

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Perceção do prestador de cuidados sobre os requisitos para a assunção do seu papel: Estudo qualitativo

Caregivers' perceptions of the requirements of their role: A qualitative study
Percepción de los cuidadores sobre los requisitos para asumir su papel: Un estudio cualitativo

Eduardo Santos ^{1, 2, 3}
 <https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>
Maria Bertina Lopes ⁴
 <https://orcid.org/0009-0001-9847-5914>
Jacinta Manata ⁴
 <https://orcid.org/0000-0003-2292-9753>
Diana Santos ^{2, 4}
 <https://orcid.org/0000-0001-8412-6556>
Ricardo Limão ⁴
 <https://orcid.org/0000-0002-9971-7209>
Maria do Céu Nunes ⁴
 <https://orcid.org/0000-0001-6759-4040>

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal

² Unidade de Investigação em Ciências as Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), Coimbra, Portugal

³ Portugal Centre for Evidence Based Practice: a JBI Centre of Excellence, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), Coimbra, Portugal

⁴ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Autor de correspondência

Eduardo Santos

E-mail: ejf.santos87@gmail.com

Recebido: 15.06.23

Aceite: 13.11.23

Resumo

Enquadramento: A assunção do papel de prestador de cuidados (PC) pressupõe a necessidade de um conjunto de requisitos. Conhecer a perceção do PC poderá facilitar esta transição.

Objetivo: Conhecer a perceção do PC sobre os requisitos para a assunção do papel.

Metodologia: Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas a uma amostra por conveniência de nove PC de pessoas dependentes, sem experiência prévia. A análise de conteúdo foi realizada com recurso ao *software* MAXQDA e seguiu os pressupostos de Bardin. Os princípios éticos foram cumpridos. Parecer favorável da comissão de ética OBS.SF.245-2021.

Resultados: Da análise de dados emergiram três categorias e respetivas subcategorias: Consciencialização; Competências (Sentir-se capacitado para cuidar no regresso a casa, Conhecimento, Capacidades e Autocontrolo emocional); e Recursos.

Conclusão: Os requisitos identificados na perceção do PC poderão melhorar a capacidade de avaliação dos enfermeiros relativamente às condições facilitadoras à assunção deste papel no contexto estudado. Estudos futuros devem incidir sobre a perceção de peritos/clínicos acerca deste fenómeno.

Palavras-chave: cuidadores; pesquisa qualitativa; cuidados de enfermagem; continuidade da assistência ao paciente

Abstract

Background: Assuming the role of a caregiver involves meeting several demands. Understanding the caregiver's perspective can aid in this transition.

Objective: To identify caregivers' perceptions of the requirements for taking on this role.

Methodology: A descriptive exploratory study with a qualitative approach was conducted, using semi-structured interviews with a convenience sample of nine caregivers of dependent persons without previous experience. The data obtained was analyzed using MAXQDA software and followed Bardin's principles of content analysis. Ethical principles were adhered to, and the study was approved by the Ethics Committee (opinion OBS.SF.245-2021).

Results: The data analysis revealed three categories and their subcategories: Awareness; Skills, (Feeling capable of providing care after hospital discharge; Knowledge; Capabilities; Emotional self-control); and Resources.

Conclusion: The requirements identified in caregivers' perceptions can improve nurses' assessment of the conditions that facilitate the assumption of this role in the context studied. Future studies should focus on the perceptions of health professionals/clinicians regarding this phenomenon.

Keywords: caregivers; qualitative research; nursing care; continuity of patient care

Resumen

Marco contextual: La asunción del papel de cuidador (PC) presupone la necesidad de una serie de requisitos. Conocer la percepción del PC puede facilitar esta transición.

Objetivo: Conocer la percepción que tiene el PC de los requisitos necesarios para asumir el cargo.

Metodología: Estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo, en el que se usaron entrevistas semiestructuradas con una muestra de conveniencia de nueve PC de personas dependientes, sin experiencia previa. El análisis de contenido se llevó a cabo mediante el programa MAXQDA y siguió los supuestos de Bardin. Se cumplieron los principios éticos. Dictamen favorable del comité de ética OBS.SF.245-2021.

Resultados: Del análisis de los datos surgieron tres categorías y sus subcategorías: Conciencia; Competencias (Sentirse capacitado para cuidar al volver a casa, Conocimientos, Capacidades y Autocontrol emocional), y Recursos.

Conclusión: Los requisitos identificados en la percepción del PC podrían mejorar la capacidad de los enfermeros para evaluar las condiciones que facilitan la asunción de este papel en el contexto estudiado. Futuros estudios deberían centrarse en la percepción de los expertos/clínicos sobre este fenómeno.

Palabras clave: cuidadores; investigación cualitativa; cuidados de enfermería; continuidad de la atención al paciente



Como citar este artigo: Santos, E. J., Lopes, M. B., Manata, J., Santos, D., Limão, R., & Nunes, M. C. (2023). Perceção do prestador de cuidados sobre os requisitos para a assunção do seu papel: Estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3, Supl. 1), e31501. <https://doi.org/10.12707/RVI23.74.31501>



Introdução

O aumento da esperança média de vida e a inovação existente nos cuidados de saúde e, conseqüentemente, a diminuição da taxa de mortalidade gera uma tendência para a prevalência de uma população mais envelhecida e dependente a curto prazo. Este fenómeno produz um aumento de pessoas que assumem o papel de prestador de cuidados (PC). Cuidar está associado a diversos benefícios, entre eles a realização pessoal, no entanto, cuidar também pode produzir alterações físicas, psicológicas e financeiras (Swartz & Collins, 2019).

As dificuldades na assunção do papel do PC são reconhecidas pela equipa de saúde, incluindo enfermeiros, pelos membros da família e pela pessoa com necessidade de cuidados, assim como pelo próprio PC. Os prestadores de cuidados providenciam uma parte significativa dos cuidados (ou até mesmo a sua totalidade) a pessoas dependentes nos seus autocuidados ou com regimes terapêuticos complexos.

O *International Council of Nursing* (ICN, 2011) definiu prestadores de cuidados como o papel de um indivíduo que tem responsabilidade de cuidar de uma pessoa; para a assunção desse papel existe um processo de interiorização da expectativa dos profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos adequados/desadequados no papel, e conseqüentemente essa interiorização expressa-se sob a forma de comportamentos e valores. De acordo com o Decreto-Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, artigo 2.º, considera-se cuidador informal o indivíduo que cuida da pessoa de forma permanente (cuidador principal) ou de forma regular (cuidador não principal) sem remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada, podendo ser assumida por um familiar cuidador.

O exercício do papel de PC é um fenómeno impactante para a pessoa que é cuidada, para a pessoa que assume o papel de PC, assim como para a sua família. Assim, o objetivo principal do presente estudo é conhecer a percepção do PC sobre os requisitos para a assunção do papel.

Enquadramento

A compreensão da complexidade da assunção do papel de PC pode ser analisada à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Schumacher & Meleis, 1994). Transição é o processo pelo qual se incorporam mudanças no modo de viver simultaneamente à redefinição do modo de ser e estar do indivíduo que vivencia a transição. A natureza das transições pode ser do tipo saúde-doença, situacional, desenvolvimental e organizacional. Ao nível do indivíduo e sua família, constituem-se como mudanças que implicam uma transição, alterações na identidade, nos papéis, nos relacionamentos, nas habilidades/competências e nos comportamentos. Várias são as condições/fatores que poderão influenciar o sucesso da transição, podendo estes fatores incidir nos significados, nas crenças e expectativas, no nível de conhecimento, na preparação e planeamento, e no ambiente. A evidência de mestria, o bem-estar

subjetivo e o bem-estar nas relações verificam-se como indicadores de uma transição bem-sucedida/saudável (Schumacher & Meleis, 1994).

Considerando a assunção do papel de PC como uma transição do tipo situacional, os requisitos poderão relacionar-se com as condições facilitadoras, as necessidades a nível pessoal, sobretudo a preparação e conhecimento para obter padrões de resposta saudáveis para o papel de PC. Porém, essas condições pessoais, os requisitos, as exigências para a ação, e os recursos são variáveis em função da pessoa cuidada (Melo et al., 2014). No estudo de Nunes et al. (2019), as experiências anteriores como cuidador, a espiritualidade e a religião, a rede de apoio familiar e de saúde foram considerados facilitadores para a transição do exercício do papel de cuidador.

Assumir o papel de PC é um compromisso que pode tornar-se difícil não só pela exigência do papel, mas também pelos efeitos que a situação produz no cuidador e restante família (Martins et al., 2016; Swartz & Collins, 2019). As condicionantes poderão focar-se na disponibilidade, ou boa vontade, o bom funcionamento dos serviços de apoio domiciliário, ou o acesso a instituições de saúde (Machado, 2013).

Este processo pode caracterizar-se por um desenrolar de forma lenta e progressiva, em que se instala a dependência da pessoa cuidada, ou de uma forma súbita, após um evento gerador de dependência. Neste último caso, “o processo de iniciação da prestação de cuidados não decorre de uma decisão pensada, maturada e detendo a informação necessária para perceber a real dimensão da função” (Machado, 2013, p. 62), ocorre rapidamente com pouco ou nenhum tempo para se preparar. O exercício do papel de PC de uma pessoa dependente provoca alterações do comportamento no seio familiar, sendo que o assumir desta responsabilidade pode provocar um afastamento do PC em relação aos outros elementos da família (Machado, 2013).

A assunção do papel de PC, como uma transição saudável, depende do compromisso para o papel, das necessidades do PC em função da condição e das necessidades da pessoa dependente. Assim sendo, o reconhecimento dos requisitos necessários por parte do PC poderá ser uma garantia do sucesso da transição (Meleis, 2010). Na mesma linha de pensamento, Schumacher et al. (1998) referem o contributo que poderá existir em conhecer a perspectiva dos prestadores de cuidados.

Assim sendo, conhecer esta percepção pela voz dos prestadores colmata uma lacuna existente na literatura científica, tal como refere Nunes et al. (2022).

Questão de investigação

Qual a percepção do PC sobre os requisitos para a assunção do seu papel?

Metodologia

Tendo em conta o objetivo do estudo, optou-se por realizar uma investigação qualitativa, de natureza exploratória e



descritiva. Para a concretização deste estudo, foi estabelecida uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por prestadores de cuidados de pessoas dependentes que usufruíram de cuidados de enfermagem domiciliários de um hospital da região centro de Portugal. A recolha de dados foi realizada durante os meses de janeiro a março de 2023, após parecer favorável da Comissão de Ética (parecer nº OBS.SF.245-2021) e foram respeitados os princípios éticos fundamentais a considerar em investigação com seres humanos (Declaração de Helsínquia), no que respeita à autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade e consentimento informado.

A colheita de dados, foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas, usando um guião elaborado para o efeito, que integrou os atributos dos participantes e as seguintes questões: Enquanto PC, gostaria que falasse sobre a experiência e da situação de dependência do seu familiar. Pensando no seu familiar, quais as condições que considera necessárias para ser PC face à sua situação de saúde? O que considera mais importante para a função no papel de cuidador? Das orientações recebidas pelos enfermeiros aquando da alta do seu familiar, quais foram as mais úteis para cuidar dele?

Para a validação do guião de entrevista, foram realizadas duas entrevistas a dois prestadores de cuidados, que não foram incluídos na amostra, onde foram analisados aspetos relativos à clareza das questões, linguagem e conformidade com os objetivos. O guião foi também revisto por peritos na área. Previamente à condução das entrevistas, os procedimentos foram treinados e normalizados.

A colheita de dados decorreu até à saturação dos dados (Guest et al., 2020). As entrevistas foram realizadas aos prestadores de cuidados no seu domicílio aquando da visita domiciliária agendada pelo hospital, sendo gravadas em suporte áudio depois de obtido o consentimento informado e, posteriormente, procedeu-se à sua transcrição integral. Para manter a confidencialidade dos dados, os participantes foram identificados utilizando a letra E (E = Entrevistado) seguida do número sequencial atribuído à sua entrevista.

Para o tratamento de dados, assumiu-se a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2020). Segundo o autor mencionado, o tratamento da informação atravessa quatro fases, de forma sequencial: a pré-análise que corresponde à organização do material que constitui a análise; a exploração do material, onde os dados em bruto são transformados e agregados em unidades e categorias; a categorização, operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguido de reagrupamento por analogia, com critérios previamente definidos; a inferência, que permite passar da fase da descrição (características do texto resumidas após

tratamento) à interpretação (significado atribuído a estas características). Este processo teve apoio do *software MAXQDA Analytic Pro 2022*.

Por fim, os resultados foram avaliados de acordo com os critérios de fiabilidade, aplicabilidade, auditabilidade e neutralidade para garantir a qualidade do estudo (Lincoln & Guba, 1985). A fiabilidade foi garantida através da confirmação dos resultados da análise de conteúdo a quatro participantes no estudo. A aplicabilidade foi confirmada através da apresentação dos resultados da investigação a dois peritos na área, mas que não participaram neste estudo. A auditabilidade foi assegurada através das revisões de um investigador, que não esteve envolvido no estudo, mas que possui uma vasta experiência em investigação qualitativa. Finalmente, a neutralidade foi assegurada através da comparação dos nossos resultados com os encontrados noutros estudos. Os critérios de rigor da investigação qualitativa foram considerados ao longo do desenvolvimento de todo o estudo e para estruturar este artigo seguimos as guidelines proposta pela *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ)*.

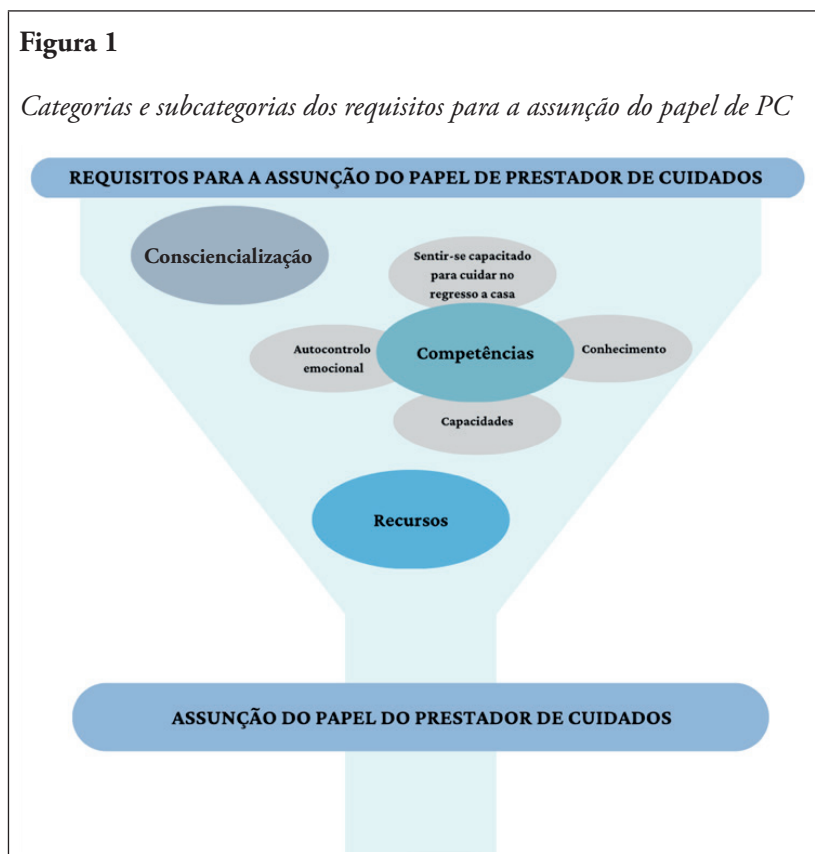
Resultados

Os resultados emergem da realização de nove entrevistas a prestadores de cuidados de pessoas dependentes nos autocuidados que usufruíram de cuidados de enfermagem domiciliários após alta recente de um hospital universitário da região centro de Portugal. Dos participantes, sete eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, com média de idades de 65,56 anos (com idades compreendidas entre 50 e 76 anos). Três dos PC eram filhos da pessoa cuidada, enquanto seis eram o cônjuge, sendo que em cinco dos casos o agregado familiar era apenas constituído pelo casal. Quase metade da amostra (quatro PC) tem um baixo nível de escolaridade (1º Ciclo) e quatro PC exercem uma profissão além de serem PC, enquanto cinco já se encontravam reformados. Nenhum dos cuidadores tinha experiência prévia como PC de uma pessoa dependente, sendo que todos assumiram este papel há dois meses ou menos (duas semanas a dois meses como PC). Relativamente ao suporte, os PC não tinham qualquer suporte profissional para além do Serviço Domiciliário (duração limitada), sendo que dois tinham ajuda de vizinhos e dois de familiares.

A operacionalização da metodologia de análise evidenciou uma organização dos fenómenos em três categorias e respetivas subcategorias: (1) Consciencialização; (2) Competências ([I] Sentir-se capacitado para cuidar no regresso a casa; [II] Conhecimento; [III] Capacidades; [IV] Autocontrolo emocional); (3) Recursos (Figura 1).

Figura 1

Categorias e subcategorias dos requisitos para a assunção do papel de PC



(1) Consciencialização (E3, E6 e E9)

A Consciencialização encontra-se relacionada com a percepção e conhecimento das mudanças que estão a ocorrer. Os informantes reconhecem a consciencialização como um construto necessário para a assunção do papel

... ela não vinha a andar. E só me deparei quando a passaram para a maca que ela não andava, e eu assim “Isto ainda vai ser mais complicado do que eu estava a imaginar, não tinha a noção que a minha mãe não andava. Depois de ela ter vindo para casa é que comecei a ter uma perspetiva diferente do que ia ser e que ia ser muito complicado, não é? Só nessa altura ... (E6)

“Ainda não tinha pensado nisso. Só quando ele chegou ... Eu pensei que ele vinha com mais força, que vinha mais autónomo” (E9).

(2) Competências

Na categoria Competências emergiram quatro subcategorias: Sentir-se capacitado para cuidar no regresso a casa; o Conhecimento; as Capacidades; e o Autocontrolo emocional.

(I) Sentir-se capacitado para cuidar no regresso a casa (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8 e E9): A capacitação do PC para a alta hospitalar da pessoa de quem irá cuidar é caracterizada por um processo desde a admissão até ao momento da alta hospitalar, onde a equipa de saúde deve capacitar o PC. Os participantes referem sentir a necessidade de serem capacitados para assunção do papel de PC no momento da alta

Deram-me informação porque eu exigi informação para, fiz as perguntas todas que me lembrei

na altura e que eu pedi e deram e sim, e pronto... aí porque eu perguntei, não sei se eu não tivesse perguntado se me tinham explicado tanta coisa, certo? Dá-me a sensação que se calhar não e, portanto, uma pessoa vem para casa pendurada ... (E3)

No hospital, às vezes, eu falava lá com os enfermeiros e eles também me disseram ... agora tem de fazer assim, também me explicou mais ou menos... Também me explicaram mais ou menos ... , mas claro, explicar é uma coisa, eu fazer é outra ... (E5)

“... só mencionaram como pôr o dorsolombostato.” (E6), “O que me ensinaram ... foi de o por andar e andar ... pronto é assim. O que mais me ensinaram foi a parte motora, a parte psíquica ...” (E8).

(II) Conhecimento (E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E8): Esta subcategoria integrou unidades de significado que evidenciam o conhecimento que os prestadores apresentam para cuidar de uma pessoa dependente, evidenciando-se como um requisito e, conseqüentemente como indicador essencial para a mestria neste processo. Os informantes identificam o conhecimento sobre o regime terapêutico

A medicação é a medicação habitual... ainda agora tomou metade de um comprimido para a tensão ... e agora vai tomar ... de manhã só toma isto... depois à noite, ao jantar é que toma olanzapina, que já passou a ter que tomar em vez de 5 mg, passou a ter que ser 7,5 mg ... por causa daquelas coisas ... daquelas ideias que ele tem ... e toma aspirina e depois ... e toma depois também seroquel ... foi receitado por um psiquiatra ... e toma um comprimido também que eu compro na farmácia,

que é natural . . . (E1), a prevenção de complicações para PC e pessoa cuidada “Era as situações se poderia dobrar a perna, tinha de estar sempre esticada, visto que ela tinha os agrafos não sabia como é que tinha de lidar, se podia ou se devia começar a mexer. . .” (E4), o sono e repouso, os cuidados para dar resposta à dependência no autocuidado como requisitos para a assunção do papel do PC

Informação como tratar o doente, informação de qual a perspetiva de melhora, informação como posso exigir do doente, eu quero que ela fique melhor e posso estar a exigir demais e exercício, a exigir que faça isto ou faça aquilo, exigir salvo seja, não exijo coisa nenhuma, até que ponto é que eu . . . essa informação, essa informação, uma informação mais . . . fundada, mais rigorosa sobre como cuidar o doente.” (E3).

(III) Capacidades (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9) As capacidades do PC nos diferentes domínios do cuidar (autocuidados, processos corporais e psicológicos) evidenciam-se como requisitos pelos participantes. Os PC referem capacidades no domínio da gestão do regime terapêutico “A partir do momento que a pus no sofá, comecei a cuidar dela, a dar-lhe a insulina os comprimidos da manhã” (E6), dos autocuidados “Neste momento ajudo na higiene, no vestir, no andar, na deslocação para trás e para a frente, e é isso, essencialmente . . .” (E3), A tomar banho, a ajudar a vestir-se, a ir à casa de banho também quando foi os primeiros dias . . . agora já começa a se desenrascar sozinha, mas também tinha que ir com ela à casa de banho. . . (E5)

Da promoção de autonomia/independência . . . de manhã ajudo-o na higiene, ele a pouco e pouco vai tentando alguma autonomia . . . Depois ajudo-o a vestir, também a pouco e pouco tenho o obrigado a pouco e pouco obrigado, entre aspas, a esforçar-se um bocadinho. (E7)

Da prevenção de complicações, Tinha que andar com ela ao pé dela, claro . . . nos primeiros . . . nos primeiros 15 dias que a gente . . . que ela sai, teve que a gente andar atrás dela, que ela pode deixar-se cair. . . (E5)

e da força física “Porque as forças também . . . já tenho 75 anos não é, também já não sou nova . . .” (E2), “. . . é-me inato, sou uma pessoa que tenho força. . .” (E3), . . . se a gente não se sente com força . . . é como eu lhe digo, às vezes eu estou ali um bocadinho baixo para lhe calçar os sapatos ou calçar-lhe as meias, e eu fico . . . quando me levanto, parece que fico pior que ela . . . fico assim . . . vejo tudo . . . lá tenho os meus problemas, também . . . (E5), “Tenho muita falta de força. . .” (E8).

(IV) Autocontrolo emocional (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8 e E9): O suporte ao nível emocional como a capacidade de gestão de emoções e de adoção de estratégias é considerada como um requisito para assunção do papel de PC pelos informantes. Os mesmos referem a capacidade de gerir emoções

A mim o maior problema que eu . . . que . . . que eu tenho, é ele estar muitas vezes . . . constantemente

a chamar . . . chama, chama, chama que eu às vezes vou aos arames... às vezes, eu já nem suporto ele estar a ouvir-me, eu estar a ouvi-lo (E1), “. . . tenho sido muito otimista pronto” (E4), “. . . eu quero que ele saia da cama. Ele não quer. Quer se deitar. E eu berro com ele. Às vezes perco a pachorra e perco . . . Paciência” (E8), e de adotar estratégias de *coping* como um requisito para a assunção do papel do PC “. . . mas eu ia à piscina, ia ao ginásio . . . de vez em quando dançar um bocadinho, fazer umas caminhadas . . . E, psicologicamente, eu tenho de sair de vez em quando . . . (E1),

“. . . é *Deus Nosso Senhor que me dá força para . . . dá muita, como é que eu hei de dizer, muita energia.*” (E2).

(3) Recursos (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9)

Os recursos dizem respeito aos meios materiais, financeiros, comunitários e outros meios de suporte que os prestadores têm acesso. Os informantes mencionam como requisitos o acesso a ajudas técnicas “tem um andarilho, põe o andarilho” (E2), “Quando cá chegou eu já tinha o andarilho, tinha as canadianas, cadeira de rodas só a utilizamos quando chegou, depois não a voltámos a utilizar” (E7), a recursos arquitetónicos “tem apoios, não é? Na parede, tem na casa de banho, tem aqui . . . até lá fora também tem, para se poder levantar . . . geralmente, anda na cadeira de rodas. . .” (E1), “Custou um bocadito porque as casas de banho agora não estão apropriadas . . . são casas que já têm 30 anos” (E2), a recursos na comunidade “Ter alguém que nos ajude, ter alguém que nos ajude” (E2), “Eu não sabia que havia este recurso no hospital” (E3), “Têm cá vindo . . . uma vez ou duas por semana a fazer um bocadito de fisioterapia de . . .” (E5), “. . . há o centro de saúde, tenho aqui tudo à mão . . . graças a Deus, tenho aqui a farmácia.” (E8), a recursos monetários “Olhe monetariamente, felizmente . . . antes ele estivesse bem, e não tivéssemos o que temos . . . monetariamente, não temos dificuldades” (E1) e a disponibilidade (tempo) “O que me fez mais atrapalhação é efetivamente tenho que me dedicar muito mais tempo. Tenho que estar presente em casa” (E3),

Se eu estivesse a trabalhar era impossível, faço isto tudo, estou com ele, mas se estivesse a trabalhar eu tinha de pedir atestado e não sei como é que é agora, porque vão me dar, não sei se me vão dar alta ou não na junta médica, mas aprendi a viver um dia de cada vez. (E7)

Discussão

A assunção do papel de PC de uma pessoa com dependência surge, frequentemente, de forma inesperada, sem que o cuidador apresente conhecimento, preparação e experiência prévios. Neste processo nem sempre o prestador reconhece os desafios, as dificuldades e as necessidades futuras do cuidar de uma pessoa dependente (Machado, 2013).

De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, assumir o papel de PC exige da pessoa que vivencia esta transição

a incorporação/desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, a adoção de comportamentos e a adaptação a uma identidade social (Chick & Meleis, 1986; Meleis 2000). O conhecimento sobre o que é expectável neste processo, as estratégias a utilizar e as possíveis consequências da mesma são considerados o catalisador de uma transição saudável (Meleis & Trangenstein, 1994). Neste estudo, os participantes identificam a consciencialização como necessária para a assunção do papel, evidenciando que a interiorização das dificuldades e mudanças associadas ocorreu no momento do regresso do seu familiar para o domicílio “. . . Depois de ela ter vindo para casa . . . ia ser . . . muito complicado” (E6). Para Meleis (2000), a consciencialização é uma propriedade das transições e reflete-se no grau de congruência entre o conhecimento sobre o processo, as respostas e as percepções dos indivíduos a vivenciar a transição. Esta propriedade é reconhecida como requisito para a assunção do papel, sendo esperado que a pessoa reconheça o que mudou e as suas implicações. No entanto, a ausência de consciencialização não significa que a pessoa ainda não tenha iniciado o processo de transição para um novo papel. De acordo com os achados deste estudo e em alinhamento com Machado (2013), a assunção do papel de PC ocorre frequentemente sem a consciencialização do mesmo “. . . ela não vinha a andar. E só me deparei quando a passaram para a maca . . .” (E6), “Eu pensei que ele vinha com mais força, que vinha mais autónomo . . .” (E9).

A capacitação do PC pelos enfermeiros é fundamental para o desenvolvimento de competências, através da aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de capacidades relativas ao papel que assumem (Schumacher et al., 2000). No estudo de Machado (2013), os enfermeiros evidenciaram o diminuto espaço temporal que têm entre a ocorrência do evento gerador de dependência, o internamento e a alta hospitalar para a capacitação do PC, referindo a necessidade de sistematização dos pressupostos essenciais para que este processo ocorra da forma mais adequada. Sentir-se capacitado para cuidar no regresso a casa é uma subcategoria que emergiu sustentada por unidades de significado que descrevem lacunas na capacitação do PC para a alta hospitalar, assim como evidenciam a necessidade sentida pelos mesmos, desta preparação para o cuidar no domicílio “. . . não sei se eu não tivesse perguntado se me tinham explicado tanta coisa” (E3). Na mesma perspetiva, no estudo desenvolvido por Lutz et al. (2011), a preparação inadequada do cuidador para a alta é considerada um segundo evento crítico, para além do próprio processo saúde-doença. O mesmo autor, num estudo subsequente, identifica as lacunas da capacitação do prestador para a alta quando o mesmo assumiu o seu papel como cuidador no domicílio (Lutz et al., 2017). Esta omissão ao nível da preparação do prestador para a alta poderá relacionar-se com o facto do foco dos enfermeiros ser mais a pessoa dependente do que o cuidador, o que demonstra que esta área pressupõe por parte destes profissionais uma diferente conceptualização, e consequentemente um redobrado foco (Nunes et al., 2022). Em alinhamento com o descrito e segundo o referencial

teórico supracitado, o nível de preparação, conhecimento e capacidades integram as condições pessoais facilitadoras de uma transição (Chick & Meleis, 1986; Meleis 2000; Meleis & Trangenstein, 1994). O conhecimento para a tomada de decisão e as capacidades para saber gerir esta nova função são requisitos fundamentais para a assunção do papel de PC. As unidades de significado integradas na subcategoria Conhecimento (E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E8) apontam para que os prestadores também atribuem importância aos conhecimentos para a assunção deste papel, nomeadamente relativos ao regime terapêutico, à prevenção de complicações, ao sono e repouso e aos cuidados para dar resposta à dependência no autocuidado da pessoa cuidada. Ancoradas nos conhecimentos, os informantes mencionam as capacidades ao nível da gestão do regime terapêutico, dos autocuidados, da promoção de autonomia/independência, da prevenção de complicações e da força física como requisitos para o desempenho deste novo papel. De acordo com Lutz et al. (2017), os prestadores de cuidados necessitam de aprender estratégias para dar resposta às necessidades decorrentes deste processo, de modo a evitar potenciais efeitos prejudiciais da assunção do papel.

O exercício do papel de PC pressupõe que para além de capacidades cognitivas, também detenham capacidades emocionais. Os sujeitos referem a capacidade de gerir emoções e de adotar estratégias de coping como requisitos para a assunção do papel de PC, no que concerne à subcategoria Autocontrolo emocional (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8 e E9). Estas capacidades retratam-se como indicadores de processo de uma transição saudável, no qual as pessoas revelam a aquisição de maior conhecimento, compreensão sobre o que estão a vivenciar e capacidade de gerir as dificuldades/desafios que enfrentam (ICN, 2006). Neste contexto, as competências para a assunção do papel de PC traduzem-se na sua capacitação ao nível de conhecimentos, de capacidades e de autocontrolo emocional. Para Meleis (2000), e Meleis e Trangenstein (1994), também as condições pessoais, especificamente, o nível socioeconómico, em interação com as condições da comunidade e da sociedade revelam-se potenciais facilitadores ou inibidores de uma transição saudável. Os participantes descrevem a presença de recursos (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9), tais como ajudas técnicas, recursos arquitetónicos, recursos na comunidade, recursos monetários e a disponibilidade (tempo) como requisitos para o cuidar de uma pessoa dependente, corroborando o descrito no referencial teórico como condições facilitadoras para as transições. De acordo com os achados do estudo, as condições socioeconómicas favoráveis, a existência de rede de apoio para cuidadores e o descanso do cuidador são recursos facilitadores para assunção do papel do PC, na mesma linha de pensamento que Nunes et al. (2022). As limitações do presente estudo relevam-se ao nível do tipo e tamanho de amostra, bem como à complexidade de compreensão do fenómeno em estudo por parte dos participantes entrevistados, podendo os resultados não retratar por completo os requisitos para a assunção do papel de PC.

Conclusão

Face aos resultados obtidos, o recurso à metodologia de investigação do tipo qualitativo revelou-se adequada para o desenvolvimento e concretização do objetivo inicialmente delineado. Assim, a abordagem metodológica utilizada permitiu conhecer a perceção do PC sobre os requisitos necessários para a assunção do seu papel: Consciencialização; Competências (Sentir-se capacitado para cuidar no regresso a casa, Conhecimento, Capacidades e Autocontrolo emocional); e Recursos. Relativamente às implicações para a prática clínica, este estudo poderá contribuir para incrementar a avaliação do potencial do PC para tomar conta, identificando as condições facilitadoras e dificultadoras à assunção deste papel. Tendo em consideração o estado da arte e os resultados obtidos, estudos futuros devem incidir sobre a perceção dos enfermeiros acerca deste fenómeno.

Contribuição de autores

Conceptualização: Santos, E. J., Lopes, M. B., Manata, J., Santos, D., Limão, R., Nunes, M. C.

Tratamento de dados: Santos, E. J., Lopes, M. B., Manata, J., Santos, D., Limão, R., Nunes, M. C.

Investigação: Santos, E. J., Lopes, M. B., Manata, J., Santos, D., Limão, R., Nunes, M. C.

Metodologia: Santos, E. J., Lopes, M. B., Manata, J., Santos, D., Limão, R., Nunes, M. C.

Validação: Nunes, M. C.

Redação - rascunho original: Santos, E. J., Manata, J., Santos, D., Limão, R., Nunes, M. C.

Redação - análise e edição: Santos, E. J., Lopes, M. B., Limão, R., Nunes, M. C.

Referências bibliográficas

Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Edições 70.

Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Aspen Publication.

Decreto-Lei n.º 100/2019 da Assembleia da Republica. (2019). *Diário da Republica: I série*, nº 171. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-124500714>

Guest, G., Namey, E., & Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS One*, 15(5), e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>

International Council of Nursing. (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE® versão 1.0*. Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nursing. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

- Lincoln, Y. S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry* (6th ed.). Sage.
- Lutz B. J., Young M. E., Cox K. J., Martz C., & Creasy K. R. (2011). The crisis of stroke: Experiences of patients and their family caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(6), 786–797. <https://doi.org/10.1310/tsr1806-786>
- Lutz, B. J., Young, M. E., Creasy, K. R., Martz, C., Eisenbrandt, L., Brunny, J. N., & Cook, C. (2017). Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home. *The Gerontologist*, 57(5), 880–889. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw135>
- Machado, P. (2013). *Papel do prestador de cuidados: Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15344>
- Martins, M. M., Monteiro, M., & Gonçalves, L. (2016). Vivências de familiares cuidadores em internamento hospitalar: O início da dependência do idoso. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(3), 1109-1118. <https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201622>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, C. R., Rua, M. S., & Santos, C. S. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 143-151. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Nunes, M. C., Gonçalves, M., Vidinha, T., Santos, E., & Núcleo de Investigação em Enfermagem: CHUC. (2022). El juicio clínico de las enfermeras sobre el empoderamiento del cuidador. *Index de Enfermería*, 31(3), e14092. <http://ciberindex.com/c/ie/e14092>
- Nunes, S. F., Alvarez, A. M., Costa, M. F., & Valcarengi, R. V. (2019). Fatores determinantes na transição situacional de familiares cuidadores de idosos com doença de parkinson. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28, e20170438. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0438>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 63–69. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01238.x>
- Swartz, K., & Collins, L. G. (2019). Caregiver care. *American Family Physician*, 99(11), 699–706. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0601/p699.htm>