

Preparo de cuidadores para desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia: perspectiva de profissionais da Atenção Domiciliar

Preparing caregivers for dehospitalization of technology-dependent patients: perspective of Home Care professionals

Como citar este artigo:

Sato DM, Teston EF, Andrade GKS, Marcon SS, Giacon-Arruda BCC, Silva JL, et al. Preparing caregivers for dehospitalization of technology-dependent patients: perspective of Home Care professionals. Rev Rene. 2022;23:e78658. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378658>

 Daniela Miyuki Sato¹
 Elen Ferraz Teston¹
 Gleice Kelli Santana de Andrade¹
 Sonia Silva Marcon²
 Bianca Cristina Ciccone Giacon-Arruda¹
 Joice Lourenço da Silva¹
 Sueli Aparecida Frari Galera³

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
Campo Grande, MS, Brasil.

²Universidade Estadual de Maringá.
Maringá, PR, Brasil.

³Universidade de São Paulo.
São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Daniela Miyuki Sato
Avenida Costa e Silva, s/n, Bairro Universitário,
CEP: 79070-900. Campo Grande, MS, Brasil.
E-mail: danielamiyukisato@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Luciano Marques dos Santos

RESUMO

Objetivo: conhecer como é conduzido o preparo de cuidadores de pacientes dependentes de tecnologia na perspectiva de profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar. **Métodos:** estudo qualitativo, realizado com nove profissionais das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada e submetidos à Análise de Conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** emergiram duas categorias: Estratégias e recursos utilizados no preparo dos cuidadores para a desospitalização e Fatores que influenciam o preparo dos cuidadores para a desospitalização, as quais mostram que este preparo envolve o uso de tecnologias leves, pautadas na interação e valorização da aprendizagem, além de aspectos relacionados à organização do serviço no contexto intra-hospitalar e domiciliar. **Conclusão:** o preparo dos cuidadores é permeado de preocupação em facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades para o cuidado no domicílio; envolve a utilização de recursos e estratégias específicas e é influenciado positivamente por tecnologias e negativamente por fatores relacionados à estrutura e organização hospitalar. **Contribuições para a prática:** os achados do estudo podem subsidiar as práticas das equipes multiprofissionais que atuam no cenário domiciliar, uma vez que apontam aspectos que facilitam e dificultam o preparo/treinamento dos cuidadores.

Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar; Cuidadores; Equipe de Assistência ao Paciente; Tecnologia Biomédica.

ABSTRACT

Objective: to know how the preparation of caregivers of technology-dependent patients is conducted from the perspective of professionals from the Home Care Service. **Methods:** a qualitative study, conducted with nine professionals from the Home Care Service teams. The data was collected through semi-structured interviews and submitted to Content Analysis, thematic modality. **Results:** two categories emerged: Strategies and resources used in the preparation of caregivers for dehospitalization and Factors that influence the preparation of caregivers for dehospitalization, which show that this preparation involves the use of soft technologies, based on the interaction and valorization of learning, besides aspects related to the organization of the service in the intra-hospital and home contexts. **Conclusion:** the preparation of caregivers is permeated with concern for facilitating the acquisition of knowledge and skills for care at home; it involves the use of specific resources and strategies and is influenced positively by technologies and negatively by factors related to hospital structure and organization. **Contributions to practice:** the findings of the study can subsidize the practices of multi-professional teams working in the home scenario, since they point out aspects that facilitate and hinder the preparation/training of caregivers.

Descriptors: Home Care Services; Caregivers; Patient Care Team; Biomedical Technology.

Introdução

As condições crônicas, em qualquer etapa da vida, acarretam aumento na demanda por cuidados continuados, desencadeando significativas mudanças na dinâmica familiar e no processo de assistência à saúde, além de impactar nas políticas públicas e na organização do processo de trabalho no setor saúde⁽¹⁾. Isso porque se torna essencial a implementação de um cuidado continuado para além do contexto hospitalar, o que inclui a valorização de particularidades relacionadas ao contexto familiar e domiciliar⁽¹⁻²⁾.

Atinente a isso, a Atenção Domiciliar tem papel significativo no processo de transição do cuidado hospital-domicílio e se configura mediante o compartilhamento de saberes como intermediária entre pacientes, cuidadores, equipes multiprofissionais e o sistema de saúde⁽³⁾. No Brasil, a Atenção Domiciliar está organizada em três níveis que se complementam, sendo que no primeiro o cuidado deve ser ofertado pela Atenção Primária à Saúde e, no segundo e terceiro níveis, há o apoio das equipes multiprofissionais do Serviço de Atenção Domiciliar. Isso porque os usuários destas modalidades exigem maior frequência de acompanhamento, uma vez que possuem complexidade clínica e dependem de tecnologias para a manutenção da saúde, como estomas, traqueostomia, entre outros⁽⁴⁾.

Cabe salientar que, por vezes, pacientes dependentes de tecnologia para a manutenção da saúde permanecem internados por tempo superior ao necessário por indisponibilidade de recursos tecnológicos, fundamentais aos cuidados no domicílio ou por dificuldades dos cuidadores/familiares em manuseá-los⁽⁵⁾. Ainda, não são raros os casos de reinternação decorrentes do preparo/treinamento insuficiente do cuidador, o que reforça a importância de este ser adequadamente preparado antes da alta hospitalar e acompanhado nos primeiros dias de retorno ao domicílio⁽⁶⁾.

Destarte, o processo de preparo dos cuidadores/familiares apresenta fragilidades que compromete

tem a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar⁽⁷⁾. Estudo realizado no Reino Unido, por exemplo, evidenciou que o treinamento dos cuidadores de crianças com traqueostomia exige planejamento e tempo para implementação viável pela equipe, pois envolve o fornecimento de informações técnico-assistenciais e a avaliação das competências do cuidador na execução das habilidades⁽⁸⁾.

Outrossim, embora as orientações verbais sejam usualmente utilizadas como recursos de ensino pelos profissionais aos cuidadores/familiares na desospitalização, a vasta quantidade de informações a ser absorvida antes da alta, muitas vezes, dificulta o pleno entendimento e, conseqüentemente, a segurança em assumir o cuidado⁽⁷⁾. As orientações prévias à alta hospitalar oferecidas pelas equipes aos cuidadores de pacientes dependentes de tecnologia, por vezes, não ocorrem de modo a favorecer a aquisição de conhecimentos necessários para estruturar as ações de cuidado em domicílio.

Ademais, o processo de tornar-se cuidador é, frequentemente, conflituoso e traz mudanças abruptas no cotidiano da família, o que somado à falta de apoio e qualidade nos treinamentos, leva à insegurança e sobrecarga na realização dos cuidados, além de propiciar erros e possíveis reinternações^(7,9), sobretudo, nos casos em que os cuidadores não se sentem suficientemente instrumentalizados para a implementação efetiva dos cuidados. Estudo com cuidadores de pacientes com gastrostomia, por exemplo, apontou a presença frequente de erros nos cuidados com o estoma e com o manuseio da sonda⁽¹⁰⁾.

O acompanhamento dos cuidadores na realização e implementação dos cuidados no domicílio, sobretudo, nos primeiros dias após a alta hospitalar, permitirá aos mesmos sanar dúvidas e dirimir inseguranças, e aos profissionais, validar a efetividade dos treinamentos ofertados^(8,11).

Nesse contexto, ao mesmo tempo que surge a necessidade de investigar o processo de preparo de cuidadores de pacientes com dependência tecnológica para a desospitalização, a literatura aponta que

identificar barreiras e/ou facilitadores a este processo permitem a manutenção ou adaptação das estratégias utilizadas de modo a torná-las mais aplicáveis à prática do cuidado e aos contextos dos diferentes atores envolvidos, ou seja, profissionais e cuidadores⁽¹²⁻¹³⁾. Proporcionam, portanto, melhor assistência e resultados às demandas dos pacientes.

Ante o exposto, surge os seguintes questionamentos: Como é realizado o preparo de cuidadores para a desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia? Quais possíveis fatores podem influenciá-lo? Para responder a estas questões definiu-se como objetivo do estudo: conhecer como é conduzido o preparo de cuidadores de pacientes dependentes de tecnologia na perspectiva de profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar.

Métodos

Estudo exploratório de natureza qualitativa, vinculado ao Projeto matricial “Cuidado domiciliar ao adulto e idoso na percepção dos profissionais de saúde, pacientes e cuidadores”. As diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) nortearam a construção do estudo e o relato de seus resultados.

O estudo foi desenvolvido em um Serviço de Atenção Domiciliar vinculado a um Hospital geral provido com 399 leitos, localizado no estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. Os informantes foram os profissionais que atuam neste serviço, o qual se encontra em funcionamento desde julho de 2010 e é constituído por duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e uma Equipe Multiprofissional de Apoio.

O convite para participar do estudo foi realizado aos 15 profissionais atuantes no serviço por ocasião da coleta de dados, mediante contato telefônico disponibilizado pela coordenadora das equipes. Para aqueles que aceitaram participar, de acordo com sua disponibilidade e interesse, foi agendado dia e horário para a realização da entrevista, o que ocorreu no próprio local de trabalho, porém, de modo a não interferir na rotina do serviço.

Adotou-se como critério de inclusão, tempo mínimo de atuação na equipe de Atenção Domiciliar de três meses, o que foi atendido por todos os profissionais. Por sua vez, dois foram excluídos, um por indisponibilidade para agendamento da entrevista após três tentativas e outro por desligamento do serviço durante o período de coleta de dados. Destaca-se que três profissionais não aceitaram participar do estudo, e outro estava de licença maternidade, de modo que, por exaustão, nove profissionais foram informantes, sendo seus relatos suficientes para refletir as múltiplas dimensões do objeto em estudo com base na reincidência e complementaridade das informações⁽¹⁴⁾.

Os dados foram coletados de outubro a novembro de 2019, mediante entrevista semiestruturada, utilizando roteiro abordando características sociodemográficas e a questão norteadora: Fale sobre o processo de treinamento dos cuidadores, realizado por sua equipe, para desospitalização e execução de cuidados no domicílio. Algumas questões de apoio, com ênfase nos aspectos operacionais da desospitalização e no treinamento e acompanhamento do cuidador, foram utilizadas quando necessário, a fim de auxiliar na condução das entrevistas e no alcance do objetivo do estudo.

As entrevistas foram audiogravadas após consentimento do participante e tiveram duração média de 30 minutos. Todas foram realizadas pela primeira autora, acadêmica de enfermagem, bolsista de iniciação científica e que recebeu treinamento prático de 40 horas relativo à coleta e análise de dados qualitativos, além de já ter participado de coleta de dados com entrevista em outros estudos de seu grupo de pesquisa, que não tinha nenhum tipo de relação com os participantes do estudo.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, preferencialmente, no mesmo dia de sua realização, e submetidas à Análise de Conteúdo, modalidade temática seguindo as etapas propostas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e inferência dos resultados⁽¹⁵⁾. Na pré-análise, foi realizada a leitura flutuante e individual das entrevistas, seguida da exploração do material com leitura

minuciosa e exaustiva do conteúdo impresso. A seguir, procedeu-se à codificação das mensagens por meio de ideias centrais que deram origem aos núcleos de sentido. Por fim, após o agrupamento e classificação das unidades de significação conforme suas similaridades e ancoragem ao objetivo da pesquisa, emergiram as categorias temáticas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 02623818.4.0000.0021 e parecer nº 3.226.138/2019, em cumprimento à Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para assegurar o anonimato, os excertos das entrevistas foram identificados pela letra P referente à "Profissional" seguida de dois números arábicos, o primeiro referente à ordem de inclusão no estudo e o segundo, ao tempo de atuação no serviço. Ex: (P1, 72 meses).

Resultados

Dos nove profissionais participantes do estudo, oito eram do sexo feminino (duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, um médico, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga e uma assistente social). Eles tinham entre 33 e 50 anos e tempo de atuação no serviço entre sete meses a nove anos. Todos possuíam especialização, como: Gestão em Urgência e Emergência; Cuidados Paliativos; Fisioterapia Hospitalar; Reumatologia; Órteses de Membro Superior; Educação à Distância; Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho.

Da análise das entrevistas, emergiram duas categorias: Estratégias e recursos utilizados no preparo dos cuidadores para a desospitalização; e Fatores que influenciam o preparo dos cuidadores para a desospitalização, os quais serão descritos a seguir.

Estratégias e recursos utilizados no preparo dos cuidadores para a desospitalização

Nessa categoria, evidenciam-se estratégias e

recursos utilizados pelos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar no preparo dos cuidadores/familiares para a execução de cuidados no domicílio. Uma das estratégias relatadas foi a importância de incluir e valorizar o cuidador no processo de construção conjunta do cuidado: *Sempre incluímos a família nos treinamentos, porque há mais facilidade para aprender e aderir ao que está ensinando: é assim que se faz, tem algum jeito que a senhora acharia melhor de fazer? Como podemos negociar isso? e eles vão desenvolvendo as técnicas* (P1, 72 meses).

Assim, acreditam que a realização de reuniões mensais destinadas a cuidadores/familiares de pacientes em acompanhamento pelo Serviço de Atenção Domiciliar e aberta aos cuidadores de pacientes internados, favorece a aquisição de conhecimentos, visto serem abordadas temáticas variadas, além de que tais reuniões constituem espaço para o compartilhamento de experiências: *Há reuniões mensais com os cuidadores e sempre buscamos uma temática diferente para suprir as dificuldades que eles possam ter... (P6, 60 meses). ...eles passam a experiência entre eles. Aqueles com mais dificuldade conversam com os que têm mais facilidade para aceitar os cuidados em casa. Falamos que um dos critérios para continuar no Serviço de Atenção Domiciliar é estar presente nestas reuniões, porque são importantes...* (P9, 44 meses).

Outra estratégia ressaltada é o acompanhamento mais frequente logo após a alta hospitalar, o que permite o repasse paulatino de informações, pois reconhecem que os cuidadores/familiares têm dificuldades para assimilar grande quantidade de informações ao mesmo tempo e que a chegada do paciente no domicílio desencadeia medo e insegurança na realização dos cuidados: *A primeira semana é crucial, eles se sentem muito inseguros, e a equipe nesse período faz visita quase diária para acompanhar se essa família está dando conta ou não, tirar todas as dúvidas...* (P7, 24 meses). *Eles começam com muito medo, mas vamos acompanhando, sendo muito presente, com o passar do tempo eles vão melhorando...* (P3, 11 meses). *As enfermeiras vão ao domicílio, mostram como fazer, os equipamentos e instrumentos que serão utilizados, tudo. Mostra, visualmente, às vezes faz mais de uma vez ou tem que fazer a semana inteira para eles poderem se capacitar...* (P6, 60 meses).

Os relatos mostram também que a utilização

de orientações verbais associadas à demonstração prática e disponibilidade/oferta de impressos ilustrativos, são recursos que potencializam o preparo dos cuidadores/familiares: *A orientação hoje é muito verbal, principalmente da enfermagem sobre cuidados de higiene. Nós temos orientações a respeito dos dispositivos. No Setor tem informativos sobre traqueostomia, gastrostomia. Também são feitas palestras a respeito desses assuntos; então o tempo inteiro é falado sobre esses cuidados...* (P5, 88 meses). *...por meio didático, da parte da fisioterapia levo exercícios com figuras. Paciente que precisa ser aspirado nasotraqueal, tem figuras de como é feito a aspiração. A gente mostra como é que faz e a maioria deles faz o que ensinamos* (P3, 11 meses).

Contudo, destacaram a importância de utilizar linguagem compreensível durante este processo, seja mediante o repasse de informações verbais ou ilustrativas: *A linguagem é a primeira que adaptamos para o cuidador entender. Não adianta chegar com termos técnicos porque eles não vão entender, tem que adaptar conforme a situação...* (P5, 88 meses).

Independentemente da estratégia e recurso adotados, ressaltaram a necessidade de observar os cuidados realizados com os cuidadores/familiares, com vistas a validar o conhecimento adquirido: *...É mais fazendo com que eles façam na nossa frente o que foi orientado para ver se realmente não tem dificuldade* (P6, 60 meses). *Toda a equipe é orientada a observar a forma como o cuidador faz; os sinais indiretos de que não está sendo feito corretamente. Se o paciente estiver secreto, por que está secreto? Se o curativo não estiver bem feito, ele não está sabendo fazer ou não está fazendo da forma como foi orientado? O problema é não adesão ou não treinamento?...* (P4, 108 meses).

Os relatos apresentados evidenciam a importância do uso de tecnologias leves, pautadas na interação e valorização da aprendizagem, no preparo dos cuidadores/familiares para a desospitalização.

Fatores que influenciam o preparo dos cuidadores para a desospitalização

Nessa categoria, foi possível identificar que o preparo para a desospitalização, realizado pelos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar, envolve aspectos que influenciam diretamente o repasse de

informações para o cuidador e estão presentes desde o contexto intra-hospitalar até a chegada do indivíduo e cuidador/familiar no domicílio.

Os profissionais ressaltaram que, apesar das dificuldades em relação à logística, a possibilidade de utilizar simuladores/tecnologias durante os treinamentos constitui um facilitador no processo de preparo do cuidador: *Por exemplo, se tivéssemos o Zé aqui [boneco com colostomia] seria mais fácil. No Zé você consegue explicar; porque às vezes, o medo do cuidador é de como vai tirar a colostomia, como vai lavar* (P8, 7 meses). *Eu acho que teríamos que começar o treinamento com os simuladores; a instituição dispõe deles. Fazer um treinamento organizado facilitaria muito essa prática. Mas para isso exige uma logística, porque teria que montar centro de simulação para aquele cuidador* (P1, 72 meses).

Dentre as barreiras observadas na implementação do preparo/treinamento dos cuidadores, os profissionais destacaram a rotina dos diferentes setores no ambiente hospitalar e a dificuldade na organização do tempo para a realização do treinamento: *O treinamento ocorre aqui no hospital ainda, na beira do leito. O problema é que algumas vezes chego ao andar e está no horário do banho, já foi feito curativo, aí como ensinar o familiar?* (P5, 88 meses). *Por exemplo, vou à clínica médica fazer o treinamento de curativo com a família, chego lá o paciente já trocou o curativo. É muito difícil porque a assistência do andar às vezes não consegue conversar com a nossa equipe de assistência domiciliar* (P1, 72 meses). *Às vezes o médico pede hoje e amanhã já está mandando embora, então o tempo é curto. Os pacientes que são respiratórios, o fisioterapeuta treina duas vezes no máximo, e às vezes a pessoa fica com dúvida de todo o procedimento, pois não estão habituados* (P2, 60 meses). *Se o paciente tem previsão de alta para amanhã, vou treinar o cuidador hoje; mas tenho a impressão de que na maioria das vezes eles estão muito inseguros, seria melhor se treinassem por mais tempo no hospital. O que acho é que não tem uma forma certa, precisa ser um, dois, três dias antes. Se treinamos muito antes corre o risco de o paciente ter uma instabilidade, piorar e não ir para casa; se treina em cima da hora, a família vai estar insegura* (P5, 88 meses).

Também, foram referidas dificuldades relacionadas ao fato de o preparo/treinamento ser realizado na enfermaria, em frente a outras pessoas e, sobretudo, ao próprio paciente: *O treinamento sendo no paciente, o*

cuidador fica mais receoso. Seria interessante o primeiro treinamento não ocorrer no paciente, porque tem vínculo familiar, não deve ser fácil para os cuidadores... (P4, 108 meses). Nós treinamos no leito e o local é inadequado; primeiro porque é no paciente, então é uma infração ética, a família também se sente intimidada porque é a primeira vez que vai colocar uma sonda, e tem outros cuidadores presentes, pois normalmente não é um paciente por enfermaria. Então o ambiente é estressante para realização desse treinamento (P1, 72 meses).

A inexistência de instrumentos para avaliar a efetividade das estratégias utilizadas no treinamento dos cuidadores, de modo a permitir a identificação de fragilidades e necessidades a serem atendidas, foi outro aspecto apontado: *Não tem nada concreto que nos faça saber se o cuidador está apto ou não para o cuidado, é só nossa percepção (P5, 88 meses). É uma avaliação baseada no entendimento do profissional que está fazendo o treinamento. Não há instrumento, checklist, quantas vezes foram treinados, reorientados... o profissional falou ok, está treinado (P4, 108 meses).*

Ademais, destacaram que os hábitos culturais das famílias influenciam a adesão às orientações fornecidas: *Nós temos certa dificuldade com essa parte de higiene, de aderir às orientações. Eu confeccionei uma adaptação para as crianças com paralisia cerebral ficarem bem posicionadas. Chega no domicílio e a adaptação está no chão ou pendurada no telhado, mas é coisa que sabemos que é deles. Então normalmente busca-se orientar até quanto a isso, a equipe está sempre intervindo, mas tem uma parcela que sabemos que é cultural (P6, 60 meses).*

Entretanto, indicaram a lacuna na própria formação profissional para se relacionar com a família como influente na adesão aos cuidados: *A dificuldade que vejo é que a família não adere ao cuidado, mas vejo que é mais por falha no manejo do profissional em relação à família, falha de nossa formação para lidar com a família (P1, 72 meses).*

Por fim, apontaram que a cultura hospitalocêntrica influencia negativamente o reconhecimento da importância da Atenção Domiciliar, tanto pela família quanto pelos profissionais: *A dificuldade é a cultura hospitalista, ainda temos uma assistência à saúde muito voltada para o hospital, a família foi excluída do cuidado ao paciente. A maior dificuldade é mudarmos esse paradigma, que o paciente de alta complexidade pode ser atendido pela família no domicílio e que o profissional de saúde não é o detentor absoluto do conhecimento... (P1, 72 meses).*

Constata-se nos relatos o predomínio de fatores relacionados à gestão intra-hospitalar, sobretudo, uma cultura organizacional que interfere no preparo/treinamento efetivo dos cuidadores e que, consequentemente, dificulta o processo de desospitalização.

Discussão

Foram destacadas estratégias e recursos utilizados no preparo/treinamento dos cuidadores para desospitalização, além dos fatores que influenciam este processo, tanto no ambiente hospitalar quanto no domicílio, e que acabam por impactar nas ações de cuidado realizadas.

O fato de incluir e valorizar o cuidador/familiar no processo de construção conjunta do cuidado constitui estratégia importante para seu aprendizado. Esse contexto é favorecido pelo vínculo estabelecido durante a hospitalização e pela inclusão nas discussões, planejamento, condução e avaliação das ações de cuidado realizadas⁽¹⁶⁾.

Salienta-se que a relação com o cuidador/familiar, quando bem estabelecida, impulsiona a resultados de saúde satisfatórios no âmbito domiciliar, pela possibilidade maior de inseri-lo na resolução de problemas e compartilhar a responsabilização pelo cuidado^(12,17), constituindo-se em importante ferramenta no processo de transição do cuidado do hospital para o domicílio.

Outra estratégia referida pelos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar no preparo do cuidador para a desospitalização é a realização de reuniões mensais, pois acredita-se que estas possibilitam dirimir dúvidas e trocar experiências. Este resultado corrobora os achados com cuidadores de idosos, os quais destacaram que o compartilhamento das vivências no cuidado favorece a segurança na realização do mesmo e o alívio de sentimentos de sobrecarga⁽⁹⁾. Logo, destaca-se a importância dos serviços de saúde desenvolverem medidas educacionais e de apoio aos pacientes e cuidadores, a fim de possibilitar o desenvolvimento de estratégias cognitivas de enfrentamento para dar sentido à situação e estabelecer um “novo normal”⁽¹⁸⁾.

Os profissionais, também, relataram o fornecimento paulatino de informações, sobretudo, logo após a alta para o domicílio, uma vez que a primeira semana é comumente marcada por dúvidas e insegurança na execução dos cuidados⁽⁶⁾. Salienta-se que as dúvidas compõem a base dos desgastes emocionais vivenciados pelos cuidadores e se intensificam com a falta de orientação e de apoio/acompanhamento profissional⁽⁹⁾. Assim, destaca-se a importância da visita domiciliar para a identificação dos fatores que contribuem para o processo de recuperação ou o prejudicam⁽¹⁹⁾.

A utilização de diferentes ferramentas de ensino⁽¹⁹⁾, como as orientações verbais e folders ilustrativos, são consideradas importantes recursos de preparo/treinamento dos cuidadores pelos profissionais, sobretudo, como método para fixação do aprendizado. Ressalta-se que, embora as orientações verbais tenham sido relatadas como recurso efetivo em alguns estudos⁽⁷⁻⁸⁾, os benefícios das ferramentas online, também têm sido destacados por possibilitarem o acesso ao aprendizado a qualquer tempo, além da possibilidade de posterior revisão do conhecimento⁽⁸⁾.

A preocupação com a linguagem utilizada também foi apontada como estratégia importante no preparo/treinamento dos cuidadores. A linguagem constitui fator primordial no processo de comunicação efetiva entre profissional, cuidador e pacientes, pois, quando clara e bem-estabelecida, favorece a qualidade do cuidado prestado⁽²⁰⁾. Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais da Atenção Domiciliar desenvolvam habilidades interacionais e que valorizem as diferentes demandas apresentadas pelos cuidadores, a fim de garantir a qualidade no repasse de informações relevantes ao cuidado.

Ademais, independentemente das estratégias e recursos utilizados, torna-se necessário que os profissionais consigam observar o cuidado realizado pelo cuidador/familiar no contexto domiciliar, a fim de validar as habilidades desenvolvidas e detectar necessidades particulares. Assim, não basta ao cuidador responder que não está enfrentando dificuldades, pois, muitas vezes, pacientes e/ou cuidadores, quando

questionados, sobretudo, em relação aos comportamentos em saúde, podem responder que já perceberam o que os profissionais desejam ouvir⁽²¹⁻²³⁾. Estudo realizado com cuidadores de pacientes com câncer bucal apontou que na prática cotidiana de execução das ações os cuidadores demonstraram insegurança, por vezes, influenciada pelas adaptações necessárias ao ambiente domiciliar⁽²⁴⁾.

Como potencialidades para o preparo/treinamento dos cuidadores, os profissionais destacaram a utilização de simuladores/tecnologias, pois podem favorecer o pensamento crítico, a redução da ansiedade em relação à assistência e o desenvolvimento cognitivo e emocional⁽²⁵⁾. Neste sentido, estudo realizado com cuidadores de crianças com condições complexas apontou que o simulador oportuniza aos cuidadores a resolução de situações emergentes, uma vez que, durante a hospitalização, não têm oportunidades de desenvolver habilidades devido à intervenção rápida dos profissionais da instituição⁽²⁶⁾.

A despeito da presença desses simuladores na instituição, a dificuldade na logística dos cenários clínicos realísticos foi apontada como um desafio. Assim, reforça-se a necessidade de organização na infraestrutura por parte dos órgãos gestores, já que esta modalidade de ensino produz benefícios tanto ao cuidador quanto à instituição, à medida que pode diminuir o número de readmissões⁽²⁶⁾.

Quanto aos fatores que interferem negativamente no preparo/treinamento do cuidador, foi apontado no âmbito intra-hospitalar a diferença na rotina dos setores, o que reitera a importância do fluxo contínuo de comunicação entre os profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar com os diferentes setores, a fim de que o processo de treinamento seja eficiente. Nesse sentido, estudo internacional apontou a importância de políticas de apoio à comunicação e rotinas padronizadas aos diferentes setores, a fim de organizar o atendimento aos pacientes e possibilitar um diálogo adequado entre as equipes⁽²⁷⁾.

Outrossim, o tempo insuficiente de treinamento constitui outra barreira, uma vez que dificulta a or-

ganização dos encontros e a qualidade das interações com implicações no processo de aprendizagem⁽²⁶⁾. Como consequência, a família poderá sair do ambiente hospitalar com fragilidades para a continuidade do cuidado e, com isso, ocorrer reinternações que poderiam ser evitadas com a implementação de um programa de apoio para a transição do cuidado do hospital para o domicílio, com inclusão do planejamento da alta por parte da equipe de saúde como uma etapa importante a ser considerada.

A demonstração das técnicas no próprio paciente também foi destacada como barreira no processo de ensino do cuidador, devido aos sentimentos envolvidos. Estudo com pacientes em uso de ventilação não invasiva realizado na França, identificou uma tendência de os cuidadores evitarem entrar na sala durante a sessão de treinamento. Isto porque, devido à própria condição de saúde, durante o treinamento, os pacientes apresentavam dificuldades respiratórias e temiam que seus familiares ficassem aflitos diante da situação⁽²⁸⁾.

A ausência de instrumento para avaliação dos treinamentos ofertados, também foi apontada como uma importante barreira na instrumentalização dos cuidadores/familiares para a continuidade dos cuidados. Destarte, monitorar os efeitos do treinamento na aquisição de conhecimentos e sua aplicação na prática é essencial para a qualidade do cuidado, além de favorecer o direcionamento e planejamento de novas atividades. Isto foi confirmado em pesquisa que constatou que a aplicação de um instrumento 15 dias após o treinamento teórico-prático permitia avaliar, formalmente, o processo de aprendizagem do cuidador, sendo que àqueles que não apresentaram resultados suficientes foram submetidos a novo treinamento, de modo a propiciar à família maior segurança em suas ações⁽¹¹⁾.

A influência do hábito cultural na adesão e qualidade dos cuidados dispensados no domicílio foi outro aspecto identificado como interferente no processo de preparo/treinamento dos cuidadores. Esse achado ressalta a importância de as estratégias de

ensino serem adaptadas ao contexto cultural de cada indivíduo, utilizando-se das tecnologias leves de cuidado, de forma a valorizar o princípio da equidade e propiciar a qualidade da prática no domicílio⁽¹⁷⁾.

Contudo, é importante considerar que, por vezes, a dificuldade de adesão do cuidador às orientações ofertadas pode ser influenciada pela dificuldade do profissional em lidar com o cuidador/família, o que pode ser reflexo de um modelo assistencial ainda voltado ao tecnicismo e às tecnologias duras, centradas em equipamentos e procedimentos⁽¹⁷⁾. Neste sentido, a influência negativa do modelo hospitalocêntrico, ainda enraizado na perspectiva de famílias e profissionais de saúde, também foi apontado como interferente na consolidação da Atenção Domiciliar.

Cabe salientar que a dinamicidade do ambiente domiciliar exige que as universidades adequem seus currículos, com a inserção de temáticas que centralizem usuários e famílias na organização do cuidado⁽⁷⁾, a fim de qualificar os futuros profissionais, sobretudo, os enfermeiros, para atuarem na modalidade de Atenção Domiciliar. Ressalta-se o papel primordial do enfermeiro na transição do cuidado hospital-domicílio, uma vez que ele é o profissional responsável pelo gerenciamento de diversas atividades neste âmbito⁽¹⁹⁾.

Ademais, na Atenção Domiciliar, algumas atividades requerem do profissional não só habilidades técnicas, mas, sobretudo, as relacionais, no intuito de promover o vínculo com as famílias; assim como a utilização adequada de recursos educacionais, assistenciais e administrativos apropriados a este contexto⁽¹⁹⁾. A qualidade do vínculo entre profissionais e cuidadores pode orientar e potencializar a utilização de algumas estratégias de ensino, uma vez que constitui facilitador da articulação entre os atores no diálogo, bem como da interação entre eles, o que é fundamental para o planejamento conjunto do cuidado⁽¹²⁾.

Limitações do estudo

Possíveis limitações do estudo se referem ao número reduzido de participantes, e todos pertencem

centes ao Serviço de Atenção Domiciliar de uma única instituição cuja forma organizativa é específica. E também, pelo fato de contemplar apenas a perspectiva dos profissionais de saúde, visto que a inclusão de cuidadores domiciliares como participantes do estudo ampliaria a compreensão de como ocorrem os fatores que interferem no preparo de cuidadores de pacientes dependentes de tecnologia. Desse modo, recomenda-se a realização de estudos semelhantes em outros cenários e contextos, a fim de verificar a influência de aspectos regionais e de organização do processo de trabalho no preparo/treinamento dos cuidadores.

Contribuições para a prática

Os achados obtidos neste estudo podem colaborar para o desenvolvimento das práticas das equipes multiprofissionais que atuam no cenário domiciliar, uma vez que apontam aspectos que facilitam e dificultam o preparo/treinamento dos cuidadores. O fato de incluir e valorizar o cuidador no processo de construção conjunta do cuidado é um achado importante e deve ser registrado pelos profissionais, a fim de que haja o reconhecimento de que as significações relacionais são ferramentas essenciais dentre as competências para atuação no âmbito domiciliar.

Ressalta-se que muitas das barreiras no processo de preparo/treinamento dos cuidadores envolvem a gestão organizacional no que tange à sistematização de um fluxo efetivo de transição dos cuidados para o domicílio, o que reforça a importância do comprometimento não apenas das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar, como também de todos os envolvidos no cuidado ao paciente desde o momento de sua admissão na instituição de saúde.

Conclusão

O preparo dos cuidadores/familiares para a desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia é permeado da preocupação em facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades para o cuidado

no domicílio, envolve a utilização de recursos e estratégias específicas e é influenciado positivamente por tecnologias e, negativamente, por fatores relacionados com a estrutura e organização hospitalar.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, processo nº 146264/2019-3, e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Contribuição dos autores

Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Sato DM, Teston EF.

Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Sato DM, Teston EF, Andrade GKS, Marcon SS, Giacon-Arruda BCC, Silva JL, Galera SAF.

Aprovação final da versão a ser publicada: Sato DM, Teston EF, Andrade GKS, Marcon SS, Giacon-Arruda BCC, Silva JL, Galera SAF.

Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho a ser investigada e resolvida adequadamente: Sato DM, Teston EF, Andrade GKS, Marcon SS, Giacon-Arruda BCC, Silva JL, Galera SAF.

Referências

1. Oliveira SG, Kruse MHL. Better off at home: safety device. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1):e266-0015. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002660015>
2. Stefanicka-Wojtas D, Kurpas D. eHealth and mHealth in chronic diseases – identification of barriers, existing solutions, and promoters based on a survey of EU Stakeholders Involved in Region-s4PerMed (H2020). *J Pers Med.* 2022;12(3):467. doi: <https://doi.org/10.3390/jpm12030467>

3. Rajão FL, Martins M. Home Care in Brazil: an exploratory study on the construction process and service use in the Brazilian Health System. *Ciência Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1863-77. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. 2016 [cited Feb 24, 2022]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
5. Alencar AMC, Losso E, Carvalhal TT, Martello SK. Evaluation of the use of Technologies in children and teenagers home care in the city of Curitiba. *R Saúde Públ Paraná* [Internet]. 2018 [cited Mar 27, 2022];1(1):11-9. Available from: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/42>
6. Fisher MMJB, Marcon SS, Barreto MS, Batista VC, Marquete VF, Souza RR, et al. Caring for a family member with stroke sequelae: the first days at home after hospital discharge. *Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1385. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210033>
7. Silva KL, Sena RR, Castro WS. Dehospitalisation at a general hospital in Minas Gerais: challenges and prospects. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e67762. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>
8. Antoniou L, Wray J, Kenny M, Hewitt R, Hall A, Cooke J. Hospital training and preparedness of parents and carers in paediatric tracheostomy care: a mixed methods study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2022;154:111058. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2022.111058>
9. Couto A, Caldas C, Castro E. Home care for dependent elderly patients by caregivers with overload and stress. *J Res Fundam Care Online*. 2019;11(4):944-50. doi: <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.944-950>
10. Sezer RE, Ozdemir Koken Z, Senol Celik S. Home percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: difficulties and needs of caregivers, qualitative study. *J Parenter Enteral Nutr*. 2020;44(3):525-33. doi: <https://doi.org/10.1002/jpen.1612>
11. Witkowski MC, Silveira RS, Durant DM, Carvalho AC, Nunes DLA, Anton MC, et al. Training of children's and adolescents' family members in home parenteral nutrition care. *Rev Paul Pediatr*. 2019;37(3):305-11. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;3;00002>
12. Glomsas HS, Knutsen IR, Fossum M, Christiansen K, Halvorsen K. Family caregivers' involvement in caring for frail older family members using welfare technology: a qualitative study of home care in transition. *BMC Geriatric*. 2022;22(1):223. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02890-2>
13. Burgdorf JG, Wolff JL, Chase J, Arbaje AI. Barriers and facilitators to family caregivers training during home health care: a multisite qualitative analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2022;70(5):1325-35. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.17762>
14. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual* [Internet]. 2017 [cited Feb 18, 2022];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
16. Vaartio-Rajalin H, Fagerstrom L. Professional care at home: Patient-centredness interprofessionalism and effectivity? A scoping review. *Heal Soc Care Community*. 2019;27:e270-e288. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12731>
17. Gong E, Sun L, Long Q, Xu H, Gu W, Bettger JP, et al. the implementation of a primary care-based integrated mobile health intervention for stroke management in rural China: mixed-methods process evaluation. *Front Public Health*. 2021;9:774907. doi: <https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.774907>
18. Zanini C, Fiordelli M, Amann J, Brach M, Gemperli A, Rubinelli S. Coping strategies of family caregivers in spinal cord injury: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2022;44(2):243-52. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1764638>
19. Keilty K, Chu S, Bahlibi A, McKay S, Wong M. Case study: achieving "hands-on" practice for remote family caregivers and homecare nurses of children with medical complexity. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2022;35(1):10-23. doi: <https://dx.doi.org/10.12927/cjnl.2022.26754>

20. Turchi GP, Riva MSD, Orrù L, Pinto E. How to intervene in the health management of the oncological patient and of their caregiver? A narrative review in the psycho-oncology field. *Behav Sci (Basel)*. 2021;11(7):99. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/bs11070099>
21. Arruda GO, Leal LB, Peruzzo HE, Nass EMA, Reis P, Marcon SS. Family perceptions about care for men with chronic conditions. *Ciênc Cuid Saúde*. 2018;17(1). doi: <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v17i1.43845>
22. Silva ANS, Serafim ARMR, Alcântara CM, Queiroz MVO. Experiences of adolescents with type-1 diabetes and multiprofessional education interventions for care. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2018 [cited Apr. 13, 2022];17(2). Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc-CuidSaude/article/view/40434/751375138141>
23. Nass EM, Marcon SS, Teston EF, Reis P, Peruzzo HE, Monteschio LV, et al. Perspective of young people with diabetes on educational intervention on Facebook®. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(4):390-7. doi: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201900054>
24. Liang S, Chang T, Wu W, Wang T. Caring for patients with oral cancer in Taiwan: The challenges faced by family caregivers. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(1):e12891. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/ecc.12891>
25. Presado MHCV, Colaço S, Rafael H, Baixinho CL, Félix I, Saraiva C, et al. Learning with high fidelity simulation. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):51-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.23072017>
26. Thrasher J, Baker J, Ventre KM, Martin SE, Dawson J, Cox R, et al. Hospital to home: a quality improvement initiative to implement high-fidelity simulation training for caregivers of children requiring long-term mechanical ventilation. *J Pediatr Nurs*. 2018;38:114-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.08.028>
27. Jenisch CL, Jungbauer RM, Zuckerman KE, Wagner DV, Ramsey KL, Austin JP, et al. Below the surface: caregivers' experience of hospital-to-home transitions. *Hosp Pediatr*. 2022;12(2):e54-e60. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/hpeds.2021-006248>
28. Iosifyan M, Schmidt M, Hurbault A, Mayaux J, Delafosse C, Mishenko M, et al. "I had the feeling that I was trapped": a bedside qualitative study of cognitive and affective attitudes toward noninvasive ventilation in patients with acute respiratory failure. *Ann Intensive Care*. 2019;9(1):134. doi: <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0608-6>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons