



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCIENE MIRANDA DE ANDRADE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÕES
A FAMILIARES DE PESSOAS COM MOBILIDADE FÍSICA
PREJUDICADA**

FORTALEZA

2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCIENE MIRANDA DE ANDRADE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÕES
A FAMILIARES DE PESSOAS COM MOBILIDADE FÍSICA
PREJUDICADA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para conclusão do Curso de Doutorado em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no processo de cuidar na Promoção da Saúde

Área temática: Cuidado de enfermagem à pessoa com problemas neurológicos.

Orientadora: Prof^a. Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

FORTALEZA

2011

A568c Andrade, Luciene Miranda
Construção e validação de um manual de orientações a familiares
de pessoas com mobilidade física prejudicada
/ Luciene Miranda de Andrade. – Fortaleza, 2011.
122 f.; il.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Limitação da Mobilidade. 2. Cuidados de Enfermagem. 3.
Cuidadores. I. Carvalho, Zuila Maria de Figueiredo (Orient.) II.
Título.

CDD 610.73

LUCIENE MIRANDA DE ANDRADE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÕES A
FAMILIARES DE PESSOAS COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA**

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado em Enfermagem) da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Zuila Maria de Figueiredo Carvalho (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Leila Conceição Rosa Santos
Centro Universitário Padre Anchieta - UniAnchieta

Prof.^a Dr.^a Enedina Soares
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof.^a Dr.^a Joselany Afio Caetano
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes
Universidade Federal do Ceará – UFC

*Dedico este trabalho à minha mãe **Valdeliz Miranda de Andrade**, que durante este percurso soube compreender as minhas ausências, estresses e inquietações. Muito obrigada por estar sempre ao meu lado me apoiando em todas as etapas de minha vida pessoal e profissional. **Você para mim é tudo.***

AMO VOCÊ

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, pela grandiosa Lei do Amor e da Caridade.

À minha família, por saber compreender e ter paciência com meus momentos de estresse. Vocês são meus alicerces.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, pelos conhecimentos a mim repassados nesta trajetória, pela paciência e compreensão com as minhas limitações e, principalmente, pela amizade que foi se construindo no decorrer deste percurso de aprendizado.

Às amigas de longa caminhada: Ana Cláudia, Angela, Goretti, Joselany, Liliane e Vlândia, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando com amizade, carinho e conhecimentos.

Aos cuidadores participantes deste estudo, pela confiança em mim aceitando participar desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos e obter a titulação de doutora.

Ao Hospital Instituto Dr. José Frota – IJF, aqui representado pela equipe de Enfermagem das Unidades de Internação 16,20 e 22, pela cooperação no percurso deste meu estudo.

À equipe de trabalho do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do IJF e da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São José, pelo apoio, incentivo e amizade.

Ao Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica – NUPEN, por oportunizar o compartilhamento de conhecimentos e saberes ao longo da realização do curso de Doutorado.

Às Dras. Leila Conceição Rosa dos Santos, Lorena Barbosa Ximenes, Joselany Afio Caetano, Ana Kelve de Castro Damasceno, Ana Karina Bezerra Pinheiro, Maria Fatima Maciel Araújo, e Monica Oliveira Batista Oriá, pelas valiosas contribuições como juízas na validação do Manual de Orientação.

A Henrique Castro, pela valiosa participação como desenhista do Manual de Orientação.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, foram importantes na realização desta pesquisa.

*De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser
interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho
novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!*

Fernando Sabino

RESUMO

ANDRADE, L. M. Construção e validação de um manual de orientações a familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada. 2011. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

O estudo teve como objetivo construir e validar uma tecnologia educativa para a promoção da saúde em pessoas com mobilidade física prejudicada. Trata-se de uma pesquisa metodológica do tipo desenvolvimento, realizada em um hospital de emergência na cidade de Fortaleza-CE. O estudo compreendeu três momentos: construção do Manual, validação de conteúdo e testagem clínica. No primeiro momento foram realizados estudos que subsidiaram a construção do Manual; no segundo, para validação de conteúdo foi utilizado um questionário tipo Escala de Likert com os indicadores para avaliação da qualidade, de forma a determinar o nível de concordância entre os juízes; e no terceiro, para testagem clínica aplicou-se o Manual a cuidadores de pacientes com déficits na mobilidade física e dependência total ou parcial de cuidados. A amostra para validação de conteúdo foi constituída por sete juízas, *experts* nas áreas de educação e neurologia, e a amostra para testagem clínica foi de 30 cuidadores selecionados mediante critérios de inclusão e exclusão. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Instituto Dr. José Frota, sob o protocolo Nº 110.316/09. No processo de construção do Manual primeiramente foram realizados estudos que subsidiaram a seleção do tema e do conteúdo, em seguida o editor de arte confeccionou o Manual, que teve um formato de história com desenhos representando os personagens e descrevendo os procedimentos de forma detalhada e simples. Os pareceres das juízas quanto ao Manual teve como base os itens abordados e apresentaram uma variação do percentual de concordância (concordo plenamente/concordo) de 42,9% a 100%. Entre as que se mantiveram neutras a variação foi de 14,3% a 57,1%, e entre as discordantes (discordo plenamente/discordo) a variação foi de 14,3% a 42,9%. Os itens 3, 6, 10, 13 e 14 apresentaram concordância entre as juízas inferior a 70% e necessitaram de revisão e reestruturação para o alcance dos objetivos propostos neste estudo. Na testagem clínica os pareceres dos cuidadores quanto aos itens abordados apresentaram uma variação do percentual de concordância (concordo

plenamente/concordo) de 90,0% a 100%. Entre os que se mantiveram neutros ou discordantes não foram identificadas variações, mantendo-se ambas as categorias, respectivamente, entre 6,7% e 3,3%. O valor estabelecido para tornar um indicador válido foi igual ou superior a 70%, e nesta etapa todos foram considerados válidos. Dentre as sugestões das juízas destacam-se: diminuição de alguns textos, reformulação de termos técnicos não acessíveis a leigos, melhor clareza em algumas ilustrações e alterações na sequência das orientações. Os cuidadores sugeriram o uso contínuo do Manual no hospital, iniciando sua utilização logo após a admissão, para, assim, contribuir no processo de recuperação do seu familiar. Eles afirmaram que após as orientações conseguiram se sentir mais seguros e que as informações seriam importantes para quando estivessem no domicílio. As análises realizadas reforçam a relevância de serem elaboradas novas tecnologias voltadas à prática educativa dentro do ambiente hospitalar, além da necessidade de preparo dos profissionais por meio da capacitação contínua em serviço para que o cuidado se desenvolva de forma adequada e com segurança.

Palavras-Chave: Limitação da Mobilidade. Cuidadores. Prática Educativa. Enfermagem.

ABSTRACT

ANDRADE, L. M. Construction and validation of an orientation manual for relatives of people with impaired physical mobility. 2011. 156 p. Doctoral Dissertation in Nursing – School of Pharmacy, Dentistry and Nursing, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

This study aimed to construct and validate educative technology for health promotion in people with impaired physical mobility. This methodological development study was carried out at an emergency hospital in Fortaleza-CE, Brazil. The study involved three phases: construction of the manual, content validation and clinical testing. First, studies were accomplished to support the construction of the manual. Second, for content validation purposes, a Likert-style questionnaire was used, including the quality assessment indicators, so as to determine the inter-rater agreement level. Third, for clinical testing, the manual was applied to caregivers of patients with impaired physical mobility and full or partial dependence for care. The content validation sample consisted of seven judges who were experts in education and neurology, while the clinical test sample comprised 30 caregivers, selected through inclusion and exclusion criteria. Approval for this research was obtained from the Institutional Review Board at Hospital Instituto Dr. José Frota, under protocol No 110.316/09. In the construction process of the manual, first, studies were accomplished to support the selection of the theme and contents. Next, the art editor was contacted to elaborate the manual, in the form of a history with drawings, representing the characters and describing the procedures in a detailed and simple way. The experts' opinions on the manual were based on the addressed items and the variation in agreement percentages (fully agree/agree) ranged from 42.9% to 100%. The variation in neutral answers went from 14.3% to 57.1% and, among disagreements (fully disagree/disagree), from 14.3% to 42.9%. Inter-rater agreement levels for items 3, 6, 10, 13 and 14 were lower than 70%, demanding review and restructuring to achieve the goals proposed in this study. In clinical testing, agreement levels (fully agree/agree) among the caregivers' opinions on the addressed items ranged from 90.0% to 100%. No variations were identified among caregivers who stayed neutral or disagreed, with both categories corresponding to 6.7% and 3.3%, respectively. The level set to validate an indicator was 70% or more

and, in this phase, all indicators were considered valid. Among the experts' suggestions, the following stand out: reduce some texts, reformulate technical terms not accessible to lay people, clarify some illustrations and alter the sequence of orientations. The caregivers' suggested the continuous use of the Manual at the hospital, starting its use soon after admission, so as to contribute to the recovery process of their relative. They affirmed that, after the orientations, they managed to feel safer and that the information would be important when they would be at home. The analyses reinforce the relevance of elaborating new technologies for educative practice in the hospital environment, besides the need to prepare the professionals through continuous in-service training, so that care is developed adequately and safely.

Key words: Mobility Limitation. Caregivers. Educative practice. Nursing.

RESUMEN

ANDRADE, L. M. Construcción y validación de un manual de orientación a las familias de las personas con movilidad física reducida. 2011. 156 f. Tese (Doctorado en Enfermería) - Facultad de Farmacia, Odontología y Enfermería, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

El estudio tuvo como objetivo construir y validar una tecnología de la educación para promover la salud en las personas con movilidad física reducida. Se trata de un tipo de desarrollo de la investigación metodológica realizada en un hospital de emergencia en Fortaleza-CE. El estudio consta de tres fases: construcción del manual, la validación del contenido y los ensayos clínicos. En el primer momento se realizaron estudios que apoyaron la construcción del manual, en el segundo se utilizó para la validación un cuestionario tipo escala de Likert con indicadores para la evaluación de la calidad, con el fin de determinar el nivel de acuerdo entre los jueces y el tercero para los ensayos clínicos se ha aplicado el manual con los cuidadores de pacientes con déficit en la movilidad física y con dependencia total o parcial. La muestra en la validación de contenido consistió de los siete jueces, expertos en la educación y la neurología, y la muestra de los ensayos clínicos ha sido de treinta cuidadores que fueron seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Instituto Dr. José Frota, con el Protocolo N ° 110.316/09. En el proceso de construcción del manual fueron hechos estudios que apoyaron la elección del tema y contenido, en seguida se puso en contacto con el editor de arte para hacer el manual, que tenía un formato de historia con dibujos que representan los personajes y describir el procedimiento en detalle y simple. Las opiniones de los jueces en el manual se basa en los asuntos tratados y presentó una variación del porcentaje de acuerdo (muy de acuerdo / de acuerdo) de 42,9% a 100%. Entre los que permanecieron neutrales la variación fue de 14,3% a 57,1%, y entre los discordantes (muy en desacuerdo / en desacuerdo), la variación fue del 14,3% al 42,9%. Los indicadores 3, 6, 10, 13 y 14 mostraron acuerdos entre los jueces inferiores al 70% y ha requerido una revisión y reestructuración para lograr los objetivos propuestos en este estudio. En pruebas clínicas con los cuidadores en relación a las cuestiones planteadas tuvo una

variación en el porcentaje de acuerdo (muy de acuerdo / de acuerdo) de 90,0% a 100%. Entre los que permanecieron neutrales las variaciones discordantes no fueron identificadas, manteniendo ambas categorías, respectivamente, entre 6,7% y 3,3%. El valor establecido para que un indicador sea válido ha sido igual o superior al 70%, y en esta etapa se consideraron todos válidos. Entre las sugerencias de los jueces tuvimos: la reducción de algunos textos, la reformulación de los términos técnicos que no son accesibles a los laicos, la claridad e ilustraciones de algunos cambios en las directrices. Los cuidadores han sugerido el uso continuado de este manual en el hospital, inmediatamente después del ingreso, para contribuir así al proceso de recuperación de su pariente. Dijeron que después de las directrices eran capaces de sentirse más seguros y que las informaciones serían importantes en su domicilio. Los análisis realizados confirman la importancia de las tecnologías de desarrollo centrado en la práctica educativa en el entorno del hospital, más allá de la necesidad de capacitación del personal mediante la formación continua en el servicio de asistencia para el desarrollo correcto y seguro.

Palabras clave: Limitación de la Movilidad. Cuidadores. La práctica educativa. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

1 Caracterização das juízas que avaliaram o Manual de Orientação de cuidados domiciliares para pacientes com mobilidade física prejudicada. Fortaleza-CE, 2010 (n=7).....	63
2 Avaliação do Manual quanto à concordância das juízas em relação ao assunto abordado na tecnologia e seus vários aspectos relacionados. Fortaleza-CE, 2010.....	67
3 Avaliação do Manual quanto à concordância das juízas em relação à organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e suficiência. Fortaleza-CE, 2010.	70
4 Avaliação do Manual quanto à concordância das juízas em relação à relevância do material. Fortaleza-CE, 2010.	72
5 Caracterização dos pacientes com mobilidade física prejudicada. Fortaleza-CE, 2010 (n=30).	74
6 Caracterização dos cuidadores de pacientes com mobilidade física prejudicada. Fortaleza-CE, 2010 (n=30).	76
7 Avaliação do Manual quanto à concordância dos cuidadores em relação ao Conteúdo. Fortaleza-CE, 2010.	78
8 Avaliação do Manual quanto à concordância dos cuidadores em relação à Educação em Saúde. Fortaleza-CE, 2010.	80

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1 Critérios para seleção dos juízes para validação de conteúdo do Manual de Orientações para o Cuidado no Domicílio.....	50
2. Fluxo do processo de construção do Manual de Orientações para o Cuidado no Domicílio.	52
3. Fluxo do processo de validação de conteúdo do Manual de Orientações para o Cuidado no Domicílio por juízes.	54
4. Fluxo do processo de avaliação do Manual de Orientações para o Cuidado no Domicílio pelos cuidadores.	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	Contextualização da vida profissional e foco de interesse.....	19
1.2	O problema, justificativa e relevância.....	21
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	Objetivo geral.....	28
2.2	Objetivos específicos.....	28
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1	Tecnologias e suas aplicações na enfermagem.....	30
3.2	O uso das tecnologias na educação em saúde e na prática assistencial	34
3.3	O enfermeiro no processo de educação em saúde aos cuidadores domiciliares.....	37
3.4	O papel do cuidador domiciliar no contexto da promoção da saúde.....	39
3.5	Validação de tecnologias.....	42
4	METODOLOGIA.....	46
4.1	Tipo e natureza do estudo	46
4.2	Cenário	47
4.3	População e amostra	49
4.4	Percurso metodológico	51
4.5	Análise dos dados	56
4.6	Aspectos éticos	57
5	RESULTADOS.....	59
5.1	Construção do Manual de Orientação sobre os cuidados a pacientes com mobilidade física prejudicada	59
5.2	Processo de validação de conteúdo	62
5.2.1	Caracterização do grupo de juízas que avaliaram o Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio	62
5.2.2	Julgamento do Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio, segundo cada aspecto abordado no processo de avaliação pelas juízas	65
5.3	Processo de caracterização dos pacientes e cuidadores e testatagem do Manual	72
5.3.1	Caracterização dos pacientes com mobilidade física prejudicada.....	73
5.3.2	Caracterização dos cuidadores que avaliaram o Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio	75
5.3.3	Avaliação do Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio, segundo cada aspecto abordado no processo de avaliação pelos cuidadores	77
5.3.4	Avaliações realizadas pelos cuidadores acerca do manual que enfocaram: conteúdo, estrutura, aprendizado adquirido, segurança apresentada após as orientações e sugestões	80

6	DISCUSSÃO.....	88
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
	REFERÊNCIAS.....	103
	APÊNDICES	
	Apêndice A - Carta-convite para os juízes especialistas.....	113
	Apêndice B - Esclarecimentos aos juizes acerca do manual de orientação.	114
	Apêndice C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	115
	Apêndice D - Instrumento de avaliação dos juizes especialistas	117
	Apêndice E - Instrumento de avaliação dos cuidadores	119
	Apêndice F - Manual de orientação	122
	ANEXO	
	Anexo A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	154

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da vida profissional e foco de interesse

O despertar pela temática mobilidade física prejudicada teve início a partir de atividades profissionais, atuando em unidade de emergência, quando deparava constantemente com o retorno de pacientes portadores dessa condição, ou seja, limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades por complicações decorrentes destas. A frequência com que esses casos ocorriam chamava atenção, e, ao mesmo tempo, trazia questionamentos: quais as estratégias usadas pelo familiar cuidador e pacientes para realizar locomoção ou movimentação no domicílio? O que fazer para minimizar as complicações decorrentes da mobilidade física prejudicada?

No desenvolvimento das atividades no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia realizam-se visitas diárias às enfermarias, e por ocasião dessas visitas havia uma abordagem pelo cuidador solicitando orientações sobre o problema do seu familiar, como por exemplo: como realizar mudança de decúbito; como colocar fralda; como evitar ressecamento ou lesões de pele; qual a posição adequada para alimentação, dentre outros questionamentos. E, à medida que a alta hospitalar se aproxima, outras dúvidas surgem em relação ao cuidado no domicílio.

Muitas vezes há interrupção das atividades para conversar com os familiares, de forma a orientá-los sobre o cuidado no domicílio de acordo com o problema apresentado. Contudo, se mantém a inquietação, pois não se sabe da sequência do cuidado, e se as orientações serão repassadas para os outros cuidadores quando o paciente não mais estiver no hospital.

Assim sendo, foi aumentando cada vez mais o interesse em trabalhar com essa temática. Vislumbrando essa perspectiva me inseri no Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica (NUPEN) do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), da Universidade

Federal do Ceará (UFC), por acreditar que esse engajamento é benéfico ao intento, visto que o NUPEN tem como objetivo realizar estudos de pesquisa e extensão com pessoas portadoras de problemas neurológicos, tais como alterações na mobilidade física. Surgiu, então, a oportunidade de desenvolver estudos sobre o tema como membro pesquisador do NUPEN, por meio de publicações de artigos em periódicos da área¹, de apresentação de trabalhos em eventos nacionais e internacionais², participação em projetos de pesquisa PIBIC/UFC como co-orientadora³ e, ainda, como co-orientadora de um estudo de conclusão de curso⁴, aprofundando, desta forma, os conhecimentos na área de Neurologia.

Por conhecer a ansiedade do familiar cuidador e suas dúvidas, sabe-se que por mais que se esclareça acerca da patologia, sobre os cuidados prestados pela equipe de enfermagem e os cuidados que poderão ser desenvolvidos pelos cuidadores desde a hospitalização, é preciso dar continuidade a essa assistência. Portanto, desenvolver uma proposta de educação em saúde direcionada à orientação do familiar cuidador na mobilidade física do paciente⁵ acamado significa um desafio, pois muitos fatores poderão interferir nesse processo de orientação, tanto relacionados ao paciente e ao familiar cuidador quanto a problemas financeiros e ambientais. A enfermeira deve obter a compreensão de todos esses aspectos para iniciar o processo de educação em saúde.

A oportunidade de realizar a seleção para um programa de doutorado motivou o desenvolvimento de um projeto voltado à orientação junto aos cuidadores domiciliares sobre o manuseio e a prevenção de lesões nos pacientes com

¹CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo; DARDER, Juan José Tirado; FALCO, Francisco Vicente Mulet; HERNANDEZ, Antonio José Nuñez; ANDRADE, Luciene Miranda de; MIRANDA, Maira Di Ciero; MONTEIRO, M. G. S. . Úlceras por presión en la lesión medular - conocimiento de los familiares y cuidadores. **Avances en Enfermería**, v. 28, p. 29-38, 2010.

LIMA, Rozangela Gonçalves de; SOUZA, Ellen Lucy Vale de; ANDRADE, Luciene Miranda de; CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo; CAETANO, J. Á. . Proceso de gerencia de enfermería en unidades de emergencias: los conflictos vividos por los gerentes. **Enfermería Integral**, v. 85, p. 36-39, 2009.

²ANDRADE, Luciene Miranda de; MONTEIRO, M. G. S. ; CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo . Úlcera venosa crónica: um percurso de cuidar. In: CONGRESSO DE FERIDAS CRÓNICAS, 2010, Lisboa. **Anais...** Coimbra: FORMASAU, 2010. v. 1

CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo; BARBOSA, Islene Victor; ANDRADE, Luciene Miranda de; BRITO, Anisia Maria Carvalho e; MORAES, Paula de Oliveira Fontenele ; MULET, Carlos Segura; MENDES, Priscila Alencar . Conocimiento y actuación de los enfermeros sobre el uso del collarín cervical. In: ENCUESTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA, 13.; INTERNATIONAL NURSING RESEARCH CONFERENCE, 13th, 2009, Alicante. **Conocimiento y actuación de los enfermeros sobre el uso del collarín cervical**. Alicante, 2009.

³Acolhimento com classificação de risco em urgência e emergência. Conhecimento dos enfermeiros, perfil dos riscos de acidente vascular cerebral em motoristas de ônibus de Fortaleza. Avaliação das atividades da vida diária de pessoas com lesão medular.

⁴Monografia de Graduação em Enfermagem, de SILVA, Roberta Araújo e. **Perfil epidemiológico das vítimas de traumatismo crânio-encefálico admitidas em um hospital de emergência**. Monografia (Graduação) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

⁵Optamos pelo termo paciente por estarmos nos referindo à pessoa em processo de internamento hospitalar.

mobilidade física prejudicada, de forma a propor uma tecnologia que os tornassem mais independentes.

1.2 O problema, justificativa e relevância

Desde o primeiro momento do atendimento na unidade de emergência, percebe-se a angústia do familiar cuidador em relação aos comprometimentos físicos decorrentes do processo da doença, principalmente pelo desconhecimento ou falta de informação sobre a real situação de saúde do seu parente. Ainda no período de hospitalização, quando se tem o diagnóstico definitivo de mobilidade física prejudicada, observa-se como é grande o despreparo do familiar cuidador para lidar com essa situação, sem contar que outros problemas virão: feridas, infecções, atrofias musculares e desnutrição, dentre outros.

Mobilidade física é a capacidade de movimentar uma articulação, ou seja, é a ação de pôr em movimento uma parte do aparelho locomotor, promovendo a movimentação do corpo (CALATAYUD; MARTINEZ; TEJEDOR; GARCIA; GARCIA, 2003).

Mobilidade Física Prejudicada (MFP) é qualquer limitação ao movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (NANDA, 2008). Na opinião de Carpenito (2001), é o estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, limitações do movimento físico, mas não está imóvel; descreve um indivíduo com uso limitado dos membros superiores e inferiores ou com limitação da força muscular. Já Carvalho, Gulart, Silva e Oliveira (2007) referem que a MFP é um diagnóstico de enfermagem que corresponde ao padrão de resposta humana mover, definindo-a como um estado no qual o indivíduo experimenta uma limitação para movimentos físicos independentes.

Uma série de condições pode estar relacionada ao comprometimento da mobilidade, tais como: prejuízos sensório-perceptivos, músculo-esqueléticos e neuromusculares; intolerância à atividade/força e resistência diminuídas; estado

depressivo; prejuízo cognitivo; diminuição da força, controle e/ou massa muscular; perda de integridade de estruturas ósseas e outros (NANDA, 2008).

Na literatura, seja nacional ou estrangeira, muito se tem pesquisado sobre esse tema (BACHION, ARAÚJO, ALMEIDA, SANTANA, 2001; CAFER, BARROS, LUCENA, MAHL, MICHEL, 2005; PINHEIRO, 2004; PINHEIRO, FERREIRA, AMARAL, NUNES, GOMES, 2004; DURÁN, et al. 1996). Contudo, o olhar para a questão ensino-aprendizagem para pessoas com mobilidade física prejudicada ainda é sumário. Os problemas relacionados à mobilidade física prejudicada constituem atualmente um dos maiores desafios que a ciência da saúde enfrenta, sendo estes estudados não apenas do ponto de vista físico, mas com maior atenção aos aspectos psicossociais que estão envolvidos.

Em decorrência do exposto houve interesse para a construção, validação de conteúdo e testagem de um manual para orientação do familiar cuidador sobre o manejo adequado do seu paciente com mobilidade física prejudicada. Sua finalidade é esclarecer as dúvidas do familiar cuidador diante da dificuldade de locomoção e cuidado com a pele. Vale ressaltar que se considera este manual de orientação como um recurso adicional a ser usado e implementado na assistência aos pacientes acamados.

O objetivo de validar as tecnologias de Enfermagem é o de fundamentar o cuidado cientificamente e promover a qualidade da assistência. As abordagens metodológicas de validação de procedimentos, basicamente, consistem na revisão de literatura, fornecendo um suporte teórico que sustente a técnica estudada, na opinião de peritos no assunto e na verificação no ambiente clínico (HONÓRIO, 2009).

O termo validar, dentre outras significações, quer dizer tornar legítimo ou legal. (FERREIRA, 1999). Partindo deste princípio, ao se validar uma tecnologia esta se torna legítima para a situação a que se propõe. Assim sendo, ao se validar um manual de orientação de cuidados, este se torna aplicável e seguro à prática. No entanto, não se pode esquecer de periodicamente revisar as tecnologias para adequá-las à nova realidade que surge em decorrência dos avanços tecnológicos.

No contexto da saúde muitas inovações surgem a cada dia, e estas têm influenciado as ações nas quais o uso desses recursos torna-se fundamental. As práticas, muitas vezes, são conduzidas por essas novas tendências, estando rapidamente inseridas e utilizadas como suporte durante o processo de atendimento à saúde, bem como no processo educacional.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) afirma que as ações públicas em saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação. É preciso privilegiar medidas preventivas e de promoção, transformando os fatores da vida cotidiana que colocam as coletividades em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2009).

Para a promoção da saúde em nosso meio, temos como aliada a educação, a qual pode ser definida a partir de sua origem latina: *educare*. Como termo latino, designa educação e provém de *e* ou *ex*, que significa dentro de, para fora de. *Educare* significa tirar, levar. Etimologicamente, portanto, educação é entendida como o processo de tirar de dentro de uma pessoa algo que já está dentro dela, ou levar para fora da pessoa aquilo que já está presente nela mesma (ROCHA, 2007).

A educação em saúde permite que a população adquira novos conhecimentos sobre saúde e doença e possa participar de forma efetiva na prevenção de diversos processos patológicos. Ela compreende um processo contínuo e de grande significado dentro do ambiente hospitalar, pois integra uma das vertentes da humanização no atendimento aos pacientes.

A atuação da enfermeira na execução de práticas de educação em saúde hospitalar é fundamental, pois é nesse ambiente que se inicia o processo de educação em saúde junto aos familiares cuidadores dos pacientes com mobilidade física prejudicada e que precisarão de uma assistência contínua após a alta hospitalar. Entretanto, é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito da saúde e da qualidade de vida, valorizando a história de vida da população, visto que a enfermagem é uma área do conhecimento que abrange atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar, entre outras (MARTINS, ALBUQUERQUE, NASCIMENTO, BARRA, SOUZA, PACHECO, 2007; SOUZA, WEGNER, GORINI, 2007).

A educação em saúde é uma ação necessária, pois se trata de atividade estruturante através da qual se articulam população e sistemas de saúde, permitindo a capacitação do indivíduo e a conquista da cidadania. A educação em saúde acontece independentemente do consentimento do indivíduo, através de palavras, gestos, troca de afeto e informações (ROCHA, 2007).

É importante integrar o familiar cuidador na execução das atividades de reabilitação dos pacientes com mobilidade física prejudicada, para que ao retornarem ao domicílio consiga executar os cuidados necessários na locomoção de seu paciente sem menor risco de lesão da pele. Ensinar os familiares para o cuidado domiciliar é uma tarefa que busca minimizar as inseguranças, melhorar a qualidade de vida social e familiar, prevenir complicações e/ou comorbidades e evitar reinternações (KUMMER; ECHER, 2005).

Concorda-se com Mesquita, Ferreira e Neves (2006) quando referem que no processo de internação domiciliar o cuidador desempenha papel fundamental, pois é a pessoa que auxilia o paciente em suas dependências, nas suas necessidades de cuidado, intermediando a relação entre os profissionais de saúde, o paciente e a família.

Deste modo, a família deve ser vista como uma aliada da equipe de saúde, promovendo conforto para que o paciente possa restaurar sua confiança e, assim, investir na sua recuperação. Como resposta ao conforto, o paciente experimenta ânimo, bem-estar e crescimento e poderá recuperar sua força e poder pessoal, o que o tornará capaz de mobilizar mecanismos para enfrentar problemas e desempenhar mais eficazmente seus papéis, melhorando sua qualidade de vida (NEMAN; SOUZA, 2003).

Como ferramentas de apoio à ação do enfermeiro há diversas tecnologias que poderão dar subsídios para o incremento dessa prática. A tecnologia está presente na vida humana, de maneira concreta, e não somente os equipamentos modernos que utilizamos. Sua importância advém do fato de facilitar o cotidiano ao permitir que tarefas consideradas impossíveis possam ser realizadas sem grandes esforços (CAETANO; PAGLIUCA, 2006). Entre suas aplicações encontra-se a construção de um manual para orientação do familiar cuidador para executar o

manejo adequado do paciente acamado, bem como toda a metodologia utilizada para orientação do material educativo.

Com vista à sua utilização, a produção tecnológica requer argumentação precisa acerca das concepções de tecnologia, a quem ela serve e para que criá-la. Caso contrário, o risco de estar criando algo gerador de mais malefícios que benefícios para a humanidade é evidente. É importante que os profissionais saibam utilizar de forma adequada as tecnologias, para que estas sejam disponibilizadas como uma ferramenta para proporcionar qualidade de vida aos pacientes, e não apenas como um meio de diminuir o trabalho de um determinado grupo de profissionais.

Por definição, tecnologia é uma teoria geral ou estudo sistemático sobre técnicas, processos, métodos, meios e instrumentos de um ou mais ofícios, ou domínio da atividade humana (HOUAISS; VILLAR, 2001). Deste modo, não envolve simplesmente a criação de um produto e a avaliação de seus impactos sobre a clientela. A produção de tecnologia em saúde está presente na prática de enfermagem, até mesmo quando o cuidado é planejado de forma científica e sistematizado. A tecnologia pode ser definida como emancipatória quando se constitui na apreensão e na aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que possibilitam aos indivíduos pensar, refletir e agir, tornando-os sujeitos do seu próprio processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e cidadania, tendo a possibilidade de experienciar a liberdade, a autonomia, a integridade e a estética na tentativa de buscar qualidade de vida (NIETSCHE, 2000, p.21-22).

Para melhor defini-las, na enfermagem as tecnologias receberam determinadas classificações, quais sejam: tecnologia do cuidado – representada por técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado; tecnologia de concepções – constituída por desenhos/projetos para a assistência de enfermagem, bem como por uma forma de delimitar a atuação do enfermeiro em relação a outros profissionais; tecnologia interpretativa de situações de pacientes – por meio das quais a enfermagem consegue interpretar suas ações; tecnologia de administração – forma de proceder à organização no trabalho de enfermagem; tecnologia de educação – meio de auxiliar na formação da consciência crítica para

uma vida saudável; tecnologia de processos de comunicação – centrada na relação terapêutica enfermeiro-cliente, e tecnologia de modos de conduta – referente a protocolos assistenciais (NIETSCHE, 2000).

A tecnologia possibilita a recriação do espaço terapêutico, onde há lugar para a criação, a liberdade, a autonomia, a consciência crítica e a cidadania. Quando numa tecnologia são evidenciados alguns componentes, como o exercício da liberdade e o exercício da autonomia do tempo, tanto para o profissional como para a clientela, temos uma tecnologia emancipatória totalmente plena (NIETSCHE, 2000).

Nesse processo de aplicação de tecnologias que busquem a emancipação dos envolvidos a enfermeira⁶ precisa usar o seu potencial de criatividade para desenvolver estratégias educativas adequadas para cada tipo de população, a fim de que haja um cuidado holístico e humanitário. Fonseca, Scochi, Rocha e Leite (2004) acreditam que os materiais didáticos dinamizam as atividades de educação em saúde, o que estimula sua construção.

Apesar das limitações de autonomia das pessoas que necessitam de cuidados domiciliares, a adequação desses cuidados torna-se imprescindível para que essas pessoas sejam reconduzidas aos seus lares e, conseqüentemente, à sociedade. Para tanto, devem ser criados mecanismos que permitam determinar quais atividades de cuidados são melhores para que o cliente e sua família se sintam orientados, confortados e auxiliados no cuidado (MINCHILLO, 2000).

É preciso haver um maior investimento no preparo dos familiares (cuidadores), capacitando-os de uma forma simples, porém efetiva. Nesse processo educativo a enfermeira é uma profissional de suma importância, e sua ação deve ser iniciada desde o internamento hospitalar, para que no domicílio os cuidadores se sintam seguros ao cuidar de seu paciente, proporcionando melhor qualidade de vida para todo o conjunto familiar (paciente e família).

⁶ Optou-se por utilizar neste estudo a expressão enfermeira para designar o profissional, independentemente de gênero.

A tese defendida é de que os portadores de mobilidade física afetada necessitam de uma maneira de cuidar que os torne independentes. Assim, ensinar cuidados aos familiares é uma forma de tecnologia que busca a emancipação dos sujeitos envolvidos no cuidar. Como mencionado por Nietzsche (2000), as tecnologias vinculadas à educação identificam-se como métodos de cuidado simplificados com o objetivo de se tornar uma prática comum, facilitando o autocuidado.

O presente estudo justificou-se pela necessidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes que apresentam mobilidade física prejudicada, e maior capacitação e segurança aos familiares que irão ser responsáveis pelos cuidados no domicílio. Ao iniciar, desde a hospitalização, o processo de orientação aos cuidadores sobre a assistência a ser prestada, contribuiu-se na redução das complicações que podem surgir após a alta, dentre elas destacando-se as pneumonias, as atrofia musculares e as úlceras de pressão. Essas complicações muitas vezes desencadeiam novos internamentos hospitalares e até mesmo o óbito dos pacientes.

A instituição onde se desenvolveu o estudo foi beneficiada, pois ao se instalar o processo de educação em saúde desde a internação junto ao cuidador domiciliar, consegue-se um aliado na vigilância contínua dos pacientes e, conseqüentemente, haverá redução de possíveis intercorrências. Como resultado haverá a diminuição do tempo de internamento hospitalar, menos gastos e, principalmente, a certeza de estar trabalhando na qualidade de vida dos pacientes.

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Construir e validar um manual de orientação para a promoção da saúde em pessoas com mobilidade física prejudicada.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer os principais problemas apresentados pelo paciente com mobilidade física prejudicada.

Buscar na literatura subsídios para embasar a construção do manual de orientação.

Fazer a validação de conteúdo por meio da avaliação do nível de concordância dos juízes quanto à adequação do conteúdo do manual de orientações de cuidados no domicílio em pessoas com mobilidade física prejudicada.

Avaliar a tecnologia educativa implementada aos cuidadores quanto à motivação para uso do material no suporte dos cuidados ao seu familiar.

Caracterizar os pacientes com mobilidade física prejudicada e seus cuidadores.

Referencial Teórico

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Tecnologias e suas aplicações na enfermagem

Observam-se, atualmente, intensas transformações em nosso cotidiano. Acompanhando essas alterações surgem os avanços na área relacionada à tecnologia. Com o advento tecnológico que vem ocorrendo ao longo dos anos, a sociedade insere em seu cotidiano o uso de tais facilidades para agilizar a realização de suas práticas diárias. Desde as mais antigas civilizações, o homem tem criado métodos tecnológicos importantes para uso em seu dia a dia (SCHALL; MODENA, 2005).

Faz-se necessário entender o conceito de tecnologia, que é definida como:

“A maneira como as pessoas lidam com a natureza e cria as condições de intercurso com as quais nos relacionamos uns com os outros [...]. A tecnologia tem três camadas de significado: a de objetos físicos tais como instrumentos, maquinário, matéria; a de uma forma de conhecimento, na qual significa que é concebido para um objeto através de nosso conhecimento de como usá-lo, repará-lo, projetá-lo e produzi-lo e, ainda, formando parte de um conjunto complexo de atividades humanas” (MARTINS; DAL SASSO, 2008).

As tecnologias são classificadas, ainda, conforme a sua natureza: tecnologia dura, que é representada por equipamentos e máquinas; leve-dura, que consiste em saberes estruturados; e leve, que envolve um processo de relações e encontros de subjetividades (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Segundo Merhy (2007), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo); e duras (como no

caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais).

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2007).

As escolas de saúde pública têm como funções centrais a capacitação de recursos humanos, a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias. A transformação do conhecimento científico, sua difusão e incorporação pelos sistemas de saúde consistem em uma dificuldade por parte das instituições científicas, em particular nos países em desenvolvimento, que não detêm recursos para investir em tecnologia (BUSS, 1999).

O uso de metodologias tecnológicas pelos enfermeiros pode ser voltado para a docência, bem como para a assistência. Assim, é necessário ao profissional o acompanhamento de novas produções tecnológicas que são utilizadas como metodologia ao ensino e à prática da profissão.

Essas inovações vêm ocorrendo paralelamente a mudanças que estão sendo exigidas no mercado de trabalho, principalmente no modelo de educação que passa a ser entendido como um processo construtivo e requer a colaboração mútua, ou seja, de alunos ou pacientes juntamente com enfermeiros (assistenciais ou docentes).

Atualmente, enfermeiros têm se dedicado à construção de novas metodologias tecnológicas, que são utilizadas para facilitar a prática da profissão e as ações de assistência e educação junto aos pacientes. Mostra-se, assim, a importância da criação e utilização de métodos tecnológicos por enfermeiros que estejam voltados para a prática da profissão, por envolverem facilidades ao cuidado.

A enfermagem é influenciada pelos dois modelos tecnológicos da Medicina, a clínica e a epidemiologia. Cabe destacar que esses modelos surgiram do confronto entre a subjetividade e a coletividade. A subjetividade e a coletividade aparecem nos conceitos iniciais, quando há uma separação entre o modelo assistencial chamado clínico e o modo operacional chamado epidemiológico. No decorrer dos anos a enfermagem foi considerada uma profissão meramente técnica e subordinada ao conhecimento médico. Essa imagem tecnificada tornou a enfermagem frágil, pois o enfermeiro não valoriza as funções que lhe são específicas: o cuidado ao ser humano, a administração do espaço assistencial e a educação em saúde (NIETSCHE, 2000).

No Brasil, a Dra. Elvira De Felice Souza, entre outras personalidades, introduziu as técnicas de enfermagem de forma sistematizada e contribuiu para o crescimento desse saber pela sua transformação em tecnologias (NIETSCHE, 2000).

Como exemplo do uso de tecnologias, evidencia-se o desenvolvimento de vários *softwares* e outros programas em diversas áreas da profissão, o que consiste em uma vantagem, pois possibilita o aprofundamento do assunto, contribuindo para a prática profissional e melhorando a qualidade da assistência. Porém são necessários a divulgação e o aproveitamento dos recursos produzidos por enfermeiros, para que tais produções não se limitem ao local de desenvolvimento e o uso não fique restrito aos autores (MELO; DAMASCENO, 2006).

Com o uso da tecnologia há o risco de comprometimento da humanização no hospital, com atitudes mais especializadas, complexas e menos criativas (SCHNEIDER; MANSCHEIN; AUSEN; MARTINS; ALBUQUERQUE, 2008). Não se deve permitir que o olhar da enfermagem seja substituído por máquinas (VARGAS; MEYER, 2005).

Além da utilização das tecnologias nas diversas áreas da saúde, destacam-se seu uso e sua importância na enfermagem como forma de facilitar as práticas assistenciais e de educação em saúde nessa profissão. A partir do exposto, é evidente a importância da associação de tecnologias ao cuidado ou ao processo

de educação em saúde, de forma a se obterem avanços na qualidade da assistência prestada por esses profissionais.

3.2 O uso das tecnologias na educação em saúde e na prática assistencial

A utilização de tecnologias voltadas para a realização das práticas de educação contribui para o cuidado ao paciente ao se considerar que as tecnologias devem ser facilitadoras no processo de construção do conhecimento e devem fazer parte de um processo pedagógico inclusivo baseado na relação entre pessoas (SCHALL; MODENA, 2005). As inovações possibilitam a mediação do ensino e facilitam o processo ensino-aprendizagem, sem, contudo, distanciar ou minimizar a relação entre professor e aluno.

No processo de educação em saúde há o desenvolvimento de novas tecnologias como um meio efetivo de alcance do profissional à sua clientela. A tecnologia está presente na vida humana, de maneira concreta, e não somente os equipamentos modernos que utilizamos. Sua importância advém do fato de facilitar o cotidiano, ao permitir que tarefas consideradas impossíveis possam ser realizadas sem grandes esforços (CAETANO; PAGLIUCA, 2006).

A educação em saúde é necessária, pois se trata de atividade estruturante através da qual se articulam população e sistemas de saúde, permitindo a capacitação do indivíduo e a conquista da cidadania (ROCHA, 2007).

Percebe-se a importância do enfermeiro na educação em saúde, independentemente de sua área de atuação, contribuindo de forma significativa na promoção da saúde, mediante alternativas relacionadas ao esclarecimento e à orientação, dentre outras atividades, com os usuários dos serviços de saúde.

É fundamental que o enfermeiro desenvolva estratégias de educação em saúde, pois é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito de saúde e qualidade de vida, valorizando a história de vida da população, estimulando a autoconfiança, praticando a solidariedade e desenvolvendo atitudes e práticas de

cidadania, expandindo o conhecimento científico para cooperar na construção do pensamento crítico (MARTINS; ALBUQUERQUE; NASCIMENTO; BARRA; SOUZA; PACHECO, 2007).

Com base na mudança de paradigma do modelo de atenção à saúde, e seguindo os avanços tecnológicos e educacionais, há a necessidade de os enfermeiros buscarem a atualização no que se refere ao entendimento, ao manuseio e à criação de métodos relacionados às várias tecnologias que são utilizadas nas práticas de enfermagem e de saúde, bem como nas práticas de educação.

Sob este olhar, Campos e Cardoso (2008) destacam o fato de que a educação, auxiliada pelo uso de tecnologias educativas, não se limita à transmissão de conhecimentos do enfermeiro para o cliente. A contribuição de tecnologias educativas é relevante, pois promove saúde, previne complicações, desenvolve habilidades e favorece a autonomia e a confiança do paciente (OLIVEIRA; FERNADES; SAWADA, 2008).

Na prática assistencial o uso da tecnologia é exemplificado pela aplicação de tecnologias leves, sendo estas aplicações bem-sucedidas e com resultados promissores da tecnologia educacional para as práticas de enfermagem em educação em saúde.

Bergold, Alvim e Cabral (2006), realizando estratégias através da música, consideram esta como um recurso a ser utilizado pelo enfermeiro no processo ensino-aprendizagem em ações educativas no cuidado ao paciente, proporcionando um ambiente de relaxamento, estudo e criatividade. A enfermagem é um conjunto de tecnologias a ser desenvolvida e especializada para a melhoria do cuidado (NIETSCHE; BACKES; COLOMÉ; CERATTI; FERRAZ, 2005).

Rocha, Prado, Wal e Carraro (2008) referem que o cuidado em enfermagem e a tecnologia são interligados, pois a prática da profissão envolve princípios, leis e teorias, sendo a tecnologia uma expressão desse conhecimento em suas próprias mudanças.

Marin e Cunha (2006) afirmam que a utilização da tecnologia é para muitos profissionais um desafio e, para outros, uma mudança que pode ser utilizada

na prática e no cuidado. Ainda segundo os autores, os enfermeiros precisam se adaptar aos novos modelos de trabalho e de atendimento, de acordo com as tendências do modelo de saúde, considerando as características do paciente.

Percebe-se a necessidade de profissionais comprometidos com o cuidado de construir uma relação com o ser humano, usando opções tecnológicas para enfrentar os problemas de saúde (KOERICH; BACKES; SCORTEGAGNA; WALL; VERONESE; ZEFERINO; RADUNZ; SANTOS, 2006). É o cuidado que direciona a tecnologia, e a inovação desta favorece o aprimoramento do cuidado: o cuidado utiliza a tecnologia (ROCHA; PRADO; WAL; CARRARO, 2008).

Alguns autores se empenharam em afirmar a contribuição do uso de tecnologias para a atuação da enfermagem. Essa prática na profissão pode estar voltada para o ensino e para a atuação hospitalar ou na comunidade. Podem, ainda, ser utilizadas várias vertentes e abordagens para efetuar práticas de tecnologia na enfermagem.

A utilização da informática ou tecnologia semelhante, recente na prática da enfermagem, consiste em um processo que vem se desenvolvendo de maneira rápida, exigindo dos profissionais o acompanhamento dessa questão (LOPES; ARAÚJO, 2002). Ainda segundo os autores, a informática em saúde seguiu uma evolução que partiu de reflexões teóricas até a busca de aplicações cada vez mais específicas, tornando-se um instrumento de trabalho utilizado para fins diversos.

Diante do exposto, cabe à enfermagem direcionar sua prática na busca contínua de novos saberes, assim como no desenvolvimento de meios facilitadores para sua atuação tanto na assistência como na educação em saúde, vislumbrando amplitude de sua ação e maior alcance no que se refere aos benefícios direcionados à sua clientela.

Mesmo sendo o avanço tecnológico algo que vem sendo incorporado às práticas de saúde e de enfermagem de maneira cada vez mais rápida, ainda podem ser apontados alguns percalços na utilização da tecnologia. Muitas dificuldades são apontadas tanto pelos profissionais que ainda buscam se adaptar a essa nova vertente de trabalho quanto por aqueles que se constituem como público-alvo dessa prática. A tecnologia pode ser benéfica ao tratamento ou dificultar a relação entre

profissional e cliente. Seu uso não significa necessariamente uma assistência de qualidade, podendo ser usada de forma indiscriminada e causar iatrogenia ao paciente (BASTOS, 2002).

Dentre as dificuldades encontradas, pode ser citada a resistência de profissionais em integrar ao seu cotidiano essa nova maneira de executar o trabalho (FONSECA; SANTOS, 2007). Outro problema encontrado na utilização das tecnologias relaciona-se à pouca divulgação dos trabalhos e de seus resultados.

Oliveira, Fernandes e Sawada (2008) apontam o acesso limitado das tecnologias descobertas e disponíveis na área da saúde que ainda não alcançam todas as comunidades. O número de publicações brasileiras é inferior ao número de trabalhos que são produzidos, ainda que se leve em conta o aumento ocorrido nos últimos anos.

Constata-se que os recursos destinados a tais práticas ainda são limitados, sendo necessários investimentos em número de profissionais, incentivo salarial e suporte estrutural que dê importância ao profissional e ao usuário, e não somente questões relacionadas a inovações tecnológicas no setor saúde (LIMA, 2003).

Há necessidade de os enfermeiros incorporarem às suas práticas a utilização de recursos tecnológicos, pois estes se configuram como ferramentas de apoio ao seu exercício profissional.

3.3 O enfermeiro no processo de educação em saúde aos cuidadores domiciliares

Uma das alternativas para assegurar a autonomia e independência dos pacientes é a ação educativa, porém infelizmente o modelo assistencial privilegia as ações curativas, centradas na ação médica. Portanto, cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiantes para o profissional

enfermeiro, bem como para a equipe multidisciplinar atuante na saúde (MARTINS; ALBUQUERQUE; NASCIMENTO; BARRA; SOUZA; PACHECO, 2007).

Segundo Brasil (2009), a educação em saúde ganha uma dimensão desvinculada da doença e da prescrição de normas quando é considerada uma das estratégias básicas para a promoção da saúde. Ela é definida como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida. Esses processos são voltados para o empoderamento das pessoas e das comunidades, no sentido de ativar o potencial criativo e o desenvolvimento de suas capacidades.

A literatura sobre a temática educação em saúde mostra a importância de os enfermeiros trabalharem esse conteúdo, visto que mostra a educação em saúde como necessária, pois se trata de atividade estruturante através da qual se articulam população e sistemas de saúde, permitindo a capacitação do indivíduo e a conquista da cidadania.

O cuidado domiciliar requer a reorganização dos serviços de saúde com ênfase na promoção e educação, identificando as reais necessidades dos envolvidos, permitindo também a autonomia e a corresponsabilidade, a valorização da subjetividade e a criação de vínculo. A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população ((MARTINS; ALBUQUERQUE; NASCIMENTO; BARRA; SOUZA; PACHECO, 2007).

Diante desses questionamentos enfocamos a importância do papel dos enfermeiros no preparo dos cuidadores domiciliares, tendo como meta esse processo desde o início da hospitalização, com o acompanhamento ambulatorial de seu paciente, pois conseqüentemente o cuidador terá mais subsídios para a promoção de um cuidado adequado e completo ao paciente.

Nos hospitais, a política de incentivo à alta dos pacientes o mais cedo possível impõe um desafio constante às enfermeiras: preparar pacientes e famílias para reorganizarem a vida de seus lares de modo que possam assumir os cuidados

próprios ou de familiares em poucos dias, detectando, prevenindo e controlando situações que possam ocorrer (PERLINI; FARO, 2005).

Para dar continuidade ao cuidado em casa os cuidadores necessitam aprender, ainda durante a hospitalização, a desenvolver a capacidade de cuidar. Isso significa a realização de um efetivo preparo para a alta hospitalar, quando o enfermeiro que esteja verdadeiramente comprometido com esse propósito esclarece as possíveis dependências do paciente e os cuidados iniciais que a família terá que tomar, assumindo com ela uma relação de cooperação e apoio (PERLINI; FARO, 2005).

Antes de iniciar a orientação específica é preciso conhecer os padrões individuais de respostas do paciente e de seu principal cuidador em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo afetivo para, posteriormente, em conjunto, traçar estratégias a curto, médio e longo prazos.

Torna-se urgente a atenção aos cuidadores, pois se não se tratar a família de forma conjunta teremos dois pacientes (FREITAS; PAULA; SOARES; PARENTE, 2008).

3.4 O papel do cuidador domiciliar no contexto da promoção da saúde

Marques (2007) alerta que as unidades hospitalares estão cada vez mais vocacionadas para o tratamento de doenças agudas, não havendo lugar para internamentos prolongados. Assim, é cada vez maior a tendência de transferir os doentes dependentes, ou vítimas de doenças incapacitantes, para o seio de suas famílias, que se veem confrontadas com a necessidade de cuidar dos seus membros, muitas vezes sem condições econômicas e habitacionais, ou sem conhecimentos.

Neste contexto, encontramos uma nova figura inserida no processo de recuperação e reintegração dos pacientes ao domicílio: os cuidadores domiciliares.

Essas pessoas absorvem atividades relacionadas ao cuidado do paciente após a alta hospitalar, porém muitas vezes se encontram despreparadas para assumir essa tarefa, antes executada por profissionais da área de saúde, dentre estes o enfermeiro.

Os cuidadores domiciliares são membros da família ou amigos, não remunerados, que se assumem como principais responsáveis pela organização, assistência ou prestação de cuidados à pessoa dependente (FERNANDES; PEREIRA; FERREIRA; MACHADO; MARTINS, 2002). Entretanto, a maioria dos cuidadores informais não tem as informações necessárias à assistência a seus familiares (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008).

As famílias constituem o primeiro recurso do qual se vale a sociedade para dar atendimento e acolher os seus membros, principalmente nos casos que demandam cuidados prolongados decorrentes de processos mórbidos incapacitantes (PAVARINI; MENDIONDO; BARBAM; VAROTO; FILIZOLA, 2005). Na realidade brasileira, a existência de um familiar que se responsabilize pelos cuidados é ainda muito frequente.

Ser cuidador demanda tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. O cuidador é a principal fonte de apoio para o enfrentamento das adversidades. Sendo assim, o estímulo e o fortalecimento de parcerias entre cuidadores familiares e profissionais podem minimizar as dificuldades vivenciadas (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008).

A presença do cuidador como importante representante do cuidado leigo revela a necessidade de uma melhor articulação dos profissionais de saúde, contribuindo com o bem-estar da pessoa por ele cuidada. Pode-se entender por “cuidador leigo” aquela pessoa dentro do sistema de cuidado popular que reúne um conjunto de conhecimentos populares e habilidades culturalmente aprendidas e transmitidas para proporcionar ações de assistência, suporte, capacitação ou facilitação para ou por outro indivíduo, grupo ou instituição que manifesta ou prevê uma necessidade, com a finalidade de melhorar as incapacidades e situações de morte (SANTANA; FIGUEIREDO; FERREIRA; ALVIM, 2008).

A capacitação do cuidador é amplamente abordada na atualidade e não se pode desconsiderar seu mérito, porém o simples suporte para o desempenho prático dessa função não garante o bem-estar. Todos os esforços serão incompletos se não forem criadas oportunidades de resolução das dificuldades, considerando todo o contexto que está por trás da tarefa de cuidar (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008).

O cotidiano da enfermagem, apesar de contar com a estrutura hospitalar, constata que os familiares dos pacientes já iniciam sua participação no processo de cuidar no hospital, ação que se estenderá ao domicílio, a partir da alta do paciente, quando a família passa a assumir a totalidade desses cuidados (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Existe um despreparo do cuidador domiciliar, e este precisa ser sensibilizado para o cuidado de si para melhor cuidar do outro. Cuidar de um idoso no domicílio é uma tarefa árdua, pois o cuidado é delegado, geralmente, a uma pessoa que não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outras tarefas, como o cuidado dos filhos, da casa, da atividade profissional, dentre outras (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

O cuidador domiciliar deve ser visto como alguém que também tem necessidades que precisam ser satisfeitas e, portanto, deve estar inserido no contexto de cuidado quando está comprometido com o outro (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008). Destacamos a necessidade de uma visão junto ao cuidador como uma pessoa que também irá necessitar de assistência, para que possa vivenciar o processo de doença com seu ente sem maiores danos à sua saúde.

As condições do paciente podem interferir de modo sombrio no viver do cuidador, resultando em sobrecarga e conseqüente estresse (GONÇALVES; ALVAREZ; SENA; SANTANA; VICENTE, 2006). No processo do cuidar não se deve focar a atenção na patologia, mas priorizar a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde (MARTINS; ALBUQUERQUE; NASCIMENTO; BARRA; SOUZA; PACHECO, 2007).

3.7 Validação de tecnologias

Diante do avanço tecnológico, é imprescindível a construção de novas tecnologias que possam contribuir para o avanço na área de enfermagem e a promoção da saúde. No entanto, não adianta construir tecnologias sem a efetivação das mesmas mediante um processo de validação de forma a respaldá-las como confiáveis e aplicáveis no incremento de nossa prática. Segundo Honório (2009), as mudanças no mundo, em todas as esferas sociais e profissionais, mediante a evolução da tecnologia, despertaram a conscientização humana na busca da qualidade de vida. No setor saúde o movimento pela qualidade é um fenômeno mundial cujo interesse não é apenas de sobrevivência, mas uma questão ética.

A validade diz se o instrumento mede exatamente o que deve medir. Quando válido, o instrumento reflete verdadeiramente o conceito a ser medido (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A validade é o grau que o instrumento mede o que supostamente deve medir. A confiabilidade e a validade de um instrumento não são totalmente independentes. Um dispositivo de mensuração que não é confiável possivelmente não será válido. Um instrumento não mede validamente o atributo de interesse se for errático ou inexato (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os instrumentos que se utilizam do processo de investigação são ferramentas fundamentais que proporcionam a informação; por conseguinte, todo instrumento deve ser válido e confiável (PORRAS; MOLINA, 2010).

Segundo Pasquali (2007), a validade do instrumento diz respeito exclusivamente à pertinência do instrumento em relação ao objeto que se quer medir, ou seja, a validade diz se algo é verdadeiro ou falso.

Como a confiabilidade, a validade tem inúmeros aspectos e abordagens investigativas. Um dos aspectos é conhecido como validade aparente, que se refere ao fato de o instrumento parecer medir o constructo apropriado. No entanto, três outros aspectos são de maior importância na investigação de um instrumento: validade de conteúdo (preocupa-se com a adequação da cobertura da área de conteúdo que é medida), validade relacionada ao critério (o pesquisador procura

estabelecer uma relação entre os escores em um instrumento e algum critério externo), e validade do constructo (são explicados em termos de outros conceitos; o pesquisador faz previsões sobre o funcionamento de um constructo em relação aos outros constructos) (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Parra e Bayer (2010) recomendam que o processo de validação de um instrumento seja contínuo, principalmente quando se pretende utilizá-lo em outras populações com a finalidade de detectar aspectos linguísticos que possam afetar a aceitação do material construído.

A determinação da validade é facilitada quando múltiplas medidas são empregadas para responder a uma dada questão da pesquisa. A convergência dos resultados obtidos, quando são usadas variadas técnicas, possibilita o aumento da confiabilidade e validade dos achados do estudo e sua utilização na prática (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

O processo de avaliação de uma tecnologia deve cumprir os princípios da validade, precisão, equivalência, consistência interna e confiabilidade, sendo capaz de revelar de forma demonstrável e controlável se as valorações e juízos são verdadeiros (HONÓRIO, 2009).

Para determinar a validade das medidas é necessária a realização de pesquisa empírica que, segundo Wynd, Schimidt e Schaefer (2003), é baseada em um exame sistemático de abstrações conceituais, por meio de um processo de observação e mensuração de respostas, com o objetivo de identificar e explicar o fenômeno de interesse.

Na validação os critérios fundamentais são a confiabilidade e a validade do instrumento de medida. A primeira verifica a consistência do instrumento que mede o atributo do objeto estudado. A segunda se divide em três aspectos: validade de conteúdo, validade de critérios e validade de constructo. (PERROCA; GAIDZINSKI, 2003).

A partir do exposto, pode-se concluir que o processo de validação de um instrumento é uma etapa fundamental antes de sua utilização, em razão de possibilitar a

verificação da qualidade dos dados, bem como a sua aplicação a uma população específica.

Metodología

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza do estudo

Este estudo trata da validação de uma tecnologia, constituindo-se em uma pesquisa do tipo desenvolvimento. Essa estratégia de pesquisa utiliza sistematicamente os conhecimentos existentes, objetivando elaborar uma nova intervenção ou melhorar uma intervenção existente ou, ainda, elaborar ou aprimorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição (POLIT; BECK e HUNGLER, 2004). Para Polit, Beck e Hungler (2004), é um método de obtenção, organização e análise dos dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa.

A proposta deste estudo compreende a construção, a validação e a implementação de uma tecnologia para cuidadores de pessoas com mobilidade física prejudicada, tendo como base uma abordagem voltada para os cuidados preventivos, incluídas a promoção e a manutenção da saúde. Durante o desenvolvimento deste estudo optou-se por seguir três fases: na primeira foi construído o Manual de Orientações aos cuidadores domiciliares de clientes com déficits na mobilidade física; na segunda fase realizou-se a validação de conteúdo e, por fim, a testagem mediante aplicação do manual a cuidadores.

Behar, Passerino e Bernardi (2007) recomendam que a fase de construção de objeto educacional deve ser implementada de forma cíclica, ou seja, perfazendo o caminho de construção, teste e validação.

4.2 Cenário

O campo de coleta dos dados foi um hospital de emergências, situado na Região Metropolitana de Fortaleza-CE-Brasil. Essa instituição possui estrutura física moderna, do tipo vertical, com oito andares. É ponto de referência para o atendimento de clientela em situação de emergência e trauma, da Capital e de todos os municípios do Estado do Ceará, mas também recebe clientes de outros estados do Nordeste. Comporta 407 leitos, no entanto excede sempre a sua capacidade. Esses leitos destinam-se às mais diversificadas especialidades, com exceção de obstetrícia. É uma instituição com equipe de Enfermagem composta por enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem.

Por que a escolha recaiu nessa instituição?

Primeiramente por atuar nessa instituição há dezessete anos, e estar sensível às dificuldades apresentadas pelos familiares dos pacientes internos no que se refere aos cuidados de seus pacientes após a alta hospitalar, e por essa instituição dispor de recursos humanos e físicos necessários a um atendimento adequado aos clientes com distúrbios neurológicos. A clínica neurológica, panorama para o desenvolvimento desta pesquisa, pode ser contextualizada em três aspectos: a estrutura física, os recursos humanos e o fluxo operacional.

Estrutura Física:

As clínicas neurológicas denominadas, também, de Unidades 16, 20 e 22, estão localizadas no 2º e 6º andares do hospital, comportando, cada qual, em média, trinta leitos para internação de pacientes neurológicos portadores de traumas cranioencefálico, raquimedular e aqueles acometidos por outras ocorrências do tipo ataque vascular encefálico, hidrocefalia, tumores cerebrais e hérnias de disco, dentre outros problemas que podem desenvolver alterações neurológicas.

Essas unidades de internação compreendem: posto de Enfermagem, sala para preparo de materiais e medicamentos, rouparia, copa para distribuição dos

alimentos e um local de repouso para a equipe de Enfermagem, com espaço exíguo, mobiliários próprios, como uma beliche, geladeira e televisor.

São unidades que durante o período letivo quase diariamente recebem alunos do curso de graduação em Enfermagem de quatro universidades, além de alunos dos cursos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Medicina. Concentram, sobretudo no período da manhã, intenso movimento de diversificado contingente de profissionais e alunos nas áreas de trabalho comum, bem como nos seus espaços fronteirços.

Quanto ao ambiente das enfermarias, cada leito possui sistema de oxigênio e vácuo centralizado, mesa-armário com duas gavetas destinadas à guarda dos objetos de uso pessoal do paciente e do seu acompanhante e uma cadeira para repouso do acompanhante. As enfermarias dispõem, ainda, de banheiro anexo.

Recursos Humanos:

Nas clínicas neurológicas são lotados, por turnos nas 24 horas, os seguintes profissionais: enfermeiras, auxiliares de Enfermagem, médicos neurocirurgiões, médicos clínicos, fisioterapeuta; nutricionista; assistente social e pessoal de apoio, como secretária, maqueiro e copeiro.

Fluxo Operacional:

É permitida a permanência de um acompanhante por paciente, que pode ser um familiar ou pessoa importante das relações deste, obedecendo um sistema de revezamento de 12 em 12 horas, tendo o direito a três refeições principais, realizadas no refeitório do hospital, em horário pré-estabelecido. A ele é dado, pelo Serviço Social, uma autorização de permanência que é renovada de acordo com a necessidade do paciente em termos de situação de dependência.

Impõe lembrar que é também da responsabilidade das enfermeiras a função de efetuar os diversos pedidos de marcação de exames, encaminhamentos

de pacientes aos outros profissionais, ao centro cirúrgico e para a realização de exames, além das transferências de doentes. Afora essas tarefas, são também atribuídas as atividades de passagem de plantão, leito a leito, acompanhamento à visita médica, solicitação de material de consumo e aprazamento das prescrições médicas. Cada auxiliar de Enfermagem é formalmente responsável por uma enfermaria. Compete, portanto, à enfermeira a respectiva vigilância da assistência por eles prestada.

Considera-se importante tecer comentário acerca da unidade de internação, por se entender que o ambiente e as condições de trabalho têm relação com o cuidado do paciente, assunto que será tratado mais adiante.

4.3 População e amostra

No segundo momento deste estudo a população-alvo foram os profissionais na área de enfermagem, especialistas, mestres e doutores que se adequassem aos critérios de Fehring (1994) para avaliação do Manual de Orientação. No terceiro, foram os cuidadores de clientes internados na instituição que apresentavam mobilidade física prejudicada com dependência total ou parcial de cuidados de enfermagem. A seleção dos juízes e dos cuidadores se constituiu com base em critérios de inclusão e exclusão.

A inclusão dos juízes versou sobre os aspectos: 1) titulação de Doutor ou Mestre; 2) ser graduado ou especialista em enfermagem; 3) estar atuando ou já ter atuado na área de ensino; 4) ter trabalhos publicados relacionados a Neurologia, educação em saúde ou construção de tecnologias; 5) estar atuando ou já ter atuado na área de reabilitação. Foram excluídos os juízes que solicitassem ajuda de custo; que permanecessem por mais de um mês sem devolver a análise do estudo ou sem comunicação com a pesquisadora.

Quanto ao número ideal de juízes para o processo de validação de conteúdo, a literatura é diversificada. Dentre esta destacamos: Bertoncetto (2004) e Pasquali (1998), que apontam que o número de juízes deve ser seis. Entretanto,

outros como Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee e Rauch (2003) recomendam de seis a vinte juízes; Lynn (1986) e Westmoreland, Wesorick, Hanson e Wyngarden (2000) afirmam que o número irá depender da acessibilidade e disponibilidade por parte dos *experts*. Lynn (1986) recomenda um número mínimo de cinco e máximo de dez, enquanto Lynn (1986) e Bojo, Hall-Lord, Axelsson, Udén e Wilde (2004) ressaltam que quanto maior o número de *experts*, maior a chance de discordância e que, caso o painel de *experts* seja inferior a três, há a necessidade da concordância total (100%) dos juízes sobre os itens.

No estudo em questão optamos pela recomendação de Bertoncello (2004) e Pasquali (1998), e assim foi determinado o número de sete juízes para avaliar o Manual de Orientação. Desta forma, ainda que houvesse alguma desistência seria mantido um número adequado para avaliação do conteúdo.

Foram considerados *experts* no material a ser validado aqueles que obtiveram o mínimo de cinco pontos, tendo como parâmetro critérios adaptados da proposta de Fehring (1994).

Quadro 1 – Critérios para seleção dos *experts* para validação de conteúdo do Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio. Fortaleza, 2010.

Critérios	Pontos
Ser graduado ou especialista em enfermagem	1
Ser mestre em enfermagem	1
Ser doutor em enfermagem	2
Ter atuado na área de reabilitação	1
Ter experiência na área de ensino	1
Ter produção científica relacionada a educação em saúde	1
Ter produção científica relacionada ao desenvolvimento de tecnologias	1

Fehring (1994) recomenda que um enfermeiro, para ser considerado perito, deve ter no mínimo o título de Mestre em Enfermagem com uma área definida de experiência clínica, porém resalta que a titulação de Mestre deve ser necessária,

mas não suficiente, recomendando que o perito também tenha um conhecimento especializado sobre o assunto em estudo, demonstrado em pesquisas apresentadas e publicadas, artigos científicos, prática clínica e especialização no assunto em estudo.

No terceiro momento a população-alvo foram os cuidadores de pacientes internos na instituição, e como amostra foram selecionados os cuidadores de pacientes com déficits na mobilidade física que estivessem internos no período da coleta de dados. Foram incluídos como participantes no estudo os cuidadores de clientes que atendessem aos seguintes critérios: 1) ser familiar ou pessoa importante nas relações com o paciente com mobilidade física prejudicada; 2) ser o cuidador domiciliar após a alta hospitalar; 3) acompanhar regularmente o cliente durante o período de internação hospitalar; 4) ter mais de 18 anos. Foram excluídos os cuidadores de clientes internos em Unidade de Terapia Intensiva, pela instabilidade clínica dos mesmos e, conseqüentemente, pela instabilidade emocional do cuidador perante a incerteza do prognóstico.

Diante dos critérios estabelecidos participaram deste estudo sete juízas e 30 cuidadores.

4.4 Percurso metodológico

- Construção do Manual de Orientações

A elaboração do Manual de Orientação foi executada na primeira etapa do estudo, sendo este momento o que mais dispôs tempo, visto que sua construção foi norteada por etapas distintas desde a realização de estudos preliminares, seleção do tema, revisão de literatura, criação da história até o contato com o editor de arte e a confecção do Manual.

Buscou-se nessa etapa não apenas a construção de mais um material educativo a ser entregue na alta hospitalar aos pacientes e seus acompanhantes,

mas um manual que pudesse ser aplicado desde o início da hospitalização e que contribuísse no processo de recuperação e reintegração do indivíduo ao seu meio.

Neste sentido a elaboração teve como foco um material que permitisse uma fácil compreensão dos leitores, mesmo que estes tivessem pouca ou nenhuma escolaridade. Partindo desse pensamento o manual foi confeccionado em forma de história com diálogos e ilustrações que facilitassem a compreensão dos ensinamentos até mesmo de quem tivesse dificuldade na leitura.

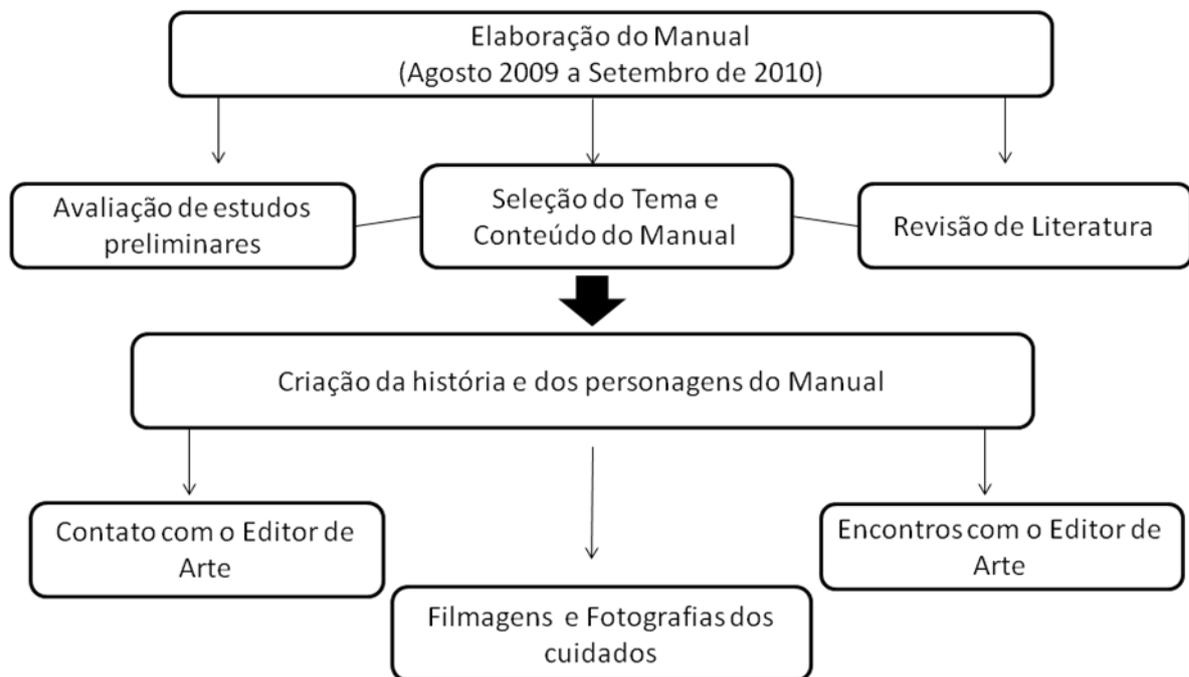


Figura 1- Fluxo do processo de construção do Manual de Orientações para o Cuidado no Domicílio.

- Análise de conteúdo do Manual – Validação por juízas

De posse do Manual de Orientação, o mesmo foi encaminhado aos juízes especialistas na área de interesse do estudo. Alguns estudos têm demonstrado a importância de se utilizar números ímpares para evitar questionamentos duvidosos (SAWADA, 1990; LOPES, 2004).

Para participar dessa análise os juízes devem ser peritos na área da tecnologia construída, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens avaliados estão se referindo ou não ao propósito do instrumento em questão. Perroca e Gaidzinski (1998), ao estabelecerem índice de concordância para as respostas obtidas no processo de validação, consideram como validados os indicadores que obtiverem índice de concordância nas respostas dos juízes maior ou igual a 70%.

É fundamental entender o significado da palavra perito ou *expert*. Quanto mais títulos, quanto mais pesquisas realizadas e/ou quanto maior for a experiência clínica do profissional em uma determinada área, mais qualificado ele será para atuar como perito (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

A inexistência de uniformidade nos critérios para se considerar um sujeito como juiz tem sido foco de preocupação de vários autores, ensejando questionamentos e sugestões sobre o perfil de um perito, tais como: número de anos de experiência clínica; tempo de graduação; titulação; experiência com pesquisa e em publicações sobre o tema estudado; e local de atuação (FEHRING, 1994; O'CONNELL, 1995).

Após seleção de sete juízes, mediante análise do *curriculum lattes* para confirmação do preenchimento dos critérios de inclusão, eles foram contatados para indagação sobre a participação no presente estudo. Após aceitarem, foram encaminhados o Manual de Orientação (Apêndice F), juntamente com a carta-convite para os juízes especialistas (Apêndice A); os esclarecimentos aos juízes acerca do Manual de Orientação (Apêndice B); e os instrumentos de avaliação dos juízes especialistas (Apêndice D).

Foi estabelecido o prazo de trinta dias para a devolução do material encaminhado, que foi respeitado por todos os juízes participantes. De posse das avaliações, foram efetuados testes estatísticos para avaliação do índice de concordância entre os juízes e, posteriormente, efetuados os ajustes que se fizeram necessários no Manual, de acordo com as sugestões apresentadas. Os ajustes sugeridos e considerados pertinentes foram incorporados à tecnologia.

Os dados relacionados à avaliação do Manual de Orientação pelos juízes foram coletados por meio de questionário individual na forma de Escala de Likert,

utilizada com frequência para avaliar a opinião dos entrevistados e mensurar o nível de concordância e discordância das respostas. Essa escala fornece aos respondentes uma lista de proposições ou questões estimulando o grau de sua resposta. A cada resposta é atribuído um número de pontos: 1- concordo plenamente; 2- concordo; 3- neutro; 4- discordo; 5- discordo plenamente (HULLEY; CUMMINGS; BROWNER; GRADY; NEWMAN, 2008). Os instrumentos foram construídos de acordo com os resultados de estudos anteriores sobre validação de tecnologias educativas em saúde (LOPES, 2001; OLIVEIRA, 2006; MARQUES; MARIN, 2002).

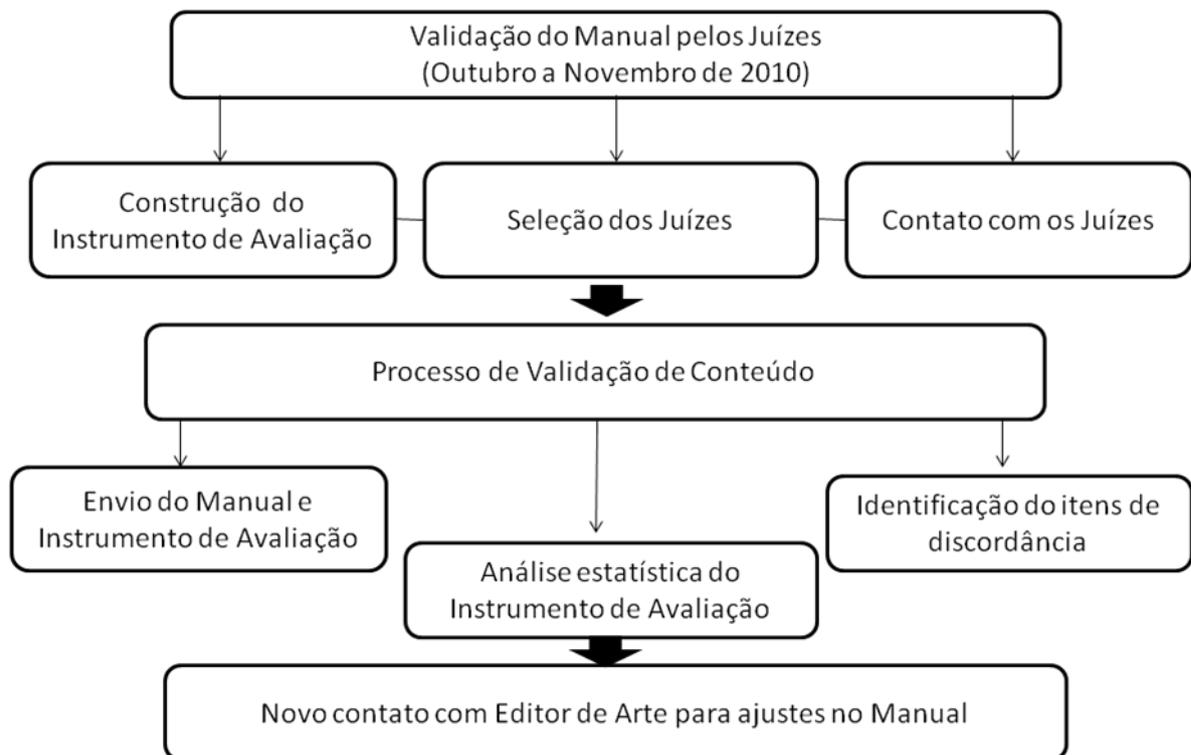


Figura 2- Fluxo do processo de validação de conteúdo do Manual de Orientações para o Cuidado no Domicílio por juízes.

- Aplicação do Manual de Orientação junto aos cuidadores de clientes com mobilidade física prejudicada e dependentes de cuidados.

Após efetuar os ajustes necessários no Manual de Orientação, este foi enviado para nova impressão. Em seguida procedeu-se ao desenvolvimento do estudo. Nesta etapa foram selecionados os clientes internados com mobilidade física prejudicada e com dependência de cuidados. Em seguida realizou-se contato com os cuidadores, e nessa abordagem foi explicada a proposta do estudo. Mediante aceite para participação, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

O processo de testagem do manual ocorreu por meio de encontros no hospital com os envolvidos, que variaram de seis a dez encontros com cada cuidador. O objetivo dessa etapa foi a apresentação do Manual de Orientação e a discussão do conteúdo, assim como a aplicação prática de técnicas descritas no Manual.

Concluída esta etapa, procedeu-se à avaliação, que seguiu os seguintes pontos: a partir do quinto encontro entregava o questionário tipo Escala de Likert (Apêndice E) e solicitava aos cuidadores que o respondessem para avaliação do Manual de Orientação, momento no qual poderiam expressar sugestões para o mesmo ou para a elaboração de outros manuais com assuntos pertinentes a essa clientela. Ressalta-se que deixava os cuidadores livres para responderem à vontade o instrumento, não sendo obrigatória a devolução no mesmo dia do recebimento.

Nos encontros no hospital também foi aplicado aos cuidadores outro questionário no qual podiam escrever por extenso sua percepção sobre o material avaliado, assim como descrever suas dúvidas e críticas, além de sugestões para a melhoria do Manual em futuras impressões. Para essa finalidade foram usadas as seguintes perguntas norteadoras: Comente suas impressões sobre estes materiais. Os materiais e as técnicas utilizadas permitiram a transmissão adequada de informações? O que você aprendeu a partir da oficina? O tempo da oficina foi adequado ou cansativo? Quais as sugestões para melhorar os materiais e a oficina? Você se sente seguro para cuidar de seu familiar em casa? Quais as dúvidas que ainda persistem sobre o cuidado a seu familiar?

Continuou-se acompanhando os clientes e seus respectivos cuidadores até a alta hospitalar, independentemente de terem ou não respondido ao

questionário de avaliação do Manual, com a finalidade de avaliar o nível de segurança dos cuidadores em relação aos cuidados ao seu familiar. Assim se poderia esclarecer alguma dúvida que surgisse em relação às orientações presentes no Manual e que anteriormente não tivessem sido apresentadas, respeitando os aspectos éticos incluídos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

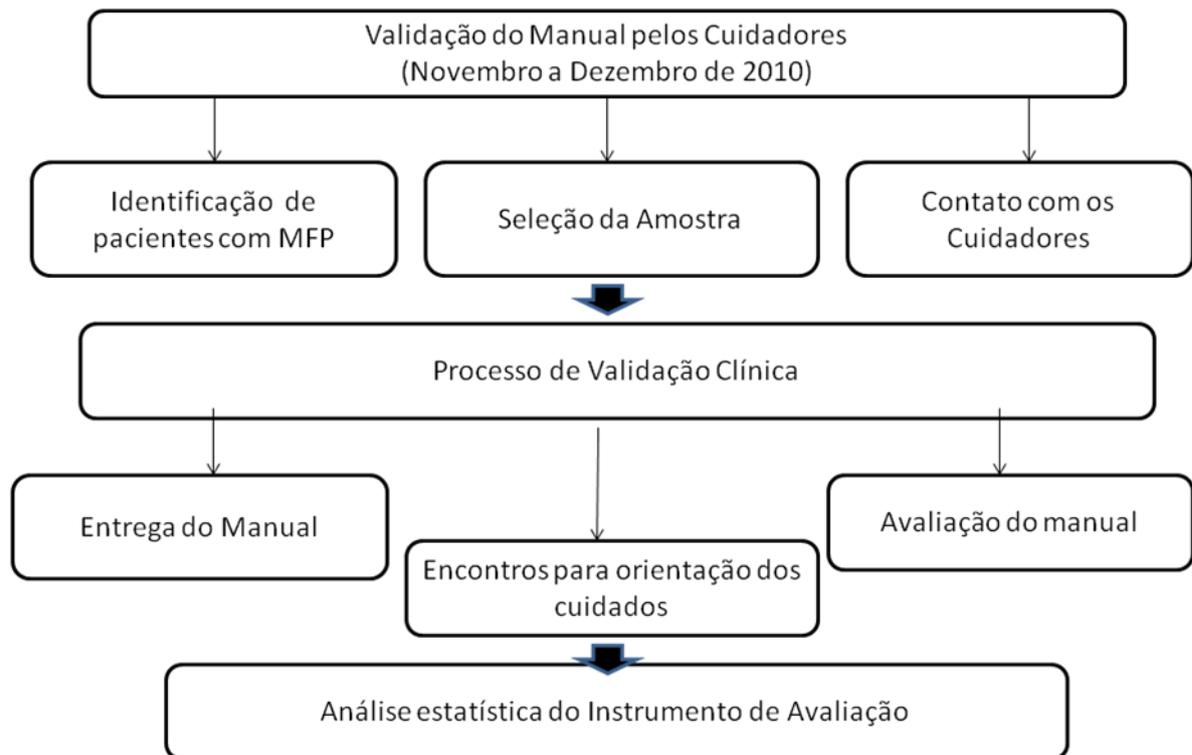


Figura 3 - Fluxo do processo de avaliação do Manual de Orientações para o Cuidado no Domicílio pelos Cuidadores.

4.5 Análise dos dados

Após a devolução das avaliações pelos juízes e cuidadores, os questionários foram revisados, codificados e inseridos em uma base de dados utilizando o software Microsoft Access v.2002, e posteriormente exportados para o pacote estatístico STATA v.8 para tratamento e análise dos dados.

A análise e a interpretação dos dados foram precedidas pela descrição das características de interesse do estudo e pela utilização de técnicas e medidas

que comprovassem a confiabilidade e validade dos itens abordados. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a confiabilidade de uma medida quantitativa é o principal critério para a investigação de sua qualidade.

No estudo em questão optamos pela Escala de Likert, utilizando os critérios de opinião sugeridos por Hulley, Cummings, Browner, Grady e Newman (2008): *concordo plenamente, concordo, neutro, discordo e discordo plenamente*. Foram considerados validados os indicadores que obtiveram índice de concordância nas respostas apresentadas pelos juízes e cuidadores igual ou superior a 70%.

Os resultados foram apresentados sob a forma de medidas descritivas e de dispersão: distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas, e médias, desvios padrão, valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas.

4.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas do estudo, em concordância com a Convenção de Helsinki, sendo submetido à aprovação do Comitê de Ética do Hospital Instituto Dr. José Frota, sob o protocolo de número 110.316/09 (Anexo A).

É importante especificar a obediência à exigência de procedimento ético que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Cada participante da pesquisa recebeu informações detalhadas sobre objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, sendo incluído no protocolo da pesquisa somente após o consentimento por escrito. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelo cuidador após ser devidamente esclarecido sobre os objetivos do estudo e dos procedimentos utilizados para a coleta dos dados. Foi garantido aos indivíduos o direito de não participarem da pesquisa ou retirarem seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento de seu familiar.

Resultados

5. RESULTADOS

Para melhor compreensão os resultados estão apresentados em três etapas distintas, em conformidade com os objetivos propostos. Na primeira, descrevem-se os resultados relativos ao processo de construção do Manual de Orientações ao Cuidador no Domicílio; na segunda, a caracterização das sete *juízas* e a validação de conteúdo do Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio. A terceira etapa se refere à caracterização dos pacientes e seus respectivos cuidadores, além da avaliação do Manual pelos cuidadores, incluindo os comentários sobre o mesmo após sua aplicação (testagem) no ambiente hospitalar.

5.1. Construção do Manual de Orientação sobre os cuidados a pacientes com mobilidade física prejudicada

O interesse no tema mobilidade física envolvendo o processo de educação aos cuidadores emergiu de uma prática assistencial de dezessete anos em um hospital de emergência de grande porte, no qual, dentre sua clientela, há um número significativo de atendimentos e internamentos relacionados a distúrbios neurológicos decorrentes de traumas ou problemas clínicos.

Associados a essa experiência foram desenvolvidos três estudos que forneceram subsídios para a definição do tema deste Manual: o primeiro, *Características epidemiológicas do acidente vascular cerebral com enfoque no impacto familiar*, realizado em 154 cuidadores e 154 clientes internados com diagnóstico de acidente vascular encefálico, cujo enfoque foi conhecer os déficits apresentados pelos clientes e as principais dúvidas dos cuidadores; o segundo, intitulado *Educação em saúde para vítimas de acidentes de trânsito: avaliação de material educativo*, que teve por objetivo a utilização de técnicas de educação em saúde no ambiente hospitalar com a finalidade de contribuir para a redução de novas ocorrências de acidentes de trânsito. Solicitou-se aos participantes (clientes e acompanhantes) que sugerissem temas de interesse a serem discutidos em outros

momentos, sendo então citadas, por alguns acompanhantes, as orientações para o cuidado no domicílio; e o terceiro estudo, *Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, atendidos em um hospital de emergência*, realizado com 104 clientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), objetivou identificar os principais problemas e morbidades apresentados pelos clientes no processo de adoecimento.

Para a definição do conteúdo do Manual foi feito um levantamento das principais morbidades apresentadas pelos clientes internos, assim como das principais dúvidas apresentadas pelos seus cuidadores acerca da assistência a ser dada no domicílio após a alta hospitalar, tendo como suporte estudos realizados anteriormente por esta pesquisadora na instituição.

O conteúdo do Manual de Orientações de enfermagem versou sobre os seguintes temas:

- Mobilidade;
- Mecânica corporal;
- Mudança de decúbito;
- Troca de roupa de cama;
- Transferências da cama para a cadeira e vice-versa; da cama para a cadeira higiênica e vice-versa;
- O uso de cadeira de rodas;
- Prevenção de úlceras por pressão.

No processo de construção desta tecnologia educativa seguimos as seguintes etapas:

- *Revisão de literatura sobre a temática:*

Para a elaboração do Manual, a princípio coletamos nos livros de Enfermagem e Fisioterapia os cuidados relacionados a clientes com déficits na mobilidade física que apresentassem dependência total ou parcial de cuidados.

Teve-se como foco para essa busca o conteúdo selecionado para o referido manual, de forma que os procedimentos apresentados seguissem as recomendações técnicas já utilizadas nas universidades e serviços de saúde, garantindo que os mesmos estivessem respaldados por literatura atualizada.

A partir de então se fez uma seleção, nos bancos de dados, de trabalhos na área de enfermagem que envolvem os cuidadores para a assistência no domicílio, assim como artigos que abordam a construção de tecnologias educativas.

Na busca por artigos relacionados a cuidadores domiciliares foram definidos os descritores: *enfermagem* e *cuidadores*. Em seguida realizamos a busca nas bases de dados: *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), MEDLINE, LILACS, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), totalizando 28 artigos. Quanto aos artigos relacionados à construção de tecnologias educativas, realizamos uma busca nas bases de dados *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Na base de dados SciELO foram utilizados os descritores: *tecnologia e enfermagem* e *tecnologia educacional e enfermagem*. Na base de dados BDENF foram utilizados os mesmos descritores, retirando o termo enfermagem, por ser esta uma base de dados específica da área. A busca totalizou 49 artigos.

- Criação da história e dos personagens que deram vida ao Manual:

Resolveu-se apresentar o conteúdo do Manual sob o formato de uma historinha contendo diálogos, com a finalidade de facilitar o aprendizado pelos cuidadores. Foram criados os personagens que estariam representando o paciente, a cuidadora e a enfermeira, além do ambiente onde seria desenvolvida a história.

Para facilitar a construção da arte (desenhos), cada procedimento apresentado no Manual foi encenado por colaboradores em um laboratório de um curso de enfermagem da cidade de Fortaleza, sendo os mesmos filmados e fotografados para, em seguida, serem entregues a um editor gráfico que procedeu ao desenvolvimento da arte.

Optamos por um material rico em desenhos com o objetivo de facilitar a compreensão dos conteúdos abordados, por todos os cuidadores, inclusive por aqueles que apresentassem dificuldade na leitura.

Ao término de todo o roteiro do Manual, houve um encontro com o editor de arte, no qual foi entregue todo o material que pudesse subsidiar o seu desenvolvimento, ou seja, o roteiro da história, as filmagens e as fotografias (impressas) de todos os procedimentos, além de literatura complementar caso surgisse alguma dúvida sobre a técnica desenvolvida.

Neste processo ocorreram vários encontros até a conclusão do Manual em versão PDF para posterior impressão e envio aos juízes especialistas, com vistas à validação de conteúdo desta tecnologia educativa.

5.2 Processo de validação de conteúdo

5.2.1 Caracterização do grupo de juízas que avaliaram o Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio

A Tabela 1 caracteriza as sete juízas que responderam à avaliação do Manual, realizada durante o mês de novembro de 2010. A idade média do grupo foi de 42 anos (Desvio Padrão = 9,5 anos). 57,1% tinham idade inferior a 40 anos. Todas graduadas em Enfermagem, sendo somente uma com graduação em Enfermagem e Obstetrícia. Quanto ao tempo de formação profissional, 28,6% tinham até 15 anos; 42,9% entre 16 a 30 anos; e 28,6% com 30 anos ou mais.

Quanto à titulação, cinco são especialistas: duas na área de Saúde da Família e Enfermagem Obstétrica. As demais têm especialização em Administração Hospitalar, Enfermagem Clínica Cirúrgica e Psicodrama Pedagógico. Todas realizaram o Mestrado, cinco na área de Enfermagem: Enfermagem (três), Enfermagem Clínica (uma) e Fundamentos de Enfermagem (uma), enquanto as

demais concluíram Saúde Coletiva e Saúde Pública. Acerca do Doutorado, todas haviam concluído em Enfermagem.

No que tange à ocupação, todas tinham vínculo com o ensino universitário. Seis encontravam-se ativas, ensinando em uma universidade federal, e uma estava aposentada. O tempo médio de atuação em ensino foi de 11,7 anos (Desvio Padrão= 9,5 anos), com uma variação mínima de dois anos, e máxima de 28 anos. Destas, 42,9% tinham até 10 anos, 28,6% entre 11 e 20 anos, e 28,6% entre 21 e 30 anos.

Quanto à produção científica relacionada ao total de artigos publicados nos últimos três anos, seis apresentaram publicações. Destas, três (42,9%) publicaram entre 16 a 19 artigos, duas (28,6%) 20 artigos ou mais, e somente uma (14,3%) apresentou apenas um artigo. Com relação ao total de artigos publicados ao longo da vida acadêmica, segundo *Plataforma Lattes*, houve uma diversidade de resultados, observando-se uma variação mínima de 11 artigos (duas), e máxima de 73 artigos (uma). As demais apresentaram produção de 25, 44, 58 e 67 artigos.

Tabela 1 Caracterização das juízas que julgaram o Manual de Orientação de cuidados domiciliares para pacientes com mobilidade física prejudicada. Fortaleza-CE, 2010 (n=7).

VARIÁVEIS	n	(%)
Grupo etário		
< 40 anos	4	57,1
≥ 40 anos	3	42,9
Graduação		
Enfermagem	6	85,7
Enfermagem e Obstetrícia	1	14,3
Doutorado		
Enfermagem	7	100,0
Mestrado		
Enfermagem	3	42,9
Enfermagem Clínica	1	14,3
Fundamentos de Enfermagem	1	14,3
Saúde Coletiva	1	14,3
Saúde Pública	1	14,3

Especialização		
Administração Hospitalar	1	20,0
Enfermagem Clínica Cirúrgica	1	20,0
Psicodrama pedagógico	1	20,0
Saúde da Família e Enfermagem	2	40,0
Obstetrícia		
Tempo de formação profissional		
≤ 15 anos	2	28,6
16 a 30 anos	3	42,9
≥ 31 anos	2	28,6
Tempo de atuação no ensino		
≤ 10 anos	3	42,9
11 a 20 anos	2	28,6
21 a 30 anos	2	28,6
Situação profissional atual		
Aposentada	1	14,3
Docente	6	85,7
Instituição na qual trabalha atualmente		
FUNDAP	1	14,3
UFC	6	85,7
Total de artigos publicados nos últimos 3 anos		
Nenhum	1	14,3
1	1	14,3
16 a 19	3	42,9
20 e mais	2	28,6
Total de artigos publicados ao longo da vida acadêmica		
11	2	28,6
25	1	14,3
44	1	14,3
58	1	14,3
67	1	14,3
73	1	14,3

Fonte: Pesquisa de campo.

A análise subsequente refere-se ao parecer das juízas quanto aos indicadores de qualidade utilizados para a avaliação do Manual proposto por este estudo.

5.2.2 Julgamento do Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio, segundo cada aspecto abordado no processo de avaliação pelas juízas

Nesta fase do julgamento as juízas avaliaram o construto do Manual de orientações com ênfase nos 23 indicadores propostos por este estudo para avaliação da qualidade, de forma a determinar se concordavam plenamente, concordavam, discordavam, discordavam plenamente ou se mantinham neutros em relação às afirmações constantes no Manual sobre cada indicador.

Os pareceres das juízas quanto aos itens abordados apresentaram uma variação do percentual de concordância (concordo plenamente/concordo) de 42,9% a 100%. Entre as que se mantiveram neutras a variação foi de 14,3% a 57,1%. As discordantes (discordo plenamente/discordo) tiveram variação de 14,3% a 42,9%. Os itens 3, 6, 10, 13 e 14 apresentaram concordância entre as juízas inferior a 70% e necessitaram de revisão e reestruturação para o alcance dos objetivos propostos neste estudo.

Neste tópico estão descritos os resultados do parecer das juízas quanto à avaliação do conteúdo; organização geral: estrutura, estratégia de apresentação; relevância do manual. Também apresentamos comentários e sugestões dos *experts* sobre a tecnologia educativa proposta no estudo. Nessas falas os nomes foram identificados pela letra J e indexados de 1 a 7, de modo que o sigilo dos respondentes se mantivesse.

Na Tabela 2 os 10 itens abordados se referem à avaliação do conteúdo do Manual, apresentando em maior proporção concordância superior a 70% nas respostas das juízas e sinalizando a pertinência dos itens avaliados. O item abordagem da temática de forma efetiva apresentou um percentual de concordância de 85,7%, e uma discordância de 14,3%. O segundo item, esclarecimento sobre a importância do manuseio em pacientes com dependência de cuidados, obteve 100% de concordância, destacando-se que destes 57,1% concordaram plenamente com o item avaliado.

O terceiro item investigou a clareza das informações apresentadas, obtendo 42,9% de concordância. 42,9% se manifestaram neutros, e 14,3% discordantes. Com base neste resultado, realizamos uma releitura do Manual (1ª versão), identificando os principais pontos que não transmitiram adequadamente as informações, adicionando-se novas orientações com base em revisão de literatura relacionada ao tema.

O quarto item investigou se o Manual expressava a capacidade de agregar informações, obtendo 85,7% de concordância. 28,6% concordaram plenamente, e 57,1% concordaram, além de 14,3% que discordaram. O quinto item retratou os aspectos-chave mais importantes, apresentando percentual expressivo na avaliação das juízas. 85,7% concordaram, destacando-se que destes, 71,4% concordaram plenamente e as demais opiniões 14,3%, respectivamente, concordaram e discordaram.

O sexto item abordou a explicação correta da finalidade dos procedimentos, obtendo apenas 57,1% de concordância. 42,9% optaram pela neutralidade nesse item. Por isso o Manual foi revisado e, ao iniciar cada orientação, tive o cuidado de informar aos cuidadores e pacientes a finalidade do procedimento. O item sete se refere à capacitação para a realização dos procedimentos, e 71,4% concordaram, sendo que destes 14,3% concordaram plenamente e 57,1% concordaram. Neste item obtivemos 14,3% de neutralidade ou discordância.

O parecer de concordância no oitavo item foi de 85,7% (28,6% concordaram plenamente e 57,1% concordaram). As técnicas descritas podem ser reproduzidas. Somente uma juíza se manteve neutra (14,3%). O nono item verificou se o Manual refletia os principais cuidados às pessoas com mobilidade física prejudicada e dependência de cuidados. 57,1% concordaram plenamente e 14,3% simplesmente concordaram, perfazendo um percentual de 71,4%. Entre as demais juízas 14,29% se mantiveram neutras ou discordaram.

Na avaliação das ilustrações que representaram os problemas e procedimentos de forma compreensível (décimo item), houve um percentual de 57,1% de concordância, 14,3% foram neutros e 28,6% discordaram. Esses valores resultaram em um retorno ao editor gráfico para associar a literatura pertinente a

cada tema, revisando e alterando os desenhos que não expressavam com clareza a sequência das informações. Ressalto um ponto importante deste Manual, que é o de que as ilustrações para cada orientação devem ser bem representadas e têm por finalidade atingir também aos cuidadores e pacientes que tenham dificuldades na leitura.

Alguns comentários e sugestões foram descritos pelas juízas acerca da avaliação do conteúdo do Manual na presente tecnologia: “O material ficou muito bom e atenderá as necessidades do paciente e da família.” (J3); “Precisa deixar mais claro alguns pontos colocados no texto e no material.” (J4); “O manual necessita de alguns ajustes, como sequência no sumário, orientação do material a ser usado e também incluir outros pontos importantes como colocação da fralda e limpeza do colchão.” (J5); “Linguagem compreensível. Apresenta de forma sintética os cuidados fundamentais, podendo ser facilmente realizados pelo público.”(J6).

Tabela 2 Avaliação do Manual quanto à concordância das juízas em relação ao assunto abordado na tecnologia e seus vários aspectos relacionados. Fortaleza - CE, 2010. (n=7).

Variáveis	n	(%)
1. Aborda a temática de forma efetiva		
Concorda plenamente	3	42,9
Concorda	3	42,9
Discorda	1	14,3
2. Esclarece sobre a importância do manuseio com pacientes com dependência de cuidados		
Concorda plenamente	4	57,1
Concorda	3	42,9
3. Existe clareza nas informações		
Concorda	3	42,9
Neutro	3	42,9
Discorda	1	14,3
4. Expressa capacidade de agregar informações		
Concorda plenamente	2	28,6
Concorda	4	57,1
Discorda	1	14,3

5. Retrata aspectos-chave importantes		
Concorda plenamente	5	71,4
Concorda	1	14,3
Discorda	1	14,3
6. Explica corretamente a finalidade dos procedimentos		
Concorda plenamente	2	28,6
Concorda	2	28,6
Neutro	3	42,9
7. Capacita a realização dos procedimentos		
Concorda plenamente	1	14,3
Concorda	4	57,1
Neutro	1	14,3
Discordo	1	14,3
8. As técnicas descritas podem ser reproduzidas		
Concorda plenamente	2	28,6
Concorda	4	57,1
Neutro	1	14,3
9. Reflete os principais cuidados aos pacientes com mobilidade física prejudicada e dependência de cuidados		
Concorda plenamente	4	57,1
Concorda	1	14,3
Neutro	1	14,3
Discordo	1	14,3
10. As ilustrações representam os problemas e os procedimentos de forma compreensível		
Concorda	4	57,1
Neutro	1	14,3
Discorda	2	28,6

Fonte: Pesquisa de campo

A Tabela 3 apresenta os resultados relativos à organização geral, à estrutura, à estratégia de apresentação do manual, à coerência e à suficiência, os quais estão representados pelos itens de 11 a 17.

O item 11 foi avaliado quanto ao conteúdo científico das informações, sendo obtido um total de 85,7% de concordância. Destes, 71,4% concordaram plenamente e 14,3% concordaram. Ressalto que não houve discordância, no entanto, 14,3% se mantiveram neutros. A clareza da linguagem e a compreensão dos termos foram avaliadas no item 12, no qual 71,4% concordaram e 28,6% se mantiveram neutros.

O item 13 avaliou o tamanho do texto. 42,9% concordaram quanto à sua adequação, contudo 14,3% mantiveram a neutralidade e 42,9% discordaram. Diante deste resultado foram revisados os textos extensos que, conseqüentemente, poderiam confundir as orientações, bem como tornar a leitura do material cansativa. Teve-se o cuidado de reduzir os textos de forma que não suprimissem as informações pertinentes e necessárias à apreensão das orientações pelos cuidadores e pacientes.

O item 14 abordou a sequência lógica das orientações. 42,9% concordaram com as opiniões e 57,1% se mantiveram neutros. Em relação a este item todas as orientações foram revistas, tais como a apresentação do conteúdo do Manual, de forma que os principais aspectos de não conformidade foram corrigidos com a reorganização da sequência de algumas orientações. Quanto ao item 15, estruturação da linguagem, 71,4% concordaram, e 28,6% se mantiveram neutros.

O item 16 se referiu à abordagem dos principais tópicos de prevenção de complicações motoras. 71,4% concordaram plenamente, e 14,3% ficaram neutros ou discordaram. O item 17 verificou se o Manual deixa claro o público-alvo. 85,7% concordaram, e este percentual distribuiu-se concorda plenamente e concorda. 14,3% foram neutros e não houve discordância entre as juízas.

Seguem algumas considerações das juízas sobre a organização do Manual: “Alguns textos estão longos. Alguns quadros têm muita informação (símbolos, desenhos).” (J3); “Faltou colocar algumas explicações, descrições de algumas figuras. Senti falta de uma sequência.” (J4); “Sugiro deixar claro o público, fazendo uma interação entre os personagens, abordando os principais pontos.” (J4); “Em algumas figuras sinto a necessidade de mais esclarecimento textual... Senti falta de esclarecer mais a sequência.” (J5); “Figuras bem elaboradas, atrativas para prosseguir a leitura” (J6).

Tabela 3 Avaliação do Manual quanto à concordância das juízas (*experts*) em relação à organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e suficiência. Fortaleza-CE, 2010. (n=7).

Variáveis	n	(%)
11. As informações estão corretas cientificamente		
Concorda plenamente	5	71,4
Concorda	1	14,3
Neutro	1	14,3
12. A linguagem está clara e os termos compreensíveis		
Concorda	5	71,4
Neutro	2	28,6
13. O tamanho do texto está adequado		
Concorda	3	42,9
Neutro	1	14,3
Discorda	3	42,9
14. O conteúdo segue uma sequência lógica		
Concorda plenamente	2	28,6
Concorda	1	14,3
Neutro	4	57,1
15. A linguagem está bem estruturada para o público leigo		
Concorda	5	71,4
Neutro	2	28,6
16. Aborda os principais tópicos de prevenção de complicações motoras		
Concorda plenamente	5	71,4
Neutro	1	14,3
Discorda	1	14,3
17. Deixa claro o público-alvo		
Concorda plenamente	3	42,9
Concorda	3	42,9
Neutro	1	14,3

Fonte: Pesquisa de campo

Na Tabela 4 foram avaliados os aspectos relativos à relevância do material publicado que correspondeu aos itens de 18 a 23 da escala. Em todos os itens houve concordância (concordo plenamente/concordo) superior a 70%, deixando clara a unanimidade quanto à importância da presente tecnologia.

O item 18 avalia a ênfase nos aspectos-chave que devem ser reforçados, no qual houve 85,7% de concordância. Destes 57,1% concordaram plenamente e 28,6% apenas concordaram. 14,3% mantiveram a neutralidade.

No item 19 71,4% das juízas concordaram que o manual permite a transferência e generalização do aprendizado em diferentes contextos (residencial, laboral e de estudos). Destes, 57,1% concordaram plenamente, e 14,3% concordaram. Os demais 28,6% se mantiveram neutros.

Nos itens 20 – há esclarecimento ao público de algumas questões relacionadas à problemática?, e 21 – incentiva a reflexão sobre o assunto?, o padrão das respostas foi semelhante: 85,7% dos juizes concordaram (concorda plenamente/concorda) e 14,3% discordaram (discordo plenamente/ discordo).

O item 22 avaliou se o Manual retrata os aspectos necessários à realização dos cuidados, obtendo 71,4% de concordância plena. 14,3% mantiveram a neutralidade, e 14,3% discordaram.

No item 23 as juízas, em sua totalidade (100%), afirmaram que o Manual está adequado e pode ser usado na educação em saúde dentro do hospital antes da alta hospitalar. Destes, 57,1% concordaram plenamente e 42,9% concordaram com observações.

Apresentam-se, a seguir, sugestões e comentários relativos à relevância da tecnologia proposta neste estudo. “Após as modificações sugeridas acredito que o material ficará mais claro e estará pronto para ser usado” (J2); “Muito importante, sendo de grande necessidade para os familiares e os pacientes vítimas de traumas” (J4); “Alguns pontos importantes necessitam de mais detalhamento. Porém achei a tecnologia excelente. Parabéns pela iniciativa” (J5); “Material bem elaborado, tecnologia educativa de fácil e efetiva utilização” (J6).

Tabela 4 Avaliação do Manual quanto à concordância das juízas em relação à relevância do material. Fortaleza-CE, 2010. (n=7).

Variáveis	n	(%)
18. Enfatiza aspecto-chave que deve ser reforçado		
Concorda plenamente	4	57,1
Concorda	2	28,6
Neutro	1	14,3
19. Permite a transferência e generalização do aprendizado em diferentes contextos (residencial, laboral e de estudos)		
Concorda plenamente	4	57,1
Concorda	1	14,3
Neutro	2	28,6
20. Esclarece ao público algumas questões relacionadas à problemática		
Concorda plenamente	4	57,1
Concorda	2	28,6
Discorda	1	14,3
21. Incentiva a reflexão sobre o assunto		
Concorda plenamente	4	57,1
Concorda	2	28,6
Discorda plenamente	1	14,3
22. Retrata os aspectos necessários para a realização dos cuidados		
Concorda plenamente	5	71,4
Neutro	1	14,3
Discorda	1	14,3
23. Está adequada e pode ser usado na educação em saúde dentro do hospital antes da alta hospitalar		
Concorda plenamente	4	57,1
Concorda	3	42,9

Fonte: Pesquisa de campo

5.3 Processo de caracterização dos pacientes e cuidadores e testagem do manual

Esta etapa consistiu na identificação do perfil dos pacientes com déficits na mobilidade física e de seus respectivos cuidadores, assim como na testagem do Manual mediante aplicação e posterior avaliação do material pelos cuidadores.

5.3.1 Caracterização dos pacientes com mobilidade física prejudicada

A Tabela 5 caracteriza os 30 pacientes com mobilidade física prejudicada que contribuíram com este estudo na etapa de testagem do Manual.

A seguir, apresentamos as características sociodemográficas do paciente, o motivo do internamento e o problema na mobilidade. O sexo masculino representou a maior proporção (90%). A idade média do grupo foi de 34 anos (desvio padrão = 16,5 anos). Destes, 40% tinham idade inferior a 25 anos, 16,7% entre 31 e 35 anos e 40% superior a 35 anos. Com relação ao estado civil, os casados/unidos foram mais representados (53,3%), seguidos dos solteiros (43,3%). Quanto à procedência, 63,3% são de outros municípios do Ceará e 33,3% de Fortaleza-CE.

Quanto aos níveis de escolaridade, 53,3% dos pacientes tinham o ensino fundamental incompleto e 36,7% o ensino médio completo. A maior proporção dos pacientes pertencem a famílias que recebem até um salário mínimo (40%), 36,7% até dois salários mínimos e 23,3% entre três e quatro salários mínimos.

Na distribuição das ocupações destacam-se os funcionários públicos (20%), seguidos de agricultores (13%), estudantes (13%), motoristas (13%), trabalhadores autônomos (10%), vendedores (10%), desempregados (10%) e aposentados (10%).

Dentre os principais motivos para o internamento hospitalar, os acidentes de trânsito corresponderam a 70% das ocorrências e os 30% restantes foram representados pelas seguintes ocorrências: quedas, agressão física, acidente vascular encefálico, acidente esportivo, intoxicação exógena e hérnia de disco.

Quanto ao problema que gerou a mobilidade física prejudicada e a consequente dependência total ou parcial de cuidados, destacam-se respectivamente: a paraplegia, com 36,7%, e a seqüela neurológica por trauma craniano com 33,3%.

Tabela 5 Caracterização dos pacientes com mobilidade física prejudicada. Fortaleza-CE, 2010. (n=30).

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Masculino	27	90,0
Feminino	3	10,0
Faixa Etária		
≤ 19 anos	6	20,0
20 a 24 anos	6	20,0
25 a 30 anos	1	3,3
31 a 35 anos	5	16,7
≥ 36 anos	12	40,0
Estado civil		
Solteiro	13	43,3
Casado/União estável	16	53,3
Viúvo	1	3,3
Procedência		
Fortaleza	10	33,3
Outros municípios do Ceará	19	63,3
Outro Estado	1	3,3
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	16	53,3
Fundamental Completo	1	3,3
Médio Incompleto	2	6,7
Médio Completo	11	36,7
Renda Familiar (salários mínimos - SM)		
Até 1 SM	12	40,0
2 SM	11	36,7
3 a 4 SM	7	23,3
Ocupação		
Aposentado	3	10,0
Agricultor	4	13,3
Estudante	4	13,3
Motorista	4	13,3
Funcionário público	6	20,0
Trabalhador autônomo	3	10,0
Vendedor	3	10,0
Desempregado	3	10,0
Motivo do Internamento		
Acidente de trânsito	21	70,0
Queda	2	6,7
Agressão física	2	6,7
Acidente Vascular Encefálico	2	6,7
Acidente esportivo	1	3,3
Intoxicação exógena	1	3,3
Hérnia de disco	1	3,3

Problema na Mobilidade

Paraplegia	11	36,7
Sequela Trauma Craniano	10	33,3
Sequela Acidente Vascular Encefálico	2	6,7
Hemiplegia	2	6,7
Tetraplegia	2	6,7
Sequela Neurológica	1	3,3
Fratura de MID + Lesão Plexo Braquial E.	1	3,3
Amputação de MIE + Lesão Plexo Braquial E	1	3,3

Fonte: Pesquisa de campo

5.3.2 Caracterização dos cuidadores que avaliaram o Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio

A Tabela 6 mostra as características sociodemográficas e o vínculo dos cuidadores com o paciente. As mulheres representaram a maior proporção (80%). A idade média do grupo foi de 32 anos (desvio padrão = 9,8 anos), 26,6% até 24 anos, 40% entre 25 e 35 anos, 33,3% tinham 36 anos ou mais. Com relação ao estado civil, as(os) casadas(os)/unidas(os) representaram 66,7% e as (os) solteiras (os) 33,3%.

Quanto aos níveis de escolaridade, 63,3% concluíram o ensino médio e 26,7% o ensino fundamental, 6,7% o superior completo e 3,3% a pós-graduação. Com relação à ocupação atual, 40% foram representados por donas de casa, 16,7% funcionários públicos, 10% cuidadores, 10% desempregados. As demais proporções foram representadas por vendedores, autônomos, estudantes e aposentados.

Com relação ao vínculo com o paciente, os cuidadores se distribuíram entre esposas 26,7%, irmãos 20%, mães 16,7%, primos 13,3%, cuidadores 6,7%, filhos 6,7%, cunhados 6,7%, e namoradas 3,3%.

Tabela 6 Caracterização dos cuidadores de pacientes com mobilidade física prejudicada. Fortaleza-CE, 2010. (n=30).

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Masculino	6	20,0
Feminino	24	80,0
Faixa etária		
≤ 19 anos	4	13,3
20 a 24 anos	4	13,3
25 a 30 anos	5	16,7
31 a 35 anos	7	23,3
≥ 36 anos	10	33,3
Estado civil		
Solteiro	10	33,3
Casado(a) / União estável	20	66,7
Escolaridade		
Ensino Fundamental	8	26,7
Ensino Médio	19	63,3
Superior	2	6,7
Pós-graduação	1	3,3
Ocupação atual		
Dona de casa	12	40,0
Funcionário público	5	16,7
Cuidador	3	10,0
Vendedor	2	6,7
Autônoma	2	6,7
Desempregado	3	10,0
Estudante	2	6,7
Aposentado	1	3,3
Vínculo com o paciente		
Mãe	5	16,7
Esposa	8	26,7
Filho (a)	2	6,7
Irmão (ã)	6	20,0
Cunhada	2	6,7
Primo (a)	4	13,3
Namorada	1	3,3
Cuidador	2	6,7

Fonte: Pesquisa de campo

5.2.3 Avaliação do Manual Mobilidade Física: orientações para o cuidado no domicílio, segundo cada aspecto abordado no processo de avaliação pelos cuidadores

Os pareceres dos cuidadores quanto aos itens abordados apresentaram uma variação do percentual de concordância (concordo plenamente/concordo) de 90,0% a 100%. Entre os que se mantiveram neutros ou discordantes não se identificaram variações.

No estudo, o valor estabelecido para as respostas tornarem um indicador válido foi igual ou superior a 70%. Portanto, verificou-se que todos os itens avaliados nesta etapa foram considerados pertinentes e aplicáveis em relação ao parecer dos cuidadores quanto ao material construído.

Nesta etapa descreve-se o processo de testagem do Manual mediante avaliação pelos cuidadores, com ênfase nos 11 indicadores propostos. Os resultados foram apresentados nas Tabelas 7 e 8.

Na Tabela 7 os cuidadores emitiram seus pareceres relacionados ao conteúdo apresentado, nos quais, em quase todos os itens, houve concordância absoluta da avaliação.

No item 1 foi avaliado se o Manual ajudaria a conscientizar sobre a importância do cuidado com pessoas dependentes de cuidados. 86,7% concordaram plenamente e 13,3% concordaram.

Quanto ao item 2, este avaliou se o Manual consegue apontar a forma de realizar os cuidados. 70% concordaram plenamente e 30% concordaram. O item 3 avaliou a clareza das informações e a compreensão dos termos, obtendo 73,3% de concordância plena e 26,7% de concordância.

Segundo o item 4, que avaliou se o manual continha novos conhecimentos sobre os aspectos relacionados ao manuseio de pessoas com mobilidade física prejudicada e dependência de cuidados, houve concordância plena em 86,7% dos partícipes e 13,3% concordaram.

O item 5 avaliou se o tema retrata aspectos-chave importantes. 70% concordaram plenamente e 30% concordaram. Quanto à contextualização do problema pela introdução no Manual, foram apresentadas as seguintes considerações: 50% concordaram plenamente, 40% concordaram, 6,7% mantiveram a neutralidade e 3,3% discordaram.

No item 7 foi avaliada a acessibilidade dos materiais sugeridos na realização dos cuidados. 63,3% concordaram plenamente, 33,3% concordaram e 3,3% mantiveram a neutralidade.

O último item avaliado foi sobre a possibilidade de realização dos cuidados descritos no Manual. 83,3% dos cuidadores concordaram plenamente e 16,7% concordaram.

Tabela 7 Avaliação do Manual quanto à concordância dos cuidadores em relação ao Conteúdo. Fortaleza-CE, 2010. (n=30).

Variáveis	n	(%)
1. Ajuda a conscientizar sobre a importância do cuidado com pessoas dependentes de cuidados		
Concorda plenamente	26	86,7
Concorda	4	13,3
2. Consegue apontar a forma como realizar os cuidados		
Concorda plenamente	21	70,0
Concorda	9	30,0
3. As informações estão claras e os termos compreensíveis		
Concorda plenamente	22	73,3
Concorda	8	26,7
4. Trouxe conhecimentos sobre o manuseio de pessoas com mobilidade física prejudicada e dependência de cuidados		
Concorda plenamente	26	86,7
Concorda	4	13,3
5. O tema retrata aspectos-chave importantes		
Concorda plenamente	21	70,0
Concorda	9	30,0

6. A introdução contextualiza (explica) o problema		
Concorda plenamente	15	50,0
Concorda	12	40,0
Neutro	2	6,7
Discorda	1	3,3
7. Oferece materiais acessíveis na realização dos cuidados		
Concorda plenamente	19	63,3
Concorda	10	33,3
Discorda	1	3,3
8. É possível realizar os cuidados descritos no manual		
Concorda plenamente	25	83,3
Concorda	5	16,7

Fonte: Pesquisa de campo

Na Tabela 8 foram avaliados os itens 9, 10 e 11 relacionados à concordância entre os cuidadores sobre a utilização do Manual para a educação em saúde no domicílio. Ressaltamos que não houve nenhuma discordância.

Os itens 9 e 10 indagaram, respectivamente, se o Manual seria interessante para ser consultado diariamente e se apresentava praticidade e facilidade na sua utilização, apresentando 86,7% de concordância plena e 13,3% de concordância.

Em relação ao item 11, foi questionado se o manual favorece um bom entendimento dos cuidados de pessoas com mobilidade prejudicada e dependência de cuidados. 80% dos cuidadores concordaram plenamente e 20% concordaram.

Tabela 8 Avaliação do Manual quanto à concordância dos cuidadores em relação à Educação em Saúde. Fortaleza-CE, 2010. (n=30).

Variáveis	n	(%)
9. O manual de orientação é interessante para ser consultado diariamente		
Concorda plenamente	26	86,7
Concorda	4	13,3
10. O manual é prático e de fácil utilização		
Concorda plenamente	26	86,7
Concorda	4	13,3
11. O manual favorece um bom entendimento dos cuidados de pessoas com mobilidade prejudicada e dependência de cuidados		
Concorda plenamente	24	80,0
Concorda	6	20,0

Fonte: Pesquisa de campo

5.2.4 As avaliações realizadas pelos cuidadores acerca do Manual enfocaram o conteúdo, a estrutura, o aprendizado adquirido, a segurança apresentada após as orientações, o tempo utilizado nas orientações e as sugestões.

- Conteúdo do Manual

Estas avaliações apontam se os conteúdos abordados no Manual conseguiram ou não, na visão dos cuidadores, atingir os objetivos propostos no estudo e se estes favorecem o processo de ensino-aprendizagem sobre os cuidados com pessoas com mobilidade física prejudicada, de forma que no momento da alta hospitalar já tivessem conhecimentos sobre como atuar no domicílio.

“Sobre os cuidados no manual está muito claro. Estou feliz por ver que alguém se dedicou com tanto carinho a fazer um trabalho tão útil para os cuidadores.” (C28).

“As informações foram suficientes, agora eu posso movimentá-la tranquila quando estiver em casa.” (C29).

“O manual tem informações importantes que irão auxiliar as pessoas com pacientes acamados”. (C28).

“As orientações do manual me ajudaram muito, porque eu não sabia de nada e agora estou sabendo graças ao manual.” (C20).

“O manual está muito bem elaborado. Parabéns.” (C15).

“Os desenhos me ajudaram a entender as informações bem mais fácil.” (C16).

“Para mim esse manual foi suficiente e acharia adequado que todo mundo tivesse um manual desse.” (C8)

“Devido às figuras impressas fica muito interessante para o leitor.” (C1).

“O manual aborda de forma clara o manuseio de pacientes com mobilidade física prejudicada.” (C7).

É necessária a implementação de novas estratégias que possibilitem a apreensão de saberes voltados ao público leigo, mais especificamente aos cuidadores domiciliares, visto que observamos a ansiedade destes em relação à continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Quando a família conta com uma estrutura de apoio institucional, material e emocional, os cuidadores têm a possibilidade de exercer o cuidado e permanecer inseridos socialmente sem se imobilizar com a sobrecarga determinada pela difícil e estafante atenção ao doente dependente (MARQUES, 2007).

- Estrutura do Manual

Um item importante avaliado pelos cuidadores foi a estrutura do Manual, com a finalidade de investigar se os cuidadores tiveram ou não alguma dificuldade

na apreensão das orientações, e se o Manual apresentava problemas na sua estrutura que o tornasse desinteressante e incompreensível ao leitor.

“O manual permitiu a transmissão das informações porque é muito explicativo e muito desenvolvido mostrando e tirando todas as dúvidas sobre o paciente.” (C22).

“É um trabalho muito bem feito e organizado” (C22).

“Este manual está muito em hora, porque são poucas pessoas que sabem lidar com pacientes acamados. E este manual serve muito de ensino para abrir a mente das pessoas.”(C20).

“O manual foi muito bom, pois além de permitir a transmissão adequada das informações é uma ferramenta para ajudar tanto ao paciente quanto aos seus familiares.” (C15).

“O manual permitiu a transmissão das informações, pois da forma que foi produzido, foi pensado de todas as formas de se transmitir para pessoas que não sabem ler.” (C2).

A obtenção de conhecimentos sobre práticas de cuidar e sobre a doença e dependência do doente facilitam e melhoram a qualidade dos cuidados prestados, e, por sua vez, diminuem a sobrecarga do cuidador (IMAGINÁRIO, 2003).

É importante que ao se elaborarem novas tecnologias educativas haja uma preocupação acerca do modo como será transmitida ao público-alvo, ou seja, com uma linguagem acessível e de fácil compreensão, de maneira que os objetivos propostos na construção sejam alcançados de forma satisfatória.

- Aprendizado adquirido

Quanto ao aprendizado adquirido pelos cuidadores por meio da utilização do Manual, foi avaliado se este instrumento atingiu o propósito de promover orientações sobre o cuidado de pessoas que apresentavam mobilidade física prejudicada e eram dependentes total ou parcialmente de cuidados.

“Aprendi com este manual sobre a importância do cuidado adequado com esses pacientes, bem como a comodidade e o bem-estar aos mesmos, prevenindo maiores problemas por cuidados incorretos.” (C7).

“Aprendi como orientar e como ajudar o meu parente, pois o manual tem o objetivo de ensinar e aprofundar os conhecimentos da pessoa e da família.” (C15).

“Deu para entender bem o manual. A partir dele ficou mais fácil cuidar do meu irmão.” (C30).

“As orientações do manual me ajudaram muito, porque eu não sabia de nada e agora estou sabendo graças ao manual.” (C29).

“Aprendi muito, pois são informações importantes e passadas de forma bastante clara.” (C11).

“O manual me ensinou como cuidar e manusear o paciente e quais os cuidados necessários para o dia-a-dia, de forma bem compreensiva” (C11).

“Aprendi muitas coisas novas que irão me ajudar a cuidar de meu filho.” (C23).

“Antes eu não sabia como fazer e agora ta ficando mais fácil, até para prevenir ferimentos.” (C5).

Para que a família possa cuidar adequadamente do seu familiar necessita ser apoiada, não apenas na prestação dos cuidados, mas igualmente no nível de informação. É importante que durante os períodos de internamento do seu familiar a família receba progressivamente informação adequada que a possibilite obter conhecimentos e reduzir as suas dúvidas sobre a evolução da doença e das medidas a adotar para que possa ter algum controle sobre a atividade do dia a dia (MOREIRA, 2001).

- Segurança do cuidador após as orientações

Outro meio de investigar o alcance dos objetivos da aplicação do Manual com os cuidadores foi mediante as considerações feitas pelo grupo acerca de sua segurança no cuidar após a realização das orientações contidas no Manual.

“Agora estou mais segura, pois antes eu tinha muito medo.” (C30).

“Sinto-me mais seguro porque foi um manual muito bem elaborado e explicativo.” (C22).

“Estou mais segura, pois o manual aborda várias questões e várias técnicas de como cuidar do paciente.” (C15).

“Me sinto mais segura, pois acho que cuidarei melhor dele em casa, pois vamos nos sentir mais à vontade e todos vão ajudar no que for preciso.” (C2).

“Me sinto seguro pois com estas orientações e ilustrações tudo fica mais fácil”. (C21).

“Com as instruções adquiridas através do manual me passou uma segurança, pois sei que lá contém as informações necessárias.” (C11).

Segundo Brito (2002) e Imaginário (2003), ensinamentos oportunos acerca do que fazer, por que fazer, quando fazer, por quem fazer, com o que fazer, são encarados como reais necessidades sentidas pelos familiares dos doentes. Deste modo, familiares mais instruídos tenderão a adotar estratégias mais claras para a resolução de problemas, contribuindo para uma relação menos conturbada e harmoniosa com o doente dependente.

- Tempo de orientação

Sabe-se que o tempo é um fator determinante no processo de ensino. Foi questionado aos cuidadores se o tempo utilizado pela pesquisadora para as orientações presentes no Manual foi suficientemente adequado para o seu aprendizado.

“Achei muito adequado o tempo de orientações feitas a curto prazo para uma prática contínua. Certamente de fácil compreensão.” (C28).

“O tempo de orientação não foi cansativo, pelo contrário, é muito educativo e comunicativo.” (C20).

“Achei o tempo de orientação adequado e interessante, pois a linguagem utilizada e a estrutura do manual estimulam o aprendizado sem ser de forma cansativa.” (C1).

Na implementação de estratégias de educação em saúde é importante que o profissional tenha o cuidado com o tempo disponibilizado para não se tornar cansativo nas suas exposições, o que poderia desencadear a perda de interesse do grupo pelo conteúdo exposto. Acrescenta-se, ainda, que atividades educativas desenvolvidas dentro do ambiente hospitalar junto a cuidadores e pacientes não podem se exceder para não interferirem no tempo necessário às atividades assistenciais de outros profissionais.

- Sugestões

Respeitando o público-alvo neste estudo e preocupada com a qualidade da tecnologia construída, solicitou-se aos cuidadores que emitissem sugestões sobre o Manual para permitir que, posteriormente, de acordo com as necessidades, fossem promovidas correções e adequações ao texto.

“A minha sugestão é que vocês continuem esse excelente trabalho.” (C20).

“Não tenho sugestões, todas as informações nele expressas são de total compreensão para pessoas de todos os casos de acidentes e doenças.” (C2).

“Não tenho sugestões para melhorar o manual, mas que seria importante que o mesmo pudesse chegar aos familiares dos pacientes”. (C7).

“Sugiro que vocês continuem fazendo esse bom serviço de informações.” (C21).

O apoio domiciliar à família é uma necessidade enfatizada pelos cuidadores, pois vivendo este papel de principais doadores de cuidados, têm, necessariamente, de ser receptores de cuidados (MOREIRA, 2001). Percebeu-se a

aceitação e a valorização dos cuidadores quanto ao material construído, destacando-se que para estes é importante que haja continuidade deste trabalho de orientação e preparo para a alta hospitalar.

Díscussão

6. DISCUSSÃO

Neste capítulo abordaremos alguns aspectos relacionados às etapas de construção do Manual, validação pelas juízas, testagem do Manual pelos cuidadores, assim como a caracterização dos pacientes e seus respectivos cuidadores, de modo a favorecer a compreensão de todo o processo de construção e validação desta tecnologia educativa.

A estratégia de educação em saúde dentro do ambiente hospitalar, junto a cuidadores de pacientes com mobilidade física prejudicada e dependência total ou parcial de cuidados, é algo que começa a ser mais visualizado dentro das ações de Enfermagem.

Nas últimas décadas tornou-se cada vez mais importante cuidar da vida, de modo que se reduzam a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que a doença seja produtora de incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura de indivíduos e da população (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde estabelece a promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010).

Desta forma, a realização de pesquisas com o desenvolvimento de tecnologias que enfoquem essa temática é muito pertinente para proporcionar o acompanhamento dos pacientes cujos cuidados se estendam além do universo intra-hospitalar, requerendo dos cuidadores (familiares ou pessoas com laços de afetividade) a responsabilidade da assistência dentro do domicílio.

A construção do Manual foi o momento mais complexo em relação às demais etapas deste estudo, visto que demandou atenção criteriosa desde a definição do tema, conteúdos abordados, forma de apresentação e formatação. Foi obtido um manual com história dialogada, onde os personagens fazem parte da descrição de todos os cuidados no manuseio e mobilização das pessoas com

mobilidade física prejudicada. Para isto optamos pela riqueza de ilustrações, de modo que o Manual fosse acessível até mesmo para pessoas com dificuldades na leitura. As cores foram utilizadas para destacar os procedimentos e/ou movimentos a serem efetuados pelos cuidadores ou pelos próprios pacientes que apresentassem apenas dependência parcial de cuidados. Após o processo de validação de conteúdo pelas juízas o Manual foi confeccionado em quantidade suficiente para aplicação no hospital com os cuidadores, no tamanho A4, com a finalidade de favorecer a visualização de todas as técnicas.

A tecnologia na enfermagem tem como vantagem o acesso mais rápido às informações para o planejamento do cuidado. Porém, é necessário que o enfermeiro lance mão desses novos recursos, utilizando-os na sistematização de suas ações (DALRI; CARVALHO, 2002), desenvolvendo competência e conhecimento, modificando, acrescentando e construindo novos instrumentos para a aplicação prática (CAETANO; PERES; FUGULIN, 2007).

A validação do Manual de Orientações foi efetuada mediante os pareceres das juízas especialistas que identificaram os pontos positivos e falhos na tecnologia em processo de construção, sendo que os falhos foram revistos e reorganizados de maneira a atender aos objetivos propostos neste estudo. Os pontos identificados pelas juízas que necessitaram de ajustes para melhor compreensão do público-alvo foram: clareza nas informações, descrição da finalidade dos procedimentos, representação compreensível pelas ilustrações dos problemas e procedimentos, tamanho do texto e sequência lógica do conteúdo abordado. Somente após os ajustes com o editor de arte, iniciamos a testagem do Manual no hospital para avaliar sua aplicabilidade e compreensão junto a pacientes e cuidadores.

Para se contar com um instrumento validado com o rigor científico, que possa ser usado com plena confiança para futuras investigações, é preciso haver uma série de provas denominadas psicométricas. Algumas delas estão relacionadas à validade, comumente definida como a capacidade da prova de medir o que se intenta medir (RODRIGUEZ; LOPERA, 2002).

Os pacientes, foco deste estudo, a maioria (90%) é do sexo masculino e com idade média de 34 anos. Destes 40% tinham idade inferior a 25 anos, ou seja, compreendem um grupo em idade produtiva que, por vezes, são os responsáveis pela manutenção econômica da família. Em consequência do processo de adoecimento se veem em situação reversa, necessitando da família para o seu suporte econômico, físico e emocional. Este achado é corroborado por Carvalho e Damasceno (2003), que evidenciaram serem os homens em pleno apogeu da vida pessoal e laboral os mais afetados em situações de mobilidade física prejudicada.

Somente um pequeno percentual (20%) apresentava um vínculo empregatício estável, gerando renda familiar às vezes insuficiente para suprir as demandas necessárias a alimentação, moradia e educação. Neste estudo a maior proporção dos pacientes (40%) apresentava renda mensal familiar de até um salário mínimo. A este respeito, Ortiz, Afanador e Herrera (2010b) recomendam que se deve conhecer a situação socioeconômica em que vive o enfermo, pois não é o mesmo cuidar quando o paciente conta com o mínimo indispensável para suprir as suas necessidades básicas e quando essas necessidades não podem ser satisfeitas.

Os principais motivos para o internamento hospitalar foram as ocorrências relacionadas a acidentes de trânsito (70%), destacando-se que destes (61,9%) foram ocasionadas por motocicletas. Por ser este um meio de transporte com preço menor comparando-se com outros veículos, além de formas de pagamento que despertam interesse e facilidades na compra, o mesmo torna-se acessível a toda a população. Um estudo realizado por Andrade, Lima, Silva e Caetano (2009) menciona que o uso crescente da motocicleta como meio de trabalho tem resultado no aumento do número de motocicletas no País e, conseqüentemente, na vulnerabilidade e exposição ao risco de acidentes dos usuários, tornando-se importante causa de incapacitação física ou de morte.

A doença é parte inevitável comum e normal da experiência humana. Apesar dos avanços tecnológicos, a doença não deixa de atingir os indivíduos e as famílias. O número de pessoas, independentemente da idade, que sobrevivem com problemas de certa forma incapacitantes está aumentando. (MARQUES, 2007).

Dentre os problemas que afetam a mobilidade física e geram dependência total ou parcial de cuidados foram encontradas as sequelas neurológicas decorrentes dos traumatismos cranioencefálicos (33,3%) e as paraplegias decorrentes de lesões raquimedulares (36,7%), cujas situações produzem cronicidade. Um enfermo crônico necessita de um acompanhamento, por isso os cuidadores familiares cumprem um papel importante no desenvolvimento desta função. É vital que adquiram o conhecimento do problema e comecem a entender a experiência. (ORTIZ, AFANADOR e HERRERA, 2010a).

Ortiz (2010) adverte que a pessoa com enfermidade crônica ou que desencadeie dependência de cuidados vive uma situação especial que envolve a família e, de maneira específica, a quem se assume como seu cuidador.

Uma figura importante no contexto da promoção da saúde às pessoas com mobilidade física prejudicada é o cuidador, que no domicílio se responsabiliza por cuidados anteriormente desenvolvidos por profissionais dentro do ambiente hospitalar, ressaltando-se que muitos assumem esta função sem um preparo prévio, tanto em nível psicológico quanto em conhecimentos necessários que subsidiem suas ações no cuidar da pessoa por quem se responsabilizou.

Marques (2007) refere que o cuidador informal representa a pessoa familiar ou amiga que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente. É um membro da família ou da comunidade que presta cuidado de forma parcial ou integral àqueles com déficit de autocuidado. Conforme Guedes (2000), os cuidadores são definidos como pessoas que se ocupam de indivíduos com incapacidades funcionais e sérias perdas de autonomia.

Neste estudo identificamos que a responsabilidade de ser cuidador coube, na maioria dos casos, às mulheres (80%), resultados este corroborado por vários autores, tanto pela historicidade no cuidado que já caracteriza a mulher neste papel quanto por aspectos culturais incorporados no contexto familiar. Segundo Honoré (2004), as práticas de cuidar na vida corrente, transmitidas geralmente de geração em geração pelas mulheres, fazem, muitas vezes, apelo a uma cultura tradicional

onde encontramos uma grande diversidade de rituais no que diz respeito ao corpo, ao nascimento, às passagens das etapas da vida e à morte.

No aspecto histórico, Moreira (2001) descreve que desde os primórdios das civilizações à mulher era atribuído o papel de cuidar da família, e os doentes foram primeiramente cuidados por elas. Esta afirmação é também explicitada por Collière (1999), quando aponta que às mulheres competem todos os cuidados que se realizem à volta de tudo o que cresce e se desenvolve, e isto até a morte: tomar conta das crianças, mas também dos moribundos.

A idade média do grupo de cuidadores foi de 32 anos e a maior proporção de 25 a 35 anos (40%), constituindo um grupo jovem, em idade produtiva e por vezes com habilidades e experiências adquiridas no decorrer dos anos. No entanto, o fator idade difere entre alguns autores, visto que para uns os cuidadores jovens têm mais disposição e energia para o cuidar e, para outros, o cuidador com mais idade traz associada à sua prática maturidade e disponibilidade.

Ortiz, Afanador e Herrera (2010b) lembram que, quando o cuidador é muito jovem, menor de 17 anos, as atividades podem ser muito bem desenvolvidas por sua habilidade física, porém o jovem está sujeito às instabilidades do desenvolvimento de sua personalidade. Entre os 18 e 35 anos, um período considerado produtivo, as pessoas veem frustradas, em muitos casos, as metas projetadas para suas vidas; entre os 36 e os 59 anos (faixa etária que encontramos em nosso estudo), o grupo de cuidadores reflete mais serenidade e experiência. Sua tarefa de cuidador se concilia com atividades de trabalho e, às vezes, com a formação dos filhos.

Um estudo desenvolvido por Moreira (2001) sobre o doente terminal em contexto familiar permitiu, mais uma vez, fomentar a ideia de que são as mulheres as principais cuidadoras dos doentes (80%), e que o grupo etário predominante se situava na faixa de 30 a 40 anos.

Inserir o estado civil na caracterização dos cuidadores traz conhecimentos importantes relacionados aos aspectos sociais da pessoa que está como cuidadora, pois, segundo alguns autores, dentre os quais destacamos Ortiz, Afanador e Herrera (2010b), não cuida igualmente um jovem que tenta estabilizar uma relação de

casamento ou uma mulher mais velha que esteja casada ou tenha dissolvido sua relação. Também é diferente cuidar com a experiência de perdas anteriores, como no caso da viuvez.

A maioria (63,3%) dos cuidadores concluiu o ensino médio. Nesta abordagem considera-se a escolaridade um facilitador no processo de ensino-aprendizagem, pois colabora na compreensão das orientações que necessitam ser repassadas aos cuidadores, de forma que os mesmos posteriormente possam também transmitir esses ensinamentos a outras pessoas que também irão contribuir como cuidadores no domicílio. Este resultado é corroborado por alguns autores, dentre os quais Riedel, Fredman e Langenberg (1998), que consideram que quanto maior a escolaridade, mais facilidade tem o cuidador em manifestar as suas dificuldades relacionadas com o cuidar, procurando lidar com os problemas.

Neste contexto Brito (2002) e Imaginário (2003) acrescentam que os prestadores de cuidados com maior escolaridade tendem a manifestar menos dificuldades nessa tarefa. É comum pensar que os familiares dos doentes mais informados acerca dos cuidados a prestar no domicílio terão menores dificuldades no cuidado do paciente. (MARQUES, 2007).

Quanto à ocupação dos cuidadores, a maior parte (40%) eram donas de casa. Para Marques (2007), o fato de o cuidador ter uma ocupação específica, a tarefa de cuidar do doente traduz uma sobrecarga intensa que pode comprometer a saúde, a vida social, o bem-estar emocional, a relação com os outros membros da família, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e outros aspectos da vida familiar e pessoal.

O estresse diário do cuidador pode ser diferenciado entre o que apresenta um trabalho contínuo, que necessita sua presença diária para o cumprimento de suas atividades laborais, comparando-se com aquele que trabalha informalmente e por vezes pode organizar o seu tempo destinado ao trabalho, alternando com os momentos para exercer suas atividades de cuidador.

Ortiz, Afanador e Herrera (2010b) esclarecem que existe relação entre a ocupação de um cuidador e sua capacidade de cuidar. Para as pessoas que permanecem no domicílio as rotinas não se rompem e o cansaço se faz muitas

vezes mais notório, ainda que tenham mais tempo disponível, enquanto que o cuidador que trabalha independente pode estar mais tempo em sua casa e ter mais momentos de contato com a pessoa de quem cuida, ao contrário de um estudante ou um empregado, os quais dispõem de tempo controlado para oferecer o cuidado.

Os resultados evidenciaram que a maioria dos cuidadores (90%) tinha vínculo familiar com a pessoa de quem cuidavam. Este é um dado que pode reforçar a relação de afetividade no ato de cuidar, tornando-se o cuidador uma pessoa da família que por vontade própria ou decisão do grupo familiar irá acompanhar e dar o apoio necessário ao seu ente, reduzindo o estresse desencadeado no processo de hospitalização.

Moreira (2001) aponta que os cuidados de saúde tiveram origem nas famílias e o envolvimento destas no processo de doença era um ato natural. Quando uma família é confrontada com a doença de um de seus membros, todos os elementos vão sofrer de ansiedade e estresse. Cada elemento individualmente e a família na globalidade terão de assumir papéis para os quais nem sempre estão preparados.

Em muitas situações os vínculos intrafamiliares influenciam na tomada de decisão de quem assumirá o papel de cuidador principal. Esta situação ocorre, geralmente, em certas circunstâncias, como por exemplo, o fato de ser mulher, a filha caçula ou a mais velha, a que está separada, a que é solteira, desempregada, que mora com o pai ou a mãe ou que, de alguma maneira, sente-se na obrigação de cuidar, ser o cônjuge (esposo ou esposa) e considerar o valor afetivo e moral estabelecido na relação matrimonial, ou seja, essas circunstâncias parecem contribuir para a confirmação do papel de ser cuidador (SENA; GONÇALVES, 2010).

Durante o processo de avaliação do Manual pelos cuidadores houve concordância geral quanto à utilização dele na orientação dos cuidados com pessoas com mobilidade física prejudicada e dependência total ou parcial de cuidados. Neste momento foi oportunizado aos cuidadores que expressassem suas opiniões quanto ao material em processo de validação.

Quanto ao conteúdo e à estrutura, foi referido que o Manual apresentava informações importantes que iriam ajudar as pessoas com pacientes acamados e

que as figuras tornaram o material mais interessante e de fácil compreensão, inclusive por pessoas que não soubessem ler.

Alguns cuidadores afirmaram que as orientações os ajudaram muito, pois antes tinham poucos conhecimentos, os quais foram supridos em parte mediante o conteúdo que foi apresentado no Manual.

Nesta etapa pode-se perceber a necessidade de os profissionais de saúde, dentre os quais destaco os enfermeiros, estarem mais próximos aos seus pacientes e seus respectivos acompanhantes (familiares ou não), na perspectiva de identificar as principais dificuldades e dúvidas presentes nos pacientes e acompanhantes sobre o seu quadro atual, o tratamento e os cuidados que possam proporcionar maior conforto e qualidade de vida ao enfermo.

Em relação às necessidades da família, salienta-se o apelo à necessidade de informação, sendo apontada como uma estratégia para capacitar a família para a função do cuidar, promovendo simultaneamente o ajuste à situação (MOREIRA, 2001).

A educação em saúde permite que a população adquira novos conhecimentos sobre saúde e doença e, desta forma, possa participar efetivamente na prevenção de diversos processos patológicos. Ela compreende um processo contínuo e de grande significado dentro do ambiente hospitalar, pois integra uma das vertentes da humanização no atendimento aos pacientes.

Quanto à segurança do cuidador, após o uso das orientações do Manual a maioria afirmou sentir mais segurança, pois antes tinham muito medo e muitas dúvidas de como seria quando estivessem de volta ao lar e tivessem de cuidar sozinhos. Ortiz, Afanador e Herrera (2010a) alertam ser fundamental que o cuidador compreenda o problema que afeta a saúde do seu ente e o seu comportamento. Além disso, deve reconhecer as distintas situações pelas quais pode passar seu familiar para saber como mobilizá-lo, como administrar suas medicações. Além disso, deve saber a importância dos horários na administração de tratamentos, as precauções que deve ter, dentre outros cuidados.

Ser cuidador requer um envolvimento intenso que exige uma parcela significativa do tempo do cuidador, que se prolonga por vezes por um período indeterminado. Todos esses aspectos parecem gerar, no cuidador, um sentimento de medo, desapontamento, diminuição da motivação à vida e até uma ansiedade existencial ou outros fatores comprometedores de sua saúde global (SENA; GONÇALVES, 2010).

Diante da problemática na adaptação do cuidador a essa situação vivenciada, muitas vezes inesperada e estressante, Marques (2007) adverte que o momento da alta hospitalar é encarado como ameaçador para alguns familiares, gerando angústia, ansiedade e tensão, pois num curto espaço de tempo exige-se a estes uma adaptação rápida a novas realidades, a diferentes rotinas, acrescidas de responsabilidades que, aliadas a escassos conhecimentos e a recursos muitas vezes ineficazes, transformam a vida de todos os integrantes da família.

Neste contexto que integra paciente, familiar (cuidador) e enfermeira, diante dos resultados discutidos neste capítulo, torna-se visível a necessidade de integrar, na prática hospitalar, a atuação da enfermagem em um acompanhamento contínuo, voltado não apenas à prestação de cuidados de enfermagem, mas também para as orientações relacionadas aos cuidados no domicílio, como meio para o paciente não ter interrompido, após a alta hospitalar, seu processo de recuperação e reabilitação.

Considerações Finais

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo proposto de construção e validação de um manual de orientação para familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada, conclui-se que, quanto aos objetivos, estes foram alcançados, visto que foi feita a construção do Manual de Orientação aos cuidadores de pessoas com mobilidade física prejudicada, a validação de conteúdo por juízas e a aplicação do manual com os cuidadores.

Este estudo possibilitou a validação de uma tecnologia direcionada ao cuidado de pessoas com mobilidade física prejudicada e com dependência total ou parcial de cuidados.

Foram realizadas as validações de conteúdo pelas juízas e a testagem pelos cuidadores. Na primeira, mediante observações e sugestões apresentadas pelas juízas, foram realizadas as mudanças que se fizeram pertinentes no Manual de Orientações. Ressalta-se que dos 23 itens que constavam no instrumento de avaliação somente cinco não apresentaram concordância igual ou maior que 70%. Desta forma, foram revisados e refeitos para, em seguida, o Manual ser aplicado aos cuidadores com a finalidade de avaliar sua aplicabilidade.

As sugestões das juízas versaram, em sua maioria, sobre questões como a diminuição de alguns textos, reformulação de termos técnicos não acessíveis a uma clientela leiga, melhor clareza em algumas ilustrações e alterações na sequência das orientações.

A testagem clínica foi efetuada com 30 cuidadores de pessoas com mobilidade física prejudicada que se encontravam hospitalizados no decorrer de 2010, confirmando a relevância do Manual, assim como sua aplicabilidade no hospital como estratégia de preparo para a alta hospitalar. Nesse período não houve necessidade de realizar novas alterações, pois em todos os itens houve concordância.

Os cuidadores intensificaram as sugestões para o uso contínuo do Manual no hospital, iniciando sua utilização logo após o internamento hospitalar, de

forma que os mesmos também pudessem contribuir no processo de recuperação e reabilitação do seu familiar. Estes também foram enfáticos ao afirmar que após as orientações efetuadas a partir do Manual conseguiram se sentir mais seguros e que aquelas informações seriam muito importantes para quando estivessem no domicílio e que se sentiam capazes de repassar seus conhecimentos aos outros membros da família, assim como também para outras pessoas em situações semelhantes.

No contexto da promoção da saúde com enfoque no eixo da educação em saúde dentro do ambiente hospitalar, procuramos contribuir na prática da enfermagem neurológica, em especial com pessoas com mobilidade física prejudicada e dependência de cuidados.

Aqui se apresentam os aspectos que facilitaram, dificultaram ou limitaram o desenvolvimento desta pesquisa.

Os aspectos que facilitaram o estudo estão assim explicitados:

- A escolha pela área da enfermagem neurológica, pela experiência assistencial há 17 anos;
- A colaboração e o apoio das juízas para a melhoria do Manual através de suas considerações;
- A aceitação e a valorização da proposta de trabalho pelas enfermeiras da clínica neurológica e dos pacientes ali internados e seus cuidadores;
- A escolha de trabalhar com um material ilustrado permitiu maior acessibilidade aos pacientes e seus respectivos cuidadores em relação ao Manual de Orientações
- O desejo de contribuir na promoção da saúde dentro do ambiente hospitalar mediante estímulos dos enfermeiros no processo de educação em saúde, e também no empoderamento da comunidade que busca esse serviço (pacientes e acompanhantes) e assim contribuírem na recuperação e reintegração dos pacientes o mais rápido possível.

As dificuldades e limitações surgidas no decorrer da elaboração do estudo foram:

- O distanciamento de algumas enfermeiras de seus pacientes em consequência da sobrecarga de atividades, priorizando as atividades burocráticas em detrimento da assistência e da educação em saúde.
- A ausência de um espaço geográfico no hospital destinado à educação em saúde para pacientes e acompanhantes.
- A insuficiência de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade adequados aos cuidados direcionados à mobilidade física em pacientes acamados e com restrição de movimentos.

A partir da compreensão dada pelo estudo, propõe-se extrair algumas implicações para repensar a prática da Enfermagem com o olhar direcionado à promoção da saúde, considerando que a questão da pessoa com dependência de cuidados constitui um problema de saúde pública e, também, acima de tudo, moral e social:

1. A urgente revisão curricular na formação de profissionais enfermeiros, de tal forma que privilegie mais conhecimento acerca de distúrbios neurológicos que favoreça uma reflexão sobre o cuidado humano à pessoa com dependência total ou parcial de cuidados.
2. A implantação de um serviço de acompanhamento ambulatorial, do tipo consultas de Enfermagem, para portadores de mobilidade física prejudicada e dependência total ou parcial de cuidados, com vistas a assegurar a continuidade do cuidado por um sistema efetivo de referência e contrarreferência, no qual se inclua, necessariamente, o atendimento à família cuidadora.
3. Que sejam desenvolvidos estudos que envolvam a família da pessoa com mobilidade física prejudicada, considerando que ela tem grande participação no cotidiano dessas pessoas.
4. Promover parcerias entre as equipe de enfermagem da assistência hospitalar e equipes de enfermagem do Programa Saúde da Família, incluindo um processo de referência e contrarreferência dos pacientes com mobilidade física prejudicada e

dependência total ou parcial de cuidados, de maneira que não haja interrupção das condutas adotadas no processo de recuperação.

5. Formação de redes sociais de apoio aos familiares e cuidadores de pacientes com dependência de cuidados, dentre as quais grupos que proporcionem a habilitação de pessoas para realizar tarefas básicas em nível de domicílio, auxiliando na recuperação da pessoa assistida.

6. Implantação, na instituição onde foi desenvolvido este estudo, de um programa de assistência domiciliar, para acompanhamento dos egressos com o objetivo de prevenir reinternações e abordagem de problemas recorrentes de saúde.

As análises realizadas reforçam não somente a relevância de serem elaboradas novas tecnologias voltados para a prática educativa dentro do ambiente hospitalar, mas também a necessidade do preparo dos profissionais por meio da capacitação contínua em serviço para que possam desenvolver de forma adequada e com segurança.

É importante enfatizar que um estudo elaborado com esta abordagem pode contribuir para a melhoria das práticas assistenciais relacionadas ao cuidado do paciente com mobilidade física prejudicada e dependência de cuidados, pois a educação permanente é o caminho para a melhoria da qualidade do cuidado, desde que vista com um olhar diferenciado, que vá além do repasse de conhecimento formal e atue de forma a orientar e fortalecer a todos os envolvidos no processo (equipe, família e cuidador), visto que consiste num processo continuado de troca de saberes, poderes e responsabilidades.

Diante do exposto, reforça-se a tese já explicitada anteriormente de que os portadores de mobilidade física afetada necessitam de uma maneira de cuidar que os tornem independentes, e que o repasse de ensinamentos de cuidados de enfermagem aos familiares cuidadores é uma forma de tecnologia que busca a emancipação dos sujeitos envolvidos no cuidar, sendo plenamente comprovada pelos resultados aqui apresentados.

Referências

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. M.; LIMA, M. A.; S, C. H. C.; CAETANO, J. Á. Acidentes de motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em hospital de Fortaleza - Ce, Brasil. **Rev. RENE**, v. 10, n. 4, p. 52-59, out./dez. 2009
- BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O.; ALMEIDA, Â. A. M. C.; SANTANA, R. F. Estudo preliminar de validação clínica do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” em idosos institucionalizados. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 3, n. 2, jul./dez. 2001.
- BASTOS, M. A. R. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 131-136, mar./abr. 2002.
- BEHAR, P. A.; PASSERINO, L.; BERNARDI, M. Modelo pedagógico para a educação a distância: pressupostos teóricos para a construção de objetos de aprendizagem. **Novas tecnologias**, v. 5, n. 2, dez. 2007.
- BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T.; CABRAL, E. O. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 262-269, jun. 2006.
- BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total**: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- BOJÖ, A. K. S.; HALL-LORD, M. L.; AXELSSON, O.; UDÉN, G.; WILDE, L. B. *et al.* Midwifery care: development o fan instrument to measure quality base on the World Health Organization’s classification of care in normal birth. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 75-83, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. Conselho nacional de saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96**: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.
- BRITO, L. **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto, 2002.
- BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 177-185, 1999.

CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Cartilha sobre auto-exame ocular para portadores do HIV/AIDS como tecnologia emancipatória: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 8, n. 2, p. 241 - 249, 2006.

CAETANO, K. C.; PERES, H. H. C.; FUGULIN, F. M. T. Protótipo de um sistema especialista para a classificação da complexidade assistencial em enfermagem. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 6, n. 1, 2007.

CAFER, C. R.; BARROS, A. L. B. L.; LUCENA, A. F.; MAHL, M. L. S.; MICHEL, J. L. M. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 347-353, out./dez. 2005.

CALATAYUD, P. R.; MARTINEZ, M. D. A.; TEJEDOR, N. B.; GARCIA, A. M. G.; GARCIA, J. A. G. T. et. al. **Glosario Del fisioterapeuta**. Valencia: Universidad Cardenal Herrera, 2003.

CAMPOS, A. C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 36-44, jan./mar. 2008.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

CARVALHO, Z. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. Aplicación de la teoría del cuidado transpersonal en pacientes parapléjicos hospitalizados: relato de experiencia. **Ciencia y Enfermería**, v. 9, n. 2, p. 77-94, 2003.

CARVALHO, Z. M. F.; GULART, T. M.; SILVA, R. A.; OLIVEIRA, M. A. A. Diagnósticos de enfermagem evidenciados en las personas con trauma medular. **Enfermería al día**, ano 2, v. 2, p. 10 – 16, 2007.

DALRI, M. C. B.; CARVALHO, E. C. Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes portadores de queimadura utilizando um software: aplicação em quatro pacientes. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 10, n. 6, p. 787-793, nov./dez. 2002.

DURÁN, J. B. B. *et al.* Mecánica corporal en los traslados de disminuidos físicos. **Enfermería Integral**, Valencia, n. 38, p. 34-35, sept./dic., 1996.

FEHRING, R. J. Symposium of validation models: the Fehring model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1994.

FERNANDES, M.; PEREIRA, M. L. S.; FERREIRA, M. A.; MACHADO, R. F.; MARTINS, T. Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. **Sinais Vitais**, v. 43, jul., p. 31-35, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FONSECA, C. M. B. M.; SANTOS, M. L. Tecnologia da informação e cuidado hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3. p. 699-708, 2007.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; ROCHA, S. M. M.; LEITE, A. M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 65-75, jan./fev. 2004.

FREITAS, I. C. C.; PAULA, K. C. C.; SOARES, J. L.; PARENTE, A. C. M. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 4, p. 508-513, ago. 2008.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SANTANA, L. W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 570-577, dez. 2006.

GUEDES, S. L. A concepção sobre a família na geriatria e na gerontologia brasileiras: ecos dos dilemas da multidisciplinaridade. **Rev. Bras. Ciênc. Sociais**, São Paulo, v.15, n. 43, p. 69-82, jun. 2000.

HONORÉ, Bernard. **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, 2004.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009.

HONÓRIO, R. P. P. **Validação de procedimentos operacionais padrão**: Proposta de cuidados com o cateter totalmente implantado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IMAGINÁRIO, C. **O idoso dependente em contexto familiar**. Formasau: Coimbra, 2003.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 350-357, jun. 2008.

KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; SCORTEGAGNA, H. M.; WALL, M. L.; VERONESE, A. M.; ZEFERINO, M. T.; RADÜNZ, V.; SANTOS, E. K. A. Tecnologias

de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. esp, p. 178-185, 2006.

KUMMER, K.; ECHER, I. C. Significado para o acadêmico de enfermagem sobre a participação em um grupo de orientação a familiares de pacientes dependentes. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 4, n. 2, ago. 2005.

LIMA, S. M. M. Tecnologia *versus* qualificação: impactos no setor de saúde. **RAE eletrônica**, v. 2, n. 2, p.2-18, jul./dez. 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermagem-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado**. 2004. 142 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

LOPES, M. V. O. **Validação de software educativo para auxílio ao ensino de sinais vitais**. 2001. 152 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2001.

LOPES. M. V. O.; ARAÚJO, T. L. Processo de informatização em saúde: temas abordados em artigos publicados no período de 1978 a 1998. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 1, p. 25-32, 2002.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nurs. Res.**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-86, Nov./Dec. 1986.

MARIN, H. F.; CUNHA, I. C. K. O. Perspectivas atuais da informática em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 3, p. 354-357, maio/jun. 2006.

MARQUES, I. R.; MARIN, H. F. Enfermagem na Web: o processo de criação e validação de um Web Site sobre doença arterial coronariana. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 298-307, maio/jun. 2002.

MARQUES, S. C. L. **Os cuidadores informais de doentes com AVC**. Formasau: Coimbra, 2007.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; SOUZA, W. G. A.; PACHECO, W. N. S. Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 16(2): 254-62, abr./jun. 2007.

MARTINS; C. R.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia: definições e reflexões para a prática de saúde e de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 11-12, jan./mar. 2008.

MELO, F. N. P.; DAMASCENO, M. M. C. A construção de um software educativo sobre ausculta dos sons respiratórios. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 563-569, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MESQUITA, S. R. A.; FERREIRA, M. J. C.; NEVES, A. P. N. O programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília – SP: a visão dos cuidadores. **Nursing**, ano 9, ed. 106, p. 131 – 134, 2006.

MINCHILLO, A. L. **Assistência domiciliar**: cuidar do cuidador. **Rev. Bras. Home Care**, v. 5, n. 60, p. 36, 2000.

MOREIRA, I. M. P. B. **O doente terminal em contexto familiar**: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Formasau: Coimbra, 2001.

NEMAN, F.; SOUZA, M. F. Experienciando a hospitalização com a presença da família: um cuidado que possibilita conforto. **Rev. Téc. Enferm.**, v. 56, n. 6, p. 28-31, 2003.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de Enfermagem? Ijuí, RS: UNIJUÍ, 2000.

NIETSCHE, E. A.; BACKES, V. M. S.; COLOMÉ, C. L. M.; CERATTI, R. N.; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 344-353, maio/jun. 2005.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: Definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

O'CONNELL, B. Diagnostic Reliability. A study of the process. **Nurs. Diagn.**, v. 6, n. 3, p. 99-107, 1995.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n. 1, p. 115-123, jan./mar. 2008.

ORTIZ, L. B. **La habilidad Del cuidador familiar de una persona con enfermedad crónica**. In: ORTIZ, L. B.; AFANADOR, N. P.; HERRERA, B. S.; CARRILLO G, G. M.; DÍAZ, L. C. **Cuidando a los cuidadores**: familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2010.

ORTIZ, L. B.; AFANADOR, N.; HERRERA, B. S. Cuidadores familiares. In: ORTIZ, L. B.; AFANADOR, N. P.; HERRERA, B. S.; CARRILLO G, G. M.; DÍAZ, L. C.

Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crônica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2010a.

ORTIZ, L. B.; AFANADOR, N. P.; HERRERA, B. S. Caracterización de los cuidadores familiares em America Latina. In: ORTIZ, L. B.; AFANADOR, N.P.; HERRERA, B. S.; CARRILLO G, G. M.; DÍAZ, L. C. **Cuidando a los cuidadores:** familiares de personas con enfermedad crônica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2010b.

PARRA, D. I.; BAYER, G. L. A. Validez y confiabilidad de lãs escalas de comu8nicación y coordinación para medir rol interdependiente em enfermería. **Rev. Avances em Enfermería**, v. 28, n. 1, p. 51-62, 2010.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicol. Teor. Pesq.**, 23: 99-107, 2007.

PAVARINI, S. C. I.; MENDIONDO, M. S. Z.; BARBAM, E.; VAROTO, V. Aparecida G.; FILIZOLA, C. L. A. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 398-402, set. 2005.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 2, p.154-163, jun. 2005.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes. Coeficiente de Kappa. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 37, n. 1, p. 72-80, 2003.

PERROCA, M. G; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-168, ago. 1998.

PINHEIRO, J. P. A cadeira de rodas e o traumatizado vértebro medular. **Estudo II**. Revista Intercções, n. 6, p. 184 – 198, 2004b.

PINHEIRO, J. P.; FERREIRA, A.; AMARARL, C.; NUNES, R.; GOMES, C. **Cadeira de Rodas:** da clinica ao utilizador. Coimbra: Quarteto, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Avaliação da Mensuração e da qualidade dos dados. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 285-306.

RIEDEL, S. E.; FREDMAN, L.; LANGENBERG, P. Associations among caregiving difficulties burden and rewards in carguivers to older posr rehabilitation patients. **J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.**, v. 53, p. 165-174, 1998.

PORRAS, C. V.; MOLINA, L. M. H. Validez y confiabilidad Del cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres em El posparto”. **Rev. Avances em Enfermería**, v. 28, n. 1, p. 96-106, 2010.

ROCHA, K. P. W. F. A educação em saúde no ambiente hospitalar. *Nursing*, Ano 9. ed. 108, p. 216-221, maio 2007.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L. P.; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 1, p. 13-116, jan./fev. 2008.

RODRIGUEZ, M. A.; LOPERA, J. Conceptos básicos de La validación de escalas em salud mental. **CES Medicina**, v. 16, n. 3, p. 31-39, 2002.

RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S. S.; LEE, E. S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc. Work Res.**, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SANTANA, R. F.; FIGUEIREDO, N. M. A.; FERREIRA, M. A.; ALVIM, N. A. T. A formação da mensagem na comunicação entre cuidadores e idosos com demência. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 288-296, jun. 2008.

SAWADA, N. O. **A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória**. 1990. Dissertação (Mestrado) – Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. As novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 245-255.

SCHNEIDER, D. G.; MANSCHEIN, A. M. M.; AUSEN, M. A. B.; MARTINS, J. M.; ALBUQUERQUE, G. L. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 81-89, 2008.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 280-287, jun. 2008.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Intercoporeidade na experiência do cuidado: familiar cuidador e portador da doença de Alzheimer. In: SILVA, A. L.; GONÇALVES, L. H. T. **Cuidado à pessoa idosa: estudos no contexto luso-brasileiro**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007.

VARGAS, M. A. O.; MEYER, D. E. Re-significações do humano no contexto da 'ciborguização': um olhar sobre as relações humano-máquina na terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 2, p. 211-219, 2005.

WESTMORELAND, D.; WESORICK, B.; HANSON, D.; WYNGARDEN, K. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **J. Nurs. Care Qual.**, v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.

WYND, C. A.; SCHIMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West. J. Nurs. Res.**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.13, n.1, p.112-117, jan./fev. 2005.

Apêndices

Apêndice A

Carta-convite para os juízes especialistas

Prezado(a) Sr.(a),

Estou desenvolvendo no Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará um estudo intitulado “**ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADOR DA PESSOA COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA: UMA TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA**”, sob orientação da professora Dr^a. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

Esta temática justifica-se pela alta demanda em nossas instituições hospitalares de pacientes que, por determinados processos patológicos, apresentam mobilidade física prejudicada e dependência de cuidados por outras pessoas. Sendo assim, o estudo tem como objetivo *construir uma tecnologia educativa para a promoção da saúde em pessoas com mobilidade física prejudicada*.

O estudo constará de três etapas metodológicas: a primeira será a construção de uma tecnologia educativa (manual de orientações aos cuidadores no domicílio); a segunda será a apreciação por parte dos juízes especialistas, conforme recomendação da literatura sobre a criação de protocolos; e a última será a aplicação do manual em familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada.

Deste modo, gostaria de convidá-lo(a) a colaborar como juiz(a) na avaliação da referida tecnologia, na sua área de especialidade, através dos Instrumento de Avaliação dos Juízes Especialistas participantes. Informo que serão considerados os seguintes aspectos da tecnologia: conteúdo, aspectos pedagógicos e aspectos técnicos.

Enfatizo que a sua colaboração é voluntária e sua identidade será mantida em sigilo. Lembro também que você poderá desistir de participar do estudo quando lhe for conveniente.

Solicito a devolução do documento de avaliação o mais breve possível, isto é, 30 (trinta) dias após o recebimento do mesmo.

Certa de contar com a sua colaboração, desde já apresento votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Luciene Miranda de Andrade
Enfermeira
Doutoranda em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará

Apêndice B

Esclarecimentos aos juízes acerca do manual de orientação

Venho esclarecer que este material, ora enviado, será posteriormente confeccionado na forma de brochura para ser aplicado aos sujeitos do estudo.

Optamos por manter os desenhos ilustrativos sem colorido para dar mais ênfase aos procedimentos que são discutidos no material, de forma a facilitar a visualização dos movimentos durante os cuidados.

Somente após a avaliação do material pelos juízes este manual será confeccionado na formatação final, visto que o mesmo ainda poderá sofrer alguma alteração de acordo com as observações feitas neste primeiro momento pelos juízes.

Atenciosamente,

Luciene Miranda de Andrade
Enfermeira
Doutoranda em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você está convidado a participar do estudo **“ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADOR DA PESSOA COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA: UMA TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA**, de autoria de Luciene Miranda de Andrade, orientada pela Profa. Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho”, o qual tem como objetivos: construir uma tecnologia educativa para a promoção da saúde em pessoas com mobilidade física prejudicada; desenvolver um guia de orientação sobre o manuseio com pacientes apresentando mobilidade física prejudicada, direcionado aos cuidadores domiciliares; avaliar o guia de orientação por especialistas em abordagem a distúrbios neurológicos, mobilidade física prejudicada e educação em saúde para leigos; aplicar o guia de orientação sobre o manuseio com pacientes apresentando mobilidade física prejudicada junto aos cuidadores domiciliares.

Esclareço que:

As informações coletadas na entrevista somente serão utilizadas para os objetivos do estudo.

A coleta de informações será realizada a partir de encontros nos quais será fornecido aos cuidadores o Manual de Orientação destinado aos cuidadores de pessoas com mobilidade física prejudicada e dependência total ou parcial de cuidados. Nestes encontros será discutido o manual de orientação e desenvolvido junto aos participantes (pacientes e cuidadores) técnicas de manuseio dos pacientes com níveis de dependência de cuidados, para que no domicílio, após a alta hospitalar, tenham condições de prestar um cuidado adequado aos seus pacientes.

Durante os encontros serão realizadas entrevistas que serão gravadas, além de fotografias e filmagens durante sua execução.

Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que o anonimato será preservado. Em nenhum momento haverá prejuízo ao cuidado do paciente. Não haverá nenhum procedimento ou ação do pesquisador que coloque em risco seu paciente.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento.

Pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária, e em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/IJF. Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro. Fortaleza – CE.

Em caso de necessidade de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Nome: Luciene Miranda de Andrade Telefone: 32555106

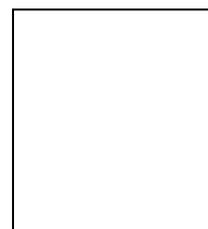
Gostaria de enfatizar que a sua participação será de extrema importância, pois a pesquisa contribuirá para a sociedade no intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes neurológicos que requeiram cuidados de terceiros.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a), compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará a assistência ao meu paciente na instituição. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado



Apêndice D

Instrumento de avaliação dos juízes especialistas

Data: ___/___/___

Nome: _____ Idade: _____

Graduação em: _____ Ano de titulação: _____

Especialização em: _____ Ano de titulação: _____

Mestrado em: _____ Ano de titulação: _____

Doutorado em: _____ Ano de titulação: _____

Ocupação atual: _____

Instituição em que trabalha: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Perfil de produção bibliográfica nos últimos três anos:

Instruções de uso: leia atentamente o conteúdo do texto. O quadro abaixo representa os aspectos a serem avaliados. Leia atentamente cada um dos itens e em seguida responda a todos eles de acordo com a legenda abaixo:

Valoração

1- concordo plenamente

2- concordo

3- neutro

4- discordo

5- discordo plenamente.

Obs: Caso marque as opções 3,4 e 5, descreva o motivo pelo qual selecionou tal item.

Relacionado ao conteúdo

1. OBJETIVO – Relaciona-se ao assunto abordado na tecnologia e seus vários aspectos.

1. Aborda a temática de forma efetiva	1	2	3	4	5
2. Esclarece sobre a importância do manuseio com pacientes com dependência de cuidados	1	2	3	4	5
3. Existe clareza nas informações	1	2	3	4	5
4. Expressa capacidade de agregar informações	1	2	3	4	5
5. Retrata aspectos-chave importantes	1	2	3	4	5
6. Explica corretamente a finalidade dos procedimentos	1	2	3	4	5
7. Capacita a realização dos procedimentos	1	2	3	4	5
8. As técnicas descritas podem ser reproduzidas	1	2	3	4	5
9. Reflete os principais cuidados aos pacientes com mobilidade física prejudicada e dependência de cuidados	1	2	3	4	5
10. As ilustrações representam os problemas e os procedimentos de forma compreensível	1	2	3	4	5

Críticas ao conteúdo/pontos negativos:

Sugestões ao conteúdo/pontos positivos:

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – item determinado pela forma de apresentar o texto. Envolve, portanto, a organização geral, a estrutura, a estratégia de apresentação, a coerência e suficiência.

11. As informações estão corretas cientificamente	1	2	3	4	5
12. A linguagem está clara e os termos compreensíveis	1	2	3	4	5
13. O tamanho do texto está adequado	1	2	3	4	5
14. O conteúdo segue uma sequência lógica	1	2	3	4	5
15. A linguagem está bem estruturada para o público leigo	1	2	3	4	5
16. Aborda os principais tópicos de prevenção de complicações motoras	1	2	3	4	5
17. Deixa claro o público-alvo	1	2	3	4	5

Críticas ao conteúdo/pontos negativos:

Sugestões ao conteúdo/pontos positivos:

3 – RELEVÂNCIA – refere-se à característica que avalia o grau de significação do material.

18. Enfatiza o aspecto-chave que deve ser reforçado	1	2	3	4	5
19. Permite a transferência e generalização do aprendizado em diferentes contextos (residencial, laboral e de estudos)	1	2	3	4	5
20. Esclarece ao público algumas questões relacionadas à problemática	1	2	3	4	5
21. Incentiva a reflexão sobre o assunto	1	2	3	4	5
22. Retrata os aspectos necessários para a realização dos cuidados	1	2	3	4	5
23. Está adequada e pode ser usado na educação em saúde dentro do hospital antes da alta hospitalar	1	2	3	4	5

Críticas ao conteúdo/pontos negativos:

Sugestões ao conteúdo/pontos positivos:

Apêndice E

Instrumento de avaliação dos cuidadores

I Dados de Identificação:

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: () M () F
4. Endereço: _____ Telefone: _____
5. Estado Civil: () Solteiro(a); () casado/união estável; () viúvo(a); () outro.
6. Grau de escolaridade: () Ensino fundamental; () Ensino médio; () Ensino Superior; () Pós-graduação.
7. Profissão/Ocupação: _____
8. Vínculo com o paciente: () familiar _____ () amigo () outro _____

II Dados de Identificação (paciente)

1. Nome (iniciais): _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Idade: _____
4. Profissão/Ocupação: _____
5. Renda familiar (em salário mínimo vigente): _____
6. Estado Civil: () Solteiro(a); () casado/união estável; () viúvo(a); () outro.
7. Grau de escolaridade: () Ensino fundamental; () Ensino médio; () Ensino Superior; () Pós-graduação
8. Motivo do internamento: _____
9. Procedência: _____
10. Data da hospitalização: ___/___/___
11. Data da alta: ___/___/___
12. Condições de alta: _____
13. Problema(s) apresentado(s) na mobilidade: _____

INSTRUÇÕES

Leia o guia de orientações e, em seguida, marque a opção que você considerar relacionada ao grau de cada critério abaixo:

Valoração

1- concordo plenamente

2- concordo

3- neutro (tanto faz)

4- discordo

5- discordo plenamente.

III Avaliação do Manual

A) CONTEÚDO – relaciona-se ao assunto abordado no manual e seus vários aspectos.

1. Ajuda a conscientizar sobre a importância do manuseio com pacientes com dependência de cuidados.	1	2	3	4	5
2. Consegue apontar a forma como realizar os procedimentos (cuidados).	1	2	3	4	5
3. As informações estão claras e os termos compreensíveis	1	2	3	4	5
4. Trouxe novos conhecimentos sobre os aspectos relacionados ao manuseio de pacientes com mobilidade física prejudicada e dependência de cuidados	1	2	3	4	5
5. O tema retrata aspectos-chave importantes	1	2	3	4	5
6. A introdução contextualiza a problemática	1	2	3	4	5
7. Oferece materiais acessíveis à realização dos cuidados	1	2	3	4	5
8. É possível realizar os procedimentos (cuidados) descritos no Manual.	1	2	3	4	5

B – EDUCAÇÃO EM SAUDE – são aspectos referentes ao processo de ensino do guia de orientação.

9. O Manual de Orientação é interessante para ser consultado diariamente.	1	2	3	4	5
10. O manual é prático e de fácil utilização	1	2	3	4	5
11. O Manual favorece um bom entendimento dos procedimentos (cuidados).	1	2	3	4	5

IV Comentários sobre o Manual

Comente suas impressões sobre o manual de orientação.

1. O Manual de Orientação e as técnicas utilizadas permitiram a transmissão adequada de informações?

2. O que você aprendeu a partir destas orientações?

3. O tempo de orientação foi adequado ou cansativo?

4. Você se sente seguro para cuidar de seu familiar no domicílio?

5. As informações do Manual de Orientação são suficientes para ajudá-lo no cuidado domiciliar, em relação à movimentação do seu paciente?

6. Você tem sugestões para melhorar o Manual de Orientação?

7. Quais as dúvidas que ainda persistem sobre o cuidado a seu familiar?

Anexo



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Aprovado pela Carta 1193 CONEP/CNS/MS
Em 17 de outubro de 2005



Título: ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADOR DA PESSOA COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA: UMA TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA.

Processo N°: 110.316/09

Nome: LUCIENE MIRANDA DE ANDRADE

PARECER

O projeto tem como objetivo construir uma tecnologia educativa para a promoção da saúde em pessoas com mobilidade física prejudicada (MFP); desenvolver um guia de orientação sobre o manuseio com pacientes apresentando MFP direcionado aos cuidadores domiciliares; avaliar o guia de orientação por especialistas em abordagem a distúrbios neurológicos, MFP e educação em saúde para leigos; aplicar o guia de orientação sobre o manuseio com pacientes apresentando mobilidade física prejudicada junto aos cuidadores domiciliares.

Em termos metodológicos, trata-se de um estudo de do tipo pesquisa ação com propósito de elaborar e testar um guia de orientação de enfermagem com base nos cuidados sobre o manuseio e a prevenção de lesões nos pacientes com mobilidade física, prejudicada, direcionado aos cuidadores domiciliares, de pacientes atendidos em um hospital de emergência no município de Fortaleza, Ceará.

Com respeito aos aspectos éticos, o protocolo de pesquisa incluiu o com respeito aos aspectos éticos, o protocolo de pesquisa incluiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual esclarece os objetivos da pesquisa, bem como a aceitação da recusa ou desistência, no momento que assim desejar e a ciência e que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

No protocolo consta ainda o instrumento a ser utilizado para coleta dos dados, estando este adequado ao objetivo e metodologia.

O projeto está bem estruturado e é relevante havendo retorno para o sujeito e comunidade. O projeto atende aos ditames da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e, portanto está **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto Dr. José Frota - CEP-IJF.

Fortaleza, 05 de outubro de 2009


Andrea Silvia Walter de Aguiar
Coordenadora do CEP - IJF

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará.
Telefone: (85) 3255 5000