o apoio social na USF foram estratégias de *coping* externas narradas pelo CF.

Com o regresso a casa da pessoa cuidada, a transição pode ser despoletada por eventos críticos novamente relacionados, na sua maioria, com a pessoa cuidada, designadamente, a dependência nos autocuidados (vestir, banho, controlo urinário, alimentação, mobilidade e utilização do WC) e nas atividades instrumentais de vida diária, a dor pós-operatória e as alterações no sono. O medo, a condição física, as alterações do sono, a substituição de papéis, o tempo / disponibilidade para cuidar, o conflito de papéis, a saturação do papel, as expectativas quebradas no desempenho do papel, a ausência de apoio e a falta de reconhecimento foram identificados pelos CFs como condições dificultadoras relacionadas consigo próprios. Determinadas configurações familiares, como famílias pequenas, membros distantes e a existência de papéis rígidos, constituem também desafios à vivência deste período. O CF enfrenta, ainda, dificuldades relacionadas com a existência de barreiras arquitetónicas na habitação. Os enfermeiros são identificados, neste período, quer como dificultadores da transição, pela falta de capacitação do CF para se adaptar às barreiras arquitetónicas no domicílio, para administração de injetáveis e para efetuar os autocuidados, quer como facilitadores (reportando-se aos enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares) quando recorrem à transmissão de informação escrita e quando promovem a capacitação do CF para administração de injetáveis. A perceção antecipada da necessidade de desempenhar o papel de CF, possuir uma perceção positiva sobre o papel de CF e experiências anteriores como cuidadores constituem-se como fatores facilitadores, relacionado como o CF, na vivência do regresso a casa. Relativamente às estratégias adaptativas, o CF recorre, também neste período, maioritariamente a estratégias de *coping* internas, nomeadamente a comunicação, a esperança, a crença religiosa, a focalização nos aspetos positivos, a preservação de atividades recreativas, a gestão eficaz do tempo e a coabitação. O apoio familiar e o apoio de terceiros são estratégias de *coping* externas adotadas para superar os desafios no regresso a casa da pessoa cuidada.

A transição do CF para o cuidado à pessoa em transição perioperatória pode, assim, ser despoletada por uma série de eventos críticos, específicos em cada um dos períodos identificados e com o qual o CF se vê confrontado. De um modo geral, os CFs tendem a identificar, maioritariamente vivências dificultadoras ao longo deste período, em detrimento das facilitadoras. Ficou evidente que na presença da pessoa cuidada, no pré-internamento e no regresso a casa, os desafios referenciados pelo CF se encontram relacionados com a pessoa cuidada, sendo que na sua ausência, durante o internamento, o CF relata, maioritariamente, fatores relacionados consigo próprio. Neste processo complexo do cuidado à pessoa em transição perioperatória, o CF tende a desenvolver estratégias de *coping*, ajustando e adaptando o seu desempenho e o apoio às suas necessidades e às da pessoa cuidada. Na generalidade, os CFs recorrem maioritariamente às estratégias internas, em detrimento das externas. Pela sua profissão, destacam-se as vivências relativas aos enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares que surgem como facilitadores da transição no pré internamento (quando promovem a consciencialização para o desempenho do papel do CF, a capacitação para a adaptação antecipada às barreiras arquitetónicas no domicílio e realizam ensinamentos sobre a preparação física pré-operatória da pessoa cuidada) e no regresso a casa (quando recorrem à transmissão de informação escrita e quando promovem a capacitação do CF para administração de injetáveis). Contrariamente, são referenciados com dificultadores da transição durante o internamento da

pessoa cuidada (pela ausência de envolvimento do CF nos cuidados à pessoa internada e consequente falta de capacitação do CF para os autocuidados). No regresso a casa, os enfermeiros são percebidos como dificultadores pela falta de capacitação do CF para se adaptar às barreiras arquitetónicas no domicílio, para administração de injetáveis e para efetuar os autocuidados, no entanto os CFs referem-se aos enfermeiros no geral, não especificando quais deveriam na sua opinião desempenhar esta tarefa. Salientamos, ainda, a referência à comunicação com os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares, como uma das estratégias de *coping* externas adotadas pelo CF.

A análise às vivências relativas ao acompanhamento do enfermeiro de família na transição do CF para o cuidado à pessoa em transição perioperatória permitiram concluir que a maior parte dos CFs recorre ao enfermeiro de família somente aquando do regresso a casa da pessoa cuidada, quando reencaminhados por outro profissional de saúde dos cuidados de saúde diferenciados. A maior parte dos CFs reporta-se à intervenção do enfermeiro de família na transição perioperatória, com um carácter curativo (para tratamento das feridas cirúrgicas da pessoa cuidada), havendo também referência à sua intervenção na realização da visita domiciliária e de ensinamentos sobre o pós-operatório ao CF. Os CFs revelam alguns fatores dificultadores relacionados com a intervenção dos enfermeiros de família, principalmente, a ausência de material de penso impermeável. A rotatividade da enfermeira, os horários, a falta de informação sobre cirurgia e a falta de envolvimento do CF foram, também, algumas das dificuldades que os cuidadores enfrentaram. Contrariamente, a intervenção do enfermeiro de família revela-se facilitadora por ausência de tempo de espera e percepção de bom atendimento.

Das narrativas dos CFs, foi também evidenciada a importância relativa à intervenção do enfermeiro de família no período pré-operatório. Alguns CFs reconhecem a necessidade da preparação antecipada do CF para lidar com as mudanças decorrentes da transição para o cuidar de uma pessoa submetida a cirurgia, fazendo também referência, à necessidade de apoio emocional e psicológico. No entanto, há alusão à dificuldade em recorrer ao enfermeiro de família com esses propósitos, uma vez que não fazem parte da “normalidade”. Existem, ainda, cuidadores que não reconhecem qualquer importância na possibilidade dessa intervenção.

Em suma, a necessidade de uma cirurgia, ainda que de forma programada, constitui um período de transição na vida de uma família, colocando inúmeros desafios ao CF que irá prestar cuidados à pessoa no período perioperatório. O cuidado à pessoa no perioperatório é um processo complexo e dinâmico, caracterizado por constantes alterações, ao longo do tempo, das necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem os presta. A identificação dos fatores facilitadores, dos fatores dificultadores e das estratégias internas e externas desenvolvidas para ultrapassar os desafios que se colocam ao CF, é de extrema importância pois auxilia o enfermeiro de família numa intervenção focalizada na reorganização e adaptação do CF à sua nova condição. Simultaneamente, compreendendo a vivência dos CFs relativamente ao acompanhamento do enfermeiro de família, permite melhorar o referencial teórico do enfermeiro de família na intervenção no perioperatório, podendo assim atuar como elemento de referência nos momentos de transição. Desta forma, consideramos que, quanto à metodologia elegida para estudar esta temática, foi a mais adequada, uma vez que os dados achados permitem compreender as vivências do CF no cuidado à pessoa em transição perioperatória. Para além disso, permitiu, ainda, compreender as vivências significativas do CF relativamente ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro de família à pessoa e CF na transição perioperatória, proporcionando uma reflexão acerca da realidade da sua intervenção, bem como, daquela que poderia trazer mais benefícios para os ambos.

6.2. Limitações do estudo

Tendo em conta o trabalho apresentado evidencia-se como uma dificuldade a gestão do tempo no que se refere à disponibilidade da realização das atividades de estágio com a realização deste estudo empírico conciliando com a atividade profissional.

Na concretização do estudo de investigação foi necessário realizar um ajuste relativamente ao local de realização das entrevistas de forma a possibilitar a viabilidade do estudo em questão. A realização das entrevistas foi efetuada, na sua maioria, em contexto domiciliário, uma vez que os cuidadores não dispunham de tempo ou de alguém que as substituísse para estes se deslocarem à USF.

A participação neste estudo veio exigir aos cuidadores uma reflexão retrospectiva sobre as vivências desde a tomada de decisão cirúrgica, o que por se encontrar afastada alguns meses do momento da narrativa, impediam, por vezes, respostas espontâneas e mais “ricas de conteúdo”, ficando assim um pouco aquém do espetável pela estudante relativamente ao pré-internamento. Como sugestão, seria pertinente a realização do mesmo estudo, com entrevista no momento do internamento da pessoa cuidada para compreender as vivências relativas ao pré-operatório. Além disso, de forma a evidenciar a importância de uma intervenção do enfermeiro de família mais efetiva nesta transição, sugerimos a realização de um estudo que englobasse um projeto de intervenção com estes cuidadores. O facto de o estudo ter sido efetuado apenas numa USF pode condicionar a natureza das vivências relativamente ao acompanhamento do enfermeiro de família, sugerindo-se também a sua aplicação em várias unidades de saúde familiar. O facto de, na prática, não existir forma de comunicação informática sobre a intervenção cirúrgica, pode ter excluído do estudo os cuidadores dos doentes que não sentiram necessidade de recorrer à USF, mas que poderiam constituir uma mais valia em termos de vivências significativas, como é o caso dos cuidadores das pessoas que após a alta são reencaminhadas para outras instituições prestadoras de cuidados. Desta forma, sugere-se também, uma melhoria na comunicação informática da proposta de intervenção cirúrgica com os cuidados de saúde primários, inexistente, na atualidade.

Outro aspeto a referir, é o facto de os estudos relativos aos cuidadores de pessoas submetidos a cirurgia serem escassos, além de não terem sido encontrados estudos relativos à intervenção do enfermeiro de família nesta transição. Desta forma, as referências relativamente aos resultados referem-se, em grande parte, a cuidadores de pessoas com dependência não relacionada com uma intervenção cirúrgica.

6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais

Compreender o processo de transição do CF no cuidado à pessoa em transição perioperatória, merece uma atenção particular por parte do enfermeiro de família, uma vez que tem como missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida. Coloca-se, então, o desafio de compreender esse processo de transição, do ponto de vista do CF, de forma a que o enfermeiro de família se possa constituir ele próprio um elemento facilitador da transição, para o qual contribuimos com a realização do presente estudo.

O conhecimento dos fatores facilitadores e dificultadores, na visão dos cuidadores, bem como, das estratégias de *coping* desenvolvidas face às mudanças vivenciadas no perioperatório permitirá, ao enfermeiro de família, uma intervenção mais focalizada nas necessidades

expressas dos cuidadores. De igual forma, auxiliará o enfermeiro de família a perceber as condições que poderão ajudar o CF a caminhar em direção ao bem-estar e aquelas que o colocarão em risco de vivenciar uma transição difícil.

Planeando intervenções de enfermagem centradas na família, tendo por base uma perspectiva que potencialize os fatores facilitadores e as estratégias de *coping* e capacite para o cuidar, resultarão, sem dúvida, em ganhos em saúde e na melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e das pessoas cuidadas. Evidencia-se, deste modo, o importante papel do enfermeiro de família que conhecedor das suas famílias, deve incentivar a comunicação relativa à necessidade de uma intervenção cirúrgica, de forma a efetuar uma avaliação diagnóstica das principais dificuldades e necessidades da família, promovendo a sua consciencialização para a necessidade de um CF. A intervenção antecipada do enfermeiro de família junto do CF, otimiza o exercício do papel do CF, podendo contribuir, ainda, para diminuir as institucionalizações após a alta hospitalar da pessoa cuidada.

Desta forma, pretende-se apresentar os resultados deste estudo à equipa da USF Leme, onde se desenvolveu o estudo, de modo a que possam implementar intervenções personalizadas, dirigidas às necessidades da família, tendo em conta os recursos disponíveis, que visem facilitar a transição para o papel de CF da pessoa em transição perioperatória. Salienta-se a implementação de programas psicoeducacionais destinados ao CF, que incluam a componente educacional, bem como, o treino de habilidades e apoio emocional. Evidencia-se a importância da participação e comunicação com a equipa multidisciplinar e o estabelecimento de parcerias, para maior êxito dos programas a implementar, que contribuiriam, ainda, para promover a continuidade de cuidados entre os cuidados de saúde primários e diferenciados. A elaboração de um manual do cuidador informal, não existente na USF, pode tornar-se também uma mais valia.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A consecução deste relatório de estágio, cuja prática se baseou na articulação e interligação dos conhecimentos adquiridos, na incorporação e mobilização da Teoria das Transições de Meleis (2010) e, numa prática reflexiva, possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências em vários domínios.

No âmbito da prestação de cuidados, desenvolveram-se competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, designadamente: na identificação da complexidade do sistema familiar, com todas as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização; na conceção da família como uma unidade em transformação sujeita às transições normativas decorrentes dos processos desenvolvimentais inerentes ao seu ciclo vital; no desenvolvimento de cuidados específicos numa parceria colaborativa de modo a capacitar as famílias face às transições; na realização da avaliação familiar nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional; no reconhecimento de eventos de especial complexidade, formulando diagnósticos e implementando intervenções ajustadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar; e por fim, na avaliação das intervenções implementadas de modo a promover as mudanças para a continuidade do funcionamento da família. O contexto da prática clínica possibilitou, desta forma, a consciencialização dos saberes e das práticas, bem como, o reconhecimento de necessidades formativas, que procuramos colmatar através da formação, assente no desenvolvimento de capacidades de autoaprendizagem, de pesquisa, de questionamento, de avaliação e de reflexão crítica, promotoras de crescimento pessoal e profissional. Destacam-se, por serem tema do estudo de investigação, as competências desenvolvidas no sentido de atingir a perícia na prestação de cuidados ao CF da pessoa em transição perioperatória.

No domínio da formação, desenvolveram-se competências junto da equipa de enfermagem da USF Leme, pela valorização da aprendizagem experiencial, através de formação, em contextos formais e informais, assente na evidência científica presente na literatura, em simultâneo com a supervisão das práticas. O recurso à prática reflexiva revelou-se uma ferramenta essencial no que respeita a uma busca constante da excelência dos cuidados. As reuniões tutoriais constituíram, aqui, momentos formativos importantes de reflexão e de análise/avaliação das práticas, e dos fatores facilitadores, oportunidades, adversidades vivenciadas e das estratégias desenvolvidas, que tornaram este percurso de aprendizagem e de partilha de saberes tão enriquecedor.

No domínio da investigação, foi desenvolvida uma prática baseada em evidência científica atual, através da pesquisa bibliográfica e da revisão da literatura efetuadas, que suportaram e acompanharam todo o percurso de elaboração do relatório, alicerçando, ainda, as práticas em contexto de estágio. Foram mobilizadas algumas ferramentas de investigação, como a análise documental, a entrevista e a análise de conteúdo.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através do desenvolvimento de competências de tomada de decisão nos cuidados foi mobilizado o conhecimento ético-deontológico na prática profissional, bem como, no cumprimento dos requisitos éticos na elaboração do estudo de investigação.

No domínio da melhoria da qualidade dos cuidados considera-se que o estudo efetuado comportou ganhos significativos na qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente na intervenção do enfermeiro de família junto do CF da pessoa em transição perioperatória. O estudo da transição do CF para o cuidado à pessoa em transição perioperatória contribui para a definição de estratégias de intervenção junto das famílias que têm a seu cargo uma pessoa

dependente, facilitando a sua adaptação ao papel de cuidador, conferindo poder ao CF para fazer as suas escolhas, de modo a que se consciencializem do seu potencial para influenciar a sua saúde. Desta forma, o estudo de investigação vai ao encontro do eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde (2012-2016) e do Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados. É, pois, da competência do enfermeiro de família, a implementação de projetos que promovam a capacitação dos cuidadores, a sua adaptação ao papel e permitam reduzir as consequências negativas decorrentes da prestação de cuidados, contribuindo para a evolução da enfermagem como ciência.

Em suma, a elaboração deste relatório de estágio constituiu um desafio bastante importante e enriquecedor aos mais diversos níveis, permitindo compreender que o enfermeiro de família é um profissional de saúde de excelência que deve abarcar um leque de conhecimentos muito diversificado, sendo uma peça-chave para promover o bem-estar da pessoa em transição perioperatória e da sua família, designadamente do seu CF, mantendo o equilíbrio dentro do sistema familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos Multiculturais*. (2ª Ed.). Coimbra: Formasau.
- Alarcão, M. (2002). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. Coimbra: Quarteto. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10849/34>
- Almeida, A. M. G. (2009). *A Reconstrução da Autonomia Face ao Autocuidado após um Evento Gerador de Dependência - Estudo Exploratório no Contexto Domiciliar* (Master's thesis). Universidade Católica Portuguesa.
- Amado, J. (2017). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (3ª Edição). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Ed.
- Amorim, T. V., & Salimena, A. M. de O. (2015). Processo Cirúrgico Cardíaco e Suas Implicações no Cuidado de Enfermagem: Revisão/Reflexão. *HU Revista*, 41, 149–154.
- Andrade, A. M. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana De Salud Pública*, 35(2).
- Anjos, K. F., Boery, R. N. S. de O., & Pereira, R. (2014). Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(3), 600–608. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002230013>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/15740>
- Araújo, I., & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: Avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 95–102. <https://doi.org/10.12707/RIII1171>
- Araújo, R. A., Silva, T. M., & Ramos, V. P. (2016). Capacidade de autocuidado e qualidade de vida no pré-operatório de revascularização miocárdica. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 50(2), 230–236. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200008>
- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de Si e do Outro: Estudo sobre os Cuidadores de Idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 482–494. <https://doi.org/10.15309/14psd150212>
- Arnhold, D. T., Lohmann, P. M., Pissaia, L. F., Costa, A. E. K. da, & Moreschi, C. (2017). A Espera no Centro Cirúrgico: Percepção do Familiar. *Revista Destaques Acadêmicos*, 9(3). <https://doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1329>
- Augusto, B. M. de J., Rodrigues, C. M. A., Vidal, C. J., Rodrigues, Rodrigues, E. C. S., Oliveira, F. M. de, ... Gomes, M. Z. C. S. (2002). *Cuidado continuados - Família, Centro Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Avila, M. A. G. de. (2013). *Independência Funcional em Idosos no Pós-Operatório de Cirurgia de Fêmur Proximal: O Papel do Cuidador* (Doctoral dissertation). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Retrieved from <https://sil0.tips/download/independencia-funcional-em-idosos-no-pos-operatorio-de-cirurgia-de-femur-proxima>
- Barbosa, A. M. dos S. F. V. A. (2012). *A Relação e a Comunicação Interpessoais entre o Supervisor Pedagógico e o Aluno Estagiário* (Master's thesis). Escola Superior de Educação João de Deus.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Batista, K. T., Andrade, R. R. de, & Bezerra, N. L. (2012). O papel dos comitês de ética em pesquisa. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 27(1), 150–155. <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000100025>
- Batista, M. (2007). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar. *Psico-USF*, 10(1).
- Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M. S., Zeki, O., Sener, Z. T., & Sertbas, G. (2018). Effectiveness of Lifestyle Modification Education on Knowledge, Anxiety, and Postoperative Problems of Patients With Benign Perianal Diseases. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(5), 640–650. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.03.006>
- Bell, J. (2010). *Como realizar um projecto de investigação*. (5ª Edição). Lisboa: Gradiva.
- Bispo, E. M. F. (2015). *Enfermeiro de Saúde Familiar e a comunicação: Transição para a Parentalidade* (Master's thesis). Instituto Politécnico de Santarém.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Botelho, M. O. M. (2008). *Idoso que Cuida de Idosa* (Master's thesis). Universidade do Porto.
- Brandão, C. (2017, November 13). A Técnica dos Incidentes Críticos. Retrieved March 25, 2019, from <https://www.webqda.net/a-tecnica-dos-incidentes-criticos/>
- Brás, M. A. M., Brás, M. de F. M., & Moura, S. C. M. (2013). Enfermeiro de família, um especialista de e com futuro? sim (...)! porque (...)! In *Primeiras jornadas de enfermagem da escola superior de saúde do instituto politécnico de bragança* (pp. 240–245). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Breda, L. F. T. F. (2019). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente* (Master's thesis). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Brereton, L., Carroll, C., & Barnston, S. (2007). Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 21(10), 867–884. <https://doi.org/10.1177/0269215507078313>
- Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* (Doctoral dissertation). Universidade Católica Portuguesa.
- Brito, M. V. N., Ribeiro, D. E., Lima, R. S., Gomes, R. G., Silvana, Fava, M. C. L., ... Sanches, R. S. (2019). Papel do Acompanhante na Hospitalização: Perspectiva dos Profissionais de Enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE*. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243005>
- Bronfenbrenner, U. (1980). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cabral, B. P. de A. L., & Nunes, C. M. P. (2015). Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 26(1), 118. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p118-127>
- Câmara Municipal de Ílhavo. (2013). *Estudos de Caracterização Demografia e Caracterização Socioeconómica*.
- Cardoso, M. J. da S. P. de O. (2011). *Promover o Bem-Estar do Familiar Cuidador. Programa de Intervenção Estruturado*. (Doctoral dissertation). Universidade Católica Portuguesa.

- Carretas, N. C. S. (2018). *Modelo de Autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: Ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação* (Master's thesis). Instituto Politécnico de Castelo Branco, Évora. Retrieved from <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23417/1/Mestrado - Enfermagem - Enfermagem de reabilitação - Nídia Cristina Saramago Carretas - Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico....pdf>
- Carvalho, J. C., Barbieri-Figueiredo, M. do C., Fernandes, H. I., Vilar, Isabel, A., Andrade, L., ... Oliveira, M. M. M. P. (2012). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carvalho, J. M. S., & Figueiredo, M. do C. A. B. (2013). A Cirurgia como Evento Crítico na Transição do Homem Portador de Carcinoma da Próstata. *Evidências*, 2.
- Carvalho, M. I. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social* (2ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler.
- Carvalho, M. I. L. B. (2007). *Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas*. *Campus Social - Revista Lusófona de Ciências Sociais*. Retrieved from <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/campusocial/article/view/239>
- Cavaco, V., José, H., Louro, S., Ludgero, A., Martins, A., & Santos, M. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revisão Sistemática. *Revista Referência, II Série*,.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Transitions: A nursing concern*. *Nursing research methodology*. Retrieved from <http://repository.upenn.edu/nrs>
- Christóforo, B. E. B., & Carvalho, D. S. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(1), 14–22. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>
- Coppetti, L. de C., Stumm, E. M. F., & Benetti, E. R. R. (2015). Considerações de Pacientes no Perioperatório de Cirurgia Cardíaca Referentes às Orientações Recebidas do Enfermeiro. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 19(1), 113–126. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150010>
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos - Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Formasau, Formação e Saúde, Lda e Educa.
- Cunha, F. R. S. (2009). *Qualidade de Vida e Coping do Doente de Parkinson e seu Cuidador após a Cirurgia Funcional de Parkinson* (Master's thesis). Universidade Fernando Pessoa.
- Cunha, M. G. F., Wanderbroocke, A. C. N. S., & Antunes, M. C. (2016). As vulnerabilidades dos cuidadores de idosos hospitalizados Caregivers' vulnerabilities in caring for hospitalized elderlies Vulnerabilidades de los cuidadores de adultos mayores hospitalizados. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 36.
- Dallalana, T. M., & Batista, M. G. R. (2014). Qualidade de vida do cuidador durante internação da pessoa cuidada em Unidade de Urgência/Emergência: alguns fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4587–4594. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.16592013>
- Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lisboa: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *PNS 2004-2010 | Plano Nacional de Saúde*. Lisboa. Retrieved from <https://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>

- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives)*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Norma nº 054/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal Idade Maior em Números - 2014*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugalidade-maior-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- Domingues, A. L. (2016). *O Regresso ao Domicílio do Utente com AVC* (Master's thesis). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Duvall, R., & Miller, B. (1985). *Marriage and family Development*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Elsen, I., Althoff, C. R., & Manfrini, G. C. (2001). Saúde da família: Desafios Teóricos. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 3(2). <https://doi.org/10.5380/fsd.v3i2.5048>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2016). *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*. Lisboa.
- Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, & Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. (2019). *Guia Orientador Estágio*. Aveiro.
- Espinha, T. G., & Amatuzzi, M. M. (2008). O Cuidado e as vivências de internação em um hospital geral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 477–485. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000400011>
- Esplendori, G. F., Costa, A. L. S., & Talarico, J. N. de S. (2018). Relação entre estresse percebido com coping e estressores de pacientes em pré-operatório de revascularização miocárdica. *Aquichan*, 18(1), 43–55. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.5>
- Family Caregiver Alliance. (2012). *Selected Caregiver Assessment Measures: A Resource Inventory for Practitioners* (2nd Editio). San Francisco.
- Ferreira, M. A. L. (2013). *Ser Cuidador da Pessoa com Doença Avançada em Contexto Comunitário* (Master's thesis). Universidade do Porto.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi editores.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Doctoral dissertation). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem de Famlia Um Contexto do CuidarMaria Henriqueta Figueiredo.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf)
- Figueiredo, M. H. J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 9(3), 552–559. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559>
- Fonseca, C. A. (2012). *Estratégias na adaptação familiar à doença crónica de um dos seus elementos* (Master's thesis). Escola Superior de Saúde de Santarém. Retrieved from [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1246/1/Estrategias na adaptação familiar....pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1246/1/Estrategias%20na%20adapta%C3%A7%C3%A3o%20familiar....pdf)
- Fonseca, T. S. B. (2010). *Sobrecarga, Depressão e Generatividade em Mulheres Cuidadoras Informais* (Master's thesis). Universidade de Lisboa.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Friedman, M. (1998). *Family nursing : Research, theory and practice*. Stamford: Appleton& Lange.
- Gaspar, C. S. R. (2014). *Cuidar a Pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, na orientação pré-operatória*. (Master's thesis). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gil, M. E., & Bertuzzi, L. D. (2009, July 1). Desafios para a psicologia no cuidado com o cuidador. *Revista Bioética*, 14(1). Retrieved from https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/6
- Gomes, N. C. R. P. (2009). *O doente cirúrgico no período pré-operatório: Da informação recebida às necessidades expressas* (Master's thesis). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O DOENTE CIRURGICO NO PERODO PROPERATRIO DA INFORMAÃO R.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O%20DOENTE%20CIRURGICO%20NO%20PERODO%20PREOPERATORIO%20DA%20INFORMA%C3%87%C3%83O%20R.pdf)
- Gonçalves, K. K. N., Silva, J. I., Gomes, E. T., Pinheiro, L. L. de S., Figueiredo, T. R., & Bezerra, S. M. M. da S. (2016). Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 397–403. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690225i>
- Gonçalves, L., Hisako, T., Costa, M., Martins, M., Nassar, S., & Zunino, R. (2011). The Family Dynamics of Elder Elderly in the Context of Porto, Portugal. *Revista LatinoAmericana de Enfermagem*, 19. Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=8&sid=c7ef7e24-7a76-%0A4bd5-9e91-a4538da2f5c4%40sessionmgr15>
- Gonçalves, L. O., Ferreira, C. B., Zanini, D. S., Vasconcelos, C. L. B., & Gonçalves, S. S. S. (2015). Coping em Pacientes Crônicos, Cuidadores e Profissionais de Saúde. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais Do Estado de São Paulo*, 16. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000100009
- Gürsoy, A., Candaş, B., Güner, Ş., & Yılmaz, S. (2016). Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 31(6), 495–503. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.08.011>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família : teoria, prática e investigação* (2ªed). Loures: Lusociência.
- Happ, M. B. (2013). Family caregiving and caring for families of older adults during hospitalization. *Geriatric Nursing*, 34(3), 239–240. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.04.006>
- Hendersen, A., & Zernike, W. J. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11489029>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de População Residente. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses. (2011). *CIFE versão 2: Classificação internacional para prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jukemura, M. F. M. (2002). *O cuidador familiar de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte: suas atividades no domicílio* (Master's thesis). Universidade de São Paulo. Retrieved from https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-06102010-122018/publico/Maria_Fernanda_Jukemura.pdf

- Junior, Á. L. C., Doca, F. N. P., Araújo, I., Martins, L., Mundim, L., Penatti, T., & Sidrim, A. C. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia*, 29, 271–284. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200013
- Knihs, N. D. S., Valmorbida, Á. P., Lanzoni, G. M. D. M., Roza, B. D. A., & Ghellere, A. (2017). Caminho percorrido até a cirurgia cardíaca: necessidades e expectativas no pré-operatório. *Avances En Enfermería*, 35(1), 30–41. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.60753>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Long, B. C. (2003). Enfermagem no Pré-Operatório. In *Enfermagem MédicoCirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed.). Loures: Lusodidacta, Lda.
- Loureiro, A. S. (2016). *Intervenção do Enfermeiro de Família na Gestão de Sobrecarga do Cuidador Informal* (Master's thesis). Universidade de Aveiro.
- Maciel, E. A. R. (2013). *O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar* (Master's thesis). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Marek, J. F., & Boehnlein, M. J. (2010). Enfermagem Médico-cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença. In *Enfermagem Médico-cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença* (8ª ed.). Loures: Lusodidacta, Lda.
- Marques, S. C. (2007). *Os Cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Martins, J., Schneider, D. G., Coelho, F. L., Nascimento, E. R. P., Albuquerque, G. L., Erdmann, A. L., & Gama, F. O. (2009). Quality of life among elderly people receiving home care services. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 22(3), 265–271. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000300005>
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. de F. B. P. (2016). *Cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo na freguesia dos Olivais, Lisboa* (Master's thesis). Instituto Universitário de Lisboa.
- Maxey, L., & Magnusson, J. (2013). *Rehabilitation for the Postsurgical Orthopedic Patient: Third Edition*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-60385-8>
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The Family Stress Process: The double ABCX Model of family adjustment and adaptation. *Marriage e Family Review*, 6.
- Meeker, M. A., Finnelli, D., & Othman, A. k. (2011). Family Caregivers and Cancer Pain Management: A Review. *Journl of Family Nursing*, 17(1).
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (S. Company, Ed.). New York: Company, SpringerPublishing. Retrieved from https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>

- Melo, R. M. D. C., Rua, M. S., & Santos, C. V. S. B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura Family caregiver's needs in caring for the dependent person: an integrative literature review Necesidades del cuidador familiar en relación al cuidado. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2018). Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. NLM (Medline). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>
- Mendes, F., Mantovani, M., Gemito, M., & Lopes, M. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 17–25. <https://doi.org/10.12707/riii1281>
- Mendonça, H. M. C. R. e, Oliveira, K., Siqueira, L. R., & Dázio, E. M. R. (2017). Vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por câncer. *Revista Estima*, 15(4), 207–213. <https://doi.org/10.5327/z1806-3144201700040004>
- Mingote, C. M. V. C. (2018). *Estratégias de coping do cuidador informal do idoso dependente* (Master's thesis). Escola Superior de Saúde da Guarda.
- Ministério da Saúde. (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP. Pressupostos para a sua implementação*. Lisboa. Retrieved from <https://docplayer.com.br/79720-Papel-do-enfermeiro-de-saude-familiar-nos-csp-pressupostos-para-a-sua-implementacao.html>
- Ministério da Saúde. (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014*.
- Ministério da Saúde. (2015). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Cirurgia Geral*. Portugal. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referenciação-hospitalar-cirurgia-geral.pdf>
- Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). *Decreto-Lei 101/2006*. Lisboa.
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (2008). *Dominando a terapia familiar* (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Mitchell, M. (2015). Home recovery following day surgery: A patient perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3–4), 415–427. <https://doi.org/10.1111/jocn.12615>
- Moherdau, J. H., Fernandes, C. L. C., & Soares, K. G. (2019). O que leva homens a se tornar cuidadores informais: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade*, 14. [https://doi.org/https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1907](https://doi.org/https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1907)
- Monteiro, M. C. D. (2010). *Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar - O Início da Dependência* (Master's thesis). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria Clara Duarte Monteiro.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf)
- Morais, J. P. L. (2010). *Preparação do Regresso a Casa: do Hospital ao Contexto Familiar* (Master's thesis). Universidade Católica Portuguesa.
- Moreira, I. (2002). *Família, Centro de Saúde e Hospitais como Parceiros no Cuidar – Cuidados Continuados*. Coimbra: Edições Formasau.
- Mota, M. S., Gomes, G. C., Petuco, V. M., Heck, R. M., Barros, E. J. L., & Gomes, V. L. de O. (2015). Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49(1), 82–88. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100011>
- Murphy, S. A. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 1–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2184165>

- Nardi, E. D. F. R., & Oliveira, M. L. F. (2009). Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(3), 428–435. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i3.9025>
- Nunes, I. M. L. M. (2008). *Participação da Família nos Cuidados ao Utente Internado num Serviço de Ortopedia* (Master's thesis). Universidade Aberta.
- Oliveira, A. M. (2011). *Vivências dos Familiares em Contexto de Cirurgia Ambulatória. A família como suporte ao cuidar*. (Master's thesis). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrieved from https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26922/2/Dissertao_Anabela_Oliveira.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018-Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem : conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Patrizzi, L. J., Vilaça, K. H. C., Takata, E. T., & Trigueiro, G. (2004). Análise pré e pós-operatória da capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes portadores de osteoartrose de quadril submetidos à artroplastia total. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44(3), 185–191. <https://doi.org/10.1590/s0482-50042004000300002>
- Peixoto, M., & Santos, C. S. V. (2009). Estratégias de Coping na Família que Presta Cuidados. *Cadernos de Saúde*, 2. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/277123921_Estrategias_de_coping_na_familia_que_presta_cuidados
- Peixoto, N. M. S. M., & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, E. P. P. (2011). *Família que integram pessoas dependentes no autocuidado. Relevância da definição dos cuidados prestados*. (Master's thesis). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62191>
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos* (1ª ed). Viseu: PsicoSoma.
- Pereira, J. F. S. (2015). *O Regresso a Casa da Pessoa Dependente no Autocuidado: Satisfação do Familiar Cuidador sobre o Planeamento da Alta Hospitalar* (Master's thesis). Universidade do Porto.

- Pereira, R. F. B. (2008). A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência. *Undefined*.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem* (1ª edição). Coimbra: Formasau.
- Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica /Conceitos e prática clínica* (6ª Edição). Lores: Lusociência.
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2012). Pinto, Sara, Caldeira, Sílvia; Martins, José Carlos. 2012. A esperança da pessoa com cancro - Estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*. N.º7(III Série), pp. 23-31. *Revista Referência, Série III*.
- Pires, A. C. (2012). *Capacitar a Família na Adaptação ao Papel de Cuidadora Perante Situações de Dependência Aguda* (Master's thesis). Instituto Politécnico de Santarém.
- Portela, J. (2015). *Preparação Pré-Operatória com a Pessoa com Ostomia: Promover uma Transição Saudável* (Master's thesis). Instituto Politécnico de Setúbal.
- Potter, P., & Perry, G. (2005). *Fundamentos de Enfermagem* (6ª Ed.). Mosby Elsevier.
- Ramos, S. A. (2015). *A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente* (Master's thesis). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Retrieved from <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6631/dissertação Sara Ramos 24-06-2015.pdf?sequence=1>
- Reis, D. C. G. C. (2017). *Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família* (Master's thesis). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família – Perspectiva Sistémica* (4ª Edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho – da teoria à terapia com a família*. Porto: Edições Afrontamento.
- Rocha, B. M. P. (2009). *Stresse e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência* (Master's thesis). Universidade do Algarve.
- Rocha, B. M. P., & Pacheco, J. E. (2013). Idoso em Situação de Dependência: Estresse e Coping do Cuidador Informal. *Acta Paulista Enfermagem*, 26(1), 50–56.
- Rocha, D. R. da, & Ivo, O. P. (2016). Assistência de Enfermagem no Pré-Operatório e Sua Influência no Pós-Operatório: Uma Percepção do Cliente. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.631>
- Rodrigues, A. P. F. C. (2011). *Estratégias de coping do cuidador informal do doente com insuficiência renal crónica em hemodiálise* (Master's thesis). Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1516/1/RODRIGUES Ana Paula Ferreira Coelho%2C Estratégias coping cuidador informal.pdf>
- Rodrigues, L. M. O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* (Master's thesis). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2002). Family relationships, social support and subjective life expectancy. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(4), 469–489. <https://doi.org/10.2307/3090238>
- Roy, C., & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*.

- Santos, A. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores* (Doctoral dissertation). Universidade do Porto.
- Santos, C., & Figueiredo, M. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 55–65. <https://doi.org/10.12707/riii1283>
- Santos, J., Henckmeier, L., Benedet, S. A., & Benedet, S. A. (2011). O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem Em Foco, 2*(3), 184–187. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n3.131>
- Santos, M., Martins, J., & Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 7–15. <https://doi.org/10.12707/riii1393>
- Sanzovo, C. É., & Coelho, M. E. C. (2007). Clinical psychologists' stress sources and coping strategies. *Estudos de Psicologia, 24*(2).
- Sayin, Y., & Aksoy, G. (2012). The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study. *AORN Journal, 95*(6), 772–787. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.06.012>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Relatório Anual. Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. Lisboa.
- Serviço Nacional de Saúde. (2020). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved July 27, 2020, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Shawler, C. (2006). The Empowerment of Older Mothers and Daughters: Rehabilitation Strategies Following a Hip Fracture. *Geriatric Nursing, 27*(6), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2006.10.014>
- Shyu, Y. I. L., Chen, M. C., Liang, J., & Tseng, M. Y. (2012). Trends in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge. *Journal of Advanced Nursing, 68*(3), 658–666. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05778.x>
- Silva, A. M. (2009). *O auto cuidado na doença crônica*. Lisboa: Bibliomed.
- Silva, C., Sousa, F., Lima, J., Pinto, M., Brito, M., & Cruz, I. (2017). Living with an ileostomy: a case study on the transition process. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº14), 111–120. <https://doi.org/10.12707/riv17015>
- Silva, L., Bocchi, S. C. M., & Bousso, R. S. (2008). O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. *Texto & Contexto - Enfermagem, 17*(2), 297–303. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000200011>
- Silva, M. S. N. (2010). *O Acesso aos Cuidados de Enfermagem após a Alta Hospitalar: Uma Análise do Impacte da Partilha de Informação* (Master's thesis). Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Simões, J. F. F. L. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes* (Doctoral dissertation). Universidade de Aveiro, Aveiro. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/15561613.pdf>
- Simões, J. F. F. L. (2006). A técnica dos incidentes críticos na investigação em Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem, Nº 13*, 64–71.
- Soares, E. M. C. (2013). *Os Familiares e o Processo de Internamento de um Membro da Família no Hospital: Vivenciar uma Transição* (Master's thesis). Universidade do Porto.

- Sobral, M., & Paúl, C. (2015). Reserva Cognitiva , envelhecimento e demências. *Rev. E-Psi*, 5(1), 113–134.
- Sotto-Mayor, M., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2009). Estudo comparativo: Perceção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17(5).
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família* (1ª Ed.). Porto: Âmbar.
- Souza, D. N. de, & Rua, M. S. (2013). Cuidadores informais de pessoas idosas: caminhos de mudança. Retrieved from <https://ria.ua.pt/handle/10773/12704>
- Steele, A. M., & Beadle, M. (2003). A survey of postnatal debriefing. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2).
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista* (5ª). Lusodidacta.
- Szareski, C., Beuter, M., & Brondani, C. M. (2010). O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFGRS*, 31(4), 715–722. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472010000400015>
- Tagaio, M. S. M. S. (2018). *A comunicação como subsídio para a segurança e qualidade da intervenção terapêutica de enfermagem à pessoa em situação crítica na transição perioperatória* (Master's thesis). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27911>
- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M. J., ... Nascimento, R. (2017). *Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais. Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*. Lisboa.
- Tomás, T. S. F. (2014). *Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Ostomia Digestiva e seu Cuidador Familiar* (Master's thesis). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Torres, A. C., Silva, F. V. da, Monteiro, T. L., & Cabrita, M. (2005). *Homens e Mulheres entre Família e Trabalho*. Lisboa: Direção Geral de Estudos, Estatística e Planeamento.
- Torres, S. M. S. (2017). Cuidador informal de idosos dependentes: o cuidador, as emoções e as estratégias adaptativas. Retrieved from <https://ria.ua.pt/handle/10773/17385>
- Zagonel, I. P. S. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Rev.Latino-Am.Enfermagem*, 7, 25–32. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificados de presença e apresentação de póster na Conferência
“(Re)Pensar a Enfermagem de Família



Politécnico
de Viseu
40 anos

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

CERTIFICADO



Certifica-se que **Tânia Catarina Gonçalves Petronilho** apresentou o Poster com o título **A família a vivenciar uma transição perioperatória: Estudo de caso** dos autores **Tânia Petronilho, Andreia Loureiro, João Simões** na **Conferência (Re)Pensar Enfermagem de Família**, organizada pelos Docentes e Discentes do 2.º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde, que se realizou no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu, no dia 29 de janeiro de 2020.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 12 de fevereiro de 2020

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,

Prof. Doutor Daniel Silva

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,

Prof. Doutor José Costa



Politécnico
de Viseu
40 anos

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

CERTIFICADO



Certifica-se que **Tânia Catarina Gonçalves Petronilho** esteve presente na **Conferência (Re)Pensar Enfermagem de Família**, organizada pelos Docentes e Discentes do 2.º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde, que se realizou no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu, no dia 29 de janeiro de 2020.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Total de Horas de Formação: 8 (oito) horas

Viseu, 12 de fevereiro de 2020

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,

Prof. Doutor Daniel Silva

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,

Prof. Doutor José Costa

ANEXO 2 – Certificado de presença no *Workshop “Cuidados à Família – Registos em SClínico*

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM E SAÚDE FAMILIAR



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifico que, *Tânia Petronílho*, natural de _____, nascido(a) a
___/___/___, de nacionalidade _____, portador(a) do BI/Cartão Cidadão n.º
_____ válido até ___/___/___, esteve presente no **Workshop “Cuidados à Família - Registos em
SClínico”**, realizado na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, no Porto, no dia 6 de Dezembro de
2019, com um total de 4 horas.

Porto, 6 de Dezembro de 2019

A Presidente
APECSOP
Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários
Rua Maria João Pousa
Apartado 7106

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
N.º 014 806 155
Henriette Albuquerque
R. Cruz de Malpique nº 115, 2.º Dt
4460-203 Matosinhos

ANEXO 3 – Declaração de responsabilidade do Diretor da ESSUA

AUTORIZAÇÃO

Para os devidos efeitos autorizo a estudante **Tânia Catarina Gonçalves Petronilho**, do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a realizar o projeto de investigação intitulado *“Vivências Significativas do Cuidador Familiar da Pessoa em Transição Perioperatória: Papel do Enfermeiro de Família”*, sob a orientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões.

Aveiro, 29 de maio de 2019

O Diretor da Escola Superior de Saúde


Prof. Doutor Rui Jorge Dias Costa

ANEXO 4 - Parecer do Coordenador da USF Leme



USF Leme

Exmos Senhores

Assunto: Autorização de realização de estudo de investigação “Vivências Significativas do Cuidador Familiar da Pessoa em Transição Perioperatória: O Papel do Enfermeiro de Família”.

Para os devidos efeitos informa-se que o pedido de autorização, referente a Tânia Catarina Gonçalves Petronilho, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, para realização de estudo de investigação com o tema “Vivências Significativas do Cuidador Familiar da Pessoa em Transição Perioperatória: O Papel do Enfermeiro de Família”, a realizar na USF Leme, estabelecimento prestador de cuidados de saúde sito em Av. Dr. Rocha Madail 3830-193 Ílhavo, foi **autorizado**.

Ílhavo, 05 de junho de 2019,

Rui Pinheiro
(Coordenador USF Leme)

ANEXO 5 - Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro

Am

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: <i>foi aprovado o parecer</i> <i>25.01.19</i>
-----------------------------	--

Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.

Título: "Vivências Significativas do Cuidador Familiar da Pessoa em Transição Perioperatória: O Papel do Enfermeiro de Família" na Unidade de Saúde Familiar Leme

ASSUNTO: Processo número nº 76/2019

Autores: Tânia Catarina Gonçalves Petronilho; Enfermeira no Serviço de Obstetícia/Ginecologia do Centro Hospitalar de Baixo Vouga e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro; João Filipe Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro.

[Signature]
Presidente,
[Signature]
Dr. João Rodrigues
Dr. Luís Militão Cabral Vogal,

O estudo em apreciação tem como objetivos a compreensão das vivências significativas do cuidador familiar no cuidado informal à pessoa em transição perioperatória, bem como, a compreensão e exploração das vivências do cuidador familiar relativamente ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro de família na transição perioperatória. Trata-se de um estudo observacional, qualitativo, com recurso a análise de conteúdo de incidentes críticos/relato de vivências significativas de sujeitos que viveram a experiência de cuidador familiar tendo prestado cuidado informal à pessoa em transição perioperatória. A investigadora recorrerá à entrevista semi-estruturada (Guião em anexo), realizada face a face, individual e com gravação áudio, para recolher os dados, narração de *vivências significativas*, que serão posteriormente transcritas. De forma a garantir o anonimato dos participantes será realizada uma codificação das entrevistas, sendo atribuído um código numérico a cada participante, o qual será utilizado na referência dos dados individuais. Os ficheiros digitais serão protegidos com palavra-chave e os documentos escritos guardados em local protegido. os dados a colher serão apenas os pertinentes e limitados ao necessário para os efeitos do estudos e o prazo de conservação dos mesmos será limitado ao mínimo necessário à conclusão do estudo. A investigadora compromete-se a destruir qualquer prova que comprometa ou identifique os entrevistados, nomeadamente as entrevistas gravadas após o processo de transcrição. O Estudo decorrerá na Unidade de Saúde Familiar Leme do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, estando já autorizado.

[Signature]
Dr. Mário Ruivo

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE


Os sujeitos do estudo serão os cuidadores familiares de utentes da Unidade de Saúde Familiar Leme que serão convidados a participar, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: ser cuidador familiar de uma pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica eletiva, cujo agendamento tenha sido efetuado com pelo menos 1 mês de antecedência; ter Recorrido a consulta pós-operatória no período compreendido entre Setembro de 2019 e Fevereiro de 2020; possuir idade superior a 18 anos; ser capaz de se expressar verbalmente; compreender a língua portuguesa, aceitar participar no estudo.

O pedido de consentimento informado, inclui identificação do investigador, identificação do estudo, objetivos do estudo, carácter voluntário da participação, garantia de confidencialidade e anonimato, identificação contacto para esclarecimentos adicionais, local para assinatura do investigador que solicita o consentimento e de quem presta o consentimento.

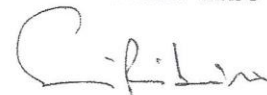
A análise dos documentos permite verificar que: estão definidos critérios de inclusão e exclusão; é garantida a participação livre, voluntaria e informada dos participantes; Os dados são anonimizados, é garantida a confidencialidade dos mesmos e a destruição das gravações, é apresentado o Guião da entrevista, não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.

Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Relator:


(Mária da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)

Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC



(Carlos Fontes Ribeiro)

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Póster Científico apresentado na Conferência “*(Re)Pensar a Enfermagem de Família*”



A Família a Vivenciar uma Transição Perioperatória: Estudo de Caso

CONFERÊNCIA
(Re)Pensar a Enfermagem de Saúde Familiar

Tânia Petronilho⁽¹⁾, Andreia Loureiro⁽²⁾, João Simões⁽³⁾

^{(1),(2)}Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

⁽³⁾Unidade Saúde Familiar Leme

Introdução

A transição perioperatória constitui uma situação de mudança na vida da pessoa submetida a cirurgia, bem como, da sua família, exigindo destes uma adaptação a este novo contexto de saúde/doença.

Objetivo: Compreender a influência da intervenção do enfermeiro de família na transição perioperatória.

Materiais e Métodos

Estudo de caso, que decorreu numa Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, cuja colheita de dados foi efetuada através de entrevistas à família, em contexto domiciliário.

Família Monoparental Liderada pela Mulher (Falecimento do Cônjuge)
Família na etapa de ciclo vital: Família com Filhos em Idade Escolar
Transição Saúde/ Doença. Proposta para Antroplastia Anca Direita

Conclusões

A avaliação e intervenção familiar desenvolvidas, de forma antecipatória, permitiram a obtenção de ganhos em conhecimento, competências e comportamentos de adesão.

A intervenção do enfermeiro de família revelou-se facilitadora do processo de transição perioperatória, dotando a família de mecanismos que a permitiram vivenciar de forma saudável.

Referências

- Figueiredo, M. H. J. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência.
- Weigh, L. M. & Leathe, M. (2018). Enfermeiras e Famílias: Um Guia Para Avaliação e Intervenção na Família. (3ª ed.) Lisboa: Editora Roca.
- Zagonel, I. P. S. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 7, 25-32. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

Resultados



INTERVENÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Precaução de Segurança Não Demonstrada

Processo Familiar Disfuncional: Coping Familiar Não Eficaz Interação de Papéis Não Eficaz

Papel do Prestador de Cuidados Não Adequado: Conhecimento do Papel Não Demonstrado Comportamentos de Adesão Não Demonstrados

RESULTADO

Precaução de Segurança Demonstrada

Processo Familiar Funcional

Papel do Prestador de Cuidados Adequado

Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas (remoção tapetes; quarto no rés-chão; wc acessível; ajudas técnicas).

Promover / Negociar estratégias adaptativas / coping na família (coabitação com os Pais de L.). Promover o envolvimento da família extensa. Motivar para a redefinição e partilha de papéis pela família extensa.

Ensinar sobre: técnica de banho, vestuário, uso do sanitário; levantar, deambulação. Ensinar/ Instruir/ sobre equipamentos adaptativos (elevador de sanita, canadianas). Ensinar sobre a importância de estimular a independência.

APÊNDICE 2 – Guião da entrevista semi-estruturada de colheita de dados

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DE COLHEITA DE DADOS

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR

- Código Identificação: _____
- Sexo: _____
- Idade: ____ anos
- Profissão: _____
- Grau de parentesco⁷: _____
- Já era cuidador da pessoa antes da cirurgia? Sim/Não _____
- Vive com a pessoa cuidada⁸? Sim/Não _____
- Partilha o cuidado da pessoa? Sim/Não _____
Se sim, com quem? _____
- Data da entrevista: ____ / ____ / _____

CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA CUIDADA

- Idade: ____ anos
- Cirurgia a que foi submetido: _____
- Data da decisão cirúrgica: _____
- Data de agendamento da cirurgia: ____ / ____ / _____
- Data do internamento: ____ / ____ / _____
- Data da alta: ____ / ____ / _____
- Avaliação do índice de Barthel⁹

1. Alimentação

- Independente 10
Precisa de alguma ajuda 5
Dependente 0

2. Transferências

- Independente 15
Precisa de alguma ajuda 10
Necessita de ajuda de outra pessoa 5
Dependente 0

3. Toalete

- Independente 5
Dependente 0

4. Utilização do WC

- Independente 10
Precisa de alguma ajuda 5

⁷ Em relação à pessoa cuidada

⁸ Habitualmente

⁹ Preenchido de acordo com as orientações da Norma nº 054/2011 da DGS e relativo ao momento da alta

- Dependente 0
5. Banho
- Toma banho só 5
- Dependente, necessita de alguma ajuda 0
6. Mobilidade
- Caminha 50metros, sem ajuda ou supervisão 15
- Caminha menos de 50metros, com pouca ajuda 10
- Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50metros 5
- Imóvel 0
7. Subir e Descer Escadas
- Independente, com ou sem ajudas técnicas 10
- Precisa de ajuda 5
- Dependente 0
8. Vestir
- Independente 10
- Com ajuda 5
- Impossível 0
9. Controlo Intestinal
- Controla perfeitamente, sem acidentes 10
- Acidentes ocasional 5
- Incontinente ou precisa de uso de clister 0
10. Controlo Urinário
- Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que autónomo 10
- Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 5
- Incontinente, ou algaliado, mas necessita de ajuda com algália 0

TOTAL: _____

PARTE II

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIRETIVAS DAS QUESTÕES
INTRODUÇÃO	<p>Legitimar a entrevista Motivar o entrevistado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O título deste estudo é: “Vivências Significativas do Cuidador Familiar da Pessoa em Transição Perioperatória: O Papel do Enfermeiro de Família”. • Este estudo de investigação é conduzido por mim, Enfermeira Tânia Petronilho. • Este estudo está integrado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. • Tem como objetivos: compreender as vivências do CF da pessoa em transição perioperatória; e compreender e explorar as vivências do CF relativamente ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro de família na transição perioperatória • Pretende-se realizar uma entrevista com gravação em áudio. • As entrevistas serão anónimas e apenas identificadas pelas iniciais do seu nome e do contacto telefónico. • Todos os dados são confidenciais ficando apenas na minha posse, que os utilizarei exclusivamente para a investigação. • A participação neste estudo é de carácter voluntário e poderá desistir a qualquer momento. • O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro. • O áudio da gravação será destruído após 5 anos do término da investigação. • Autoriza-me que grave em áudio esta entrevista? • Permite-me que cite o seu discurso na íntegra ou parcialmente?

DESENVOLVIMENTO	Compreender as vivências significativas do CF da pessoa em transição perioperatória	<ul style="list-style-type: none"> • Como foi a sua experiência como CF desde a data de agendamento da cirurgia da pessoa que cuida até ao momento do regresso a casa? • Conte-me as situações positivas e negativas que mais o marcaram. • Identifique situações relativas ao período antes do internamento, durante o internamento e após o internamento. • Relate o que aconteceu, as pessoas que estiveram envolvidas e o que resultou da situação.
	Compreender e refletir acerca das vivências significativas do CF relativamente ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro de família na transição perioperatória	<ul style="list-style-type: none"> • Que intervenção teve o seu enfermeiro de família na situação? • Que intervenção considera que o seu enfermeiro de família poderia ter tido na situação? • Acha que é importante o apoio do seu enfermeiro de família, antes e após a cirurgia do seu familiar? Porquê?
CONCLUSÃO	Aprofundar temas que o participante considere importante e oportuno abordar no contexto da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Desejaria acrescentar algo que considere importante para o âmbito desta entrevista? • Agradeço a sua disponibilidade e colaboração, pois são fundamentais para a consecução deste trabalho de investigação. • Dado o encerramento da entrevista.

APÊNDICE 3 – Declaração de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Tânia Catarina Gonçalves Petronilho, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Secção Autónoma das Ciências da Saúde Universidade de Aveiro, gostaria de contar com a sua participação numa investigação que está a realizar, no âmbito da narração de vivências significativas do cuidador familiar da pessoa que vivenciou uma cirurgia, sob a orientação do Professor Doutor João Lindo Simões. O estudo tem como objetivos a compreensão das vivências significativas do cuidador familiar no cuidado informal à pessoa em transição perioperatória, bem como, a compreensão e exploração das vivências do cuidador familiar relativamente ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro de família na transição perioperatória. Com a narração de vivências significativas pretende-se promover a reflexão acerca da importância do papel do enfermeiro de família no planeamento da transição perioperatória do cuidador familiar, através da narração da experiência por si vivenciada. Para tal, precisamos da sua colaboração voluntária, através das respostas a algumas questões. Serão recolhidos alguns dados pessoais e clínicos relativos a si e à pessoa que cuida e será efetuada uma entrevista, através da realização de perguntas direcionadas para a sua vivência como cuidador da pessoa submetida a cirurgia. A entrevista será gravada. Os dados são confidenciais e a sua decisão de participar ou de não participar neste estudo, não tem qualquer interferência no processo de cuidados. Agradecemos a sua colaboração.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante

Eu..... declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais adicionais que me foram dadas pela investigadora. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato.

(Data) ___ - ___ - ____ (Assinatura) _____

Entrevistador

(Data) ___ - ___ - ____ (Assinatura) _____

APÊNDICE 4 – Matriz da Análise de Conteúdo

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO PRÉ-INTERNAMENTO DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA				
CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES FACILITADORES	Relacionados com o CF	Autoconhecimento	"...se eu estivesse mesmo só com ela as coisas não funcionariam assim." (CF2)	1
		Consciencialização para desempenho do papel de CF	"...foram os meus próprios colegas que já passaram pela mesma situação que me disseram [que ela iria necessitar de um cuidador]." (CF10) "Quando ela soube que ia ser operada, ela telefonou à minha filha e perguntou se a gente a aceitava em casa quando ela fosse operada." (CF11) "A enfermeira lá no hospital, antes da cirurgia, perguntou se ela tinha alguém que cuidasse dela." (CF12)	3
	Relacionados com a rede de apoio da saúde	Conhecimentos prévios transmitidos pela equipa dos cuidados de saúde hospitalares	"...a médica explicou tudo antes pormenorizadamente: o que é que tínhamos que fazer, que tinha de ir em jejum, todos esses pormenores, de quanto é que depois o período que tinha que estar em repouso." (CF1) "...também a enfermeira do hospital – nem foi a enfermeira foram os serviços administrativos de cirurgia – quando me telefonou também me esclareceu tudo muito bem. E, quando fomos a consulta de cirurgia, ela já deu todos os cuidados que ele tinha que fazer antes de ser internado... a esponja, os desinfetantes, se quisesse já ia todo rapado, já foi." (CF5) "Tivemos uma consulta com uma enfermeira do hospital que nos disse todos os cuidados a ter." (CF7)	3
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com a pessoa cuidada	Dor pré-operatória	"... andava cheio de dores..." (CF3) "Porque antes ele andava na última, cheio de dores..." (CF4) "Ele tinha dor constante." (CF7) "Ele já andava com queixas há 3 anos; tinha muitas dores antes da operação." (CF8)	4
		Alterações nas atividades diárias	"Já não podia fazer caminhadas, não podia fazer muito coisa..." (CF7) "...chegou a uma certa altura que já era impossível, porque ele já não conseguia fazer quase nada mesmo." (CF8)	2
		Alterações emocionais	"...ele andava muito chato era em antes, muito aborrecido. Pois, eu não lhe podia dizer nada que ele interpretava tudo ao contrário... que andava aborrecido" (CF3) "Ele nunca quis ficar de baixa. A nossa médica é a Dra F. e a minha filha diz que um dia ele foi a consulta, ela acompanhava-o sempre, e ela dizia-lhe assim: ó senhor P. eu vou-lhe dar baixa, você não pode trabalhar;... é que ele parar para ele, ele é uma pessoa muito ativa..." (CF4) "Ele tinha dias que fica muito revoltado, porque estava mais limitado." (CF7) "E, às vezes, quando não conseguia ficava muito nervoso e aborrecido; e lá ia eu ajudar, mas ele nunca pedia ajuda, eu é que o via com aquela raiva e via logo que ele não estava a conseguir sozinho." (CF8)	4

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO PRÉ-INTERNAMENTO DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com o CF	Sentimento de impotência para lidar com a dor	"Porque é assim, ele já não havia nada que lhe tirasse a dor, já não havia nadinha..." (CF4)	2
		Medo	"Às vezes, nem os medicamentos tiravam as dores, e eu nem sabia o que fazer." (CF7) "E uma pessoa fica um bocado receosa. Até eu, que não era diretamente comigo, fiquei com medo, com um bocado de receio." (CF7)	
		Ansiedade	"Até à cirurgia foi mais a ansiedade..." (CF7) "Fiquei ansiosa até à cirurgia, quando iria ser?" (CF9)	2
	Organizacionais	Tempo de espera para a cirurgia	"Inicialmente disseram que iria ser rápido, mas depois houve um acerto da data e acabou por demorar muito tempo." (CF1)	5
			"...eu acho que os médicos e os hospitais deviam chamar as pessoas mais rápido, quando veem que as pessoas, o caso é grave. Demorou muito tempo." (CF4) "...porque demoraram muito tempo para o chamar para a cirurgia." (CF5) "Também demoram muito tempo para chamar para a cirurgia." (CF7) "E ainda esperou muitos meses até o chamarem." (CF8)	
COPING INTERNO		Esperança	"Esperava que com a cirurgia a dor passasse." (CF3) "As dores só passavam depois de ele ser operado." (CF8)	2
		Tolerância	"Tive de ter muita paciência e tolerância antes da operação, porque ela andava muito stressada" (CF2) "Eu tinha que ter muita paciência e acalmá-lo." (CF3) "Tive que ter muita paciência durante esse tempo. Já sabemos, não é, de vez em quando há estes percalços e temos de pensar que é só uma fase menos boa e depois vai passar." (CF6)	3
COPING EXTERNO		Apoio Familiar	"...antes e depois [da cirurgia] tenho tido uma ajuda espetacular da família..." (CF2) "Falei com a minha vizinha e ela disse que o marido também teve muitas dores, portanto achei normal em antes ser assim." (CF3)	1
		Procura de Informação	"Fiz uma pesquisa na Internet e dizia que era normal ter dores..." (CF8) "Nós falamos com a assistente social e foi ela que a ajudou..." (CF11)	3

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR DURANTE O INTERNAMENTO DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES FACILITADORES	Relacionados com o CF	Tolerância às adversidades	"Olhe eu sou uma pessoa um bocadito forte. Não sou daquelas que me deixo ir muito abaixo." (CF6)	1
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com a pessoa cuidada	Dor pós-operatória	"Na primeira noite sentiu algumas dores." (CF1)	3
			"Ele até no hospital teve muitas dores, ele chorou mesmo muito no pós-operatório." (CF4)	
			"No dia que ele foi operado não passou lá muito bem por causa das dores." (CF7) "Ela é a minha única companhia." (CF1)	
	Ausência de apoio	"...porque também não tenho onde ir comer." (CF2)	3	
		"Não tinha cá mais ninguém com quem estar." (CF10) "É uma ansiedade enquanto se está à espera..." (CF1)		
	Ansiedade	"Enquanto ele não deu entrada para a enfermaria, depois da cirurgia, eu estive sempre nervosa..." (CF5)	3	
		"Claro, estava preocupado se tinha corrido bem ou não, como é que ela ia ficar." (CF10)		
	Medo	"...a gente tem medo que alguma coisa corra mal." (CF1)	3	
		"...porque estava sempre naquela coisa se tinha corrido bem ou não. Pronto, aí é que foi para mim um bocado mais complicado." (CF5) "Fomos levá-lo ao hospital às dez e meia e ele só foi operado às oito da noite. Durante este tempo a nossa cabeça está sempre a magicar, será que está a correr bem, será que está a correr mal." (CF8)		
	Relacionados com o CF	Sentimento de impotência	"Pensava muito nele durante o dia; gostava de poder fazer alguma coisa para ajudar." (CF3)	4
"A gente em casa, sem saber o que fazer; é muito difícil..." (CF4) "É difícil estar assim longe, sem poder ajudar e confortar." (CF6)				
"Foram os dias mais difíceis porque ele ali o dia inteiro e eu não saber o que fazer para o confortar." (CF7)				
Separação familiar	"Quem está habituado a estar sempre junto, depois custa estar separados." (CF3)	3		
	"Senti a falta dele cá em casa, pois estamos habituados a estar sempre juntos..." (CF6) "Enquanto estive em casa, senti muito a falta dele." (CF7)			
Substituição de papéis	"E ali em casa, pronto, é só por dizer que ela é que cozinhava e essa parte tenho muita dificuldade. A maior parte das vezes comia sandes ou assim..." (CF1)	3		
	"Temos uma criaçõzita, tratar da criação e começar a tratar do comer; tenho de ser eu agora a tratar destas coisas." (CF2) "Foi difícil porque eu não estava habituado [a cozinhar]; às vezes tinha de ir buscar comida fora" (CF10)			

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR DURANTE O INTERNAMENTO DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com os enfermeiros dos cuidados hospitalares	Ausência de envolvimento do CF	<p>"Eu não fui contactado por nenhuma enfermeira, ela é que contactava com a enfermeira e eu então o que é que passaste?" (CF2)</p> <p>"...como normalmente estão a lavá-lo e a fazer as higiènes e nós não podemos entrar; sentia-me aparte." (CF7)</p> <p>"A conversa foi com um senhor lá no hospital que tinha sido operado à mesma coisa que ele. E foi em conversa com ele e com a esposa, porque nunca nem enfermeiro nem médico nenhum falou comigo, nem com ele." (CF8)</p> <p>"Nunca me disseram nada; foi zero. Eu acho muito mal é isso, a gente vai ao hospital e ninguém nos diz nada..." (CF9)</p>	4
		Falta de capacitação do CF	<p>"...assim do género olhe o senhor depois não deixe ela fazer isto ou aquilo, o senhor pode lavar com água salgada ou com água doce; nunca tive contacto nenhum sobre isso." (CF2)</p> <p>"...e eu perguntei, porque ninguém [nenhum profissional de saúde] me disse, se ela tinha comprado ou se era preciso o aumento para a sanita; e ela [a vizinha] disse: ora vá ao centro de saúde que no centro de saúde emprestam ..." (CF4)</p> <p>"Porque eu nem fazia ideia como era a recuperação, porque nunca tinha acontecido, nem mesmo a ninguém da família e nenhum enfermeiro nunca explicou." (CF8)</p>	3
COPING INTERNO		Manutenção da comunicação com o familiar	<p>"Ela logo que conseguiu ligou-me a dizer que já estava no quarto e foi um alívio." (CF1)</p> <p>"Íamos falando pelo telemóvel." (CF2)</p> <p>"Ligávamos um ao outro para matar as saudades." (CF7)</p> <p>"...liguei pró telemóvel e ela disse que estava bem e eu fiquei mais descansado." (CF10)</p>	4
		Visitas	<p>"Ía vê-la todos os dias..." (CF1)</p> <p>"Quería ir lá visitá-la todos os dias... quando chegamos ao hospital e vemos a outra pessoa é uma felicidade." (CF2)</p> <p>"Eu ía lá visitá-lo." (CF3)</p> <p>"Era muito bom quando ía visitá-lo." (CF5)</p> <p>"...íia todos os dias ao hospital." (CF6)</p> <p>"Eu praticamente estava lá [no hospital] o tempo todo que podia." (CF7)</p>	6
	Manter atitude positiva	<p>"E então eu encarava assim: bom, só quero é que ele fique bem." (CF6)</p> <p>"Nós não conseguimos tratar dele assim em casa; é só um tempo para recuperar e depois volta." (CF7)</p> <p>"Pensava que era para ficar bem, portanto tinha de ser." (CF8)</p>	3	

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR DURANTE O INTERNAMENTO DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
COPING EXTERNO		Apoio familiar	<i>"Organizávamo-nos bem. A minha filha deixava tudo mais ou menos adiantado e ia-se embora; as vezes telefonava-me ou assim; mas eu orientei sempre tudo, já é o que eu faço no dia-a-dia."</i> (CF4)	1
		Apoio de amigos	<i>"...eu perguntei a uma senhora que o marido também tinha sido operado e eu perguntei ..."</i> (CF4) <i>"Eu conversei com uma cliente, que ela soube que o meu marido tinha sido operado ao que o marido dela tinha sido operado aí há uns quinze dias antes. E ela pôs-me logo ocorrente de tudo. Olha vais ter que fazer isto e aquilo e aqueloutro e mais isto e ele vai ter que ter isto e aquilo."</i> (CF8)	2
		Comunicação com os enfermeiros dos cuidados hospitalares	<i>"A gente falava com os enfermeiros."</i> (CF4)	1
		Apoio Social na USF	<i>"Foi quando ele já estava internado. Fui lá numa quarta feira e então a doutora assistente social disse-me, já o quer levar? Se a senhora fizer o favor, levava já... e assim foi. E ela fez-me uma coisa, deu-me um papel e então por três meses; se for preciso mais, vou renovar outra vez. É bom eles emprestarem estas coisas, porque o dinheiro também não chega para tudo."</i> (CF4)	1

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO REGRESSO A CASA DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES FACILITADORES	Relacionados com o CF	Percepção antecipada da necessidade de desempenho do papel de CF	<p>"...já sabia que ia precisar de alguém para cuidar dela, portanto estávamos mais conscientes" (CF10)</p> <p>"...a gente já estava a contar em cuidar dela, desde que decidiram a cirurgia, porque ela falou connosco ." (CF11)</p>	2
		Percepção positiva sobre o papel de CF	<p>"Mas prontos é bom tar a tratar das pessoas..." (CF4)</p> <p>"Tentava pensar que esses dias iam ser virados para ali; são 15 dias em casa; tem que se aceitar; porque esses dias são para tratar dele e também é nossa função cuidar da nossa família." (CF7)</p>	2
		Experiências anteriores	<p>"...isto não tem comparação porque é como lhe digo, eu já vinha de trás, já estava a cuidar da minha mãe; e a minha mãe era uma pessoa já com 80 e muitos, e nesse caso eu já tinha uma experiência; como dar banho e tudo, porque eu governava-a; porque ela comer comia por mão dela mas depois havia muitas coisas, o vestir, ela não conseguia... tinha que fazer tudo isso." (CF3)</p> <p>"...não se vire assim coiso, vire-se todo, porque era o que eu via... [referindo-se à sua experiência quando esteve internada]" (CF4)</p> <p>"...já tinha experiência também com o meu pai com AVC e esteve na minha casa algum tempo..." (CF5)</p> <p>"Ele também já tinha sido operado há uns anos à parótida, embora ele aí podia andar, mas também já cuidei dele nessa altura." (CF7)</p> <p>"A nossa primeira filha era deficiente mental profunda e eu tratei sempre dela até aos 17 anos, que foi quando ela faleceu. Portanto esta aprendizagem já vem de trás. Embora seja totalmente diferente uma coisa da outra. Mas fica sempre aquela maneira de a gente fazer isto ou aquilo. Embora também já tenho sido há muitos anos." (CF8)</p> <p>"Eu fui por mim. Como me disseram a mim da outra vez e eu faço agora igual." (CF9)</p> <p>"E já há 6 anos, quando ela foi operada aos olhos, também foi para a minha casa, portanto já foi mais fácil desta vez." (CF11)</p>	7
	Relacionados com os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares	Ensinos e Treino de Habilidades	<p>"...a gente já sabia que é normal ter dores depois da operação... a gente ia dando os comprimidos, às vezes punhamos gelo, conforme nos disse o enfermeiro." (CF4)</p> <p>"Tinha de lhe dar as injeções, mas os enfermeiros ensinaram-me no hospital." (CF5)</p> <p>"Com o panfleto que eles [os enfermeiros] me mandaram lá no hospital, foi mais fácil..." (CF8)</p>	3

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO REGRESSO A CASA DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com a pessoa cuidada	Dependência no autocuidado: Vestir	<p>"Portanto tinha que a ajudar a vestir-se, sobretudo a parte das calças e assim ..." (CF1)</p> <p>"Calçar as meias..." (CF4)</p> <p>"Ao principio ajudei a calçar a meia..." (CF5)</p> <p>"Era eu que ajudava a vestir e despir..." (CF6)</p> <p>"Para vestir também precisava de o ajudar por causa das meias e das calças." (CF7)</p> <p>"Tinha de ser eu a ajudá-lo a vestir, principalmente a parte de baixo." (CF8)</p> <p>"Também para vestir." (CF9)</p> <p>"Também não se conseguia vestir toda. Tinha de lhe calçar as meias e os chinelos." (CF10)</p> <p>"Para vestir, vistí-a eu..." (CF11)</p>	9
		Dependência no autocuidado: Banho	<p>"...quando era no banho também ajudava a ir para a banheira ..." (CF1)</p> <p>"...ele tomar banho mesmo não conseguia. Portanto eu ajudei-o ..." (CF4)</p> <p>"Eu ajudei a tomar banho... Eu lavava com um toalhete e assim ... Todos os dias o lavava para mudar a cueca..." (CF6)</p> <p>"Para a higiene, precisava de ajuda." (CF7)</p> <p>"Precisei de o ajudar a tomar banho." (CF8)</p> <p>"Para tomar banho, também precisamos de a ajudar." (CF9)</p> <p>"Precisava de ajuda porque não pode tomar banho." (CF10)</p> <p>"...para tomar banho, também lhe davamos banho..." (CF11)</p>	8
		Dependência no autocuidado: Controlo Urinário	<p>"... depois era preciso tirar o saco da algália porque ela também usa o saco ..." (CF1)</p> <p>"Botava-lhe o urinolzinho lá ao pé." (CF4)</p> <p>"...usava a cueca descartável... agora não se aguentam tão bem as urinas." (CF6)</p>	3

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO REGRESSO A CASA DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com a pessoa cuidada	Dependência no autocuidado: Alimentação	<p>"... tinha que ir sempre ter uma garrafa com água ao pé dela ..." (CF1)</p> <p>"... punha as coisinhas à moda; fazia o comer, punha-lhe a mesa, enquanto ele estava deitado ia sempre ver se ele queria alguma coisa, se queria comer alguma coisa." (CF4)</p> <p>"Tinha que preparar as refeições." (CF5)</p> <p>"Ele comia de tudo e come sozinho, mas era eu quem fazia a comida." (CF6)</p> <p>"...o comer tinha de ser feito por mim, tinha de o por na mesa porque ele não era capaz." (CF7)</p> <p>"...tinha de lhe fazer comer..." (CF9)</p> <p>"Tinha que ser eu a fazer a comida." (CF10)</p>	7
		Dependência no autocuidado: Mobilidade	<p>"Em casa tinha que estar mais ou menos em repouso, ou deitada, ou sentada..." (CF1)</p> <p>"...a mobilidade, não podia mover-se tanto." (CF2)</p> <p>"... dificuldade em se levantar..." (CF6)</p> <p>"Ajudava-o a sentar..." (CF7)</p> <p>"Depois aqui em casa a minha maior dificuldade era deitá-lo na cama." (CF8)</p> <p>"Ela andava de muletas, mas eu tinha de ir com ela. Ia com dificuldade e eu ajudava-a." (CF9)</p> <p>"... não se conseguia dobrar." (CF10)</p>	7
		Dependência no autocuidado: Utilização do WC	<p>"Eu auxiliava-o sempre a ir à casa de banho." (CF6)</p> <p>"...eu ia lá com ele à casa de banho." (CF7)</p> <p>"Ele ia com as muletas até à casa de banho e depois lá eu tinha de o ajudar." (CF8)</p> <p>"...precisava de a ajudar a ir à casa de banho." (CF9)</p>	4
		Dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária	<p>"...pronto tinha de a acompanhar quando é para vir ao centro de saúde... por isso ela para se deslocar tinha que ser sempre comigo." (CF1)</p> <p>"Olhe tinha de fazer as coisas que ela fazia; cozinhar, limpar a casa, por a roupa na máquina. Eu não sabia passar a ferro." (CF10)</p>	2
		Dor pós-operatória	<p>"O difícil foi as dores que ela tinha..." (CF2)</p> <p>"A mim o que me marcou mais foi ele ter dores." (CF4)</p> <p>"...porque lhe doía e tinha de estar ao alto com ela..." (CF9)</p> <p>"É quando ela tinha dores, não sabemos o que fazer para ficar melhor..." (CF12)</p>	4

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO REGRESSO A CASA DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR	
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com a pessoa cuidada	Alterações no Sono	"E pronto andava assim de noite, não dormia bem..." (CF6) "Ela não descansava nada..." (CF9)	2	
	Relacionados com as condições habitacionais	Existência de barreiras arquitetónicas	"A banheira também não ajudou; se eu soubesse tinha arranjado a casa de banho e colocado um chuveiro só; dava mais jeito." (CF1) "Até olhe quando ele veio para casa, dei-lhe o meu quarto, porque ficava mais à mão e mais perto do quarto de banho; nesse dia dormi no sofá e depois lá arranjamos uma solução." (CF4) "As escadas cá em casa também não ajudaram. Até acabamos por quando ele chegou, arranjar um quartito na sala, para ele não andar sempre a subir e a descer." (CF6) "As escadas, eu punha-me assim atrás porque tinha medo que ele caísse. Depois também decidimos que era melhor arranjar um sítio cá em baixo." (CF7) "As escadas, nestas situações, não ajudam." (CF8) "Quando chegamos a casa, ela mora no primeiro andar, foi um trinta e um para subir as escadas." (CF9) "Nós temos escadas lá em casa. (...) Então quando chegamos a casa arranjamos um sítio no rés-do-chão e assim é mais fácil." (CF10)	7	
	Relacionados com o CF	Medo	"...porque estava sempre com medo, como ele é novo, dele ficar impossibilitado ..." (CF4) "...tinha medo que ele ficasse baralhado ..." (CF6) "...tinha medo que ele caísse ..." (CF7) "Mas tinha medo de o estar a magoar." (CF8) "...tinha medo de ela ficar lá sozinha." (CF11)	5	
		Condição Física	"Quando era jovem até a pegava ao colo, agora já não tinha força..." (CF2) "Eu não sou jovem e há coisas que já me custa; tenho dores nas costas e estar assim a cuidar de uma pessoa o dia todo também era muito cansativo." (CF4) "É assim, para pegar nele não conseguia... é que eu também tenho cancro do intestino e também ando a ser seguida... Já não tenho aquela força que tinha (agora para Dezembro também já faço 81). Às vezes faltava-me a força para o levantar ... Ontem doía-me aqui as costas e a anca e eu disse: qualquer dia fico eu para aqui de lado." (CF6) "...porque eu tenho a asma e também me custa muito. Custava-me estar-me sempre a alevantar; porque em casa eu deitava-me mais ele e pronto...estava. E com ela já não pôde ser assim." (CF9) "...e eu também tinha dores nas pernas." (CF11)	5	
			Alterações do Sono	"...que eu também não dormia bem..." (CF6) "...tinha de a tratar de noite... Ela não descansava nada e eu também não." (CF9)	2

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO REGRESSO A CASA DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com o CF	Substituição de papéis	<p>"O mais complicado para mim foi a parte da culinária porque eu sinceramente sou um desastre a cozinhar, não sei fazer nada de jeito, nem nunca precisei porque ela sempre foi uma boa cozinheira e eu como passei muitos anos também no mar prontos tinha quem cozinhasse para mim.. ." (CF1)</p> <p>"...como tenho umas galinhas e um bocadinho de quintal e tenho que regar uns tomatitos que tenho lá, umas alfaces; tinha de ser eu a tratar disso ..." (CF2)</p> <p>"...eu não sei fazer essas coisas [relativamente ao pagamento das contas da casa, ir ao banco e tratar do carro]." (CF6)</p> <p>"E depois o meu neto. Eu não estava habituada a estar assim com ele todo o dia. Arranjava o comer, tinha de ir para a escola, ver as coisas da mochila. Às vezes não sabia lidar bem com ele." (CF9)</p> <p>"Era eu a fazer a comida e tratar da casa, coisas que ela fazia" (CF10)</p>	5
		Tempo / Disponibilidade para cuidar	<p>"...pronto tava dígamos 24 horas de atenção para ajudar sempre que era preciso ..." (CF1)</p> <p>"... eu nem precisava de levar o telemóvel... já depois de ser operada, eu nunca largava o telemóvel, mesmo que andasse com uma roupa muito velha no quintal." (CF2)</p> <p>"E eu tava sempre com esses cuidados... pronto porque eu tava sempre como a mãe galinha... tinha de estar aqui por casa sempre." (CF4)</p> <p>"Eu estive em casa, sempre em casa." (CF7)</p> <p>"... também tinha de estar sempre por casa." (CF8)</p> <p>"...estava aqui todo o dia e toda a noite..." (CF9)</p> <p>"Tinha de estar sempre por casa." (CF12)</p>	7
		Conflito de papéis	<p>"Eu costumava ir à piscina, e depois não ia..." (CF1)</p> <p>"Tinha as minhas coisitas que podia não fazer tanto: ir jogar cartas com os amigos ou às vezes ia caminhar com o vizinho." (CF2)</p> <p>"...tinha-me privado de ir aqui e ali... privei-me de ir à ginástica ou às vezes de sair e ir a qualquer lado ... Também ia visitar as pessoas que estão doentes." (CF4)</p> <p>"... foi para esquecer; foi para estar só com ele; não fui à ginástica, nem à piscina." (CF7)</p> <p>"Não fui à ginástica nem à piscina." (CF8)</p> <p>"Tinha um aidinho, plantava umas couvinhas e assim. Jardinávamos por lá; eu e ele. Depois ficou está tudo parado. E o cão, também ficou lá sozinho." (CF9)</p> <p>"Deixei de ir ao café, não tinha tempo para essas coisas." (CF10)</p> <p>"Eu ia à piscina e depois não fui..." (CF11)</p> <p>"... não ia a lado nenhum." (CF12)</p>	9

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO REGRESSO A CASA DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com o CF	Saturação do papel	<p>"...eu consumia-me com ele, consumia-me com eles." (CF4)</p> <p>"Foi muito difícil; já nem sabia o que havia de fazer; andava pra aqui para um lado e pró outro; a minha cabeça também não anda bem." (CF9)</p> <p>"Foi muito cansativo porque também tenho o meu pai lá em casa doente e também precisa de muitos cuidados e depois ela, fiquei muito cansada; às vezes a minha cabeça já nem sabia a quem acudir." (CF12)</p>	3
		Expetativas quebradas no desempenho do papel	<p>"Pensava que a recuperação não fosse tão demorada..." (CF2)</p> <p>"Eu pensava que ia ser como a minha... ela custou mais e precisava mais de ajuda quando chegou..." (CF9)</p>	2
		Ausência de apoio	<p>"Se tivesse alguém que ajudasse, tinha sido bem mais fácil." (CF1)</p> <p>"E a minha outra filha também trabalhava; não tinha vida para ficar aqui." (CF9)</p> <p>"Também se tornou mais difícil, porque não tinha ninguém para me ajudar." (CF10)</p>	3
		Falta de reconhecimento	<p>"...e ele tava sempre: deixe-me de chatear, deixe-me de chatear..." (CF4)</p>	1
	Relacionados com os enfermeiros	Falta de capacitação do CF	<p>"A dúvida que foi, foi eles [os enfermeiros] não terem esclarecido na altura, eles não dizerem que era preciso adaptar as coisas em casa, na casa de banho." (CF1)</p> <p>"...porque ninguém me ensinou; ...a maneira das pessoas estarem quando fazem as operações." (CF4)</p> <p>"[Relativamente ao autocuidado vestir] Eu acho que fiz bem; eles nunca me disseram como é que se fazia; se eu tivesse visto algum enfermeiro a fazer, era mais fácil." (CF5)</p> <p>"Fazia assim a higiene como eu achava que tava bem, não é... também ninguém me ensinou." (CF6)</p> <p>"[Relativamente à administração de enoxaparina] tinha medo de... Ele doía-lhe um bocadito. E eu tinha medo de ser eu que não estivesse a dar bem ou... E depois apareceu aquelas pisaduras e eu pensei... ai que eu já estou a fazer mal." (CF7)</p> <p>"Depois também quando chegamos, vimos que era melhor ficar num quarto aqui em baixo ao pé da casa de banho. Andei à pressa a fazer a cama e tirar uns móveis para ele andar mais à vontade. Se tivessem dito antes, então já estava pronto." (CF8)</p> <p>"Sabiam bem que ela não vinha para casa sozinha com um filho, não é? E ninguém ensinou como é que a gente devia cuidar dela. É que ela tem um menino." (CF9)</p> <p>"Tinha de lhe passar um pano molhado para tirar ao menos o suor. Nem era um banho em condições, mas eu não sabia fazer de outra forma, ninguém me disse como se fazia." (CF10)</p> <p>"Ela para o marido teve uma formação e andou para saber como é que havia de lidar com o marido, mas eu não, tive de me desenrascar." (CF11)</p> <p>"Eles não transmitem muito bem como é que a gente há-de cuidar depois em casa." (CF12)</p>	10

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO REGRESSO A CASA DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FATORES DIFICULTADORES	Relacionados com a configuração familiar	Famílias pequenas	"...também só tenho esta filha, só tenho este genro." (CF4) "O nosso filho não está cá, somos só os dois, tenho de olhar por ele." (CF8) "...ela vive sozinha com o filho." (CF9)	3
		Membros distantes	"Ele não vive cá, está em Inglaterra, não tem lá ninguém da família." (CF5) "A filha está em França." (CF10) "Ela tem uma filha que está em Lisboa, em Setúbal, que trabalha no hospital e tem outro que está lá no Cacém ..." (CF11)	3
		Papeis rígidos	"Ele era uma pessoa muito ativa... foi uma pessoa sempre muito independente. Até para tratar qualquer coisa de assuntos da casa era ele (era ele quem pagava as contas e ia ao banco e tratava dos carros) e eu disse: olha eu fiquei aqui em aranhas... ele queria resolver tudo sozinho, tudo sozinho (pronto trata tu sozinho) e eu depois não sabia..." (CF6) "Ele tem dois filhos, mas não se têm envolvido muito. Sempre foram assim, muito afastados, cada um toma conta da sua vida. Se eles cá viessem também nem sabiam onde estavam as coisas e de como lidar com ele, porque ele fazia tudo sozinho." (CF8) "Eu não estava habituado a algumas coisas; era ela que tratava de tudo e depois parecia uma barata tonta." (CF10)	3
COPING INTERNO	Comunicação		"Ela dizia mais ou menos como era; ia comigo à cozinha só para explicar como é que se fazia..." (CF1) "Ela lá me ia dizendo, faz assim, bota uma fruta e umas bolachas; íamos falando." (CF9) "Quando eu não sabia, ela ia-me dizendo como fazer: põe isto ou aquilo na panela; bota a roupa desta maneira." (CF10)	3
		Esperança	"Eu esperava que ele ficasse bem" (CF6) "Tinha esperança que ela ficasse bem." (CF9) "Eu também tinha fé que as coisas iam correr bem." (CF4)	2
	Crença religiosa	"Mas lá ia andando, assim com a religião..." (CF6) "...eu tinha fé que ele ficasse bem." (CF9) "...tinha fé." (CF11)	4	

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO REGRESSO A CASA DA PESSOA EM TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
COPING INTERNO	Focalização nos aspetos positivos		"Sabe que ele é novo, mexe-se ainda bem... se fosse uma pessoa já de idade, isso era diferente. Tinha a perna boa e andava... Agora se fosse, por exemplo, com outra idade... aí tinha que ser muito mais ajudado." (CF3)	4
			"É assim, isto foi tudo muito fácil, sinceramente foi tudo muito fácil, porque ele mexia-se bem. Julgava até que fosse uma coisa mais complicada; quando foi do meu marido foi mais difícil." (CF5)	
			"Mas pronto foi uma fase, até recuperar, tinha de pensar positivo..." (CF8)	
			"Pensava nas coisas boas, não teve nenhuma complicação, depois foi devagar, não podemos estar sempre a pensar no mal." (CF11)	
COPING INTERNO	Preservar as atividades recreativas		"...às vezes lá no pátio ia fazer alguma coisa para me distrair." (CF1)	3
			"Ia aqui ao lado conversar com a vizinha para me distrair um pouco." (CF3)	
			"Costumava ir passear com uma amiga, enquanto a minha filha ficava com ela." (CF11)	
COPING INTERNO	Gestão eficaz do tempo		"...se não fosse logo era mais um bocado e ia fazendo." (CF3)	3
			"Olhe controlávamos as coisas, primeiro fazia umas coisas mais importantes, depois fazia outras." (CF4)	
COPING INTERNO	Coabitação		"...tudo o resto eram coisas pronto... secundárias." (CF7)	3
			"...depois veio para cá para minha casa para eu cuidar dele que era mais fácil." (CF5)	
COPING EXTERNO	Apoio familiar		"Tive de mudar para casa dela..." (CF9)	3
			"...para ela fazer esta operação tive que a levar para a minha casa para eu cuidar dela." (CF11)	
COPING EXTERNO	Apoio familiar		"...nem tudo estava a passar pelas minhas mãos, tinha a ajuda das filhas, das netas que estão lá ao pé..." (CF2)	5
			"...eu era cuidadora só de dia, porque à noite era a mulher." (CF4)	
COPING EXTERNO	Apoio de terceiros		"O meu marido é que estava aqui comigo e ajudava-me; íamo-nos revezando aqui nos afazeres." (CF9)	4
			"...porque eu e a minha filha ajudámo-nos uma à outra, quando ela vinha à noite." (CF11)	
COPING EXTERNO	Apoio de terceiros		"Ainda bem que tinha a ajuda da minha irmã..." (CF12)	4
			"Eu tinha uma senhora que ela dava-me umas horas por semana, vinha aqui à quarta-feira e se eu precisasse dela, ela ajudava-me." (CF6)	
COPING EXTERNO	Apoio de terceiros		"Pus uns dias de férias e depois é que uma colega me disse e pus uns quinze dias de apoio ao familiar..." (CF7)	4
			"Chamámos aqui um vizinho para nos ajudar..." (CF9)	
COPING EXTERNO	Apoio de terceiros		"Às vezes, quando queria ir ao supermercado ou assim, algum lado rápido, pedia às minhas vizinhas para ficarem lá às vezes com ela..." (CF11)	4

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR RELATIVAMENTE AO ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA				
CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
PERCEÇÃO DA NECESSIDADE DE RECORRER AO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA		Por iniciativa própria	"Porque as pessoas depois da operação recorrem sempre a esta casa..." (CF2)	1
		Referenciado por outro profissional de saúde	<p>"...quando a médica indicou numa carta." (CF1)</p> <p>"...então vinha lá que ele tinha que ser assistido em casa por uma enfermeira ou um enfermeiro; eu desloquei-me lá, tinha uma carta" (CF3)</p> <p>"...a enfermeira do hospital, disse-me: isto é para fazer os curativos no centro de saúde e entrega a carta à enfermeira." (CF5)</p> <p>"Trouxe uma carta do hospital para entregar à médica de família, agora depois da operação, e tinha outra também para a enfermeira." (CF6)</p> <p>"O que me disseram no hospital foi para ir ao centro de saúde e pedir para virem fazer o penso de 3/3 dias, mais nada." (CF7)</p> <p>"Vim cá com as cartas do hospital." (CF10)</p>	6
O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA	Significados Atribuídos	Tratamento de ferida cirúrgica	<p>"Eu acho que foi fundamental no pós-operatório... a tirar os pontos, a ver se está tudo bem, se é preciso alguma coisa em especial..." (CF1)</p> <p>"...eu só vim aqui com ela ao Centro para fazer o penso..." (CF2)</p> <p>"Foi no dia em que ele saiu do hospital (...) que era para virem fazer o penso..." (CF3)</p> <p>"Só vim aqui depois da operação para marcar o penso..." (CF5)</p> <p>"Agora, depois da operação, é que é importante, para fazer o penso." (CF6)</p> <p>"Só agora depois da cirurgia, contactei com eles para fazer o penso." (CF7)</p> <p>"Só tive contacto com ele depois da cirurgia quando fui lá entregar a carta para fazer o penso..." (CF8)</p> <p>"Só depois para fazer penso..." (CF9)</p> <p>"Foi quando vim a primeira vez para marcar o penso." (CF10)</p> <p>"Foi só depois para fazer o penso." (CF11)</p>	10

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR RELATIVAMENTE AO ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA	Significados Atribuídos	Visitação domiciliária	<p>"Se tivessem ido lá a casa também era a enfermeira..." (CF1)</p> <p>"...vieram cá a casa." (CF3)</p> <p>"... [acerca da solicitação para visitação domiciliária] fui falar com a enfermeira chefe (acho que é a chefe das enfermeiras): ai sim sim vão, pois vão." (CF4)</p> <p>"Acho muito importante virem aqui a casa, porque eu não conduzo e é mais fácil para nós." (CF6)</p> <p>"Esse acompanhamento aqui em casa é bom." (CF7)</p> <p>"E depois o vir a casa. Eles estão debilitados e é difícil também por causa do carro, embora nós até tenhamos um carro alto, mas noto a dificuldade de entrar e sair do carro. Por isso acho que é uma mais valia vocês virem a casa." (CF8)</p>	6
		Esclarecimento de dúvidas	<p>"...ela aconselhasse a maneira de se sentar e deitar e essas coisas; às vezes não dizem e isso ela deu boa informação..." (CF1)</p> <p>"...eu lembrei-me de perguntar à enfermeira P., se realmente não têm, se eu poderia adquiri-los e trazê-los. E ela disse que sim. E ela aí até me ajudou: em vez de estar a comprar pensos individuais, compresse a rolo, que ela assim cortava consoante o tamanho que precisava." (CF5)</p> <p>"É importante virem cá; às vezes tenho uma dúvida e posso perguntar." (CF7)</p> <p>"Eu da perna inchada perguntei logo. Porque eu não ia fazer nada sem perguntar a vocês porque tinha medo de estar a fazer asneira." (CF8)</p>	4
	Fatores Facilitadores	Satisfação com o atendimento	<p>"...temos sido muito bem atendidos... fomos bem atendidos, não houve demoras, não foi preciso esperar muito tempo, fomos logo atendidos na hora e só tenho bem a dizer." (CF1)</p> <p>"Tudo tem corrido às mil maravilhas, o pessoal aqui tem sido simpático." (CF2)</p>	2
	Fatores Dificultadores	Rotatividade da enfermeira	"...ora vinha uma enfermeira...depois veio outra e nenhuma foi a nossa." (CF4)	1
		Horários	"Houve uma altura por exemplo que tive que vir aqui fazer o primeiro penso e acho que a hora era assim um bocado tardia; não era tardia para qualquer pessoa, mas para a nossa idade era tardia; acho que talvez se pudesse ser nestes casos, nas pessoas de mobilidade reduzida, esteja aqui às 3, em vez das 5. Acho que é a única coisa, talvez pudesse melhorar aí, digo eu..." (CF2)	1
		Falta de informação sobre cirurgia	"...nem a enfermeira e o médico de família estavam ocorrente da situação..." (CF1)	1
		Falta de envolvimento do CF	"...eu gostava de ter visto o penso. Mas eu também não ia dizer assim olhe que eu quero entrar. Mas talvez seja uma boa ideia. É uma sugestão válida. Pelo menos perguntar. Há uma ou outra pessoa, ai eu não gosto destas coisas, peço desculpa e tal... Agora comigo não ia passar isso. Se me dissessem: entre que é para assistir aqui; eu tinha entrado e se calhar o que diziam a ela estavam a dizer-me a mim. Era uma colaboração melhor." (CF2)	1

ÁREA TEMÁTICA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR RELATIVAMENTE AO ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA				
CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA	Fatores Dificultadores	Ausência de material de penso impermeável	<p>"Por exemplo, é pena que aqui o centro de saúde (não estou a dizer que seja só este), não tem os pensos à prova de água. Tive que ser eu a comprá-los para os trazer. Porque não vai estar sem banho geral tanto tempo. Porque é complicado com tantos pensos estar a dar banho sem ser com pensos à prova de água. Tive que os comprar para trazer para lhe aplicarem aqui." (CF5)</p> <p>"...por isso era importante que vocês tivessem esses pensos. Porque eu posso comprar, mas há-dem haver pessoas que não podem e é muito complicado para tomar banho." (CF8)</p> <p>"Os pensos também deviam ver isso. Acho que isso é uma necessidade. Já na altura que eu fui operada não os tinha. Mas faz toda a diferença. Porque com este penso, pode tomar banho mais à vontade." (CF9)</p> <p>"Só é pena não terem aqueles pensos para tomar banho." (CF10)</p>	4
		Apoio psicológico	<p>"Era importante para preparar psicologicamente..." (CF2)</p> <p>"Nessa altura, neste caso que eu sou o cuidador, o tratador, já ia também mais preparado, já estava mais bem formado para este caso... a enfermagem aqui era uma forma de a preparar melhor para as dificuldades." (CF2)</p> <p>"...é importante para nós estarmos preparados e deixarmos tudo pronto. As pessoas devem ter uma noção daquilo que vai acontecer e que poderão contar. Ter noção que as coisas vão ser difíceis e que tem que se cumprir." (CF7)</p>	1
		Preparação antecipada da pessoa e CF	<p>"Antes de ele vir para casa era importante alguém que me tivesse dado umas luzes. Essa informação que a minha amiga me deu, se tivesse sido dada mais cedo, eu estava mais preparada. Alguém que nos dissesse, olhe vai ter que fazer isto e aquilo e aquele outro." (CF8)</p> <p>"Acho que nos deviam indicar o que é que era preciso, porque a gente fica às cegas. Não dizem nada... como é que a lavava, que materiais é que ia usar." (CF9)</p> <p>"Por acaso até era bom que nos dessem uma formação antes, quando a gente tem assim uma pessoa que precisa de cuidados em casa. Eu acho que sim para preparar e dar apoio à pessoa que realmente faz a operação. Aos cuidadores era importante para pessoas que não conhecem e não sabem o que é uma operação destas, terem informação para depois fazerem os cuidados." (CF11)</p>	5
PERCEÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO PRÉ-OPERATÓRIO	Barreiras à adesão		<p>"Só que é como lhe digo: qual é a forma que se pode criar ou não sei se já existe de chegar aqui e ir ali falar com o enfermeiro porque eu vou ser operado e depois sim senhora ela vê no processo. Eu não sei como é que isso funciona; vocês aqui é que terão que dizer; temos que abrir aqui uma porta e treinar as pessoas ou educá-las neste caso para este assunto..." (CF2)</p> <p>"Olhe ou então alguém que dissesse: vai ao seu enfermeiro de família. Porque é assim: eu, por minha autorrecreação também não ia ter com vocês e dizer: o meu marido vai ser operado: o que é que eu faço?" (CF8)</p>	2
		Sem perceção de importância	<p>"...em antes não tinha precisado e naquela altura depois foi quando precisou." (CF3)</p> <p>"O enfermeiro antes resultava pouco, ele não fazia nada... acho que isso resultava pouco. O que é que eles lhe iam dizer? Ou o que é que eles lhe iam fazer? Eu pra mim acho que é assim, antes da cirurgia, o que é que eles podiam fazer?" (CF4)</p> <p>"De resto não viemos cá. Porque não houve necessidade." (CF5)</p> <p>"Olhe eu não... Acho que não. Antes, desenrasquei-me sozinha." (CF6)</p>	4