



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

O Empoderamento em Enfermagem Comunitária:

Análise de um Contexto

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Dina Isabel do Coito Bernardino

Sob a Orientação da

Professora Isabel Barroso da Silva

e

Coorientação da

Professora Maria do Carmo Figueiredo

Santarém

Janeiro 2012

Ao Nuno e à Sara,
Pelo amor e incentivo.

À minha mãe,
Pelo seu exemplo de coragem,
Na esperança de que um dia
Voltaremos a estar juntas.

Até sempre!

AGRADECIMENTOS

À minha família, em particular ao Nuno e à Sara pelo apoio incondicional, mas sobretudo pela compreensão, e incentivo constante, num momento em que a distância e os sentimentos turvaram a nossa razão, mas onde o amor soube encontrar o seu caminho e estar sempre presente.

À Albertina e à Corina, pelo exemplo de excelência como enfermeiras e por me terem permitido partilhar e refletir a sua prática na comunidade. Foram o meu grande incentivo.

A todos os que participaram no projeto, colegas e utentes, por me permitirem entrar no seu quotidiano e refletir sobre ele.

À minha orientadora do relatório, Professora Isabel Barroso da Silva e à coorientadora professora Maria do Carmo Figueiredo, assim como à minha orientadora do estágio professora Fátima Saragoila, pela amizade e carinho demonstrado, mas sobretudo pelo estímulo, constante incentivo, e pelo seu exemplo de dedicação e entrega.

À Aida, ao Ângelo, à Cátia, à Florbela, à Liliana, à Margarida, à Sofia e à Rita, colegas e amigos de todos os dias, que estiveram sempre ao meu lado, com uma palavra amiga e com o gesto de disponibilidade, não esquecendo a Dr.^a Rosa e a Maria José. Sem eles e a sua compreensão não teria conseguido.

À Ana Neto ela sabe porquê!

A todos o meu mais sincero Obrigado!

"Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado.
Mas nada pode ser modificado *até* que seja enfrentado "

James Baldwin

RESUMO

Este relatório reflete a aprendizagem efetuada durante a unidade curricular estágio e relatório que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo. Apresenta-se em duas partes: análise reflexiva das atividades desenvolvidas em enfermagem comunitária; e o projeto de intervenção implementado.

O projeto teve como ponto de partida a questão: “*Como se implementa o Empoderamento no contexto da prática clínica em Enfermagem Comunitária?*” Usou a perspetiva de BETTY NEUMAN (1995), de NOLA PENDER (2002), e de LAVERACK (2008) para empoderamento comunitário. Projeto de natureza investigativa que utilizou uma abordagem qualitativa com carácter exploratório, tendo mobilizado na construção do seu *corpus*, a revisão sistemática da literatura, assim como a observação participante e a entrevista semiestruturada como métodos de recolha de dados.

O esquema de análise integrou a conceptualização do empoderamento na prática de enfermagem comunitária, entendendo-o como suporte básico das conclusões:

- O sistema cliente indivíduo/família emerge no centro do processo de cuidados;
- O enfermeiro surge no processo de cuidados em dois polos, a prática normativa/*habitus* instituído e a prática reflexiva/ contextual com desconstrução do *habitus*.
- A organização dos cuidados é contextual, onde se valorizam as interações de carácter reparatório;
- A interação entre o enfermeiro e o sistema cliente é influenciada pela literacia deste, assim como a sua participação no seu processo de saúde;
- Dos métodos e instrumentos utilizados pelo enfermeiro como estratégia de abordagem para o resultado, salientam-se a liderança, a negociação, o trabalho de equipa e a mediação, sendo esta última quase exclusiva do EEECSF;
- O tipo de relação estabelecido entre enfermeiro e cliente é potenciador da participação/não participação deste no processo de cuidados;

Especificidades de um contexto ou de uma equipa fica a questão..., certo é que são especificidades da enfermagem comunitária, onde a implementação do empoderamento comunitário permanece uma prática em construção.

ABSTRACT

This report reflects the learning done during the course and report stage which took place at the Community Care Unit of Cartaxo. It is presented in two parts: the reflective analysis of the activities in community health nursing, and the intervention project implemented.

The project had as its starting point the question: "How do nurses implement Empowerment in the context of clinical practice in Community Nursing? He used the perspective of BETTY NEUMAN (1995), NOLA Pender (2002) for nursing and Laverack (2008) for community empowerment. The investigative nature of the project used a qualitative exploratory approach, having mobilized in building its *corpus* the systematic review of the literature as well as the participant observation and semi-structured interviews as methods of data collection.

A analysis scheme was constructed and considered part of the conceptualization of empowerment in community nursing practice in analysis, understanding it as basic support of the findings:

- The client system individual / family emerges at the center of care;
- The nurse comes in the care process into two poles, the normative practice / habitus instituted and the reflective practice / context sensitive deconstruction of the habitus;
- The organization of care is contextual, which are valued reparatory interactions;
- The interaction between nurse and client system is influenced by the literacy of this system, as well as the participation in the process of health;
- Of the methods and tools used by nurses as a strategy for approaching the outcome, show leadership, negotiation, teamwork and mediation (almost exclusively by EEECS);
- The type of relationship established between nurse and the client system look out the potential participation / non-participation in the process of care;

Specifics of a context or a team..., are certain are those specifics of community health nursing, where the implementation of community empowerment remains a practice in construction.

ÍNDICE GERAL

	f.
INTRODUÇÃO	1
O ENSINO CLÍNICO	3
1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	4
1.1. PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	5
1.2. PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR	7
1.3. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CRIANÇAS E JOVENS	9
1.4. PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA AS DESIGUALDADES EM SAÚDE	9
1.5. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO CONTÍNUA DA UCC	10
O PROJETO DE INTERVENÇÃO	11
2. NATUREZA E ENQUADRAMENTO	12
2.1. A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A COMUNIDADE COMO CLIENTE	13
2.2. A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EMPODERADORA NA COMUNIDADE: CONCEITO E DOMÍNIOS	15
2.3. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	18
2.3.1. Contributo da Evidência Seleccionada	20
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
3.1. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE DADOS	24
3.1.1. Fase Exploratória	24
3.1.2. Instrumentos de Colheita de Dados	25
3.2. APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	27
3.2.1. Instrumentos de Colheita de Dados	30
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
4.1. UM ESQUEMA DE ANÁLISE	32
4.2. A IMPLEMENTAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO: UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO	34
5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	50

6.CONCLUSÕES	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	62
Anexo I. Projeto de Estágio: Atividades a Desenvolver	63
Anexo II. Cronograma	79
Anexo III. Protocolo de Pesquisa	81
Anexo IV. Quadro de Cruzamento dos Objetivos	83
Anexo V. Pedido de Consentimento Informado para os participantes no Estudo	85
Anexo VI. Regulamento Proposto para a Criação do Banco de Medicamentos do Cartaxo	87
Anexo VII. Ação de Formação em Serviço: “Estratégias de Implementação de Empoderamento do Conceito à Prática” – Plano de Sessão e Documento de Avaliação	97
Anexo VIII. Ação de Formação em Serviço: “Contributo para a Melhoria em Colaboração e Mediação de Conflitos nas Conferências Familiares ” – Plano de Sessão e Documento de Avaliação	112
Anexo IX. Norma de Procedimento para a Realização de Conferências Familiares e Instrumento de Registo Proposto	126
Anexo X. Resumo de Artigos Incluídos	132
Anexo XI - Observação Participante: Guião Orientador	139
Anexo XII. Registo Expandido das Observações	143
Anexo XIII. Entrevista Exploratória: Instrumento e Transcrição	180
Anexo XIV. Entrevista Semiestruturada: Instrumento de Colheita de dados	184
Anexo XV. Transcrição das Entrevistas	187
Anexo XVI. Tratamento do <i>Corpus</i> / Categorização	214
Anexo XVII. Recontextualização das Unidades de Registo	276

INDICE DE ESQUEMAS

	f.
Esquema Nº 1. Empoderamento Comunitário como um Contínuo	16
Esquema Nº 2. Domínios Operacionais de Empoderamento Comunitário	17
Esquema Nº 3. Esquema de Análise	33

INDICE DE QUADROS

	f.
Quadro Nº 1. Áreas Prioritárias de intervenção Comunitária da UCCC, de acordo com o Relatório de Atividades do ACES Ribatejo 2010	4
Quadro Nº 2. Critérios para a Formulação da Pergunta Formato PI[C]O	19
Quadro Nº 3. Critérios de Inclusão/ Exclusão dos Artigos	19
Quadro Nº4. Apresentação das principais conclusões dos artigos filtrados na revisão sistemática de literatura	20
Quadro Nº 5. Caracterização da Equipa incluída no Projeto	24
Quadro Nº 6. Sistema de Categorias Emergente	28
Quadro Nº7. Análise de Conteúdo exemplificada com Unidades de Registo mais Significativas para o tema Processo de Cuidados	29
Quadro Nº 8. Relação entre a dimensão psicológica e as categorias emergentes	35
Quadro Nº 9. Relação entre a dimensão sociocultural e as categorias emergentes	36
Quadro Nº 10. Relação entre a dimensão desenvolvimento e as categorias emergentes	37
Quadro Nº 11. Relação entre a dimensão abordagem tradicional e as categorias emergentes	38
Quadro Nº 12. Relação entre a dimensão abordagem moderna e as categorias emergentes	39
Quadro Nº 13. Relação entre a dimensão conceção do cuidado e as categorias emergentes	41
Quadro Nº 14. Relação entre a dimensão organização do cuidado e as categorias emergentes	43
Quadro Nº 15. Relação entre a dimensão interação no cuidado e as categorias emergentes	43
Quadro Nº 16. Relação entre a dimensão estratégia de abordagem para o resultado e as categorias emergentes	45
Quadro Nº 17. Relação entre a dimensão espaço físico e as categorias emergentes	47

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES. Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC. Acidente Vascular Cerebral

BMCC. Banco de Medicamentos do Concelho do Cartaxo

cc. Centímetros cúbicos

CIPE. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLASC. Conselho Local de Ação Social do Cartaxo

CPCJ. Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS. Direção Geral de Saúde

DL. Decreto-Lei

EEECSP. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESSS. Escola Superior de Saúde de Santarém

F. Feminino

h. Horas

HDS. Hospital Distrital de Santarém

IPICC. Intervenção Precoce Integrada do Concelho do Cartaxo

IPSS. Instituições Particulares de Solidariedade Social

MEC. Mestrado em Enfermagem Comunitária

M. Masculino

mg/dl. Miligramas por decilitro

mm Hg. Milímetros de mercúrio

Nº. Número

NLI. Núcleo Local de Inserção

NSE. Necessidades de Saúde Especiais

OE. Ordem dos Enfermeiros

OMS. Organização Mundial de Saúde

PA. Pressão Arterial

PNS. Plano Nacional de Saúde

PNSE. Programa Nacional de Saúde Escolar

PNV. Plano Nacional de Vacinação

RSI. Rendimento Social de Inserção

RNCCI. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD. Serviço de Apoio Domiciliário

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SES. Sessão de Educação para a Saúde

SCMC. Santa Casa da Misericórdia do Cartaxo

SES. Sessão de Educação para a Saúde

SIC. Segundo Informação Colhida

SINUS. Sistema de Informação nas Unidades de Saúde

UCCC. Unidade de Cuidados na Comunidade

UCF. Unidade Coordenadora Funcional

UCSP. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP. Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF's. Unidades de Saúde Familiar

USP. Unidade de Saúde Pública

WHO. World Health Organization

1

¹ Relatório redigido conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince (conversor para a nova ortografia, Instituto de Linguística Teórica e Computacional – ILTEC).

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular Estágio e Relatório, foi desenvolvida no 1º Semestre do segundo ano do 1º Curso de MEC da ESSS, entre 29 de novembro de 2010 e 16 de abril de 2011, na UCCC. O ponto de partida para este percurso reflexivo e de aprendizagem crítica decorreu do trabalho efetuado no período de ensino clínico anterior, no contexto de cuidados da UCCC, onde foram estabelecidos alguns diagnósticos de saúde na comunidade, dos quais se salientam o **Envolvimento Comunitário para a população idosa não demonstrado e a Iliteracia.**

Uma comunidade com um bom nível de literacia sabe equilibrar a autonomia com a procura de resposta às suas necessidades, colaborando com profissionais de saúde, organizações, membros da família e outros parceiros com quem estabelece interações relevantes para a sua saúde (LOUREIRO e MIRANDA, 2010). O *Empowerment* da comunidade emerge de disciplinas como a psicologia comunitária, educação para a saúde, organização comunitária e trabalho social, tendo passado a integrar o discurso da WHO (1998), como uma estratégia de melhoria da saúde e de redução das desigualdades. Sendo o enfermeiro um dos pivôs fundamentais na prestação de cuidados na comunidade, pela formação que detém e pela proximidade ao contexto, é imperioso que reconheça o seu papel nesta dinâmica.

A WHO (1998) define Promoção da Saúde como “o processo de capacitar as pessoas no sentido de melhorarem o controlo que detêm sobre a sua saúde”, representa um amplo processo social e político, que não só abraça ações voltadas para o fortalecimento das competências e capacidades dos indivíduos, mas também para a mudança social, condições ambientais e económicas, de modo a aliviar o seu impacto na saúde pública e individual.

Em Portugal, o PNS 2011-2016 reafirma a importância dos valores da justiça social, universalidade, equidade, solicitude e solidariedade do sistema de saúde, estabelecendo como visão “maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de todos os setores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania”, salientando o valor das políticas saudáveis intersetoriais como sinérgicas e mobilizadoras, podendo contribuir para o sucesso.

Também para a OE (2010), a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. Traduzindo-se em novas respostas às necessidades de saúde, sendo reconhecido, o papel determinante dos cuidados de saúde primários na capacidade de resposta e na resolução de problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de construir uma sociedade forte e dinâmica. Neste contexto, uma das áreas prioritárias de investigação em enfermagem em Portugal, é o Empoderamento (*Empowerment*)

dos clientes (OE, 2010). O aumento da despesa de saúde a um ritmo insustentável, exige uma gestão de cuidados de saúde e de enfermagem assente nos princípios da capacitação da comunidade (WILLIAMS, 1999, in STANHOPE e LANCASTER, 2011). Este relatório simboliza apenas uma tentativa de contribuir para a promoção de um ambiente empoderador nos enfermeiros comunitários e consequentemente na população a quem prestam cuidados, tal como preconizado pelo regulamento das Competências Específicas do ESECSP (OE, 2010).

Eram objetivos preconizados para o Estágio: aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária; desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar; criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar. E objetivos para o Relatório: enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica; fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática; inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência; fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da Enfermagem Avançada; avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem produtoras de resultados sensíveis nas pessoas cuidadas.

O desenvolvimento de atividades em múltiplos contextos integrados na realidade de uma UCCC levou à necessidade de optar por uma área temática central e transversal, à luz da qual se trabalharam as atividades a desenvolver, no projeto de estágio. Neste sentido formulou-se uma questão de partida: *“Como se implementa o Empoderamento no contexto da prática clínica em Enfermagem Comunitária?”* Usando a perspetiva das teorias de Enfermagem de BETTY NEUMAN (1995) (Comunidade como Cliente: Abordagem Sistémica) e de NOLA PENDER (2002), que em complementaridade podem contribuir para analisar criticamente a implementação do empoderamento comunitário, na especificidade do contexto, do ponto de vista do perfil de competências em desenvolvimento.

Assim, este relatório está dividido em duas partes. Na primeira reflete-se acerca das atividades desenvolvidas durante as dezoito semanas de ensino clínico; na segunda, desenvolve-se a definição de conceitos e o enquadramento referentes ao projeto de estágio implementado; apresentam-se as decisões metodológicas adotadas para a implementação do projeto, o processo de construção de dados, assim como a sua apresentação, tratamento e análise; desenvolve-se a análise e discussão dos resultados; reflete-se sobre as competências desenvolvidas e eventuais contributos reflexivos para a melhoria dos cuidados de enfermagem comunitária; apresenta-se a conclusão e respetivas sugestões. Constam deste relatório também todos os anexos inerentes ao percurso desenvolvido.

O ENSINO CLÍNICO

1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A UCCC foi aprovada em 18/12/2009 e entrou em funcionamento a 08/02/2010, abrangendo a área geográfica do concelho do Cartaxo (27.467 utentes inscritos), funcionando em instalações situadas em Vila Chã de Ourique, cedidas pela autarquia (RELATÓRIO DE ATIVIDADES, ACES RIBATEJO, 2010).

Assim sendo, o seu plano de ação, proposto para um período de três anos, teve como prioridades melhorar e desenvolver os projetos já existentes, tendo sido possível participar nalgumas das suas áreas específicas. É de salientar ainda a integração da UCCC, na Rede Social, na Comissão Social de Freguesia e a sua articulação dinâmica com outras unidades funcionais do ACES, nomeadamente a USP, UCSP e USF's, de acordo com o previsto no DESPACHO nº10143/2009 (DL 2ª Série, nº74 de 16 de abril). Neste sentido, todo o percurso foi delineado no Plano de Atividades elaborado na primeira semana de ensino clínico (Anexo I). Este assentou em três pilares fundamentais: os resultados obtidos no período de ensino clínico anterior; as necessidades evidenciadas pela equipa de enfermagem; e o perfil de competências em desenvolvimento. A análise reflexiva apresentada foi efetuada tendo por base o Plano de Ação da UCCC 2009/2012, assim como as áreas prioritárias de intervenção definidas para a comunidade.

Quadro nº 1 – Áreas Prioritárias de intervenção Comunitária da UCCC, de acordo com o Relatório de Atividades do ACES Ribatejo (2010, p.65)

Áreas Prioritárias	Utentes Alvo
Cuidados Continuados Integrados/ Visita Domiciliária	234
Saúde Escolar	3553
Preparação para o Parto/ Parentalidade	88
Intervenção Precoce	43
Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	60

Desenvolveram-se atividades em todas as áreas prioritárias definidas, exceto no que se refere à Preparação para o Parto/Parentalidade. Para além disso, foi fundamental a participação em atividades no âmbito da Rede Social e no Projeto de Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua da UCCC. Poder-se-ia, ter optado unicamente por participar

nas atividades desenvolvidas pelo EEECS, contudo quis-se construir uma imagem global de toda a intervenção do enfermeiro nesta comunidade, numa perspetiva de sedimentar o perfil de competências em construção.

1.1. PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A RNCCI visa um novo paradigma de atuação centrado em cuidados integrados de reabilitação global, acompanhamento e manutenção, para pessoas com perda de funcionalidade ou em risco, combinando, cuidados de saúde e de apoio psicossocial. Assim, os cuidados continuados integrados assentam nos seguintes princípios: família como suporte; humanidade; respeito; continuidade; proximidade e qualidade de cuidados; interdisciplinaridade profissional; integridade, identidade e privacidade da pessoa. Deste modo, foram várias as atividades em que foi possível participar.

Visita Domiciliária

A visita domiciliária é uma das estratégias mais utilizadas na prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade. Deve ser realizada de forma planeada e racional, delineada por objetivos definidos e pautada pelo princípio da eficiência e da eficácia. Tem resultados comprovados, uma vez que promove a interação entre os profissionais e os utentes/ famílias no seu contexto afetivo, contribuindo para a redução de gastos, além de fortalecer o vínculo terapêutico na relação enfermeiro/utente, podendo desenvolver-se no domínio preventivo, terapêutico, reabilitador ou de acompanhamento e de cuidados paliativos. Durante o período de ensino clínico acompanhou-se a ECCIC em visitas domiciliárias de enfermagem de âmbito predominantemente terapêutico/curativo, referentes ao tratamento de feridas e administração de terapêutica.

Das experiências vivenciadas salientam-se as práticas no que se refere ao tratamento de feridas, área onde a uniformização destas torna visíveis os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Outro aspeto a salientar, foi o envolvimento dos cuidadores no processo de cuidados, na perspetiva de alguém de referência que estabelecia a “ponte” com os enfermeiros. Uma das principais dificuldades da equipa era a articulação com algumas unidades funcionais do centro de saúde. É aqui que emerge o sentido de advogado do cliente que o enfermeiro assume para si. Pois é, muitas vezes exercendo este papel, que consegue ultrapassar obstáculos e melhorar em passos pequenos, mas seguros, a qualidade de vida da pessoa dependente e a angústia dos seus cuidadores.

Reuniões de Equipa Multidisciplinar

Aqui torna-se visível a componente multidisciplinar e intersectorial da ECCIC. Neste sentido, participou-se em dois tipos de reuniões distintas: a reunião semanal da equipa da UCCC, com discussão de casos da ECCIC, onde participam todos os profissionais pertencentes à equipa; e a reunião da ECCIC com as entidades parceiras. Salienta-se, embora

que a diferentes níveis, o esforço de se traçarem objetivos comuns de intervenção, quer no que diz respeito às estratégias de abordagem das situações de cuidados, como a definição de prioridades e de objetivos. Todo processo de planeamento destas reuniões foi efetuado pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, em que a própria intervenção a que se chegou a consenso, a este era acometida a responsabilidade de implementação, podendo relacionar-se com a especificidade do contexto.

Conferências Familiares

Esta estratégia de intervenção familiar constituiu-se mais um ganho adquirido no decorrer do ensino clínico. Desenvolvida pela equipa de forma empírica, e pouco estruturada, baseava-se numa reunião planeada, com a participação de todos os profissionais e parceiros envolvidos num processo de cuidados, com uma família cuidadora, debatendo determinado problema que se agravava ou que se não resolvia.

Em Promoção da Saúde, a mediação é um processo através do qual diferentes interesses (pessoais, sociais, económicos) de pessoas e comunidades em diferentes setores, procuram decisões convergentes de forma a promover e a proteger a saúde, o que pode levar à ocorrência de conflitos. Esses podem emergir de questões como acessibilidade, utilização e distribuição de recursos, ou constrangimentos nas práticas individuais ou organizacionais (OMS, 1998). Organizar uma Conferência Familiar sem ter substrato científico que a sustente é contribuir para o insucesso, pela dificuldade estratégica de mediação do problema e de envolvimento dos atores.

Foram três as conferências familiares em que foi possível participar. Estas sendo divergentes na essência do problema que levou à sua convocação, foram similares no procedimento e nos resultados. Todas foram planeadas e organizadas pelo EEEECSP; em todas as situações o enfermeiro teve necessidade de interceder no sentido de conseguir que outros técnicos e profissionais parceiros despendessem do seu tempo e “boa vontade” para se sentar e debater um problema de determinada pessoa/família; todas ocorreram no centro de saúde; de nenhuma foi efetuado documento de registo de ocorrência; nenhuma teve no imediato resultados visíveis. Nem todas as famílias necessitarão certamente deste tipo de abordagem, certo é que reunir vários membros da família pode tornar a comunicação mais clara, pode facilitar a adesão, melhorar o controlo sintomático e diminuir o sofrimento (NETO, 2003).

Identificando o problema, emergiu na UCCC a necessidade de aprofundar conhecimentos na mobilização desta estratégia e de criar um documento de registo que tornasse visíveis os compromissos assumidos quer pela família, quer pelos profissionais presentes. Efetuada uma revisão bibliográfica selecionaram-se artigos de cariz científico, que serviram de suporte para o desenvolvimento de uma ação de formação em serviço (Anexo VIII) com todos os elementos da equipa multidisciplinar, da qual resultou uma Norma de Procedimento para a realização de Conferências Familiares (Anexo IX) e um instrumento de registo, que a equipa se encontra a validar.

1.2. PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR

A Saúde Escolar é o referencial do sistema de saúde para tornar a promoção e a educação para a saúde uma realidade junto da comunidade educativa. No concelho do Cartaxo a Equipa de Saúde Escolar existe há cerca de 15 anos letivos. Na escola, o trabalho de promoção da saúde com os alunos tem como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer” para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e atuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Dos técnicos de saúde espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *Empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde (PNSE, 2006).

Reunião da Equipa de Saúde Escolar e do Projeto de Educação para a Saúde

A equipa nuclear de saúde escolar na UCCCC é constituída por uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária (responsável pela equipa), uma terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, higienista oral e psicóloga clínica, contando também com a colaboração esporádica de outros técnicos do município. Mensalmente esta equipa reúne, tendo como objetivos principais discutir e sinalizar casos identificados, fazendo também o ponto de situação dos casos em seguimento, e das medidas corretivas implementadas ou a implementar. De notar que, em quase todas as circunstâncias, os mesmos técnicos e as mesmas crianças se cruzam, no seguimento dos diferentes projetos em que se inserem. No contexto da saúde escolar, existe, também implementado o Projeto de Educação para a Saúde, que reúne mensalmente a EEECSPP responsável da de saúde escolar com os professores coordenadores da educação para a saúde das diferentes escolas do agrupamento.

Monitorização dos Exames Globais de Saúde aos 5/6 anos e 11/13 anos

Uma das atividades inerentes à equipa de saúde escolar, em que foi possível participar, foi a monitorização das fichas de ligação com a escola, preenchidas aquando da realização do exame global de saúde pela equipa de família. Implicou, a identificação e monitorização, nas fichas de ligação, das crianças em que foram identificadas alterações de desenvolvimento psicomotor, afetivo, de visão ou de audição, entre outras, bem como estabelecimento de contacto com a escola ou com a família, no sentido de verificar se houve algum encaminhamento, se é necessário intervir a este nível ou se o problema identificado, à data da realização do exame global de saúde, se resolveu.

A intervenção do EEECSPP, no caso das crianças com necessidades educativas especiais, passa pela avaliação da situação com outros profissionais, de acordo com o problema identificado, assim como pela elaboração conjunta do perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde do aluno e do plano educativo individual (PEI).

Foi possível acompanhar o enfermeiro especialista na monitorização das intervenções definidas neste plano, salientando-se o constante envolvimento familiar, e a analogia entre aquilo que pode ser modificado quando a família é parceira e tem um papel ativo no processo de cuidados.

Educação para a Saúde no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva

Aqui, participou-se numa SES na Escola EB 2, 3 de Pontével, para uma turma de oitavo ano. No âmbito da sexualidade, a equipa de saúde desenvolve três sessões com cada uma das turmas, uma em cada período letivo. A primeira utiliza a “caixa de perguntas” onde se identificam necessidades de informação; a segunda direcionada para as necessidades identificadas na primeira, mas em que o objetivo é sobretudo desenvolver a temática dos afetos e construção de uma sexualidade responsável; e a terceira sessão é direcionada para a demonstração dos diferentes métodos contraceptivos e desmistificação de situações. Na sessão acompanhada foram abordados conteúdos como: conceito e diferentes dimensões de sexualidade; qualidades do parceiro; distâncias nas relações interpessoais; distinção entre os conceitos de sexualidade, afetividade e genitalidade; o conceito de relação (respeito, amizade/amor, empatia e confiança); o espaço social versus o espaço de segurança.

Gabinete de Apoio ao Aluno

O DECRETO-LEI nº120/99 regulamenta que deve “ser promovida a criação de um gabinete de apoio aos alunos, que entre outras finalidades a definir pela escola, (...), realizará ações diversas para promoção da educação para a saúde”. Assim, a EEECSPP responsável pela Saúde Escolar na UCCC procede ao atendimento quinzenal de alunos em horário e espaço próprio cedido pela escola. Refletindo acerca dos atendimentos em que se participou, salienta-se a abordagem, o avaliar o grau de perceção que a criança tem do problema, da influência deste no estabelecimento de relações na sua saúde e bem estar. Aqui a reflexão incidu sobre a forma como a enfermeira, salientou o potencial de participação e resolução do problema que ela (criança) identificou como tal, tendo-se obtido resultados visíveis em virtude da intervenção de enfermagem.

Articulação com a Equipa de Saúde Pública

Identificada pela Equipa de Saúde Pública uma situação de pediculose (*Pthirus Pubis*) em crianças de um jardim de infância, foi dado o alerta urgente de intervenção para a equipa de saúde escolar. Esta veio a acontecer, devido à excelente articulação de ambas as equipas de saúde com a escola e desta com os pais. A estratégia adotada foi a da manutenção do sigilo relativamente às crianças infetadas, com convocação de uma reunião de pais para uma sexta-feira, em horário pós laboral, no sentido de que todas as medidas antidesparasitantes pudessem ser tomadas no fim de semana, assim como a identificação dos principais sintomas que o pedículo pode causar. Neste âmbito, todo o circuito funcionou de forma célere e eficaz, tendo a situação sido controlada em 24 horas.

1.3. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CRIANÇAS E JOVENS

Este programa desenvolve-se em articulação contínua com os Programas de Saúde Escolar, de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes, e com outros projetos desenvolvidos em parceria pela UCCC, nomeadamente o Projeto de Intervenção Integrada do Concelho do Cartaxo e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.

Intervenção Precoce Integrada do Concelho do Cartaxo

O IPICC encontra-se implementado desde 2001, em protocolo ao abrigo do DESPACHO Nº 891/ 99 onde se prevê uma intervenção integrada junto de crianças e respetivas famílias dos 0 aos 6 anos de idade, com risco biológico, estabelecido e/ou social. São vários os técnicos parceiros de entidades que integram o projeto: Cruz Vermelha, Educação, Segurança Social, Autarquia, IPSS's do Cartaxo. Participou-se em: reuniões da equipa de Intervenção Precoce na Infância; avaliação multidisciplinar para triagem dos casos referenciados; intervenção à criança e à família; avaliação do desenvolvimento cognitivo e psicomotor; reunião com família para elaboração/atualização e implementação do PIAF.

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

A CPCJ do Cartaxo encontra-se implementada no concelho desde 2000 ao abrigo da PORTARIA Nº1226/2000 e desenvolve a sua atividade de acordo com a LEI Nº 147/99 de 1 de setembro, Lei de Proteção das Crianças e Jovens em Perigo. Atualmente, a representante do setor da saúde é EEECS, gestora de cerca 40 casos de crianças em perigo, desenvolvendo atividades em todas as áreas inerentes aos seus processos. Assim, foi possível colaborar nas seguintes atividades: participação nas Reuniões da Comissão Alargada; coordenação e acompanhamento de processos de promoção/ proteção implementados.

1.4. PROGRAMA DE LUTA CONTRA AS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Este programa inclui sobretudo os projetos desenvolvidos pela UCCC em parceria com outras entidades do concelho, sobretudo de cariz social, onde a vertente da saúde desempenha um papel de mediação.

Núcleo Local de Inserção do Concelho do Cartaxo

O NLI tem como objetivo promover a autonomia das famílias beneficiárias de Rendimento Social de Inserção através da sua integração laboral, social e comunitária. Os setores envolvidos são a Segurança Social, a Saúde, a Educação, a Autarquia e o Centro de Emprego e Formação Profissional e existe ainda parceria com IPSS's do concelho do Cartaxo. O NLI tem dois tipos de reuniões, as gerais para elaboração do plano de ação e avaliação anual, e as de acompanhamento para avaliação das situações diferidas, revisão de acordos de

inserção, onde foi possível participar, tendo o enfermeiro um papel significativo nos programas de saúde materna, planeamento familiar e PNV.

Rede Social

A Rede Social foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º197/97, de 18 de novembro. Iniciou-se em março de 2004, com a realização do Pré Diagnóstico Social, e Diagnóstico Social em 2006, estando a saúde representada nos vários grupos de trabalho constituídos, com maior responsabilidade em áreas como a Infância, Juventude, Idosos Dependentes e Pessoas com Deficiência. A participação no NE e CLASC permite à UCCC conhecer melhor o grupo populacional por quem é responsável, contribuindo com a sua intervenção ativa e integrada. Foi possível participar, nas reuniões do NE e CLASC; e da Comissão Social de Freguesia. Salienta-se o BMCC (em tentativa de implementação), uma necessidade sentida pela comunidade e pela equipa da UCCC, em virtude das crescentes carências económicas. Identificado o problema e o número de famílias a necessitar de apoio, cerca de vinte, a coordenadora da UCCC solicitou que durante o período do ensino clínico se desenvolvessem algumas diligências que pudessem contribuir para edificação do projeto. Aceite o desafio efetuou-se pesquisa bibliográfica não se tendo encontrado projetos de caráter idêntico ou legislação de suporte, sendo um dos principais obstáculos à implementação o próprio ato de doar um medicamento, a fim de este ser entregue a uma pessoa para a qual não foi prescrito. Por outro lado, o projeto obedece a critérios rigorosos de manutenção e conservação de medicamentos, implicando o desenvolvimento de parcerias e custos elevados. Elaborou-se o Regulamento Interno (Anexo VI) a aguardar avaliação pelo CLASC.

1.5. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO CONTÍNUA

Este projeto pretende criar espaços de partilha, de conhecimentos e experiências que permitam a todos os elementos da Unidade ter a oportunidade de desenvolver e melhorar as suas competências. Existindo o espaço como prática comum, a abertura e o envolvimento no projeto de intervenção foi imediata. É neste contexto que emergem as duas reuniões de formação interna desenvolvidas. Uma submetida ao tema do projeto de intervenção em desenvolvimento, cujo objetivo geral foi envolver a equipa da UCCC, demonstrando a importância da implementação do conceito de empoderamento na prática clínica (Anexo VII). Outra, de formação à equipa no contexto das estratégias de mediação e resolução de conflitos em conferências familiares (Anexo VIII). Ambas as sessões tiveram a participação de quase todos os elementos da equipa multidisciplinar, tendo sido dois momentos de ampla discussão e reflexão acerca da prática clínica diária, com identificação de oportunidades de melhoria e de esclarecimento de procedimentos. Nesta perspetiva, foi gratificante, no percurso formativo e de construção de competências de EEECS ter contribuído para a prática reflexiva e fundamentada.

PROJETO DE INTERVENÇÃO

2. NATUREZA E ENQUADRAMENTO

O desenvolvimento de um projeto de estágio no âmbito da Enfermagem comunitária, direcionado para a temática da promoção da saúde por intermédio da estratégia do empoderamento revelou-se uma oportunidade de crescimento. A participação direta nas atividades desenvolvidas pela UCCC contribuiu para a construção deste percurso reflexivo. Nesta ótica intervir em saúde requer conhecer a realidade do ponto de vista epidemiológico e do sistema, o grau de satisfação das pessoas com os serviços, o nível de literacia, os códigos e canais de comunicação já estabelecidos, assim como o carácter da sua intervenção na vida política, social e ambiental (LOUREIRO e MIRANDA, 2010).

Procurou-se assim, analisar o contexto de cuidados, partindo da pergunta efetuada: “*Como se implementa o Empoderamento no contexto da prática clínica em Enfermagem Comunitária?*”. Utilizando a metodologia investigativa, a qual se passará a apresentar.

Será, por ventura, fundamental que se clarifique desde já a opção de utilizar o termo de “Empoderamento” e não de “*Empowerment*”. Quando desmontamos a palavra “**em** (prefixo de origem latina, que significa “para dentro) - **poder** (de entre os seus múltiplos significados, salienta-se “ter força, possibilidade, autoridade, influência para...” - (a) - **mento** (sufixo de origem grega, de ação ou resultado dela)” (CUNHA, 1992). Podemos por ventura ver desconstruídas muitas das dúvidas acerca da utilização desta palavra com carácter científico, que consta no dicionário da língua portuguesa como um neologismo, estrangeirismo e aportuguesamento, DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001), onde é definido como “obtenção, alargamento ou reforço de poder”. Quanto ao verbo inglês “*to empower*”, para além dos sentidos de “autorizar” e de “proporcionar”, ele também significa “promover a afirmação ou a influência”. Parece assim fazer sentido em português falarmos de empoderamento, sendo este o termo que se irá adotar no decorrer deste relatório.

O conceito de Empoderamento tem sido examinado em diversas disciplinas e campos profissionais com uma larga variedade de definições, a partir de diferentes alcances: individual, organizacional e comunitário. No seu sentido mais geral, refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controlo sobre forças pessoais, sociais, económicas e políticas para agir na direção da melhoria da sua situação de vida.

Sendo um conceito muito estudado dentro das minorias, quais os motivos que terão levado as organizações mundiais a considerá-lo como um conceito fundamental a desenvolver e a implementar. A OMS (1986) define como primordial objetivo minimizar as desigualdades perante a saúde, para que todos tivessem acesso aos recursos económicos e sociais que lhes

permitted to preserve their health potential, in order to provide, by 2000, a level of health that would enable the adoption of a economically productive life.

In the Declaration of Jakarta, in 1997, it is reinforced the importance of placing people at the center of the decision-making process for the promotion of their health. Thus, it is preconized that reforms must promote the decision-making between the person and the caregiver in a context of continuity of care, taking into account a determined cultural context, still referring to the need for empowerment of the citizen (WHO, 1998).

At the international level, several studies of investigation indicate that the problem of empowerment, in the context of health, has been the target of attention by the scientific community. These suggest a set of more valuable, whether at the level of improvement in the quality of life of the individual/family and group/community and its capacity for decision-making, or the reduction of dependence on these in relation to health professionals, through the use of this construct for the development of a participatory culture in the area of Health (WHO, 2006; NEUHAUSER, 2003; HOWORKA, 2000).

In our country, the empowerment of the citizen seems to be still in an initial phase of its development and implementation. CRAVEIRO (2000) refers that *Empowerment* is still incipient in the Health System, given its development being dependent on the recognition of its role by the various partners, fundamental in the practice of Community Nursing. For its part, MESQUITA (2003) defends civil associativism as a strategy of *Empowerment* of the citizen in the health system, at the collective and individual level. This approach requires a change, on the one hand, in the culture of Health Systems, and on the other, in the attitudes of professionals, mainly in relation to the sharing of power and the recognition of the capacities of those who are cared for. Among others, the bureaucratic, medicalized mechanisms and the routines institutionalized make it difficult the development of this competence of the citizen in Health and in the professional, justifying the interest in reflecting on this theme, in the development of this formative process.

2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE E A COMUNIDADE COMO CLIENTE

Reflecting on health promotion implies looking at everything that surrounds us as if diseases did not exist. Not in the sense of the expression, but because it implies anticipating the health/disease processes before they are instituted. "Health promotion can be defined as the set of efforts made collectively and individually to concretize the maximum health potential that we can aspire to" (LOUREIRO E MIRANDA, 2010).

Revisiting the concept defined by WHO (1998) of Health Promotion emerges "the process of capacitating people in the sense of improving the control they have over their health". Explained in this way it seems too simplistic comparatively to the difficulties

de implementação prática da sua filosofia. A promoção da saúde procura evitar o desequilíbrio, assentando na compreensão dos determinantes de saúde, sobre os quais é imperativo atuar. A prevenção primária, secundária e terciária, parte do ponto de vista teórico e prático do conceito de “doença”, enquanto a promoção da saúde se desenvolve em torno do conceito de “saúde” e “bem-estar”, colocando o seu ênfase no aumento das capacidades e resistências dos indivíduos, grupos e comunidades para lidar de forma positiva com os fatores adversos da sua vida.

Esta perspetiva integra os valores da democracia e do empoderamento dos cidadãos e das comunidades e procura explicar os fenómenos de saúde e de doença segundo uma abordagem sistémica, sendo neste paradigma que se propõe refletir sobre a temática. Contudo, quando o cliente alvo de cuidados é a comunidade múltiplos sistemas estão em interação, independentemente do nível a que os cuidados são prestados.

SHUSTER e GOEPFINGER in STANHOPE e LANCASTER (2011) referem que apesar de se ter vindo a dar enfoque à prática de enfermagem centrada na comunidade, muitos enfermeiros continuam a prestar cuidados orientados para o indivíduo e para a família, inseridos na comunidade, permanecendo esta a abordagem mais popular. A comunidade é o cliente apenas quando o foco do enfermeiro é o coletivo ou o bem comum da população e não a saúde individual, ou seja, embora o enfermeiro possa trabalhar com indivíduos, famílias, grupos, agregados, instituições ou dentro de uma população, as mudanças daí resultantes têm de afetar toda a comunidade. Mesmo que as decisões sejam tomadas a nível individual, porque a saúde individual está relacionada com a saúde da população como um todo, melhorar a saúde da comunidade permanece o principal objetivo da intervenção de enfermagem na abordagem na comunidade como cliente.

Nesta perspetiva, os mesmos autores defendem ainda que os participantes no processo de cuidados têm de se posicionar a si próprios como integrantes de um coletivo. Isto significa partilhar não só o poder (empoderamento), mas também a responsabilidade dos resultados da intervenção. Esta lógica só será possível se o enfermeiro adotar dois conceitos chave na sua prática: saúde comunitária e trabalho em parceria.

O modelo conceptual mais consensualmente utilizado na prática da Enfermagem Comunitária é o Modelo dos Sistemas de BETTY NEUMAN (1995), por ser aquele que define enfermagem como sendo a “única interessada no modo como as diferentes variáveis afetam os clientes no seu ambiente”. Enfatiza a prática de enfermagem como um todo, no qual, qualquer parte do sistema ou subsistema pode organizar-se como um todo relacionado, que idealmente funciona como um sistema total. Dos principais pressupostos do modelo identificados, salienta-se o conceito de pessoa enquanto sistema cliente que pode ser o indivíduo, a família, o grupo, a comunidade ou questão social. Sendo esta caracterizada como um composto dinâmico de Inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. Assim, é perspetivado como estando em constante mudança ou deslocação, em interação recíproca com o ambiente (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). O conceito de ambiente é definido como, todos os fatores internos, externos e criados que rodeiam e/ou interagem com

o cliente. Segundo as mesmas autoras, NEUMAN (1995) considera o seu trabalho como um modelo de bem-estar, pois perspetiva a saúde como um contínuo do bem-estar, ou estabilidade ótima, sendo consensual com a perspetiva de promoção da saúde.

A perspetiva sistémica permite ao enfermeiro comunitário desenvolver uma prática enriquecedora baseada nas variáveis que caracterizam determinada comunidade, abandonando práticas estereotipadas e visões unilaterais e redutoras. Sendo uma disciplina viva e em evolução, a enfermagem tem de responder face aos novos contextos de trabalho, redimensionando as suas práticas e as relações que estabelece com os seus clientes, assumindo a responsabilidade pelo reequilíbrio dos indivíduos e das coletividades, tendo por referência, entre outros, indicadores epidemiológicos, padrões de qualidade e objetivos estratégicos (JEREMIAS e RODRIGUES, 2010), justificando a importância da abordagem do empoderamento enquanto prática clínica da enfermagem comunitária.

Outra das teóricas de enfermagem que se tem debruçado sobre a temática da promoção da saúde, e da qual interessa mobilizar alguns contributos é NOLA PENDER (2002) com o seu Modelo de Promoção da Saúde (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Esta identifica os fatores cognitivos e percetivos como os principais determinantes no comportamento de promoção da saúde. Salienta-se o conceito de autoeficácia percebida, como sendo o julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar um comportamento de promoção da saúde. A autoeficácia percebida influencia as barreiras percebidas à ação e conseqüentemente a mudança comportamental do sistema.

Neste contexto, perspetiva-se que o cliente alvo de cuidados de enfermagem na comunidade, qualquer que seja o sistema que influencie ou seja influenciado, possa melhorar o seu nível de bem-estar, implicando um compromisso e responsabilização de todos os sistemas em interação, assim como a perceção dos benefícios para o sistema cliente/indivíduo, família, grupo ou comunidade. É mediante estes pressupostos que se procura refletir acerca da prática clínica vivenciada, considerando que o enfermeiro comunitário é um mediador entre o saber baseado na evidência e a aplicabilidade deste no seu contexto de cuidados.

Assim, na abordagem da promoção da saúde é necessário evoluir de uma intervenção centrada na relação com o sistema cliente, para uma prática em que se invista na competência deste, ao tornar-se um agente ativo nessa interação capaz de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário (JEREMIAS e RODRIGUES, 2010).

2.2.A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EMPODERADORA NA COMUNIDADE: CONCEITO E DOMÍNIOS

A OE define no Regulamento nº128/2011 o perfil de competências específicas do EEECS, onde pode ler-se que este enfermeiro é aquele que, tendo em conta a formação especializada que desenvolveu, adquiriu competências que lhe permitem “participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de

saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e «*empowerment*» das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva”. Sendo uma das quatro competências definidas para esta especialidade “contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades”.

Distinguem-se então dois tipos de empoderamento, o individual e o comunitário. Partindo do referencial teórico resta apresentar o conceito direcionado para a comunidade. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública tem de ser um ator ativo neste cenário, ao assumir para si o papel de promotor de saúde. “Apesar de não existir um modelo universal de *empowerment*, «*fazer com*» em vez de «*fazer para*» foi apresentado como chave para um maior envolvimento capacitante das populações. Este princípio concretiza-se na disponibilização, por exemplo de tempo para informar, ouvir, promover e gerir a mudança” (GUBERNATIS e FRANCO, 2008).

Neste sentido, optou-se pelo conceito de empoderamento comunitário definido por LAVERACK (2008), por estar diretamente relacionado com o de promoção de saúde apresentado e por ser dirigido especificamente para o contexto da comunidade. O autor define empoderamento comunitário quer como um processo, quer como um resultado. Como processo, opta pelo paradigma sistémico, onde o define como um processo interativo e contínuo em que o promotor de saúde pode intervir em qualquer momento, em qualquer sistema. Como resultado, o empoderamento comunitário dependerá do ambiente e de todos os sistemas em interação, indivíduo, grupo ou comunidade, na perspetiva sempre da melhoria da saúde e do bem-estar coletivo, sendo certo, que este só acontece ultrapassada a barreira individual, considerado como um processo dinâmico e infinito, que implica mudanças constantes no empoderamento pessoal (poder interior) e transformações nas relações de poder superior entre sistemas sociais. Enquanto promotor de saúde o enfermeiro poderá maximizar o empoderamento de uma comunidade quando consegue que o sistema cliente passe da ação individual para a coletiva.

Esquema Nº1 – Empoderamento Comunitário como um Contínuo



(Adaptado de LAVERACK, 2008)

O autor apresenta esquematicamente um conceito dinâmico, complexo, que articula os vários níveis de empoderamento, desde o pessoal ao organizativo, através da ação da comunidade. A criação de organizações comunitárias é um passo decisivo no processo de empoderamento comunitário, é nessa fase que os indivíduos podem desenvolver competências

necessárias à mobilização de recursos, à liderança, à avaliação de problemas e à consciência crítica. A intervenção pode começar em qualquer fase do contínuo, certo é que só haverá comunidades empoderadas se houver indivíduos e organizações empoderados. São ainda definidas algumas características facilitadoras do empoderamento comunitário, nomeadamente: promotores de saúde com competências analíticas, comunicativas e pensamento crítico, neste contexto enfermeiros; apoio dos pares na utilização deste tipo de abordagem; flexibilidade das estruturas hierárquicas; políticas internas favoráveis à abordagem, uma vez que estas podem limitar bastante a autonomia do promotor da saúde.

Assim, (LAVERACK, 2008) define nove domínios operacionais de empoderamento comunitário, para uma prática de promoção da saúde empoderadora.

Esquema Nº2 – Domínios Operacionais de Empoderamento Comunitário



(Adaptado de LAVERACK, 2008)

A **participação**, descreve o envolvimento individual e coletivo, o desenvolvimento de competências e capacidades para a tomada de decisão; a **liderança** refere-se à orientação da participação, onde os líderes são normalmente organizadores externos à comunidade; as **estruturas organizativas** da comunidade são os elementos organizativos nela existentes, que representam as formas de organização das pessoas, na perspetiva de identificar problemas, ajudar à sua resolução e planear a intervenção; a **apreciação de problemas** direciona-se para a forma como a comunidade identifica os fatores problemáticos e de desequilíbrio, distinguindo-se dos agentes externos (que só identificam necessidades), pois apreciar a existência de algum problema pode implicar a necessidade de desenvolver novas aptidões ou competências; a **mobilização de recursos** (internos ou externos), refere-se à capacidade que a comunidade possui para mobilizar recursos internos e para negociar os externos, sendo um indício de um elevado nível de competência, organização e, conseqüentemente, de empoderamento; o **questionamento** diz respeito, à capacidade que a comunidade tem de apreciar criticamente os seus problemas e causas contextuais, e desenvolve estratégias para que ocorram mudanças aos mais diversos níveis; a **ligação aos outros** inclui parcerias, coligações e alianças para a

saúde, demonstrando a capacidade da comunidade para desenvolver relações com grupos e organizações diferentes e capacidade de trabalho em rede; o **papel dos agentes externos** direciona-se para aqueles que ajudam a comunidade a mobilizar-se a aceder aos recursos, podendo ser estes a desencadear e fomentar o processo de empoderamento comunitário; a **gestão do programa**, parte do princípio que os promotores de saúde se preocupam com a sustentabilidade dos programas e que a motivação para recorrerem a uma abordagem de empoderamento comunitário, tem em vista a gestão permanente desses programas. O autor justifica que estes domínios não são absolutos, cada um deles pode ser encarado como interdependente dos outros, pois cada um deles pode influenciar individual e interdependentemente a eficácia dos programas de promoção de saúde e a capacidade empoderadora dessa prática numa comunidade. Estes domínios derivam de bibliografia teórica e empírica abundante, já foram testados em vários países e são usados por muitos promotores da saúde, em variadíssimos contextos (LAVERACK, 2008).

Refletir acerca da prática de enfermagem na comunidade é, sem dúvida uma tarefa complexa. A teorização apresentada é disso um reflexo, tal como a diversidade de atribuições e conceitos definidos para o empoderamento. Salienta-se no contexto, o facto de a literacia estar diretamente relacionada com o envolvimento do sistema cliente no seu processo de saúde. A prática reflexiva postula implicitamente que a ação tem vínculos numa representação (PERRENOUD, 2001). Desconstruir o *habitus* instituído, exige um questionamento constante, sendo a mobilização da prática baseada na evidência uma ferramenta imperativa para a prática clínica.

2.3. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica; a pergunta pode ser sobre causa, diagnóstico, prognóstico de um problema de saúde; mas frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a resolução deste (GALVÃO, SAWADA e TREVIZAN, 2004).

A capacidade de questionamento da ação, na lógica da afirmação da enfermagem enquanto disciplina da promoção da saúde, não pode emergir, por si só, da experiência adquirida, tem de ser sustentada em evidência científica, capaz de equacionar as práticas instituídas e de apresentar alternativas de melhoria. O enfermeiro quando desenvolve a sua intervenção em cuidados saúde primários, direcionado para a promoção da saúde não pode esperar resultados visíveis a curto prazo, por isso a sua prática deve ser sustentada e projetada a médio e longo prazos, facto que só conseguirá quando revelar e demonstrar a importância do seu papel, sendo aqui que a cientificidade da sua prática deve ser encontrada.

Ressalta-se que esta abordagem difere, amplamente, das revisões bibliográficas narrativas convencionais, uma vez que demanda uma sequência de etapas cuja metodologia é claramente explicitada, com técnicas padronizadas e passíveis de reprodução (LOPES e FRACOLLI, 2008), sendo uma das metodologias mais seguidas, aplicadas à evidência em

enfermagem a proposta por EVANS e PEARSON (2001). Esta ferramenta emerge como um instrumento básico de enfermagem, perspetivando fundamentar a singularidade das situações de cuidar e de questionamento constante. Seguindo os referidos autores, como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a pergunta de investigação:

“Como se implementa o Empoderamento (I) na perspetiva da Promoção da Saúde na comunidade (O), por intermédio da prática clínica em Enfermagem Comunitária (P)? (formato PI[C]O).

Procurando implementar a metodologia, foi definido o seguinte objetivo: Descrever o empoderamento na perspetiva da promoção da saúde e da comunidade como cliente, pela prática baseada na evidência.

Como critérios para a formulação da pergunta foram definidos os seguintes:

Quadro Nº2 – Critérios para a Formulação da Pergunta Formato PI[C]O

P	Participantes	Quem foi estudado?	Enfermeiros.	Palavras-chave:
I	Intervenções	O que foi feito?	Implementação do Empoderamento	Community Health Nursing Empowerment
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	<i>Outcomes</i>	Resultados/efeitos ou consequências.	Promoção da Saúde na Comunidade	

As bases de dados eletrónicas observadas: pela plataforma EBSCO foram a CINAHL Plus with Full Text e a MEDLINE with Full Text. Foram procurados artigos científicos publicados em texto integral em 2011.01.06, publicados entre 2000.01.01 e 2011.01.06, usando as seguintes palavras-chave, na sequência apresentada: **Community Health Nursing AND Empowerment¹**, para os quais se obteve um total de 95 artigos. Aplicando o filtro cronológico já mencionado, prevaleceram 73 artigos com relevância. No sentido de se poder proceder à seleção dos artigos no âmbito da temática, procedeu-se à leitura do título e do resumo, tendo como ponto de partida os seguintes critérios de Inclusão/Exclusão.

Quadro Nº3 – Critérios de Inclusão/Exclusão dos Estudos

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Estudos onde a população alvo fossem os enfermeiros; - Estudos desenvolvidos em contexto comunitário; - Estudos onde a abordagem do empoderamento fosse apresentada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos em que a população alvo não fosse os enfermeiros; - Estudos desenvolvidos em contexto hospitalar, ou outras instituições de saúde; - Estudos com data anterior 2000; - E todos aqueles sem correlação com a temática em estudo.

¹ Conceitos verificados na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

A utilidade de qualquer revisão sistemática depende largamente da qualidade dos estudos incluídos nela. A avaliação crítica consiste na fase onde todos os estudos selecionados são avaliados com rigor metodológico, com o propósito de averiguar se os métodos e resultados das pesquisas são suficientemente válidos para serem considerados (GALVÃO, SAWADA e TREVIZAN, 2004). A busca de estudos realizada de forma ampla, sistematizada, com o mínimo de viés, consiste num dos aspectos que diferencia a revisão tradicional da revisão sistemática.

Por conseguinte, apresenta-se o protocolo de pesquisa, onde se demonstra o percurso efetuado (Anexo III). Após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, encontraram-se 9 artigos. Estes foram lidos na íntegra, dos quais se selecionaram 4, que se constituem como um dos pilares para a elaboração da discussão e respetivas considerações finais, tendo sido classificados por uma escala de 7 níveis de evidência. Dos quatro artigos selecionados, três encontram-se no nível seis de evidência e um no nível quatro (GUYATT; RENNIE [2002] e HARRIS [2001], adaptados por MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005)².

2.3.1. Contributo da Evidência Selecionada

Todos os estudos tiveram como participantes “*Public Health Nurses*” (PHN), ou seja, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, sendo de abordagem predominantemente qualitativa.

Quadro Nº4 – Apresentação das principais conclusões dos estudos filtrados na revisão sistemática de literatura

Título do Estudo/Autores	População	Principais Conclusões
<p>“Public Health Nurses, Primary Health Care Practice: Strategies for Fostering Citizen Participation”</p> <p>ASTON, M., STEWART, D., EDWARDS, N., e YOUNG, L. (2009), <i>Journal of Community Health Nursing</i>, 26:24–34, 2009, Copyright © Taylor & Francis Group</p> <p>(Nível de Evidencia VI: Estudo qualitativo)</p>	147 PHN (Public Health Nurses)	<ul style="list-style-type: none"> • É importante a capacidade de construir relações de parceria e promover o controlo dos cidadãos que os enfermeiros têm; • Os enfermeiros constroem a capacidade, as parcerias e o próprio controlo dos cidadãos através de: relações de confiança; promoção de competências e de confiança pessoal; estratégias educacionais de empoderamento; integrar uma rede social de apoio; identificar fatores facilitadores e dificultadores deste tipo de prática. • Estratégias: partir da perspectiva do cliente e da sua leitura do problema, para poder introduzir uma intervenção holística; ser mediadores entre os clientes e os serviços; facilitadores, educadores e advogados no processo de empoderamento.
<p>“Effects of an Empowerment-Based Education Program (EBEP) for Public Health Nurses in Taiwan”</p>	41 PHN	<ul style="list-style-type: none"> • O EBEP melhora nos PHN o empoderamento psicológico (competência), produtividade no trabalho e comportamentos

² Modificado por GUYATT; RENNIE (2002) e HARRIS (2001, adaptados por MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005) propõem vários níveis de evidência: Nível I: Revisão Sistemática ou Meta-análise de estudos experimentais relevantes ou, guidelines da prática clínica baseada em revisões sistemáticas; Nível II: Estudo Experimental; Nível III: Estudo Experimental sem randomização; Nível IV: Estudos de Caso-Controlo ou Coorte; Nível V: Revisão Sistemática de Estudos Descritivos e Qualitativos; Nível VI: Estudo Descritivo e Qualitativo; Nível VII: Opiniões de autoridades e relatórios de comités *experts*.

<p>LI-CHUNG CHANG; CHIEH-HSING LIU; EDWIN HAN-WEN YEN (2008), <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 17, pp.2782–2790, Blackwell Publishing Ltd</p> <p>(Nível de Evidencia IV: Estudo caso-controlo)</p>	<p>(29 no grupo experimental e 32 no grupo controlo);</p>	<p>de educação para a saúde inovadores;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competência e impacto são <i>outcomes</i> críticos para as intervenções de empoderamento; • Centralidade na perspetiva motivacional para o empoderamento, onde o ciclo de Diálogo-Reflexão-Ação contribuiu para que os enfermeiros pudessem melhorar a sua autoconfiança e encorajar uma intervenção inovadora.
<p>“Home Health Care Nurses: perceptions of Empowerment”</p> <p>WILLIAMSON, K. (2007), <i>Journal of Community Health Nursing</i>, 2007, 24(3), pp.133–153, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.</p> <p>(Nível de Evidencia VI: Estudo qualitativo-quantitativo)</p>	<p>15 PHN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros líderes, desempenham um papel vital na construção de um ambiente de trabalho promotor do empoderamento; • Demonstrou que a percepção de empoderamento não parte de fora do indivíduo, mas do enfermeiro; • O empoderamento ocorre na interação entre enfermeiro / utente e com os outros prestadores de cuidados de saúde, onde a mediação feita pelo enfermeiro, tem base na comunicação e na colaboração.
<p>“Empowerment as a Process of Evolving Consciousness: A Model of Empowered Caring”</p> <p>ADELIN R. FALK-RAFAEL (2001) <i>Advanced Nursing Science</i> 2001; 24(1) pp. 1–16, Aspen Publishers, Inc.</p> <p>(Nível de Evidencia VI: Estudo qualitativo)</p>	<p>24 PHN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O <i>Empowerment</i> é conceptualizado como um processo ativo interno de crescimento, que foi construído no sistema de crenças individual, potencializando as capacidades do cliente, ocorrendo no contexto da interação enfermeiro / cliente; • A participação ativa do cliente é essencial; • Os PHN acreditam que só podem facilitar e não criar o empoderamento nos outros; • Áreas críticas: consciencialização, direito ao controlo em relação à saúde individual e familiar, auscultação das decisões e dos cuidados; • O processo de Empoderamento ocorre interactivamente e com reciprocidade com o cliente; • Para haver empoderamento é necessário: relação de confiança; advocacia; dar informação, desenvolver capacidades (skills) e capacitação.

Todos os estudos são consensuais no que se refere à falta de investigação em enfermagem no âmbito desta temática, assim como da influência que a política de saúde tem na atitude de prestação de cuidados dos enfermeiros, o que não sendo desculpa, se revela uma limitação da implementação prática do empoderamento. Em síntese, e procurando responder ao objetivo definido para esta revisão sistemática de literatura o empoderamento é descrito como um processo construído com base na relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente alvo, assente em competências sólidas de comunicação, que perspetiva a consciencialização e o envolvimento do cliente no seu processo de saúde.

Demonstrando efetivamente que quando este passo é conseguido, os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem verificam-se, sendo certo que o empoderamento de um indivíduo, família ou comunidade tem de ser desenvolvido estrategicamente a longo prazo, para que os comportamentos se enraízem, pois ocorre interativamente e em reciprocidade com o cliente.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

É nesta fase que “... o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões colocadas...” (FORTIN, CÔTÉ E VISSANDJÉE, 2000), constituindo-se cada uma delas como uma estratégia integrada que organiza criticamente as práticas de investigação, num movimento indutivo-dedutivo. De facto, como referem QUIVY e CAMPENHOUDT (1998), no que diz respeito ao método indutivo, este serve os investigadores que se iniciam num terreno que desconhecem, permitindo a construção de novos conceitos e do modelo interpretativo, enquanto no método dedutivo, os investigadores realizam uma construção, tendo por base um conceito postulado como modelo interpretativo do fenómeno.

Na implementação deste projeto, optou-se pela abordagem qualitativa, pois esta caracteriza-se pela produção de dados inerentes à problemática e aos objetivos do projeto, Como referem BOGDAN e BIKLEN (1994), os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas. Para FORTIN, CÔTÉ e VISSANDJÉE (2000), a utilização do método qualitativo implica a preocupação com a compreensão do fenómeno em estudo. O objetivo desta abordagem é descrever ou interpretar, mais do que avaliar. A opção de realizar observação participante e entrevistas semi-estruturadas, sendo estratégias consideradas de eleição para estudos deste teor, esteve inerente ao contexto em análise e ao carácter exploratório do projeto.

A compreensão e reflexão na prática de um conceito para muitos abstrato, considerou-se, também, uma perspetiva crítica da prática dos cuidados de enfermagem na comunidade. AMENDOEIRA (1999) defende que a existência de um ponto de partida é independente da vontade consciente dos indivíduos, sendo que as relações que se estabelecem na prática de cuidados não são irredutíveis ou imutáveis, pelo contrário, o processo vai-se construindo e os seus limites e obstáculos vão sendo revelados e reestruturados na medida em que vão sendo ultrapassados ou integrados. Assim, nesta estratégia procurou conjugar-se várias formas de analisar criticamente e verificar a implementação do empoderamento comunitário, usando em primeira instância a revisão sistemática de literatura (com evidência já demonstrada), de seguida a observação participante e por fim a entrevista semiestruturada.

O carácter humanista da disciplina de enfermagem fundamenta a importância do aprofundamento do conhecimento tendo como ponto de partida a relação estabelecida entre quem cuida e quem é cuidado, na especificidade do contexto/sistema em que ocorre, não procurando generalizações, mas sim especificidades. Sair da dicotomia entre o *sujeito* e o

objeto, obriga-nos à consciencialização de que a realidade é aditiva e não subtrativa, tornando o cuidar em enfermagem imperativamente complexo.

Objetivos do Projeto

Sendo este projeto um singelo treino de investigação, desenvolveu-se aquilo que BOGDAN e BIKLEN (1994) consideram fundamental para se ser investigador, “significa interiorizar-se do objetivo da investigação, à medida que se recolhem os dados no contexto”. Como objetivo central estabeleceu-se analisar criticamente a implementação do empoderamento comunitário, num determinado contexto da prática clínica de enfermagem.

Numa perspetiva orientadora da ação no terreno, elaborou-se um quadro de cruzamento esquemático de todos os objetivos definidos para cada etapa de desenvolvimento do projeto, nunca esquecendo o horizonte máximo proposto, no que se refere ao desenvolvimento de competências enquanto EEECS (Anexo III). Concorda-se com AMENDOEIRA (1999), quando defende que o modo como decorre o processo investigativo depende da forma como somos, dos nossos valores e da nossa personalidade. Esta estratégia teve a finalidade de orientar o percurso e minimizar os “viesses”. Procura-se confrontar o observado com o percebido pelos enfermeiros, sendo transversal o que a evidência propõe para a temática, segundo a revisão sistemática de literatura efetuada. Ou seja, a compreensão da realidade não é atingível apenas pela identificação dos factos, sendo essencial a mediação entre estes, os contextos onde são produzidos e os actores que os produzem, para atingir uma «outra» realidade mais profunda, que emerge desse processo de mediação e de que resulta a clarificação de um campo próprio de saberes, que constituem no campo disciplinar da enfermagem (AMENDOEIRA, 2004).

Campo/Contexto

O facto de se estar a dar continuidade ao percurso já iniciado constituiu uma forma de facilitar o acesso aos participantes, bem como à sua prática e contextos de cuidados, nomeadamente, no campo da prestação de cuidados de enfermagem na comunidade ao indivíduo/família, ao domicílio, à escola, a outros prestadores de cuidados de saúde ou de carácter social, nomeadamente a Rede Social, a Intervenção Precoce ou a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

Participantes

Foram participantes neste projeto sete dos oito enfermeiros que constituem a equipa da UCCC. O enfermeiro não participante, apesar de demonstrar interesse em colaborar, encontra-se na equipa em regime de tempo parcial, o que se revelou um fator dificultador no sentido de observar a sua prática de cuidados na UCC. Assim, segundo RUQUOY (1997), “nos

estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo não se coloca”. Tendo em conta a especificidade do projeto e o seu principal objetivo que é analisar a implementação do empoderamento pelo enfermeiro no contexto da prática clínica em enfermagem comunitária, foi opção incluir todos os enfermeiros que integram a tempo inteiro a equipa de enfermagem da UCCC. Apresenta-se uma caracterização sumária dos enfermeiros da equipa da UCCC.

Quadro N°5 – Caraterização da Equipa incluída no Projeto

N°	Género		Média de Idades	Categoria Profissional	Tempo Médio de Exercício na Profissão	Tempo Médio de Exercício em CSP	Formação em Empoderamento ou Empowerment
	F	M					
7	7	0	38 Anos	2 – Enf. Especialistas em Enfermagem Comunitária; 5 - Enfermeiras	14 Anos	9 Anos	Nenhum elemento na equipa possui

3.1. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE DADOS

Após a definição dos objetivos e do contexto em que o projeto foi implementado, entende-se que as pessoas intimamente envolvidas num ambiente têm dificuldade em distanciar-se, quer de preocupações pessoais, quer do conhecimento prévio que possuem das situações. Deste modo, proceder a uma adequada colheita de dados, foi fundamental pois é esta que nos faculta “os elementos necessários para pensar de forma adequada e profunda acerca dos aspectos da vida que pretendemos explorar” BOGDAN e BIKLEN (1994).

3.1.1.Fase Exploratória

Após a definição da área temática desenvolveu-se a fase exploratória na qual, de acordo com QUIVY e CAMPENHOUDT (1998), se procede à ruptura com o senso comum, que consiste precisamente em romper com os preconceitos e as falsas evidências, que somente dão a ilusão de compreensão das coisas. Realizada uma breve revisão bibliográfica exploratória que visou “essencialmente assegurar a qualidade da problematização” (Idem, 1998), foi possível constatar a escassez de investigação desenvolvida em Enfermagem Comunitária, no âmbito da temática da promoção da saúde pela utilização do empoderamento do cliente de cuidados.

Assim realizou-se uma entrevista exploratória, de forma a determinar se a problemática em investigação era pertinente, para além disto, serviu para treinar a técnica da entrevista, assim como, validar o guião de entrevista a utilizar. QUIVY e CAMPENHOUDT (1998) sustentam “... a entrevista exploratória não tem como função verificar hipóteses nem recolher ou analisar dados específicos, mas sim abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes

de leitura, tomar consciência das dimensões e dos aspectos de um dado problema, nos quais o investigador não teria de certo pensado espontaneamente”. Neste sentido, aquando do estabelecimento de critérios para a seleção do entrevistado, considerou-se que este deveria ser um enfermeiro que integrasse uma equipa de enfermagem numa UCC, no ACES Ribatejo. A seleção do enfermeiro a ser entrevistado teve por base o conceito de «informante privilegiado», isto é, indivíduo que é escolhido por ter um lugar de preponderância na unidade social em estudo, e tem uma visão particular das coisas, a qual o investigador tem que procurar captar e levar em consideração. Solicitou-se o consentimento informado de um enfermeiro a exercer funções numa UCC do ACES Ribatejo³, tendo a entrevista sido realizada no dia 12 janeiro 2011, com acordo prévio face à data, hora e local da entrevista, bem como para a gravação, transcrição e utilização dos conteúdos da mesma (Anexos XIII).

3.1.2. Instrumentos de Colheita de Dados

Nesta perspetiva foram utilizados dois tipos de instrumentos de colheita de dados: guião orientador para realização da observação participante (Anexo XI) e o guião orientador para realização da entrevista semiestruturada, validado após a realização da entrevista exploratória (Anexo XIV).

A observação torna-se uma técnica científica a partir do momento em que passa por sistematização, planeamento e controlo da objetividade (QUEIROZ, VALE, SOUZA e VIEIRA, 2007). De entre os vários papéis de observador, optou-se pelo de observador participante, que tem um papel conhecido publicamente no ambiente e, em que os objetivos são conhecidos pelo sujeito em situação de estudo, (AMENDOEIRA, 1999). Nesta perspetiva, CORREIA (2009) defende que, a observação participante realizada em contato direto, frequente e prolongado do observador com os atores sociais, nos seus contextos culturais, transforma este mesmo num próprio instrumento de pesquisa. Após a elaboração das notas de campo, nas vertentes descritiva e metodológica conforme referenciadas por BOGDAN E BIKLEN (1994), planeou-se o tratamento dos dados de forma a partir para a análise destes. Tentou-se fazer aquilo que AMENDOEIRA (1999) propõe através de “lentes seletivas”, em que o centro de atenção foi sempre a interação desenvolvida entre o enfermeiro e o indivíduo/família. Houve ocasiões como “insider”, pois a participação na interação requeria estar dentro dela e dela fazer parte integrante. Assim como “outsider”, uma vez que foi permitida a observação da interação sem se ser parte dela. Desenvolveu-se uma observação estruturada com a utilização de um guião orientador com itens definidos *a priori* de acordo os domínios operacionais de empoderamento comunitário de LAVERACK (2008), com o objetivo de obter informação acerca do modo como os enfermeiros percecionam o empoderamento que desenvolvem na sua prática de cuidados ao indivíduo/família em ambiente comunitário.

³ Sendo o ACES Ribatejo uma das entidades parceiras da ESSH, e como o projeto era dirigido aos profissionais e não aos utentes, entendeu o Sr. Diretor Executivo não haver necessidade de proceder ao pedido formal para o desenvolvimento das entrevistas e da observação participante, solicitado o parecer em novembro 2010.

Considerou-se também pertinente, observar os princípios básicos da comunicação interpessoal na relação enfermeiro - cliente: indivíduo/família, seguindo a perspectiva de ABREU (1997) que designou comunicação por desempenho de papéis, uma vez que a relação que se estabelece entre o enfermeiro e o indivíduo/família está desde logo influenciada pelos “papéis sociais”, que cada interveniente desempenha e, conseqüentemente, pela sua posição (no espaço, na comunicação e na interação estabelecida). Logo os papéis sociais são da mesma natureza dos signos da comunicação, uma vez que são resultado das interações humanas, tal como a linguagem ou a cultura. O facto de uma comunidade ser composta por múltiplos sistemas em interação, influencia o resultado esperado das interações. Quando uma pessoa interage com outra num dado contexto, com papéis bem definidos, como é o caso da interação enfermeiro – indivíduo/família, ela pode saber o que é espectável do seu papel, bem como o que pode esperar do outro em função do papel que lhe é socialmente reconhecido. Enquanto os sistemas em interação se mantiverem dentro das expectativas mútuas, eles são reforçados e o veículo de comunicação mantém-se. Se o comportamento de um dos sistemas sair do que é expectável, a comunicação é interrompida, sendo difícil obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O guião orientador da observação elaborado preveniu a dispersão, redireccionando para os objetivos definidos, embora possa ser considerado restritivo, relativamente à sensibilidade daquele que observa (CORREIA, 2009). A estratégia adotada foi a de realizar um “registo condensado” no guião de observação, durante a interação, utilizando frases chave, anotações, descrições do espaço, dos atores e dos acontecimentos, que possibilitassem a posterior realização do “registo expandido”. A descrição dos diálogos procurou fazer-se sempre nas palavras dos próprios sujeitos. A realização do “registo expandido” de cada observação tentou-se que acontecesse o mais próximo possível da interação observada (Anexo XII). Tendo em conta que a equipa de enfermagem é pequena, considerou-se limitativa a realização de uma única observação por enfermeiro, tendo-se optado por realizar três observações de interação enfermeiro-indivíduo/família diferentes para cada um dos elementos da equipa. Assim, resultaram vinte e um registos expandidos de observações que foram alvo de análise.

Relativamente à entrevista, pode-se referir que, mais do que investigar as práticas, a estratégia debruça-se sobre o sistema de representações (RUQUOY, 1997). Assim, a entrevista é classificada no âmbito do “aprofundamento de um campo cujos temas essenciais conhecemos mas que não consideramos suficientemente explicado num ou noutro aspecto” (GHIGLIONE e MATALON, 1993). Consistiu na realização de três perguntas orientadoras, com tópicos delineadores, de forma a orientarem o discurso do entrevistado, tendo em vista o objetivo preconizado. De acordo com tais características, segundo QUIVY e CAMPENHOUDT (1998), trata-se de uma entrevista semiestruturada, em que, embora exista um conjunto de questões pré-definidas, se permite ao entrevistado ter alguma liberdade na sua resposta. Nesta perspectiva, definiu-se como objetivo da entrevista obter informação acerca do modo como os

enfermeiros percebem o empoderamento que desenvolvem na sua prática de cuidados ao indivíduo/família em ambiente comunitário (Anexo XIV).

A opção pelo alvo indivíduo/família na prestação de cuidados em enfermagem comunitária quer na observação participante, quer na realização das entrevistas semiestruturadas, teve dois níveis de justificação. Por um lado, a necessidade de delimitar a área temática, tendo em conta o tempo e a especificidade do percurso formativo. Por outro, o facto de o autor (LAVERACK, 2008) defender que só existirão comunidades empoderadas se existirem indivíduos e famílias empoderados, no contínuo de empoderamento comunitário no que se refere à ação pessoal.

Apresentados que estão os procedimentos metodológicos salienta-se o ponto de partida para a reflexão. Após a transcrição integral dos registos, fixou-se o volume de informação recolhido que se constituiu no “corpus” de análise, organizado num conjunto de dados constituído: sete registos Mp3, das entrevistas efetuadas, correspondente a cada uma das enfermeiras; arquivo de sete entrevistas transcritas, com cerca de vinte e uma folhas A4; arquivo de cerca de trinta e uma folhas A4, provenientes do “registo expandido das observações”. Apresenta-se agora em detalhe cada um dos procedimentos adotados, assim como os respetivos dados obtidos.

3.2. APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Decorrente da metodologia e após a produção de dados, passou-se ao tratamento e análise dos mesmos. Houve algumas interrogações, pois o “corpus” era constituído pelo verbalismo de um certo número de atores diferenciados, a quem tinham sido colocadas questões idênticas. Recorreu-se à análise de conteúdo, segundo BARDIN (2004), por este definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Deste modo, realizou-se uma categorização *a posteriori*, sendo que o corpus já investigação, sobre o qual incidiu a análise de conteúdo, cujo conceito foi anteriormente caracterizado, foi constituído pela totalidade do material obtido por intermédio das observações e das entrevistas, considerando a informação obtida como um todo. Todos os dados foram sujeitos ao mesmo tipo de procedimentos, no sentido de descrever e interpretar o seu conteúdo (BARDIN, 2004): leitura flutuante de todo o material; identificação das unidades de informação consideradas significativas (Anexo XVI); descontextualização das unidades de informação significativas com identificação dos temas emergentes; recontextualização das unidades de informação por temas (Anexo XVII); análise temática para identificação dos temas.

A leitura flutuante conduziu à identificação inicial das unidades de contexto, sendo que nestas consideraram-se as unidades de registo, enquanto expressões de frases significativas, colocando-as numa dada categoria, independentemente da sua construção léxico-semântica. Ou seja, foi necessário realizar “... uma operação de classificação de elementos constitutivos

de um conjunto, por diferenciação e seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”, que se denomina de categorização (BARDIN, 2004). Construiu-se um sistema de categorias, sendo que estas últimas são definidas pelo mesmo autor como “... rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos”.

No sentido de garantir a objetividade e fidelidade da análise foram certificadas as etapas de exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência e a produtividade das unidades de registo e do respetivo sistema de categorias, princípios básicos defendidos pelo autor como essenciais a uma análise fidedigna. Conseguindo-se o ajustamento das categorias às dimensões da problemática que, por sua vez, foram englobadas em rubricas de classificação mais ampla e de um nível de abstracção mais elevado, isto é, os temas, nomeadamente: sistema cliente indivíduo/família, promoção da saúde, processo de cuidados e ambiente de desenvolvimento de cuidados, sendo o processo de recontextualização reflexo disso mesmo, como se apresenta no quadro seguinte.

Quadro Nº 6 – Sistema de Categorias Emergente

Tema	Dimensão	Categoria
SISTEMA CLIENTE INDIVÍDUO/FAMÍLIA	Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Exaustão do cuidador/cliente • Resistência à mudança
	Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> • Participação do cuidador
	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • História familiar
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Abordagem Tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar • Decisão concordante • Responsabilização/Compromisso
	Abordagem Moderna	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar • Advocacia • Adesão
PROCESSO DE CUIDADOS	Conceção do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Centralidade na tarefa • Centralidade no sistema cliente • Reflexão na ação • Ética profissional
	Organização do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Contextual
	Interação no Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção • Manutenção • Reparação • Relação
	Estratégia de abordagem para o resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Liderança • Negociação • Trabalho de Equipa • Mediação
AMBIENTE DESENVOLVIMENTO DE CUIDADOS	Espaço Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Domicilio • Escola • Rede Comunitária

Este pretende ser o reflexo das características dos dados em análise, concordante com o constructo teórico efetuado, com os objetivos e questão definidos, tal como se exemplifica.

Quadro Nº7 – Análise de Conteúdo exemplificada com Unidades de Registo⁴ mais Significativas para o tema Processo de Cuidados

Tema	Dimensão	Categoria	Unidade de Registo
Processo de Cuidados	Conceção do cuidado	Centralidade na tarefa	<p>“No final da realização do penso a enfermeira questionou se tinham material suficiente caso o penso repassasse e para a realização do mesmo à noite, tendo verificado que não havia necessidade de deixar mais material.” (l.124-126, f.4, Od3)</p> <p>“O silêncio foi quase absoluto durante a realização do procedimento, interrompido por uma chamada telefónica recebida pela enfermeira.” (l.18-20, f.1, Oe1)</p>
		Centralidade no sistema cliente	<p>“Em si a decisão não tem carácter único, a pessoa que eu cuido é que é única.” (l.22-23, f.1, Ec)</p> <p>“Como é que eu percepciono... ah, durante as minhas visitas domiciliárias procuro ter em atenção, não sei se sempre consigo, mas procuro ter em atenção o outro, aquilo que o individuo, família sabem, para a partir daí poder ajuda-lo, mas sempre no sentido do que o outro sabe, aquilo que o outro consegue fazer, para conseguir fazer aquilo que eu penso que será o melhor para a situação em si, não o que é o melhor para mim como enfermeira, mas tendo sempre em conta aquilo que é melhor para ele, tendo em conta aquilo que ele sabe, que ele já sabe fazer ou que ele sente naquela situação.” (l.4-10, f.1, Ef)</p>
		Reflexão na ação	<p>“Em vez de ser... amar não é olhar um para o outro é olhar ambos na mesma direcção, e quando nós conseguimos por o enfermeiro ao lado do individuo ou da família a olhar na mesma direcção, com o mesmo objectivo, a gente consegue envolvê-los e ter uma interacção com mais sucesso e eles também conseguem atingir melhor os seus objectivos em termos de ganhos em saúde.” (l.85-89 f.3, Ea)</p> <p>“Porque enquanto enfermeiros nem sempre reflectimos sobre aquilo que conseguimos e que fazemos.” (l.101-102, f.4, Ef)</p>
		Ética profissional	<p>“Durante a interacção foram mantidas as questões de privacidade e sigilo, havendo a interrupção da assistente social que também estava a acompanhar o caso.” (l.107-108, f.3, Oc2)</p>

A análise do contexto e do construto teórico efetuado apresentam o fenómeno de empoderamento comunitário sustentado em temas, e dimensões, os quais se apresentam no ponto seguinte através do esquema de análise. Este foi efetuado, tendo por base o modelo de sistemas de NEUMAN (1995) e os pressupostos apresentados de PENDER (2002). Nele apresentam-se as interações estabelecidas entre os diversos sistemas do contexto, onde o núcleo é o sistema cliente individuo/família perspetivando o empoderamento comunitário, apresentado no ponto seguinte.

⁴ Ao longo do trabalho, quando se apresenta (l, f, Ea), entende-se por “Ea” entrevista da enfermeira A, B, C, D, E, F, H, “Oa1” observação 1,2 ou 3 da enfermeira A e outras, “l.” linha e “f.” folha. Entende-se por “(...)” omissão de texto e por “(texto)” adaptação ao discurso.

3.1.3.Considerações Éticas

A preocupação de respeitar os valores de cada interveniente no projeto esteve sempre presente ao longo do seu desenvolvimento. Cada enfermeiro deu o seu consentimento, segundo o modelo apresentado em anexo (Anexo V), assim como para proceder à gravação das entrevistas por meio de áudio, no que se refere às questões de privacidade e sigilo inerentes à utilização dos dados colhidos. Neste caso, houve sempre o cuidado de reservar um momento inicial e antecedente ao início da gravação, onde todo o processo foi explicitado e os objetivos relembrados, demonstrando disponibilidade para esclarecimentos acessórios às informações fornecidas.

STREUBERT E CARPENTER (2002) referem-se a estes procedimentos como um princípio fundamental do processo investigativo, ou seja, que cada participante dê o seu consentimento esclarecido, sendo necessário que assimile as informações que lhe são fornecidas, na perspetiva da consecução dos objetivos do projeto. A informação dos participantes, assim como a sua liberdade em recusar ou desistir é fundamental para o sucesso, na perspetiva do próprio processo de colheita de dados e da validade destes, bem como da minimização da ocorrência de dilemas. Outro dos compromissos assumidos com a equipa foi o de partilhar todos os resultados obtidos, tendo em conta a dinâmica instituída de trabalho em equipa e de melhoria, assim como de reflexão na ação, o que se realizará assim que todo o processo académico estiver concluído.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados impõe uma sistematização com o enquadramento teórico assumido, pelo que se identifica o nome do autor, precedido de conforme (Cf. p.) que se refere à página deste relatório. O conceito de empoderamento comunitário não emerge claramente na prática de cuidados de enfermagem analisada. Apesar de se encontrarem os domínios de empoderamento comunitário, LAVERAK (cf. p. 17) de forma dispersa nas categorias encontradas, o que poderá revelar uma tendência de orientação clínica para uma abordagem moderna de promoção da saúde e para o empoderamento.

A centralidade atribuída no processo de cuidados ao sistema cliente indivíduo/família, nomeadamente à participação ativa do cuidador, num número significativo de unidades de registo emergentes dos discursos e das observações, salienta-se como ponto de partida para toda a intervenção, o que é confluyente com os resultados da evidência obtida por intermédio da revisão sistemática (cf. p.20-21).

A perspetiva sistémica adotada valoriza não só o sistema como um todo e a sua complexidade, mas também a importância dos restantes sistemas envolvidos, havendo dificuldade em estabelecer ligações e associá-las quer de forma proativa, quer de forma reativa. Analiticamente, NEUMAN (1995) e PENDER (2002) serviram de base para a construção do esquema de análise, demonstrativo dos conceitos e estrutura emergentes do corpus das entrevistas e das observações.

Para uma melhor interpretação e compreensão, opta-se por explicar o esquema de forma faseada, fundamentando conceptualmente toda a análise e clarificando os conceitos mobilizados para a construção do esquema, em consonância com as categorias e unidades de registo significativas emergentes.

Sendo um projeto de estágio, prevê-se que promova contributos de melhoria, quer para a equipa, quer para o contexto analisado.

Assim, o esquema proposto para a análise do contexto poderá assumir significado reflexivo na equipa e uma análise crítica da sua prática de cuidados. Não descurando o facto de que os próprios clientes se posicionarem num paradigma passivo e pouco crítico em relação à sua situação de saúde, em consonância com PENDER (2002) quando refere que os fatores cognitivos e percetivos são os principais determinantes no comportamento de promoção da saúde.

4.1. UM ESQUEMA DE ANÁLISE

A perspectiva teórico-metodológica assumida no decorrer deste ensaio investigativo conduziu ao esquema de análise que a seguir se apresenta (Esquema Nº 3). Neste convergem a evidência, a prática observada assim como a percepção verbalizada pelos enfermeiros, contudo o esquema tenta, pelo processo de aprendizagem reflexivo que implicou a sua construção, um grau de abstração que possa vir a servir de ponto de partida para a análise de outros contextos e de outras práticas em enfermagem comunitária.

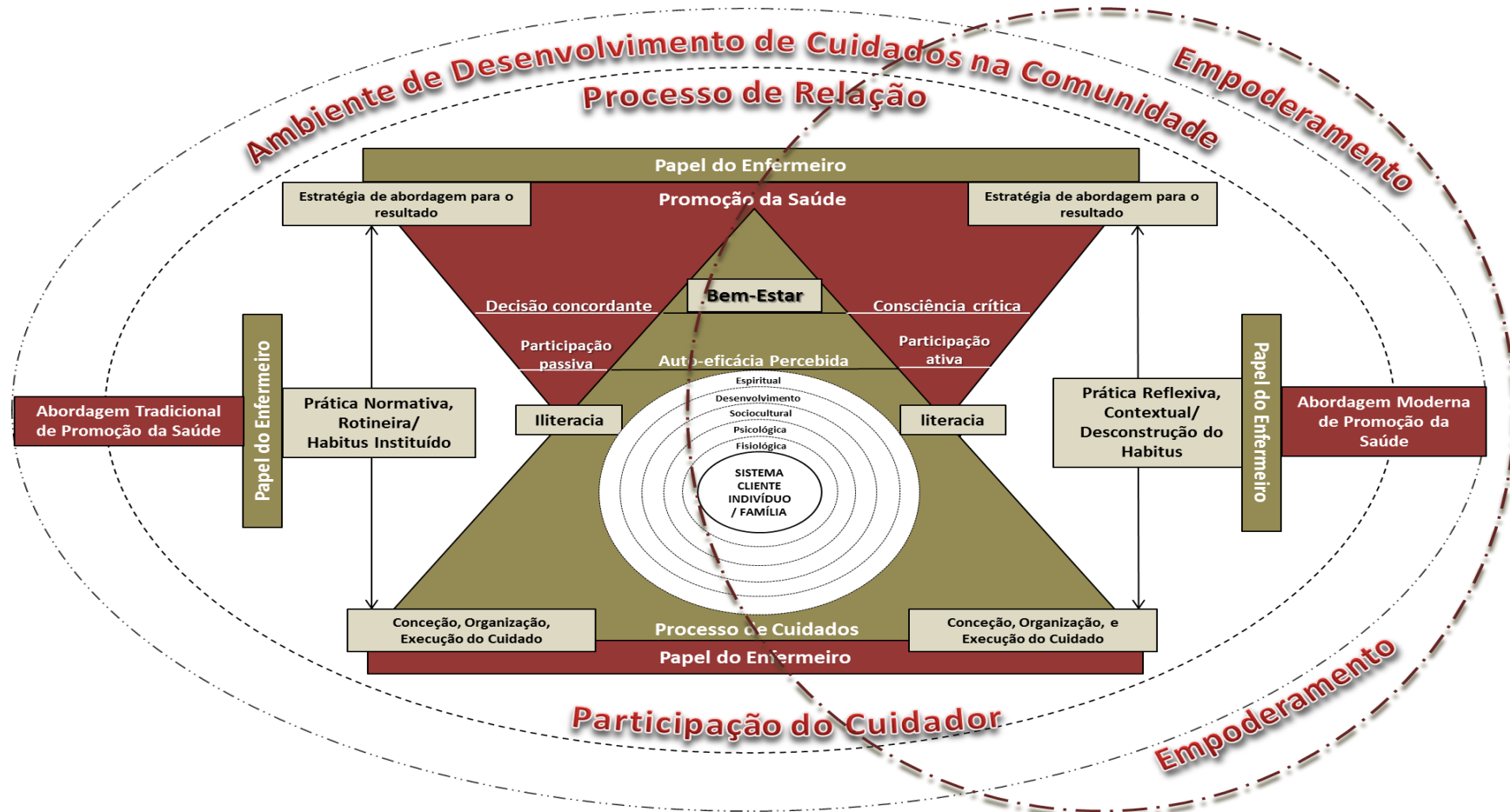
Ao analisar-se o processo de cuidados (AMENDOEIRA, 2000) em três das quatro dimensões propostas pelo autor: conceção, organização e interação, não significa que a quarta se não verifique (o registo do cuidado), mas sim que as “lentes” utilizadas na análise se direcionaram antes para a relação estabelecida e para a estratégia adotada pelo enfermeiro para a obtenção de resultados sensíveis aos seus cuidados. A equipa revela-se muito preocupada relativamente a esta temática, no que se refere à visibilidade dos cuidados prestados na comunidade, pois considera que a aplicação informática SAPE ainda não oferece resposta a este tipo de registos.

Assim, o processo de cuidados assume-se no contexto como um espaço de reflexão na ação onde convivem, no mesmo plano, duas abordagens distintas de promoção da saúde, sempre a nível da ação pessoal e familiar e não no plano comunitário como propõe LAVERAK (cf. p. 18), no que se refere ao empoderamento. No dizer de DOWNIE, TANNAHILL e TANNAHILL (2000) in CARVALHO (2007) uma abordagem tradicional e uma abordagem moderna de promoção da saúde.

A primeira tem um foco negativo, sendo mais dirigida à prevenção da doença do que à promoção da saúde. A principal ênfase situa-se nos aspetos físicos da doença, o que se reflete na informação mobilizada. Esta é transmitida pelos educadores na expectativa de que uma sequência ordenada do conhecimento, possam modificar as atitudes e corrigir o comportamento. Os determinantes de saúde sociais e políticos são negligenciados. As pessoas são consideradas livres para escolher o seu comportamento relacionado com a saúde, quando a decisão não é concordante com a proposta do educador. A dimensão coletiva de saúde não é tida em conta, sendo os esforços dirigidos a alvos individuais.

A segunda tem em conta a complexidade da saúde e dos fatores que a influenciam. É explicitamente dirigida não só para a prevenção da doença, mas também para a promoção da saúde. As dimensões da saúde positiva e negativa são vistas nas suas várias facetas. A estrutura educacional é mais ampla, na aceitação da evidência do que a mera transmissão de informação. O processo educacional é participatório nos dois sentidos, e inclui ajudar as pessoas a clarificar os seus valores e a adquirir várias aptidões, com ênfase no fomentar da auto-estima. O educador assegura que os outros sujeitos do processo são capazes de expressar o seu conhecimento e opiniões, respeita-os e valoriza-os. O desenvolvimento no cliente de uma consciência crítica fomenta assim o empoderamento.

Esquema Nº3 – Esquema de Análise



Deste modo, só após o necessário processo de rutura, é que foi possível formular o esquema de análise, sendo que para o fazer “... o investigador tem necessidade de juntar todos os elementos da situação problemática” (FORTIN; FILION, 2000).

No esquema consideram-se quatro sistemas centrais no processo de cuidados, o sistema cliente indivíduo/família enquanto núcleo central; a promoção da saúde; o papel do enfermeiro na relação que estabelece com o sistema indivíduo/família, cliente de cuidados, e com o cuidador (elemento chave considerado fundamental para o sucesso); e por último o ambiente em que decorre a interação e o cuidado, seja domicílio, escola ou rede comunitária (entendida como todos os recursos humanos e institucionais disponíveis e organizados em articulação e parceria na prestação de cuidados nesta comunidade) (cf. p.10).

A clarificar também o conceito de bem estar, que surge no esquema de análise no vértice máximo entre o processo de cuidados e a promoção da saúde. Para NEUMAN (1995) o bem estar adquire-se quando as partes do sistema cliente interagem em harmonia, estando as necessidades do sistema satisfeitas (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

4.2. A IMPLEMENTAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO: UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO

Nesta perspetiva, a análise reflexiva revela uma dicotomia, pois salienta que só decorrerá empoderamento do sistema cliente se o enfermeiro se situar num paradigma de abordagem moderna de promoção da saúde desenvolvendo uma prática reflexiva com desconstrução do *habitus* instituído, PERRENOUD (cf. p. 18), mas também decorre da postura que o sistema cliente tem em relação ao seu processo de saúde, sendo transversal a todo este processo a literacia deste.

LOUREIRO e MIRANDA (2010) convergem este ponto de vista pois defendem, que numa ótica de empoderamento, intervir em saúde requer conhecer todo o sistema, o grau de satisfação das pessoas, o seu nível de literacia, os códigos e canais de comunicação estabelecidos e o carácter de participação social, política e ambiental.

Neste sentido a formação dos profissionais de saúde direcionada para a promoção da saúde, é fundamental para o processo de alteração de crenças e práticas, perspetivando a efetiva capacidade de participação dos cidadãos em intervir sobre os seus determinantes de saúde e nas decisões que lhes dizem respeito. As suas escolhas, sendo voluntárias realizam-se, a partir da interação entre a oferta disponível e a sua capacidade de seleção estando condicionadas à posição social de cada um, aquilo a que BOURDIEU (1980) também designou por *habitus* (in LOUREIRO e MIRANDA, 2010). Nesta equipa, apesar de existirem duas EEECS, nenhum elemento refere possuir formação específica direcionada para a promoção da saúde e para o empoderamento ou *empowerment* (cf. p.23).

SISTEMA CLIENTE INDIVÍDUO/FAMÍLIA

O indivíduo e a família conceptualizado como sistema de cliente, caracteriza-se por conter em si um composto de variáveis, nomeadamente, fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, em constante interação, sendo concebido como um todo, num equilíbrio permanentemente instável entre si e com o ambiente que o envolve (cf. p.14). Contudo, as alterações ao seu equilíbrio de saúde limitam a sua autonomia e, conseqüentemente o acesso aos cuidados de saúde. Emergentes do corpus em análise surgem três dimensões do sistema indivíduo/família: psicológica, sociocultural e desenvolvimento.

❖ Dimensão Psicológica

A dimensão psicológica do sistema cliente indivíduo/família, refere-se aos processos mentais e relacionamentos (NEUMAN, 1995, in GEORGE, 1995), que este estabelece com os sistemas com quem interage na perspetiva do bem estar (cf. p.33). Assim surgem integradas nesta dimensão duas categorias: exaustão do cuidador/cliente e resistência à mudança.

Quadro Nº 8 – Relação entre a dimensão psicológica e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Sistema cliente indivíduo/família	Psicológica	Exaustão do cuidador/cliente
		Resistência à mudança

Exaustão do cuidador/cliente

Frequentemente muitas são as necessidades dos sistemas clientes cuidados pela equipa, não sendo de descurar o desgaste físico e psicológico dos cuidadores, conducente a situações em que surgem sentimentos contraditórios, por falta de liberdade, tempo para si, por dificuldade em conciliar estatutos e carreiras profissionais e por exaustão completa (AUGUSTO e RODRIGUES, et al, 2002). A sobrecarga resulta de uma necessidade de apoio emocional por parte de quem cuida. Para além de resultar numa ausência de bem estar do cuidador, pode muitas vezes representar negligência de cuidados no cliente. Os dados colhidos referem-se sobretudo a chamadas de atenção para a situação de exaustão, tal como na unidade de registo: *“Salientou ainda o facto de que a sua mãe esta exausta, e não tem condições psicológicas para continuar nesta situação, e que não tem solução nenhuma pensada, pois veio disposto a ouvir as propostas.” (l.48-50, f.2, Oa1)* ou exaustão efetiva *“A esposa está visivelmente cansada, chorosa reconhecendo que não pode cuidar do marido sozinha.” (l.80-81, f.3, Oe3).*

Resistência à mudança

De facto, ter de cuidar de uma pessoa dependente no domicílio, leva à ocorrência de muitas mudanças na dinâmica familiar. A construção profissional coloca o enfermeiro fora da neutralidade global e introdu-lo numa reflexão estratégica, onde inclui as conceções, as

práticas de cuidados e os jogos de poder, enquanto referenciadas à representação social de cada ator (COSTA, 2002), condicionadas sempre pela expressão cultural do cuidador no contexto. Neste sentido, salientam-se as unidades: “Refere ainda que a sua avó nunca quis sair da sua casa *“por nada deste mundo, e se isso viesse a acontecer ela morreria logo”*; e que a sua irmã (ali presente, cuidadora familiar de referência) vai ver a avó cerca de cinco vezes por dia e como tal a idosa não está mal cuidada, tendo em conta os problemas de saúde que ela própria também tem não pode fazer melhor, pois é uma pessoa muito nervosa, que já teve um princípio de um AVC”. (l.104-109, f.3, Oa2); ou “Expostos os objetivos e o motivo da conversa a ex-mulher do utente em questão, em tom agressivo, disse à filha que era melhor ela não se meter em nada daquilo, porque a equipa estava de *“cabeça lavada”* (sic), e que não valia a pena terem ali ido.” (l.175-177, f.5, Oa3). Esta resistência leva a que muitas vezes o enfermeiro tenha dificuldade em intervir no ambiente em que o sistema cliente de cuidados está inserido e até mesmo introduzir medidas corretivas que possam melhorar o nível de bem-estar.

Sociocultural

A dimensão sociocultural refere-se às funções do sistema relativas às expectativas e às atividades sociais e culturais (NEUMAN, 1995, in GEORGE, 1995). Assim surge integrada nesta dimensão a categoria: participação do cuidador.

Quadro Nº 9 – Relação entre a dimensão sociocultural e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Sistema cliente indivíduo/família	Sociocultural	Participação do cuidador

Participação do cuidador

A participação do cuidador no processo de cuidados na interação estabelecida entre este e o enfermeiro. Transversal a todos os discursos analisados e observações efetuadas, assim como nos estudos incluídos na revisão sistemática de literatura (cf. p.20-21). No entanto, distinguem-se os cuidadores familiares, dos formais (auxiliares dos apoios domiciliários integrados das diferentes IPSS's dos concelho e profissionais de saúde) e dos informais, sendo distinta a postura dos enfermeiros para cada uma das situações. Como é possível verificar por expressões como: “Deu-se ênfase ao esforço que a filha tem feito para cuidar da mãe, valorizando alguns aspetos positivos conseguidos ao longo do tempo, nomeadamente na melhoria das feridas.” (l.57-58, f.2, Ob2); “De salientar que esta só o faz se o utente tiver a fralda suja, pois as auxiliares da SCMC substituem a fralda e mobilizam o utente a meio da tarde, sendo assim caso a fralda não seja mudada o utente não é mobilizado até ao dia seguinte, facto que tem levado ao agravamento significativo das feridas.” (l.69-73, f.2, Oe3). No sentido de manter o seu equilíbrio e integridade, as famílias procuram desempenhar funções que possam responder às suas próprias necessidades enquanto célula global, às necessidades de cada membro individualmente, e em resposta às necessidades sociais (AUGUSTO e RODRIGUES, et al, 2002). As respostas criadas na comunidade procuram adequar-se a cada situação em si, múltiplas famílias existem cujo compromisso é diferente, estrutura e organização distintas”, pois não são unidades estáticas, estão em permanente mudança, sendo que fatores internos do

próprio sistema familiar a impulsionam a mudar (FRAGOEIRO, 1999). Nesta perspetiva a abordagem do enfermeiro, no contexto é de iniciar o processo de cuidados pelo envolvimento da família: *“Envolve sempre a família e a pessoa, ah... dou sempre oportunidade de a família conseguir esclarecer ou falar sobre aquilo que sente, sobre as dificuldades que tem.” (l.19-20, f.1, Eb)*. Fator de preocupação é a existência de um cuidador informal, pelo risco de negligência (partindo do princípio de que os laços de consanguinidade de um cuidador familiar conferem segurança ao cuidado prestado). Até porque a comunidade em análise não dispõe de respostas credenciadas em número suficiente face às necessidades, havendo inúmeras casas de acolhimento para idosos às quais os cuidadores recorrem com frequência, e sem noção do risco.

Desenvolvimento

A dimensão desenvolvimentista refere-se aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida (NEUMAN, 1995, in GEORGE, 1995). Assim surge integrada nesta dimensão a categoria: história familiar.

Quadro Nº 10 – Relação entre a dimensão desenvolvimento e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Sistema cliente indivíduo/família	Desenvolvimento	História familiar

História familiar

O percurso de vida de uma família vai ultrapassando vários ciclos e completando várias tarefas de desenvolvimento, no entanto conflitos e tarefas mal resolvidas, podem, numa situação de doença, levar a dificuldades no reajuste de papéis e na própria reorganização. CARTER e MCGOLDRICK (1995) defendem a família como sistema, com características particulares, que não são comuns a outro sistema ou organização. A riqueza do contexto familiar está no modo como as gerações se movem ao longo da vida, dando-se pela maneira como os membros dependem uns dos outros, num movimento de interdependência. É na interiorização deste movimento de interdependência, ou na falta deste que emergem as dificuldades de adaptação durante um processo de doença, pois esta depende, do papel e da função do elemento afectado. Visível em expressões como: *“A possibilidade de mudar a idosa para casa do genro também foi excluída pela existência de conflitos familiares antigos entre ambos, genro e sogra, e em virtude da também idade avançada deste” (l.123-125, f.4, Oa2); “O pai trabalha fora durante a semana, só vindo a casa ao fim de semana, a mãe trabalha como doméstica das 9h às 17h, e a irmã, não se enquadrando muito bem no estudo, deixou de estudar para tomar conta do irmão.” (l.128-131,f.4, Oc3).*

PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de promoção da saúde já foi claramente explicitado (cf. p.13). Distinguem-se assim dois tipos de abordagens de promoção de saúde no *corpus* analisado, a abordagem tradicional e a abordagem moderna (cf. p.31), pois pressupõe distintamente a primeira, uma

prática rotineira de *habitus instituído*, enquanto a segunda pressupõe que o enfermeiro desenvolva uma prática reflexiva/contextual em que cada situação é um desafio de desconstrução da prática instituída.

❖ Abordagem Tradicional

O posicionamento nesta abordagem distingue claramente promoção da saúde de educação para a saúde, como sendo duas faces da mesma moeda, a educação é transversal à promoção até pela situação de iliteracia/literacia do sistema cliente de cuidados (cf. p.33).

Quadro Nº 11 – Relação entre a dimensão abordagem tradicional e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Promoção da Saúde	Abordagem Tradicional	Ensinar
		Decisão concordante
		Responsabilização/Compromisso

Ensinar

Segundo a CIPE, versão Beta 2, ensinar define-se por ser o “tipo de informar com características específicas: dar a alguém, informação sistematizada sobre assuntos relacionados com a saúde. Assim emergiram expressões da interação enfermeiro - sistema cliente indivíduo/família, tais como: “Salientou-se que seria importante a realização de levante diário para o cadeirão, estava supostamente a ser feito para uma cadeira de rodas, e para a aquisição de uma cama articulada e de um colchão de pressões alternadas, no sentido de minimizar o risco de (...) quedas.” (l.84-87, f.3, Od2); OU “...hoje houve uma filha que me procurou porque estava numa fase da vida em que precisava de prestar mais cuidados à mãe que se tornou mais dependente. E ela procurou-me para obter informação (...).” (l.29-32, f.1, Ea).

Decisão concordante

Refere-se, ao posicionamento do enfermeiro, em relação à decisão ou iniciativa do sistema cliente, quando este vai ao encontro daquilo que o enfermeiro considera ser importante para a resolução da situação em si, centralizando os cuidados naquilo que para ele, enfermeiro, é prioritário. Encontram-se expressões como: “Estamos preparados para ouvir aquilo que a pessoa, a outra pessoa diz, mas se calhar nós temos um objetivo e somos nós que vamos, mediante o objetivo que temos, ah, direcionar para tal.” (l.18-20, f.1, Ed) OU “Demorou tempo, mas conseguimos, houve também uma fase de adaptação da parte deles, porque eram pessoas que não estavam habituadas a lidar com a situação, mas aceitaram os nossos concelhos e aceitaram praticamente tudo aquilo que lhe dizíamos, por vezes questionavam porque é que tinha de ser assim, nós tentávamos explicar e eles facilmente aceitaram.” (l.65-69, f.2, Ee). Havendo também situações em que o enfermeiro se posiciona como o detentor da sabedoria: “Por exemplo, sinto que eles depositam confiança, portanto se eu lhe estou a dizer algo que deveria fazer assim, eles tentam acatar aquilo que lhes é dito.” (l.16-17, f.1, Ef); OU “Nesse processo o detentor da sabedoria, em parte, não é por ser enfermeiro que o é, mas

em parte é o enfermeiro, nas intervenções temos de dizer que é assim, desta forma, como... para a pessoa perceber para depois poder proceder e dar continuidade.” (l.19-22, f.1, Eh).

Responsabilização/Compromisso

Esta categoria salienta-se no *corpus* como sendo fundamental para haver prestação de cuidados de enfermagem na comunidade. De facto, aqui o comportamento é ditado pelo que foi aprendido e é nesta lógica que o sistema cliente é responsabilizado (LOUREIRO e MIRANDA, 2010). Pode até haver lugar para a criatividade e questionamento deste, mas sempre dentro daquilo que é considerado necessário pelo enfermeiro para o processo de cuidados: “(responsabilização na prestação de cuidados) Para eles se sentirem também competentes e sentirem que são capazes de cuidar e que não precisam de um elemento que esteja ali sempre a controlar, (...)” (l.34-36, f.1, Eb); OU “E foi muito importante para aquela mãe, melhorou a qualidade de vida e no fundo para ela como filha também, porque ela de facto podia fazer muito e conseguiu fazer, e fomos sempre dando esse estímulo positivo, e ela própria como via que a mãe estava a melhorar e via a evolução positiva, (...), portanto de facto “eu tenho muitas capacidades”. (l.79-83, f.3, Ef).

❖ Abordagem Moderna

Esta abordagem apesar de incipiente, na sua essência (cf. p.31), na caracterização geral da equipa de enfermagem emerge em discursos e observações mascaradamente e sem a associação ao seu resultado que será o empoderamento do sistema cliente e conseqüentemente o comunitário. Assim surgem integradas nesta dimensão três categorias: comunicar, advocacia, adesão.

Quadro Nº 12 – Relação entre a abordagem moderna e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Promoção da Saúde	Abordagem Moderna	Comunicar
		Advocacia
		Adesão

Comunicar

Segundo a CIPE, versão Beta 2, comunicar define-se como o “tipo de relacionar com as características específicas: evocar a compreensão pela transmissão verbal e não verbal de mensagens de uma pessoa para outra. A comunicação, sendo um instrumento básico de enfermagem, assenta na aprendizagem sistémica de vários códigos entre os sistemas em interação, assim a aprendizagem ocorre tendo por base a comunicação estabelecida entre os sistemas e pela forma como o sistema cliente percebe a mensagem emitida (CARVALHO e CARVALHO, 2006), comunicação por desempenho de papéis (cf., p.28). Havendo, neste contexto lugar à expectativa que muitas vezes o sistema cliente coloca no enfermeiro e vice-versa, a forma como isso influencia a interação de enfermagem e conseqüentemente o

resultado. Assim emergiram expressões da interação enfermeiro - sistema cliente indivíduo/família, tais como: *“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou utilizar expressões adequadas à idade da criança como por exemplo: “fixe.” (l.40-41, f.2, Oc1); OU “No que se refere à comunicação (...) a enfermeira utilizou linguagem simples e monossilábica para estabelecer conversa com a utente, tendo também havido estimulação tátil e sensorial.” (l.103-105, f.3, Of3).*

Advocacia

Sendo o enfermeiro um cuidador por excelência cabe-lhe a ele, sempre que tal o justifique, a responsabilidade de defender o utente, o que para alguns autores significa “ser advogado do utente”. Assim, advogar a favor do sistema cliente é assumir a sua proteção e os seus interesses, defendendo-o, protegendo a sua dignidade, privacidade, interesses e decisões (AMENDOEIRA, BARROSO, COELHO, et al, 2003). Defender o sistema alvo de cuidados é aceitá-lo e aceitar as suas decisões, e isso implica refletir na e sobre a ação. Assim, *“E aí o enfermeiro tem de assumir um papel de, que eu costumo chamar de advocacia, quando há alguém que está a ficar negligenciado, ou quando há uma criança em risco, aí o enfermeiro assume um papel que vai um bocadinho contra as decisões dos pais ou dos cuidadores...” (l.13-16,f.1, Ea); OU “...ao que a enfermeira A respondeu: “acontece que a situação agora se alterou com a morte do Sr. J., a Sr.^a E. não pode responder por si muito menos cuidar da filha, e a tia não vai aguentar muito mais tempo, muito menos se tiver de cuidar das duas...” (l.26-29, f.1, Oa1)*

Adesão

O fenómeno de adesão pode ser abordado aos mais diversos níveis, nomeadamente farmacológico e não farmacológico (SILVA, 2010). Em enfermagem comunitária tal facto não é exceção. Até porque só poderá acontecer empoderamento, se o sistema cliente aderir de forma crítica a participar no seu processo de saúde. Do *corpus* analisado poucas são as unidades de registo que se direcionam para a adesão na prevenção, sendo a maioria direcionadas para o processo de adesão na reparação. Contudo, fazê-las emergir poderá propiciar a reflexão no contexto passando da ação pessoal à coletiva no contínuo proposto por LAVERACK (2008) (cf. p.16). Nesta categoria são unidades de registo significativas: *“Ou seja, agora o que é importante perceber é (...) aquela criança já saía de casa, já tinham a preocupação de a levar ao parque, de a levar ao supermercado, a família com o comportamento tinha deixado de a levar e ela estava numa situação de não socialização, porque era muito difícil gerir as birras dentro de um supermercado e a opção foi ela ficar dentro de casa.” (l.83-88, f.3, Ec); OU “Ainda estive lá ontem, (...) já consegue escrever para depois, quando eu lá chego, me dizer onde é que teve dificuldades e onde não teve, e hoje fui lá e ela disse-me: “Eu dormi toda a noite!...” já foi muito bom, porque eu vi que o trabalho que eu fiz com ela ontem, hoje teve resultados.” (l.57-60, f.2, Eb).*

PROCESSO DE CUIDADOS

AMENDOEIRA (2000) define processo de cuidados como sendo “o processo de interação onde o centro de interesse é o doente e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla”, quer seja ao indivíduo, ao grupo ou à comunidade. A fim de existir processo de cuidados terão, obrigatoriamente de ocorrer intervenções desenvolvidas por

enfermeiros na interação com o sistema cliente, sendo que esta interação tem de ser desenvolvida em torno de um objetivo.

Numa abordagem de promoção de saúde e de empoderamento será de salientar que este objetivo terá de ser o mesmo entre quem cuida e quem é cuidado, pois estamos a dar enfoque a resultados visíveis a médio/longo prazo. Emergentes do *corpus* em análise surgem quatro dimensões do processo de cuidados: conceção do cuidado, organização, interação e estratégia de abordagem para o resultado. Fica a faltar a quarta etapa do processo referente ao registo (cf. p.31).

❖ **Conceção do Cuidado**

A conceção que o enfermeiro tem dos cuidados de enfermagem que implementa está diretamente ligada com a sua prática clínica, na perspetiva daquele que é o alvo central do seu cuidado, na reflexão que desenvolve na e para a ação, assim como na sua conduta ético deontológica, não esquecendo o modelo teórico que mobiliza. Assim integradas nesta dimensão encontraram-se quatro categorias: centralidade na tarefa, centralidade no sistema cliente, reflexão na ação e ética profissional.

Quadro Nº 13 – Relação entre a dimensão conceção do cuidado e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Processo de cuidados	Conceção do Cuidado	Centralidade na tarefa
		Centralidade no sistema cliente
		Reflexão na ação
		Ética profissional

Centralidade na tarefa

Centrar o cuidado de enfermagem na tarefa, tem sido e continua a ser parte integral da história da enfermagem, em virtude do paradigma biomédico em que durante anos se centrou a formação em enfermagem (Amendoeira, 1999). Assim são unidades de registo emergentes nesta categoria: *“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira, podendo resumir-se a: entrou, cumprimentou e iniciou o procedimento.”* (l.47-48,f.2,Oe2); OU *“Feitos os cumprimentos de ocasião pediu licença iniciando o tratamento, objetivo da visita.”* (l.12-13, f.1, Of1).

Centralidade no sistema cliente

Colocar o sistema cliente no centro do processo de cuidados, não deixando que a este se sobreponham rotinas ou constrangimentos do serviço poderá tanto, ser um sacrifício constante do enfermeiro clínico, como uma forma de satisfação profissional. No *corpus* analisado encontram-se as duas vertentes, concordantes com o verificado nos estudos

analisados na revisão sistemática da literatura (cf. p.20-21), quando defendem o papel fundamental que desempenha o enfermeiro com responsabilidades de liderança ou chefia. *“Em si a decisão não tem caráter único, a pessoa que eu cuido é que é única.”* (I.22-23, f.1, Ec) OU *“Mas claro que com o conversar, tanto com o prestador como com o doente, às vezes faz-nos repensar esse objetivo, não é, porque às vezes aquilo que nós pensávamos que seria solução, pode não passar por aí, porque com o diálogo acabamos por perceber que há ali outras coisas, que se calhar aquele objetivo já não fará assim tanto sentido, não é, e é mesmo um diálogo.”* (I.24-28, f.1, Ed).

Reflexão na ação

Como refere Abreu (2007), o profissional revela-se num processo contínuo de construção e reconstrução, de confronto com patrimónios individuais e coletivos. Existem esquemas de ação que, integrados, permitem ao profissional adaptar-se apenas naquilo que ele inova para a atribuição da singularidade da ação. Neste caso podemos estar perante situações de rotina, evocando apenas um *habitus* pessoal ou profissional (Perrenoud, 2001). A tomada de consciência, com um trabalho sobre si próprio, ou seja a reflexão na ação, mobilizada no momento adequado, pode favorecer a mudança de *habitus*. Esta permite, em tempo certo e com técnicas adequadas, criar, desenvolver ou promover novos esquemas de ação que podem transformar o profissional e o próprio contexto (REBELO, 2008). Assim: *“Em vez de ser... amar não é olhar um para o outro é olhar ambos na mesma direção, e quando nós conseguimos por o enfermeiro ao lado do indivíduo ou da família a olhar na mesma direção, com o mesmo objetivo, a gente consegue envolvê-los e ter uma interação com mais sucesso e eles também conseguem atingir melhor os seus objetivos em termos de ganhos em saúde.”* (I.85-89 f.3, Ea) OU *“A questão é que muitas das vezes nós...queremos definir, não podemos ser nós a querer definir o que é que é prioritário para aquela pessoa, é a pessoa que com as várias hipóteses vai ver e tentar perceber quais são as suas prioridades.”* (I.27-30, f.1, Ec); e ainda o reconhecimento da falta de reflexão na prática *“Porque enquanto enfermeiros nem sempre refletimos sobre aquilo que conseguimos e que fazemos.”* (I.101-102, f.4, Ef).

Ética profissional

A ética deve nortear qualquer que seja a intervenção ou interação que o enfermeiro estabeleça na sua prática clínica. O respeito, o sigilo, a discrição e a confidencialidade são os princípios éticos mais identificados: *“Em nenhum momento da interação se estabeleceu o toque.”* (I.46-47 f.2, Oc1); OU *“A porta do quarto foi mantida aberta durante a interação, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.”* (I.132-134, f.4, Od3).

❖ Organização do Cuidado

A organização do cuidado refere-se à utilização clínica de uma forma organizada de prestação de cuidados de enfermagem, como o próprio processo de enfermagem, seguindo uma metodologia científica, centralizada numa perspetiva standardizada ou contextual de organização.

Quadro Nº 14 – Relação entre a dimensão organização do cuidado e a categoria emergente

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Processo de cuidados	Organização do cuidado	Contextual

Contextual

Organizar o trabalho em enfermagem comunitária exige do enfermeiro, para além de uma grande capacidade de organização, um sentido muito prático de adequação às constantes solicitações que vão acontecendo ao longo do dia. Pois nestas circunstâncias o enfermeiro tem de conseguir ver e antever, mais do que outros profissionais, alternativas e desfechos, sendo o profissional a adaptar-se às situações e não o inverso (AMENDOEIRA, 1999). Emergente: *“Porque chegar lá e abordar as temáticas que até não são as dúvidas daquele grupo, também não estamos a dar a oportunidade a que tomem essa decisão e não vamos ao encontro das reais necessidades.” (l.61-63 f.2, Ea); OU “Antes da interação com o utente a situação foi apreciada pela equipa, por haver suspeita de maus tratos ao idoso, tendo sido definida como estratégia desenvolver uma prestação de cuidados atenta mas discreta, para se conseguir ganhar a confiança da cuidadora.” (l.81-83, f.3, Od2)*

❖ Interação no Cuidado

A interação no cuidado refere-se aos diferentes tipos de interação e intervenção do enfermeiro, em cada um desses momentos o que é valorizado, quem intervém e que tipo de respostas são dadas tendo em conta as necessidades de cuidados identificadas à partida. Deste modo, foram identificadas quatro categorias nesta dimensão: prevenção, manutenção, recuperação e relação estabelecida.

Quadro Nº 15 – Relação entre a dimensão interação no cuidado e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Processo de cuidados	Interação no cuidado	Prevenção
		Manutenção
		Reparação
		Relação

Prevenção

A prevenção pode ser definida como a antecipação de situações de risco, ou caso este já exista a intervenção nos seus determinantes para que se não instale, lembrando que a tónica está na promoção da saúde, centralizada em torno dos conceitos de “saúde” e “bem-estar” e não de prevenção primária, secundária e terciária, centralizadas do ponto de vista teórico e prático na “doença” (LOUREIRO e MIRANDA, 2010). Unidades de registo a salientar:

“A interação inicia-se com a enfermeira a referir que a escola se encontra um “bocadinho” preocupada com ele e que por isso solicitou que a enfermeira viesse falar com ele para ver se ele também sentia que algo não estava bem consigo.” (l.16-18, f.1, Oc1); OU “Segundo a enfermeira, esta utente tem ausência de dor, mas alguma sensibilidade, havendo por isso alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.” (l.31-33,f.1,Oe2).

Manutenção

A categoria “manutenção” consiste em “...descobrir (...), à luz das suas condições, vivências e expectativas, a forma de realização dessas necessidades, a partir das suas capacidades e recursos” (COSTA, 1998). Na perspetiva dos sujeitos, os cuidados de manutenção são referentes a uma intervenção de enfermagem, que envolve o desenvolvimento de capacidades, que permitam à família agir com autonomia na ausência do enfermeiro, através de: *“Era uma senhora que estava a cuidar de um utente que está ligado a um ventilador portátil e que, cada vez que ele baixava a saturação chamava o INEM, e que quando o INEM chegava a própria utente dizia que não ia para o hospital porque achava que não tinha critério para ir para o hospital que estava bem.” (l.42-45, f.2, Eb).* Para além deste sentido, é realçado no discurso dos sujeitos a prestação de cuidados, caracterizada como sendo de vigilância, mas onde se evidencia o sentido da intervenção antes que o desequilíbrio se instale, de que é exemplo: *“Observou-se também que o utente tinha 450 cc de urina num saco de 24h. Encontra-se com uma glicemia de 317 mg/dl 2h e 40 após o pequeno almoço.” (l.22-23, f.1, Od1).*

Reparação

Os cuidados de “reparação” definem-se pelo objetivo de limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas, permitindo assegurar a continuidade da vida, perante os obstáculos que se lhe vão colocando (COLLIÈRE, 1999). Neste sentido, emerge do discurso dos sujeitos a intervenção do enfermeiro no domicílio, na perspetiva do tratamento de âmbito curativo, limitando a intervenção à técnica, ou seja: *“A sua situação de saúde levou a que tivesse uma fístula abdominal com drenagem de fezes permanentemente, exigindo cuidados diários.” (l.110-112, f.3, Od3); OU “O objetivo da visita domiciliária era realizar o tratamento às úlceras de pressão (...).” (l.17-18,f.1,Oe1).*

Relação

Quando se coloca a Relação no processo de cuidados, opta-se pelo sentido da atuação do enfermeiro “... a tónica no que é essencial, ou seja, na relação entre duas pessoas, uma prestadora de cuidados e outra beneficiária desses mesmos cuidados (...) que vai permitir esperar o resultado terapêutico entendido no sentido de «contribuir para o bem-estar»” (HESBEEN, 2000). Assim, em todo este processo, enquanto espaço social de interação, emerge uma perspetiva de campo de forças onde quem cuida tem expectativas sobre quem é cuidado e vice versa (cf. p26). Neste âmbito, a relação interpessoal é valorizada, através de expressões como: *“Sei que estabeleço uma boa relação, com o indivíduo e com a família, principalmente com a família, que são os primeiros que nós encontramos para chegar depois ao utente.” (l.4-5, f.1, Eb); OU “A enfermeira apresentou-se e foi cumprimentada com dois beijos na face, de forma atenciosa e cordial.” (l.122-123,f.4, Oc3).*

Salienta-se a utilização do conceito de relação de ajuda, enquanto conceito operacional da relação interpessoal, uma vez que emerge, não enquanto técnica/instrumento utilizada no desenvolvimento de cuidados, mas sim, enquanto princípio de interação com o sistema cliente, nomeadamente o respeito, *“Ah, perceciono essa relação que estabeleço como de proximidade, de confiança, respeito de ambas as partes, empatia para com o outro (...) conforme o contexto da situação.” (I.4-5, f.1, Eh)*. Neste sentido, os sujeitos consideram que, para o estabelecimento da relação, é fundamental, o conhecimento do outro, naquilo em que ele acredita, através de expressões como: *“Deixá-los falar por vezes de coisas que posso achar que não tem qualquer significado e depois com o manter da conversa consigo obter bons resultados e boas informações de coisas que se calhar eu não iria valorizar.” (I.21-23, f.1, Eb)*; OU *“Tentar perceber as coisas, ouvir o outro e dar-lhes poder também a eles para tomarem essa decisão, não é, e sempre com o nosso olhar profissional, digamos assim, de poder ajudar, não é.” (I.28-30, f.1, Ed)*. A relação emerge ainda pelo envolvimento emocional a que levam as situações de cuidados, e a dificuldade que o enfermeiro tem em conseguir sair dessa relação emotiva, através de *“Já tive dificuldade em sair dessa relação, porque fiquei muito agarrada, mas neste momento como a vejo muito mais capacitada, muito menos ansiosa eu já consigo pôr-me no lugar dela e conseguir sair e deixá-la bem.” (I.70-72, f.2, Eb)* e ainda *“ (...) eu sofria muito, quando saía daquela casa.” (I.72-73, f.2, Eb)*.

❖ Estratégia de Abordagem para o Resultado

A estratégia de abordagem para o resultado, não é mais do que as ferramentas que o enfermeiro mobiliza, para mediante determinada situação, conseguir cuidados satisfatórios ou antecipatórios. Podem-se incluir aqui, instrumentos básicos de enfermagem como a criatividade e o trabalho de equipa, mas também, as ferramentas básicas de trabalho de um enfermeiro na comunidade, nomeadamente a liderança, negociação e a mediação. Sendo uma das competências específicas do EEECSF contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, por intermédio da liderança de processos e trabalho em equipa e parceria (REGULAMENTO Nº128/2011, de 18 de fevereiro, cf. p.15).

Quadro Nº 16 – Relação entre a dimensão estratégia de abordagem para o resultado e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Processo de cuidados	Estratégia de abordagem para o resultado	Liderança
		Negociação
		Trabalho de Equipa
		Mediação

Liderança

A liderança consiste nos comportamentos que guiam e orientam os membros, determinando e influenciando a sua atividade. Uma liderança efetiva tem em conta a comunicação e a interação entre os sistemas envolvidos, no aqui e no agora (ONEGA e

DEVERS in STANHOPE e LANCASTER,2011). Neste sentido, os sujeitos abordam a liderança de diferentes perspectivas, tendo em conta, provavelmente, o paradigma em que se situam no processo de cuidados, por exemplo *“Para mim o sujeito é sempre quem vai tomar a decisão, por isso acaba por ter a liderança na sua decisão.”* (l.18-19, f.1, Ec), ou o exato oposto *“A enfermeira deu orientações no sentido de minimizar alguns dos riscos que encontrou, dando ordens, por exemplo: verificou que a utente tinha o cabelo oleoso, verificando que o champô que existia era para cabelos normais, deu ordem para ser comprado um champô para cabelos oleosos, ao que o marido respondeu que sim, que ia comprar, apesar de referir que desde sempre a senhora tinha o cabelo oleoso.”* (l.15-20, f.1, Ob1). Liderar emerge também do corpus de análise no sentido de condução do processo e não de imposição, nomeadamente, *“Eu penso que sim, não tanto, na liderança de uma só..., eu penso que o enfermeiro lidera, lidera no sentido de conduzir (riso) ..., não no sentido de impor.”* (l.17-18, f.1, Ed). Assim como se salienta a passividade do sistema cliente quando a enfermeira refere que, *“A sensação que eu tenho, em termos gerais dos cuidados que presto é que as famílias, no geral depõem no enfermeiro essa liderança, é a minha percepção em termos gerais, não é em todas as famílias...”* (l.12-14, f.1, Ef), nesta circunstância volta a emergir a necessidade de haver sempre um líder, *“Eu penso que em todas as situações tem de haver alguém que lidere a situação, em tudo tem que haver um líder.”* (l.17-18,f.1,Ee), no processo de cuidados.

Negociação

“Negociar é o tipo de contratar com as características específicas: conferenciar com alguém no sentido de conseguir um compromisso ou acordo (CIPE, versão BETA 2, 2001). Assumir um processo de negociação, em enfermagem comunitária, é uma tarefa quase constante, e esse papel o enfermeiro assume-o em virtude do resultado que quer obter, através de “É mais por negociação, para atingir determinado tipo de objetivos, daí eu ter dito que era um trabalho continuado, não se consegue numa visita nem em duas, depende também da pessoa, da família, é um trabalho..., é um percurso, é um caminho, é um trabalho continuado, sempre por objetivos, e por outro lado dar estímulo positivo naquilo que já foi conseguido.” (l.37-39, f.2, Ef); OU *“Se chego lá e digo, isto tem de ser feito assim e assim, vai ser difícil o cumprimento da outra parte, por isso tem de haver sempre uma negociação com o principal líder.”* (l.40-42,f.2,Ee)

Trabalho de Equipa

O “trabalho de equipa” conceptualiza-se como sendo um sistema social em miniatura ou um grupo que, reunindo determinadas características realiza atividades conjuntas e conjugadas para atingir o objetivo em vista. Enquanto instrumento básico de enfermagem, representa a complexa atuação conjunta de uma equipa multidisciplinar, que desenvolve o seu trabalho em parceria, com profissionais de diferentes áreas da saúde, de abordagem social e/ou outros profissionais de suporte, que proporcionem uma complementaridade e reciprocidade de intervenção (AMENDOEIRA, BARROSO e COELHO, et al, 2003). Emerge, em expressões como: *“A enfermeira A, de forma cordial, tentou aliviar o clima de tensão, referindo que família e técnicos têm de saber unir esforços e trabalhar em conjunto, ser uma verdadeira equipa, sabendo antever os problemas, uma vez que é previsível que a situação vá piorar, nessa circunstância deu hipótese às familiares do utente de proporem alternativas.”* (l.194-197, f.5, Oa3). Emerge também a articulação entre os enfermeiros das UCCC e da USF, como sendo uma “verdadeira” equipa, *“Ainda hoje a minha colega veio ter comigo porque tinha estado com a educadora, e disse: “Olha, diz que aquela criança não tem nada a ver!”... e eu disse: pois não, e isso devemos-lo a ti,*

foste tu que viste e que fizeste uma referenciação desta situação, para que ela pudesse ser avaliada e que neste momento esteja a ser trabalhada.” (l.115-118, f.3, Ec). Salienta-se também, a família enquanto membro da equipa de cuidados, “Porque às vezes é mesmo necessário haver um envolvimento de ambas as partes e o utente também sentir que tem ali alguém que se preocupa com ele e que não estamos ali para impor nada, não é, estamos ali para ajudar.” (l.44-46, f.2, Ed).

Mediação

Está intimamente ligada à resolução de conflitos, sendo uma das estratégias tal como a negociação, que perspetiva a defesa do sistema cliente pelo enfermeiro (advocacia), por intermédio, do gestor de caso, situação, que ainda não se verifica para a totalidade dos casos. Este tipo de mediação é realizada através de encaminhamentos adequados e do acompanhamento dos clientes para garantir que os resultados desejados foram atingidos (SEBASTIAN, in STANHOPE e LANCASTER,2011). Emergem expressões como: “...(...) pronto se é uma família que recebe intervenção de várias instituições ou de vários profissionais, o enfermeiro é aquele que, tendo a sua visão mais holística, que consegue ser ali o “pivô” de articulação entre os vários profissionais ou até entre as várias instituições da comunidade que têm intervenção naquela família, faz a ponte e a articulação.” (l.21-26,f.1, Ea) OU “(...) a dificuldade em prestar cuidados à utente é grande em virtude do tamanho da cama (aliás, segundo a enfermeira tem sido uma “luta”(sic) entre o sobrinho e as auxiliares do ADI, pois estas têm vindo a debater a necessidade de uma cama articulada, (...), tendo as enfermeiras vindo a ser mediadoras neste conflito latente (...).” (l.74-80, f.3, Of3).

AMBIENTE DE DESENVOLVIMENTO DE CUIDADOS

O espaço físico de desenvolvimento refere-se ao ambiente estrutural em que o cuidado de enfermagem se desenvolve, de índole formal ou informal. O discurso dos sujeitos conduz a uma associação entre o espaço físico e o cuidado de enfermagem direto, no que se refere à sua componente física, necessitando de uma interação entre o enfermeiro e o sistema cliente de cuidados indivíduo/família. Através do *corpus* de análise, relativo a esta dimensão, foi possível identificar.

❖ Espaço Físico

Quadro Nº 17 – Relação entre a dimensão espaço físico e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS
Ambiente de desenvolvimento de cuidados	Espaço Físico	Domicílio
		Escola
		Rede Comunitária (cf. p.10 e 33)

Domicílio

O “contexto domiciliário” é definido como aquele em que o sistema de cuidado vive, podendo ser gerador de desequilíbrio ou potenciador do bem-estar, o que pressupõe, na

perspetiva da saúde, que este não seja considerado isoladamente, mas dentro do contexto em que vive. Cuidar no domicílio implica a entrada no ambiente afetivo do sistema cliente indivíduo/família (cf. p. 5), numa lógica de continuidade de cuidados, *“Os enfermeiros da equipa de cuidados continuados, em pleno Inverno, necessitam abrir a janela, para arejar o quarto onde esta idosa se encontra e são prestados os cuidados, pois senão “o ar fica irrespirável.” (l.84-86, f.3, Oa2)* e numa lógica de avaliação e prestação de cuidados preventivos: *“Nessa nova visita quando chegámos a criança que eu vi na primeira visita era uma nova criança, o ambiente e o contexto da habitação estava completamente diferente.” (l.77-79, f.2, Ec).*

Escola

A escola surge no contexto de prestação de cuidados de enfermagem na comunidade em análise, por duas vias, nomeadamente as atividades inerentes ao PNSE (cf. p.7) e o atendimento que o EEECSF realiza quinzenalmente no gabinete de apoio ao aluno. Constituiu-se um ambiente “hostil” ao enfermeiro, mas no qual ele se afirmou e conseguiu ver reconhecido o seu trabalho, talvez por serem as mesmas enfermeiras a desenvolver atividades neste ambiente nalguns anos de parceria. Nesta categoria surge: *“Tendo estes, (pais) concordado que a criança se reunisse com o enfermeiro no dia em que este estava no Gabinete de Apoio ao Aluno.” (l.10-12, f.1, Oc1).*

Rede Comunitária

No ambiente comunitário analisado existe uma rede comunitária desenvolvida e sedimentada (cf. p.33). Enaltecendo o envolvimento direto do município, na rede social. O facto de o concelho ser pequeno origina um conhecimento muito próximo da realidade, mas também a uma difícil gestão de conflitos, sendo aqui que o enfermeiro, por ser aquele que mais próximo está do sistema cliente, da realidade do terreno e das outras entidades parceiras é mediador. Manifestado em *“ (...) entretanto considere que seria uma criança com critério para integrar uma equipa de intervenção precoce, que havia algo que não estava bem ao nível da linguagem e da comunicação, que teria de ser avaliada de uma forma multidisciplinar, não só por enfermagem mas também por outras disciplinas.” (l.63-67, f.2, Ec)* OU *“Era uma utente... a utente era “apenas” sobrinha do casal, não era portanto um familiar directo eram os sobrinhos que eram os principais prestadores de cuidados, recorreram à ajuda de uma SAD” (l.50-52,f.2,Ee)*

Em síntese, poder-se-á entender a convivência de dois tipos de abordagem de promoção da saúde no contexto analisado, a tradicional e a moderna (cf. p.31), sem que daí se saliente uma implementação de empoderamento comunitário consciente. No entanto, sendo uma equipa jovem e com elementos em formação, quer em enfermagem comunitária, quer em enfermagem familiar, pode significar mudanças significativas e refletidas na prática da promoção da saúde a médio ou longo prazo.

A prática de clínica de enfermagem comunitária encontra-se, no contínuo de LAYERACK para o empoderamento comunitário (cf. p. 16) ao nível da ação pessoal. Contudo este contexto dispõe de todas as outras ferramentas necessárias, tais como os pequenos grupos dinamizadores (como associações culturais, desportivas e recreativas), organizações comunitárias (várias IPSS's, Cruz Vermelha, entre outros), parcerias instituídas (quer ao nível

da UCCC, quer ao nível da autarquia), e uma ação social política participativa em todo o processo. Numa perspetiva sistémica poderá dizer-se que os sistemas estão todos lá, não estarão a interagir é da melhor forma em prol da comunidade, numa perspetiva de empoderamento. O que parece estar a acontecer é que os stressores estão a interferir nas linhas flexíveis de defesa e a desequilibrar a rede comunitária. Até agora o núcleo permaneceu intacto, mas não poderá dizer-se até quando, o que seria lamentável tendo em conta as potencialidades identificadas no contexto.

O mesmo sucede para os domínios de empoderamento propostos para a existência de empoderamento comunitário. A participação, a liderança, as estruturas organizativas, a apreciação de problemas, a mobilização de recursos, o questionamento, as ligações com outras pessoas e organizações, o papel dos agentes externos e a gestão do programa, são domínios presentes mas incipientes. Pois para ao sistema enfermeiro e o para o sistema cliente caminharem para o empoderamento comunitário, necessitam ambos de repensar o seu papel no processo de cuidados e de saúde. O primeiro devido aos fatores externos que interferem diretamente na sua prática (horário de carro, tempo, normas a cumprir, entre outros), levando a uma tendência de standardização do cuidado, rotineiro e pouco reflexivo. O segundo, necessita compreender qual o seu papel naquilo que é uma prestação de serviços de saúde, onde ele tem de ter papel ativo, compatível com uma procura constante de equilíbrio e de manutenção de bem estar, reconhecendo a si próprio o poder de decidir. Também a este nível os domínios emergem sinalizando o potencial que o contexto possui para ter uma comunidade empoderada e enfermeiros empoderadores.

Não pode fugir a esta síntese a questão da iliteracia do sistema cliente indivíduo/família, fator transversal à prática de enfermagem de promoção de saúde. No entanto, o próprio enfermeiro parece não reconhecer para si, o papel de promotor de saúde, aquele que intercede e antevê as situações antes de elas acontecerem, não é valorizado na sua prática clínica. Clarificando, intervém mas não tem o conceito interiorizado e refletido criticamente, por isso não o incorpora no *seu habitus*.

Especificidades de um contexto ou de uma equipa fica a questão..., certo é que são especificidades da enfermagem comunitária, onde a implementação do empoderamento comunitário permanece uma prática em construção.

5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Todo o percurso formativo-reflexivo demonstrado por intermédio deste relatório assume uma abrangência que estaria longe do percurso inicialmente definido. Responder a todos os objetivos propostos quer para a elaboração do estágio quer para a elaboração do relatório, foi ambicioso, na realidade, considera-se que ser enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública é ser ambicioso.

Tendo partido de um momento formativo anterior, onde se desenvolveu sobretudo a primeira competência proposta no perfil do ESECSP, foi possível transpor essa e outras adquiridas, nomeadamente no que se refere à utilização da metodologia investigativa, como ponto de partida para este novo percurso reflexivo, o que se revelou um fator facilitador. Acompanhar o enfermeiro especialista em todas as suas atividades permitiu construir uma imagem profissional que se pensa ser capaz de implementar de forma reflexiva e ponderada. Mas a dúvida transversal a todo o percurso formativo efetuado permanece: como pode o enfermeiro especialista dar visibilidade à sua principal intervenção que é a promoção da saúde? Os registos na aplicação informática são um constrangimento, até porque não são efetuados *in loco*, levando a que as solicitações se sobreponham e que os registos efetuados *a posteriori* tenham lacunas.

Com o projeto de estágio e o recurso à revisão sistemática de literatura considera-se ter integrado as restantes três competências, nomeadamente: contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. De todas considera-se que a última, pela especificidade que comporta, foi a que foi menos treinada, havendo noção de que em todas elas ainda há muito a aprender, no entanto o contributo dado pela aprendizagem da revisão sistemática de literatura, para uma prática baseada em evidência, será uma ferramenta que possibilitará o crescimento reflexivo individual na prática de enfermagem comunitária, podendo também ser de inovação e de recriação das práticas.

Pela análise do contexto, por intermédio do projeto, tendo em conta as conclusões emergentes, acredita-se que poderá contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem comunitária prestados, esperando demonstrar que o desenvolvimento da equipa, tem ainda muitas oportunidades de melhoria e de amadurecimento.

6. CONCLUSÕES

A análise dos dados permitiu obter, conclusões emergentes da análise de conteúdo efetuada ao *corpus* da informação obtida, através das entrevistas e das observações efetuadas. Contudo, estas conclusões só poderão ser consideradas válidas para esses sujeitos, no seu contexto, e naquele determinado momento, se com eles forem partilhadas, estando por isso prevista a partilha das conclusões com a equipa. Não é possível realizar inferências sobre a implementação do empoderamento comunitário em enfermagem comunitária. Considera-se, assim, ter obtido uma simples perceção da realidade da prática de enfermagem comunitária em promoção da saúde. Deste modo, de acordo com a temática e os objetivos, procurou-se traduzir um conjunto de conclusões, que nada são mais que uma “fotografia” tirada com uma lente específica. Para tal, recorreu-se ao esquema de análise que reflete a conceptualização do empoderamento na prática de enfermagem comunitária, entendendo-o como suporte básico das conclusões que se apresentam:

- O sistema cliente indivíduo/família emerge no centro do processo de cuidados, salientando-se as suas dimensões psicológica, sociocultural e de desenvolvimento;
- O enfermeiro surge perante o processo de cuidados em dois pólos, desenvolvendo num lado a prática normativa e o *habitus* instituído, noutra a prática reflexiva e contextual com desconstrução do *habitus*.
- Do *corpus* de análise emerge uma conceção com centralidade no sistema cliente, enquanto organizador contextual de cuidados, mas onde se valorizam as interações de carácter reparatório/curativo;
- O processo de interação entre o enfermeiro e o sistema cliente indivíduo/família é influenciado pela literacia/iliteracia deste, assim como da sua conceção enquanto participante no seu processo de saúde, pois o “bem estar” só poderá ser alcançado mediante esta conceção e a sua expectativa de resultado percebida;
- Dos métodos e instrumentos utilizados pelo enfermeiro como estratégia de abordagem para o resultado, salientam-se a liderança, a negociação, o trabalho de equipa e a mediação, sendo esta última quase exclusiva do EEECSF;
- É atribuído sentido à relação que se estabelece entre o enfermeiro e sistema cliente de cuidados, sendo que este tipo de ligação é considerado como potenciador da participação/não participação deste no processo de cuidados;

Encontrar estratégias que abram caminho ao crescimento e questionamento para uma prática reflexiva em enfermagem comunitária na implementação da promoção da saúde é sempre um desafio, que poderá ser vetor de mudança e de paradigma na especificidade da disciplina. No entanto, cabe às equipas em geral e ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública em particular a responsabilidade de mediação de processos na comunidade e de formação dos restantes elementos da equipa para a implementação da promoção da saúde.

Prestar cuidados de enfermagem na comunidade onde o sistema cliente seja um participante ativo, implica a partilha de responsabilidades entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, neste sentido, o enfermeiro terá sempre que partilhar saberes e experiências para promover o envolvimento do sistema cliente no seu processo de saúde, no respeito pelas decisões deste e na busca de um cuidado culturalmente congruente. Será porventura esta a principal conclusão deste relatório e o principal desafio do enfermeiro especialista, na defesa da sua esfera autónoma de intervenção na comunidade. Enquanto tal não se verifique, a promoção de saúde será sempre uma prática incipiente e pouco valorizada pelos próprios enfermeiros. Aplica-se talvez o conceito de auto-eficácia percebida apresentado por PENDER (2002), não só ao sistema cliente cuidado, mas também ao sistema cliente cuidador, necessitando este, mais que tudo, da compreensão e integração deste conceito que é o de empoderamento, para que o implemente na prática clínica.

Sugere-se a realização de investigação em outros contextos da prática de enfermagem na comunidade e noutras equipas de enfermagem, que possam trazer contributos a esta discussão e que permitam a realização de inferências, assim como da reflexão profunda, que se entende necessária, acerca da aprendizagem da enfermagem comunitária ao longo do curso de licenciatura, numa perspetiva de desenvolvimento de competências na implementação da promoção da saúde e do empoderamento como estratégia de cuidados autónoma fundamental em enfermagem comunitária.

Finalizando, o sentir é o de dever cumprido, enquanto enfermeira que desenvolveu competências na sua área de especialização do conhecimento. Que o percurso que agora termina possa ser o início de muitos outros percursos transversais à temática e à especificidade do cuidar em enfermagem na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (1997). **Dinâmica de formativa dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar**: In: Canário, R. *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- ABREU, W. C. (2001). **Identidade, Formação e Trabalho. Das culturas Locais às estratégias identitárias dos enfermeiros**. Lisboa: Educa.
- ABREU, W. C. (2003). **Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde**. *Sinais Vitais. Cadernos Sinais Vitais1*. Coimbra: Formasau.
- ABREU, W. C. (2007). **Formação e aprendizagem em contexto clínico**. Coimbra: Formasau.
- AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE RIBATEJO. **Relatório de Actividades 2010**.
- ALMEIDA, M. Quando dois se tornam três: reflexões acerca da formação de uma nova família a partir do impacto do nascimento do primeiro filho. 2005. **Psicologia.com.pt, Portal dos Psicólogos** in <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0060.pdf>, consultado em 12/01/2012.
- AMENDOEIRA, J. (1999). **A Formação em Enfermagem: Que conhecimento, que contexto**. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de Mestrado. In Repositório do Instituto Politécnico de Santarém, <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/90>. Consultado em 18 janeiro 2011.
- AMENDOEIRA, J. O cuidado de enfermagem – Intenção ou ação, o que pensam os estudantes? **Revista Nursing**. Julho/Agosto 2000. pp.8-14.
- AMENDOEIRA, J., BARROSO, I., COELHO, T., SANTOS, I., GODINHO, C., SARAGOILA, F., MARQUES, G., FILIPE, D. (2003). **Instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem, expressões e significados**. Escola Superior de Enfermagem

de Santarém. Santarém: GIDEA. In <http://www.chmt.min-saude.pt/NR/rdonlyres/792092AE-29A6-4548-B205>. Consultado em 10 dezembro 2011.

- AMENDOEIRA, J. (2004). **Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem, uma transição inacabada, 1950-2003, Estudo etno-sociológico**. Universidade Nova de Lisboa. Tese de doutoramento em Sociologia da Educação. In <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/92>. Consultado em 10 dezembro 2011.4
- ASTON, M., STEWART, D., EDWARDS, N., e YOUNG, L. Public Health Nurses, Primary Health Care Practice: Strategies for Fostering Citizen Participation” **Journal of Community Health Nursing**, Nº26, 2009, pp.24–34, ISSN: 07370016 PMID: 19177270 CINAHL AN: 2010191853.
- AUGUSTO, B., RODRIGUES, C., RODRIGUES, C., RODRIGUES, E., OLIVEIRA, F., SIMÕES, R., GONÇALVES, I., GONÇALVES, J., GONÇALVES, S., CARVALHO, R., ALEIXO, S., AZEVEDO, V., ALMEIDA, Z., GOMES, M. (2002). **Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar**. Manual Sinais Vitais. Coimbra: Formasau.
- BARDIN, L. (2004). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994). **Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Porto: Porto Editora.
- CARTER, B. e MCGOLDRICK, M. (1995). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma nova estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4, Jacarta, Indonésia, 1997 =Fourth International Conference on Health Promotion, Jacarta, Indonesia, 21-25 July1997 – The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion Into the 21st Century.Copenhaga: WHO, 1997.
- CRAVEIRO, A. C. P. **Comissões de acompanhamento externo dos Serviços de Saúde:que contributo para o empowerment dos cidadãos?** Dissertação de Pós-Graduação em Administração Hospitalar, no âmbito do XXVIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 1998/2000. Escola Nacional de Saúde Pública. UniversidadeNova de Lisboa, 2000.

- COLLIÉRE, M F (1999). **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa.
- CARVALHO, A. (2007). **Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior**. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho: Instituto de Estudos Superiores da Criança.
- CARVALHO, A. e CARVALHO, G. (2006). **Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência.
- COSTA, M.A.M. (2002). **Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau.
- COSTA, M.A.M. – Questões Demográficas: Repercussões nos Cuidados de Saúde e na Formação dos Enfermeiros. Comunicação apresentada no II Fórum “Desafios de Enfermagem”, Coimbra, 1998. In **O Idoso Problemas e realidades: Manual Sinais Vitais**. 1ª Ed.1999. Coimbra: Formasau.
- CORREIA, M. Observação Participante enquanto técnica de Investigação. **Pensar Enfermagem**. Vol. 13º. N.º 2, 2º Semestre de 2009, pp.30-36.
- CUNHA, C., CINTRA, L. (1992). **Nova Gramática do Português Contemporâneo**. 9ª Edição. Lisboa: Edições João Sá da Costa.
- DECRETO-LEI Nº 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**
- DIAS, M.; DUQUE, A.; SILVA, M.; DURÁ, E. Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia. **Revista Análise Psicológica**. N.º 3 (XXII), (2004), pp.463-473.
- DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001). Lisboa: Academia das Ciências/Verbo.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004). **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: Autor.
- DOWNIE, R., TANNAHILL, C., & TANNAHILL, A. (2000). **Health promotion. Models and values**. (2ªed. pp. 9-75). Oxford: University Press. (67 p.)

- EVANS D, PEARSONS A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. **Journal of Clinical Nursing**. Nº10, Vol. 4, 2001, Setembro, pp.593-599. In <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11822509>. Consultado em 3/1/2012.
- FALK-RAFAEL., A. R. "Empowerment as a Process of Envolving Consciousness: Model of Empowered Caring". **Advanced Nursing Science**. Nº24, Vol.1, pp.1–16, ISSN: 0161-9268 PMID: 11554530 CINAHL AN: 2001092311.
- FORTIN, M. (2000) **O Processo de investigação: da concepção à realização**. 2ªed. Lusociência, Loures.
- FORTIN, M. F. e FILION, F. (2000). Formulação de um problema de investigação. In Fortin, M. F., Côté, J. e Vissandjée, B. (org.). **O processo de investigação: da concepção à realização**. (2ª ed.). (pp. 61 - 71). Camarate: Lusociência.
- FRAGOEIRO, I. A família e a descoberta das aptidões individuais. **Servir**. Vol.47, Nº1, 1999, p.10-13.
- GALVÃO, C., SAWADA, N., e TREVIZAN, M. Revisão Sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Nº12, Vol. 3, 2004, maio-junho, pp. 549-556. In <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>. Consultado em 10/12/2011.
- GEORGE, J. B. (2000). Betty Neuman (1995). In George, J. B. e colaboradores. (org). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. (4ª ed.) (pp. 225 – 240). Porto Alegre: Artes Médicas.
- GIGLIONE, R. e METALON, B. (1993). **O Inquérito: Teoria e Prática**. Oeiras: Celta Editora.
- HESBEEN, W. (2000). **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar**. Loures: Lusociência.
- HOWORKA, K., et al. Empowering diabetes out patients with structured education: short-term and long-term effects of functional insulin treatment or perceived control over diabetes. **Journal of Psychosomatic Research**. Nº48, Vol.1, 2000, pp.37-44.

- INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 2, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1998 – Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Copenhaga: WHO, 1998 (WHO/HPR/HEP/95.2).
- INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 3, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991 – Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Copenhaga: WHO, 1991 (WHO/HPR/HEP/95.3).
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2001). **Classificação Internacional para a prática de enfermagem, versão Beta 2**. 2ªed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- JEREMIAS, C. e RODRIGUES, F. – O cuidar de Enfermagem ao Sistema Cliente Comunidade. **Revista Nursing Portuguesa**. Nº263, 2010, Novembro, Disponível em [www:URL:<http://www.nursingportuguesa.com/conteudo.php?ACBRbVBk=AD5RY1B3WmJXZ1A7ATpXVFEwAmQPdgFgVGoAZ1NI&ADIRaAtela9Xr1tela9Xr1=AGhRPFA1&ADIRaFBcWnhXYVax=&ADVraFBqWmhXZVA9AQRxaFE7AnMPcAFkVGgAe1NI=AGdROQtela9Xr1tela9Xr1>](http://www.nursingportuguesa.com/conteudo.php?ACBRbVBk=AD5RY1B3WmJXZ1A7ATpXVFEwAmQPdgFgVGoAZ1NI&ADIRaAtela9Xr1tela9Xr1=AGhRPFA1&ADIRaFBcWnhXYVax=&ADVraFBqWmhXZVA9AQRxaFE7AnMPcAFkVGgAe1NI=AGdROQtela9Xr1tela9Xr1). Consultado em dezembro 2010.
- LABONTE, R. (1989) **Community and professional empowerment**. The Canadian Nurse.
- LAVERAK, G. (2008). **Promoção da Saúde, Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta.
- LI-CHUNG CHANG; CHIEH-HSING LIU; EDWIN HAN-WEN YEN. “Effects of an Empowerment-Based Education Program (EBEP) for Public Health Nurses in Taiwan”. **Journal of Clinical Nursing**, Nº17, 2008, pp.2782–2790, ISSN: 0962-1067 PMID: 18808647 CINAHL AN: 2010084885.
- LOPES, A., e FRACOLLI, L. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre a sua aplicação na pesquisa de enfermagem. **Revista Texto e Contexto**. Nº17, Vol.4, 2008, outubro/dezembro, pp.771-778. In <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/20.pdf> em 10/01/2012. Consultado em 10/12/2011.
- LOUREIRO, I., MIRANDA, N. (2010). **Promover a Saúde: dos fundamentos à acção**. Coimbra: Almedina.
- MESQUITA, C. (2003) **Empowerment na doença crónica: um estudo de caso**. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

- MORIN, E. (1996). “Epistemologia da complexidade”. In: Schnitman, D. Fried (org.), **Novos Paradigmas, Cultura e Subjectividade**. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 274-286.
- NETO, I. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Nº19, 2003, pp.68-74.
- NEUHAUSER, D. The coming third health care revolution: personal empowerment. **Quality Management Health Care**. Nº12. Vol.3, 2003, Julho-Setembro. pp.171-184.
- NEUMAN, B. (1995). **The Neuman Systems Model**. 3ª ed. USA: Library of Congress.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) **Do caminho Percorrido e das Propostas - Conselho de Enfermagem**, Lisboa.
- PENDER, N. (2002) in TOMEY, A. e ALLYGOOD, M. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e teorias de Enfermagem**. 5ªed. Loures: Lusociência.
- PERRENOUD, P. (2001). “**O trabalho sobre o habitus na formação de professores: análise das práticas e tomada de consciência**”. In: Paquay, L.; Perrenoud, P.; Altet, M.; Charlier, *Formando professores profissionais. Quais estratégias? Quias competências?* 2ª ed. São Paulo: Artmed.
- PERRENOUD, P. (2002). **A Prática Reflexiva no Ofício de Professor. Profissionalização e Razão Pedagógica**. Porto Alegre: Artmed
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-lei Nº120/99. Presidência do Concelho de Ministros, Diário da Republica, 1ª série A, Nº89, 18 de abril 1999, pp.2026-2031.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E SEGURANÇA SOCIAL. **Lei de proteção de crianças e jovens em perigo** Diário da República, Lei Nº147/99, 1ª série A, Nº204, 1 de setembro 1999, pp.6115-6132.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Ganhos de Saúde em Portugal: ponto de situação. Relatório do Diretor e Alto-Comissário da Saúde**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2002.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde um compromisso, a estratégia de saúde para o virar do século (1998- 2002)**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Saúde, que ruturas? Relatório da primavera 2003**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Saúde Escolar (2006)**. Lisboa: Ministério da Saúde. Divisão de Saúde Escolar.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consultado em agosto 2011, disponível em [<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/documento-estrategico-PNS2011-2016.pdf>]].
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulamento da organização e do funcionamento da unidade de cuidados na comunidade**. Diário da República, 2ª série, N°74, 16 de abril 2009, pp.15438-15440.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto-lei N°281/2009**. Diário da República, 1ª série, N°193, 6 de outubro 2009, pp.7298-7301.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N°128/2011. **Regulamento das Competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária de saúde pública**. Diário da República, 2ª série, N°35, 18 de fevereiro 2011, pp.8667-8669.
- QUEIROZ, D.; VALL, J.; SOUZA, A.; VIEIRA, N. Observação Participante na pesquisa qualitativa: Conceitos e aplicações na área da Saúde. **Revista de EnfermagemUERJ**. Vol. 2. N.º 15, Abril-Junho 2007, pp.276-283.
- QUIVY, R; R.; CAMPENHOUDT, L.(1998) **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Gradiva, Lisboa
- RAPPAPORT, J. (1984) **Studies in empowerment: Introduction to the issue**.Prevention in Human Services.
- REBELO, T. (1996) **Os discursos nas Práticas de Cuidados de Enfermagem: contributo para a análise de representações sociais de enfermagem**, Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação Área da Pedagogia da Saúde, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa.
- REBELO, T. (2008) **Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho**, Dissertação de Doutoramento em Didáctica apresentada à Universidade de Aveiro.
- RUQUOY, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In ALBARELLO, L., DIGNEFF, F., HIERNAUX, J. P., MAROY, C., RUQUOY, D., SAINT-GEORGES, P.

(org.). **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**. 1ª ed.. pp. 84 – 116. Lisboa: Gradiva.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfis de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Autor.
- SAKELLARIDES, C. – **O sistema de saúde e a sua evolução: da proteção social à governação em saúde: apontamentos**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.
- SILVA, J.; SOUSA, M.; MERCADIÉ, M.; AMARAL, L.; RIBEIRO, M.; MAIA, L.; MCDONOUGH, J.; HELLEREN, S.; SEAL, M.; FRANCO, J.; GUBERNATIS, H.; CARDOSO, J.; BATISTA, A.; SANTOS, N.; ALVES, M.; MEERSSCHAERT, L.; DELGADO, E.; PINTO, H. (2008). (org). **Empowerment: Capacitar para Agir**. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- SILVA, M. J. R. (2010). **Adesão ao Regime Terapêutico**. Coimbra: Formasau.
- STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (org.) (2011). **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 7ª ed. Lisboa: Lusodidacta.
- STREUBERT, H., CARPENTER, D. (2002). **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO (2009). **Plano de Ação**. Documento Oficial Não Publicado. Cartaxo.
- WILLIAMSON, K. “Home Health Care Nurses: perceptions of Empowerment”. **Journal of Community Health Nursing**, Vol.24, N°3, 2007, pp.133–153. ISSN: 0737-0016, MEDLINE with full text.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1984). **Health promotion: A WHO discussion document on the concepts and principles**. Copenhagen: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ministério da Saúde (1986). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1988). **Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis**. Lisboa: DGS.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1991). **Declaração de Sundswall sobre ambientes favoráveis à saúde**. Lisboa: DGS.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997). **Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI**. Lisboa: DGS.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). **Health Promotion Glossary** – Division of Health Promotion, Education and Communications.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999). **21 Targets for the 21st Century and suggested areas for formulating indicators**. Disponível: <http://www.who.int.html>. Consultado em janeiro 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). **Fifth Global Conference for Health Promotion. Health Promotion: Bridging the equity gap. Report of the technical program**. Disponível: <http://www.who.int/hpr/conference/products/conferencereport>. Consultado em janeiro 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003a). **Declaration of Alma-Ata**. Disponível: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>. Consultado em janeiro 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003b). **About us**. Disponível: <http://www.who.int/hpr/archive/oldhpr/aboutus.html>. Consultado em janeiro 2011.
- VALA, J. (1986). A análise de conteúdo. In Silva, A. S. e Pinto, J. M. (org.). **Metodologia das ciências sociais**. (9ª ed.). (pp. 101 – 128). Porto: Edições Afrontamento.

ANEXOS

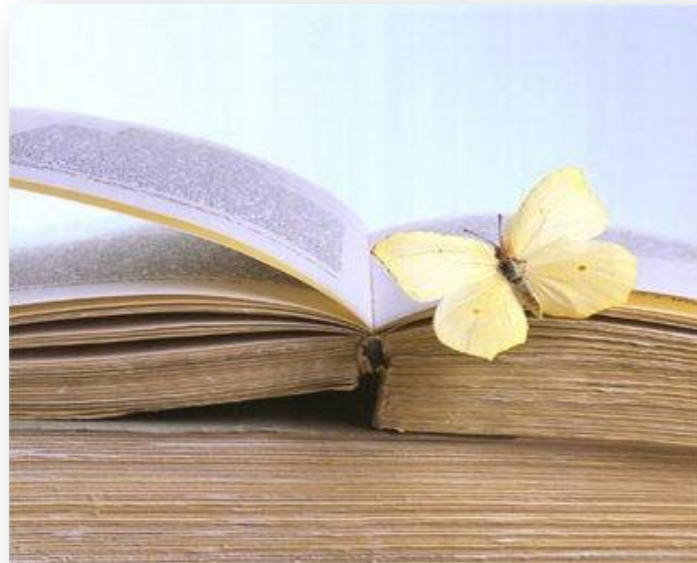
Anexo I

Projeto de Estágio: Actividades a Desenvolver



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
2º Ano, 1º Semestre
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO

Projeto de Estágio: Atividades a Desenvolver



Dina Bernardino

SANTARÉM

DEZEMBRO 2010

Onde houver uma árvore para plantar, planta-a tu.
Onde houver um erro para emendar, emenda-o tu.
Onde houver um esforço de que todos fogem, fá-lo tu.
Sê tu aquele que afasta as pedras do caminho

(Gabriela Mistral)

INDICE

0.INTRODUÇÃO	4
1.NATUREZA E ENQUADRAMENTO	7
2. PROJETO DE ESTÁGIO: ATIVIDADES A IMPLEMENTAR	9
3. NOTA CONCLUSIVA	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXOS:	15
Anexo I: CRONOGRAMA	

0 – INTRODUÇÃO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças de perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução de problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

Este projeto de estágio procura apresentar as atividades a desenvolver em estágio onde se perspectiva a aquisição de competências especializadas e o envolvimento em programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” do cliente de cuidados (pessoas, grupos ou comunidade), na consecução dos seus projectos de saúde e cidadania, assim como a consecução do relatório das actividades desenvolvidas, no enquadramento do Mestrado em Enfermagem Comunitária.

O desenvolvimento de actividades em múltiplos contextos integrados na realidade da Unidade de Cuidados da Comunidade do Cartaxo (UCCC) em associação com os atributos específicos dirigidos ao estágio e relatório, propostos pela escola, levou há necessidade de se optar por uma área temática central e transversal, à luz da qual se trabalharão as actividades a desenvolver.

Neste sentido formulou-se uma questão de partida:

“Como se implementa o Empoderamento no contexto da prática clínica em Enfermagem Comunitária?”

Este questionamento decorre do trabalho efectuado no estágio anterior, que apesar de desenvolvido no contexto de cuidados da UCCC, sucedeu unicamente na freguesia de Pontével, em que foram diagnosticados alguns problemas dos quais se salientam o **Envolvimento Comunitário para a população idosa não demonstrado e a**

Iliteracia; por outro lado, foi possível perceber que alguma da comunicação que a UCCC efectuou para a sua comunidade alvo foi, sobretudo, escrita, podendo não corresponder ao objectivo da sua concepção. Tal facto poderá reflectir algum desfasamento entre as necessidades sentidas e as necessidades reais da comunidade. Neste sentido, considerou-se prioritário, junto dos enfermeiros da equipa, avaliar de que formas através das quais estes estimulam o “Empowerment” dos seus clientes e se o consideram uma mais-valia com resultados sensíveis aos cuidados que prestam.

No projeto agora apresentado evidencia-se a participação em actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação de resultados. Numa perspectiva de envolvimento da equipa de enfermagem, de despertar consciências críticas, fazendo com se supere a passividade, ao mesmo tempo que se promova a capacitação, bem como a procura de meios e de vontades, no sentido da resolução ou minimização dos problemas identificados.

O aumento da despesa de saúde a um ritmo quase insustentável, a introdução de uma gestão de cuidados de saúde e de enfermagem assente nos princípios da capacitação da comunidade nunca foi tão importante (WILLIAMS, 1999, in STANHOPE e LANCASTER). Essa é essência e o principal papel da Enfermagem Comunitária.

O presente projeto de estágio, assim como as actividades a desenvolver, simboliza apenas uma tentativa de contribuir para a promoção de um ambiente capacitador dos enfermeiros comunitários e conseqüentemente da população a que prestam cuidados, tal como preconizado pelo regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

São então assim três os objectivos preconizados para o Estágio:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;

- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Deste modo, passar-se-á a um breve enquadramento teórico da temática, para seguidamente se apresentarem as actividades a desenvolver.

1. NATUREZA E ENQUADRAMENTO

Este projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, que decorre durante 18 semanas na Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, entre 29 de Novembro de 2010 e 16 de Abril de 2011.

Partindo do pressuposto de que “embora o desenvolvimento crítico dos indivíduos não seja suficiente para a transformação da sociedade, é absolutamente necessário para que ele ocorra, uma vez que o envolvimento em processo de mudança demanda um mínimo de percepção do poder individual que sustente um processo produtivo de convivência nos espaços colectivos” (CARVALHO, 2004).

O PNS 2011-2016, apresenta uma forte aposta na “capacitação do cidadão”, de modo que este aumente a literacia em saúde, para saber que tem direitos e obrigações em relação à própria saúde e para “perceber que a doença pode ser o resultado de uma opção errada que fez para si próprio” (JORNAL PUBLICO, 29 DE JUNHO 2010), mas será que os enfermeiros que desenvolvem a sua actividade no contexto têm consciência disso.

No processo de “Empowerment comunitário” observa-se a presença de factores situados em esferas distintas da vida social. Estão presentes microfactors encontráveis no plano individual, a exemplo do desenvolvimento da autoconfiança e da auto-estima (CARVALHO, 2004), no plano grupal, no plano político e profissional.

Mais do que transmitir informações e induzir determinados comportamentos, o “Empowerment comunitário” deve procurar apoiar as pessoas e a comunidade a realizarem as suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem correctas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a comunidade.

Explicar a prioridade deste diagnóstico e a sua urgência, para o qual se propõe uma pequena parte da solução, com este projeto de estágio, não se revela fácil. Como poderemos querer “capacitar” aqueles a quem prestamos cuidados se nós próprios (enfermeiros) estamos tão pouco “capacitados”...

Sendo uma das áreas prioritárias de investigação em enfermagem em Portugal a capacitação (*Empowerment*) dos clientes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010), deve ser também preocupação compreender se os enfermeiros estão, realmente dentro da filosofia do “Empowerment”. Importará aqui distinguir desde já os conceitos de “Empowerment Psicológico” de “Empowerment Comunitário”.

Para o primeiro, o que está em questão não é o poder real, mas sim o “senso de Empowerment” levando à personalização da política que pode favorecer a manutenção do *status quo*. Isso vem permitindo que, embora expresso na linguagem que afirma a importância da autonomia das pessoas e da diminuição da dependência de instituições macrossociais, o “empowerment” psicológico venha sendo usado para justificar a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de conservadorismo fiscal (CARVALHO, 2004).

Para o segundo e para os teóricos do “Empowerment” Comunitário, a comunidade é constituída por diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controlo sobre os recursos, fazendo com que processos de “Empowerment” impliquem, muitas vezes, a redistribuição do poder e a resistência daqueles que o perdem (CARVALHO, 2004). É neste dilema que se propõem as actividades apresentadas.

Mantendo a perspectiva do Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman (1995) (Comunidade como Cliente: Abordagem Sistémica), considerou-se pertinente a mobilização de alguns pressupostos do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender (2002), que em complementaridade podem contribuir para uma percepção lógica do problema.

2. PROJETO DE ESTÁGIO: ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Objectivo Estágio	Objectivos Específicos	Actividades	Quando	Onde+ Quem	
Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária	Proceder a pesquisa Bibliográfica no âmbito da temática a estudar;	<ul style="list-style-type: none"> Realização de revisão sistemática em bases de dados internacionais; 	Primeira e Segunda semanas de Estágio	ESSS+UCCC Mestranda	
		<ul style="list-style-type: none"> Consulta de documentos de relevância internacionais e nacionais no sentido de justificar a pertinência do estudo da temática; 			
	Inventariar as situações de cuidados de enfermagem prestados pela UCCC		<ul style="list-style-type: none"> Consulta do Plano de Acção da UCCC, e outros documentos de âmbito concelhio considerados pertinentes; 	Terceira semana de estágio	UCCC Mestranda e enfermeiras cooperantes
			<ul style="list-style-type: none"> Validação dos projectos em curso e resultados obtidos; 		
			<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos projectos a implementar e constrangimentos à sua ainda não implementação; 		
	Integrar a equipa de Enfermagem da UCCC nos seus diversos contextos de cuidados		<ul style="list-style-type: none"> Divulgação junto da equipa do projecto em desenvolvimento e da temática em estudo; 	Quarta Semana de estágio	UCCC Mestranda, enfermeiras cooperantes e restante equipa
<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento da equipa de enfermagem, em situações de cuidados abrangidas (Cuidados Continuados Integrados, Saúde Escolar, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, Avaliação de famílias em Risco, Promoção da 			Quinta semana de estágio à décima segunda	UCCC Mestranda, enfermeiras cooperantes e restante equipa	

		Parentalidade de Maternidade) em pelo menos três momentos;		
		<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento da equipa de enfermagem nos projectos da UCCC em parceria (Rede social, Intervenção precoce, Núcleo local de inserção, educação parental). 	Quinta semana de estágio à décima segunda	UCCC Mestranda, enfermeiras cooperantes e restante equipa
		<ul style="list-style-type: none"> Colaboração em projectos em implementação, dentro do âmbito do estágio. 	A partir da quinta semana de estágio	UCCC Mestranda, enfermeiras cooperantes
Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;	Avaliar a capacidade de "Empowerment" da equipa de enfermagem junto dos seus clientes.	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração grelha para realização de observação participativa; 	Terceira semana de estágio	ESSS+UCCC Mestranda
		<ul style="list-style-type: none"> Aplicação da grelha de observação em todos os contextos de cuidados e em todos os momentos em que se participa; 	Quinta semana de estágio à décima segunda	UCCC Mestranda
		<ul style="list-style-type: none"> Realização de entrevistas semi-estruturadas a todos os enfermeiros da equipa da UCCC 	Quinta semana de estágio à décima segunda	UCCC Mestranda
	Identificar oportunidades de melhoria da equipa no âmbito do "Empowerment" dos seus clientes	<ul style="list-style-type: none"> Envolvimento da equipa no projecto, demonstrando a importância da implementação do conceito em estudo; 	Ao longo do estágio	UCCC Mestranda, enfermeiras cooperantes e restante equipa
		<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos resultados do estudo e principais conclusões à equipa 	Décima quarta semana de estágio	UCCC Mestranda, professora orientadora, enfermeiras cooperantes e restante

				equipa
		<ul style="list-style-type: none"> Inventariar estratégias de “Empowerment” em conjunto com a equipa e formas das implementar 	Décima quarta semana de estágio	Mestranda, professora orientadora, enfermeiras cooperantes e restante equipa
		<ul style="list-style-type: none"> Validação da importância da existência de alguma informação escrita disponível aos enfermeiros; 		
		<ul style="list-style-type: none"> Realização do documento proposto. 	Décima quinta semana de estágio	UCCC+ESSS Mestranda
	Colaborar na logística de implementação de um projecto de intervenção comunitária ainda não implementado na UCCC	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica acerca do projecto a implementar; Contactos directos na comunidade para a operacionalização do projecto; Realização de reuniões; Definição de circuitos e parcerias; Definição de critério de Inclusão e de abrangência de utentes; Elaboração de documento escrito a entregar na UCCC; 	Ao longo do estágio	UCCC Mestranda, enfermeiras cooperantes
Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.	Reflectir acerca dos resultados obtidos por intermédio da observação participante e da realização das entrevistas.	<ul style="list-style-type: none"> Analisar a informação resultante da observação participante; Realização da Análise do Conteúdo das entrevistas efectuadas. 	Entre a décima segunda e a décima terceira semanas de estágio	UCC+ESSS Mestranda, professora orientadora
		<ul style="list-style-type: none"> Apreciação crítica dos resultados obtidos face àquilo que são as competências específicas do enfermeiro de Enfermagem Comunitária e de Saúde 	Entre a décima segunda e a décima terceira semanas	UCC+ESSS Mestranda, professora orientadora

		Pública	de estágio	
		<ul style="list-style-type: none"> Realização de reuniões de acompanhamento para reflexão das situações vivenciadas e introdução de alternativas concertadas. 	Na sexta, na nona, na décima segunda semanas de estágio.	UCC+ESSS Mestranda, professora orientadora, enfermeiras cooperantes
	Analisar criticamente as situações de cuidados vivenciadas, tendo em conta as competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária adquiridas.	<ul style="list-style-type: none"> Realização de reunião de avaliação intermédia, e ponto de situação de execução face aos objectivos propostos. 	Oitava Semana de estágio	UCC+ESSS Mestranda, professora orientadora, enfermeiras cooperantes
		<ul style="list-style-type: none"> Realização de reunião de avaliação final, e preenchimento da folha de avaliação. 	Décima Quinta Semana de Estágio	UCC+ESSS Mestranda, professora orientadora, enfermeiras cooperantes
		<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento do Relatório de Estágio, de acordo com os objectivos específicos propostos para o efeito. Apresentação e discussão pública do relatório. 	Entre a décima sexta e a décima oitava semana de estágio	UCC+ESSS Mestranda, professora orientadora

3. NOTA CONCLUSIVA

A construção de cuidados na comunidade implica a ideia do todo, do conjunto das partes, mas sobretudo, das ligações e inter-relações que constituem esse todo, na perspectiva de que o sistema é um conjunto de elementos interdependentes, ligados entre si por relações tais que se um deles se modifica os outros se modificam, transformando por consequência todo o sistema (COSTA, 2002).

De facto, a equipa de enfermagem que desenvolve a sua atividade em contexto comunitário, tem um peso elevado nessa comunidade, mas precisa de compreender efectivamente esse seu poder. Compete à enfermagem comunitária transformá-lo em poder de participação e de decisão, no sentido de que as respostas comunitárias desenvolvidas estejam adequadas às reais necessidades e interesses.

Mediar este processo é complexo. A abrangência multidimensional deste projecto reflecte essa complexidade, dar voz, incluir e influenciar, são princípios básicos da noção de “Empowerment” (SILVA, 2008). Quando se fala de “Empowerment” fala-se de poder, da forma como este é obtido, como se manifesta, quem o tem e quem o não tem, envolvendo duas preocupações: a mudança individual e social (HELLEREN, 2008).

Que este projecto possa ser um contributo viável, de empoderamento da equipa de enfermagem da UCCC, mas também para a própria Enfermagem Comunitária, na busca do poder libertador dos seus cuidados, tantas vezes acorrentados a outros interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, S. Os múltiplos sentidos da categoria “Empowerment” no projecto de promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol 20. N.º 4, Julho - Agosto 2004, pp.1088-1094.
- COSTA, M.A.M. (2002). **Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau.
- COSTA, M.A.M. – Questões Demográficas: Repercussões nos Cuidados de Saúde e na Formação dos Enfermeiros. Comunicação apresentada no II Fórum “Desafios de Enfermagem”, Coimbra, 1998. In **O Idoso Problemas e realidades: Manual Sinais Vitais**. 1ª Ed.1999. Coimbra: Formasau.
- DIAS, M.; DUQUE, A.; SILVA, M.; DURÁ, E. Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia. **Revista Análise Psicológica**. N.º 3 (XXII), (2004), pp.463-473.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004). **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: Autor.
- EGG, E. e IDAÑEZ, M. (s.d.). **Como Elaborar um projecto: Guia para desenhar projectos sociais e culturais**. 16ª ed. Centro Português de investigação em História e Trabalho social. Lisboa: Projecto Atlântida.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem**,

Perfis de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista. Lisboa: Autor.

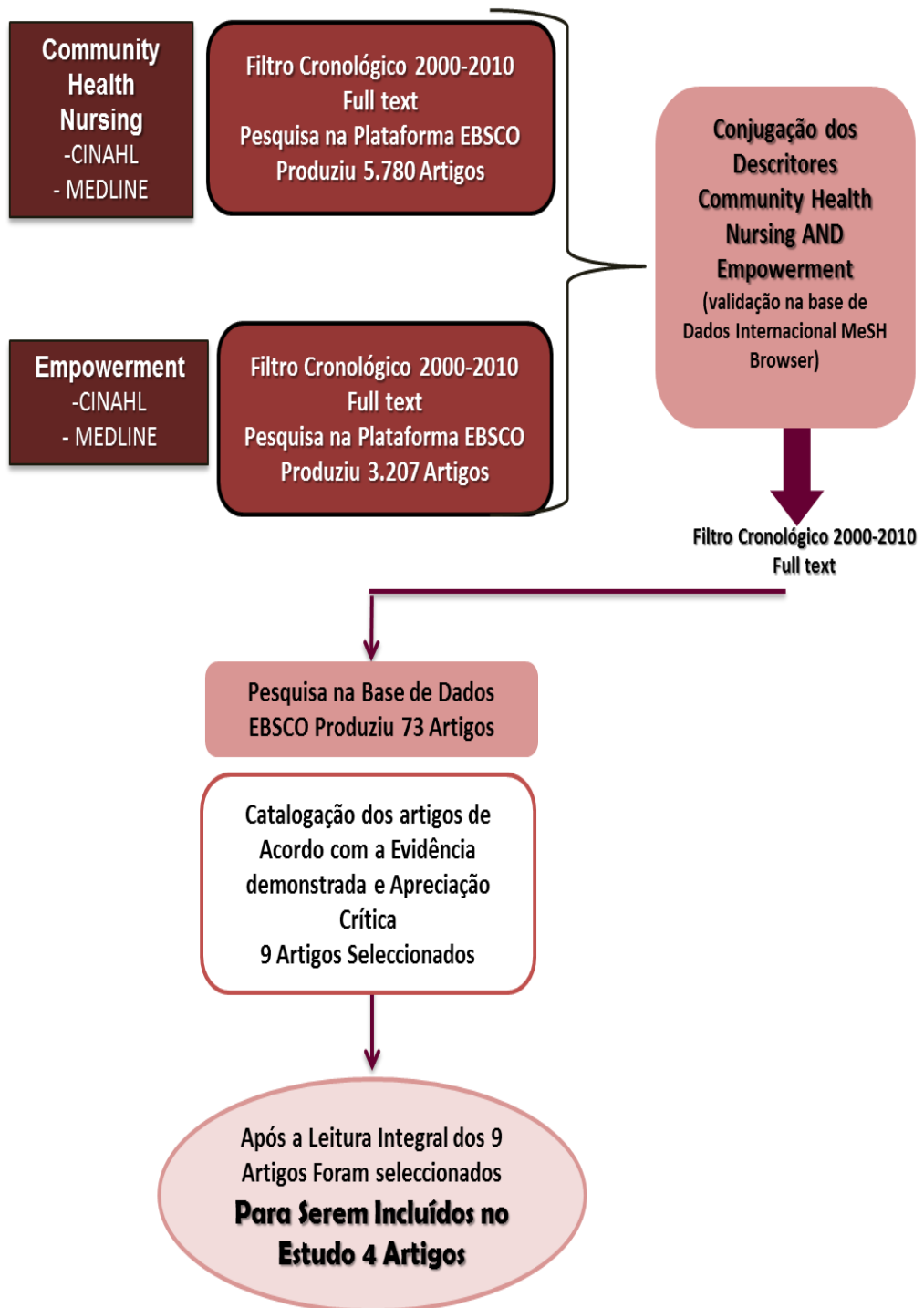
- PINTO, C. (1998). **“Empowerment, uma Prática de Serviço Social”**. In BARATA, O (coord), *Política Social* – Lisboa: ISCSP.
- STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (org.) (1999). **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** (4ª ed.) Lisboa: Lusociência.
- SILVA, J.; SOUSA, M.; MERCADIÉ, M.; AMARAL, L.; RIBEIRO, M.; MAIA, L.; MCDONOUGH, J.; HELLEREN, S.; SEAL, M.; FRANCO, J.; GUBERNATIS, H.; CARDOSO, J.; BAPTISTA, A.; SANTOS, N.; ALVES, M.; MEERSSCHAERT, L.; DELGADO, E.; PINTO, H. (2008). (org). **Empowerment: Capacitar para Agir.** Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I.; COSTA, L.; OLIVEIRA, D. – Educação para a saúde em grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora na promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Nº 26 (2). (2005). pp.147-153.
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO (2009). **Plano de Acção.** Documento Oficial Não Publicado. Cartaxo.

Anexo II
Cronograma

Meses	Nov. Dez			Janeiro				Fevereiro				Março				Abril		
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Actividades	29 04	06 11	13 18	03 08	10 15	17 22	24 29	31 05	07 12	14 19	21 26	28 05	07 12	14 19	21 26	28 02	04 09	11 16
Realização de revisão sistemática em bases de dados internacionais;																		
Consulta de documentos de relevância internacionais e nacionais no sentido de justificar a pertinência do estudo da temática;																		
Consulta do Plano de Acção da UCCC, e outros documentos de âmbito concelhio considerados pertinentes;																		
Validação dos projectos em curso e resultados obtidos;																		
Identificação dos projectos a implementar e constrangimentos à sua ainda não implementação;																		
Divulgação junto da equipa do projecto em desenvolvimento e da temática em estudo;																		
Acompanhamento da equipa de enfermagem, em situações de cuidados abrangidas (Cuidados Continuados Integrados, Saúde Escolar, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, Avaliação de famílias em Risco, Promoção da Parentalidade de Maternidade) em pelo menos três momentos;																		
Acompanhamento da equipa de enfermagem nos projectos da UCCC em parceria (Rede social, Intervenção precoce, Núcleo local de inserção, educação parental).																		
Colaboração em projectos em implementação, dentro do âmbito do estágio.																		
Elaboração grelha para realização de observação participativa;																		
Aplicação da grelha de observação em todos os contextos de cuidados e em todos os momentos em que se participa;																		
Realização de entrevistas semi-estruturadas a todos os enfermeiros da equipa da UCCC																		
Envolvimento da equipa no projecto, demonstrando a importância da implementação do conceito em estudo;																		
Apresentação dos resultados do estudo e principais conclusões à equipa																		
Inventariar estratégias de "Empowerment" em conjunto com a equipa e formas das implementar																		
Validação da importância da existência de alguma informação escrita disponível aos enfermeiros;																		
Realização do documento proposto.																		
Pesquisa bibliográfica acerca do projecto a implementar;																		
Contactos directos na comunidade para a operacionalização do projecto;																		
Realização de reuniões;																		
Definição de circuitos e parcerias;																		
Definição de critério de Inclusão e de abrangência de utentes;																		
Elaboração de documento escrito a entregar na UCCC;																		
Analisar a informação resultante da observação participante;																		
Realização da Análise do Conteúdo das entrevistas efectuadas.																		
Apreciação crítica dos resultados obtidos face àquilo que são as competências específicas do enfermeiro de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública																		
Realização de reuniões de acompanhamento para reflexão das situações vivenciadas e introdução de alternativas concertadas.																		
Realização de reunião de avaliação intermédia, e ponto de situação de execução face aos objectivos propostos.																		
Realização de reunião de avaliação final, e preenchimento da folha de avaliação.																		
Desenvolvimento do Relatório de Estágio, de acordo com os objectivos específicos propostos para o efeito.																		
Apresentação e discussão pública do relatório.																		

Anexo III
Protocolo de Pesquisa

Protocolo de Pesquisa



Anexo IV

Quadro de Cruzamento dos Objetivos

Quadro de Cruzamento do Objetivos

Objetivos Estágio	Objetivos Relatório	Pergunta PI[C]O	Objetivo da Revisão Sistemática da Literatura	Objetivos da Observação Participante	Objetivos das Entrevistas
<p>Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;</p> <p>Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;</p> <p>Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.</p>	<p>Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;</p> <p>Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;</p> <p>Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência;</p> <p>Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da Enfermagem avançada;</p> <p>Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem produtoras de resultados sensíveis nas pessoas cuidadas.</p>	<p>“Como se implementa o Empoderamento (I) na perspetiva da Promoção da Saúde na comunidade de (O), por intermédio da prática clínica em Enfermagem Comunitária (P)?”</p>	<p>Descrever o empoderamento na perspetiva da promoção da saúde e da comunidade como cliente, pela prática baseada na evidência.</p>	<p>Caracterizar o contexto de cuidados de enfermagem em ambiente comunitário;</p> <p>Observar a forma como o enfermeiro implementa o empoderamento na sua prática clínica ao indivíduo/família, no contexto em análise.</p>	<p>Obter informação acerca do modo como os enfermeiros percebem o empoderamento que desenvolvem na sua prática de cuidados ao indivíduo/família em ambiente comunitário.</p>

Anexo V

Pedido de Consentimento Informado para os participantes no Estudo



PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do projeto de intervenção: A implementação do Empoderamento em Enfermagem comunitária: Análise de um Contexto

Dina Isabel do Coito Bernardino, aluna do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, em Colaboração com a Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, encontra-se a desenvolver a componente Estágio e Relatório do respetivo Mestrado, onde está a estudar “Como os enfermeiros implementam o empoderamento em ambiente comunitário?”, para tal planeou a realização de observação participante dos enfermeiros desta Unidade de Cuidados, na sua prática clínica e a realização de entrevistas semiestruturadas a cada um dos enfermeiros observados.

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. Decidindo tomar parte do estudo pode, a qualquer momento, decidir retirar-se sem qualquer justificação.

A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos estão garantidos, segundo o código ético e deontológico.

Os resultados serão apresentados na equipa, e colocados à disposição dos interessados.

Eu, abaixo assinado (nome completo),

compreendi a explicação que me foi fornecida, acerca da minha participação no estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que achei pertinentes e obtive repostas satisfatórias.

Dado isso, consinto entrar no estudo que me foi explicado.

_____/_____/2011

Assinatura: _____

Anexo VI

Regulamento Proposto para a Criação do Banco de Medicamentos do Cartaxo



Grupo de Trabalho: Banco de Medicamentos do Cartaxo

Missão:

Promover a igualdade no acesso aos medicamentos, assim com uma adequada adesão e gestão de regime terapêutico da população do Cartaxo.

Objetivo do Grupo de Trabalho:

Criar um Banco de Medicamentos no Concelho do Cartaxo.

Objetivos Específicos:

- Melhorar o acesso da População carenciada aos medicamentos de que necessita para manter o melhor equilíbrio de saúde;
- Definir a entidade responsável pela gestão do respetivo Banco de Medicamentos;
- Reunir os recursos dispersos, nomeadamente medicamentos, no sentido de melhorar as respostas á população e otimizar as existentes.
- Minimizar as questões ambientais decorrentes da incineração de medicamentos.

Estratégias do Grupo:

- Levantamento de informação referente a experiências existentes noutros municípios, assim como de enquadramento legal;
- Solicitação de colaboração de duas voluntárias da área farmacêutica, para integrar o grupo de trabalho;
- Elaboração do esboço do projeto para apresentação ao ACES, no sentido de ser possível obter pareceres técnicos do Conselho Clínico e do próprio INFARMED, incluindo orientações de implementação.
- Identificação da entidade gestora do banco medicamentos;
- Solicitação da colaboração de todas as farmácias do concelho como parceiras no projeto, na angariação de medicamentos;
- Elaboração do Regulamento Interno;
- Captação de mais voluntários do ramo farmacêutico ou da saúde.

Próxima reunião do Núcleo Executivo: Apresentação da missão e instituição disponível para gestão do Banco de Medicamentos.

Critérios preferenciais da Entidade Gestora:

- ✓ **Ser do âmbito da saúde;**
- ✓ **Ter espaço disponível para armazenamento e controlo ambiental, nomeadamente temperatura e humidade;**
- ✓ **Capacidade de mediação entre os diferentes parceiros.**

Regulamento Interno

Capítulo I

DISPOSIÇÕES GERAIS

1. O presente regulamento define as condições de funcionamento do Banco de Medicamentos do Concelho do Cartaxo, que decorre do trabalho desenvolvido no âmbito da Rede Social, em matéria de respostas sociais dirigidas a pessoas e/ou famílias carenciadas.
2. O Banco de Medicamentos (denominado de BMCC) pretende dar resposta à necessidade sentida pela comunidade, no que se refere à aquisição de medicamentos, no sentido de minimizar e até evitar o abandono do regime terapêutico, necessário à população alvo, com evidentes riscos para a saúde individual e até da comunidade.

Artigo 1º

Conceitos

1. **Medicamentos** – Qualquer produto farmacêutico não manipulado, especialmente doado ao Banco de Medicamentos, tendo em vista a distribuição gratuita neste, mediante a apresentação da respetiva receita médica.
2. **Documento de Doação** – Declaração escrita efetuada pela pessoa que já não necessita dos medicamentos e que os doa medicamentos, tendo em vista a sua distribuição gratuita pelo BMCC (de acordo com o Anexo I).
3. **Pessoa e/ou Família Carenciada** – Aquela (s), que se encontrem referenciadas, pelas vias legais instituídas, nomeadamente pelo Rendimento Social de Inserção, ou outras que se encontrem em dificuldades económicas, por um período limitado

e específico no tempo, que implique, em conjugação com os fatores do meio, a manutenção ou adesão ao regime terapêutico, pela dificuldade em adquirir medicamentos.

Artigo 2º

Objetivos

O BMCC tem como objetivos:

- Contribuir para a adesão e manutenção do regime terapêutico das pessoas/famílias carenciadas, de forma a poderem manter um adequado equilíbrio de saúde;
- Prevenir situações de desequilíbrio ou agravamento do estado de saúde em agregados, já por si fragilizados;
- Distribuir gratuitamente produtos farmacêuticos não manipulados, a pessoas/famílias carenciadas, mediante a apresentação da respetiva receita médica;
- Incentivar o voluntariado pela criação de novas necessidades de trabalho para voluntários;
- Fomentar a rentabilização de recursos farmacêuticos dispersos pelo Concelho, com melhoria dos consequentes riscos ambientais inerentes ao processo de recolha de medicamentos;

Artigo 3º

Âmbito Geográfico

O BMCC abrange como beneficiários, pessoas residentes no Concelho do Cartaxo.

Artigo 4º

Requerentes

1. São candidatos à atribuição de medicamentos gratuitos todas as pessoas/famílias comprovadamente carenciadas, residentes no Concelho do Cartaxo que, de forma

temporária ou definitiva, em virtude do seu estado de saúde, necessitem desses medicamentos;

2. Poderão igualmente ser Candidatos ao BMCC, e em representação dos beneficiários, as Entidades Parceiras da Rede Social e outras mencionadas no presente regulamento, devendo instruir a apresentação da respetiva receita médica de acordo com o descrito no Artigo XXX.

Artigo 5º

Entidades

1. É Entidade Promotora e Gestora do BMCC a Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo (UCCC).
2. São Entidades Parceiras no BMCC:
 - a) Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo;
 - b) Farmácias do Concelho aderentes como parceiras;
 - c)

Artigo 6º

Proveniência dos Medicamentos do BMCC

1. Os medicamentos serão recolhidos nas farmácias parceiras do projeto, ou na própria UCCC, sempre que as pessoas que os entreguem os doem para serem distribuídos gratuitamente no BMCC;
2. É condição ter a garantia de que os medicamentos estejam em perfeitas condições de utilização, dentro do prazo de validade e não tenham sido sujeitos a oscilações de temperatura.

Capítulo II

Condições para Apoio

Artigo 1º

Solicitação do Medicamento

1. Os medicamentos serão sempre fornecidos aos requerentes mediante a apresentação de receita médica;
2. Na receita deve constar: o nome do utente, a residência, os medicamentos necessários, o nome e a vinheta do médico prescritor, em papel branco;
3. O pedido pode ser efetuado diretamente pelo beneficiário do medicamento, por familiar ou pessoa responsável, ou por qualquer uma das entidades parceiras, desde que o façam em interesse comprovado do beneficiário;
4. Nas situações em que os requerentes já dependem da cooperação económica do Instituto de Segurança Social.....

Artigo 2º

Atribuição do Medicamento

1. Os medicamentos serão distribuídos conforme a sua disponibilidade. Caso não esteja disponível o medicamento prescrito, mas exista no BMCC medicamento equivalente, será estabelecido contacto com o médico prescritor no sentido de se poder adequar a prescrição;
2. O medicamento será sempre entregue por um enfermeiro pertencente à equipa da UCCC;
3. São critérios de entrega gratuita de medicamentos:
 - a) Ter receita médica, onde conste para além do já referido a posologia;
 - b) Validação com o médico prescritor de substituição do medicamento prescrito, sempre que este não exista em stock, mas exista equivalente;
 - c) A pessoa/família requerente, estar sinalizada como carenciada.
4. Sempre que houver pedidos feitos em simultâneo para o mesmo medicamento que não possam ser atendidos, as decisões serão ponderadas, tendo em consideração os seguintes fatores:
 - a) Situação socioeconómica, familiar e habitacional do requerente e respetivo agregado familiar;
 - b) Situação de saúde do requerente e urgência do início da terapêutica;
 - c) Grau de dependência do requerente e potencial recuperação;
5. Em caso de igualdade de critérios, o desempate será feito de acordo com a data em que o pedido foi formulado.

6. Qualquer situação em que se não consiga dar resposta por intermédio do BMCC poderá ser considerada a recorrência a outros recursos já disponíveis no concelho, no sentido de se conseguir resolver a situação com brevidade, tendo em vista a saúde do requerente.

Capítulo III

Manutenção e Funcionamento

Artigo 1º

Local e Horário de Funcionamento

1. O BMCC funciona nas instalações da UCCC, sita em Vila Chã de Ourique, Concelho do Cartaxo;
2. O BMCC funciona de 2ª a 6ª feira das 10h00 às 13h00 e das 14h00 às 17h00.

Artigo 2º

Local de Entrega de Medicamentos

1. Os medicamentos que se destinem a serem doados pelo BMCC, podem ser entregues nas farmácias parceiras do projeto ou na própria UCCC, sendo que a entidade que recebe fica responsável por fazer assinar a pessoa que doa os medicamentos, o respetivo documento de doação (Anexo I). Este documento deve acompanhar os medicamentos no processo de transporte até à UCCC, onde deverão ficar arquivados, em dossier próprio para o efeito.
2. Sempre que a UCCC entregue um medicamento a um requerente, deve ficar arquivada na sede do BMCC a respetiva receita médica, assim como, de acordo com a posologia e a prescrição, o tempo que irá durar a medicação entregue.
3. A entidade gestora deverá criar meios de criteriosos de controlo e de monitorização da medicação entregue, nomeadamente uma base de dados, de forma a minimizar eventuais inconformidades.

Artigo 3º

Condições de Armazenamento

.....

Capítulo IV

Direitos e Deveres

Artigo 1º

Competências da Entidade Gestora

1. No ato da entrega do medicamento ao requerente a entidade gestora deve:
 - a) Dar baixa do mesmo na base de dados;
 - b) Fazer assinar o beneficiário requerente o termo de responsabilidade e uso do medicamento para o fim a que se destina (Anexoll);

....

Artigo 2º

Direitos dos Utentes

1. Direito à identidade pessoal e á reserva da sua intimidade privada e familiar, bem como dos seus usos e costumes;
2. Direito ao sigilo profissional;
3. Direito à prestação do serviço, conforme regulamentado.

Artigo 3º

Deveres dos Utentes

1. Tratar com respeito os representantes do serviço;
2. Cumprir o estabelecido no regulamento;
3. Colaborar na adesão ao regime terapêutico, e no reequilíbrio do respetivo estado de saúde;
4. Zelar pela adequada utilização do medicamento fornecido.

Artigo 4º

Direitos e deveres das Entidades Parceiras

.....

Capítulo V

Disposições Finais

Artigo 1º

Disposições Sancionatórias

Artigo 2º

Divulgação dos Dados

Artigo 3º

Dúvidas ou Omissões

Artigo 4º

Revisão do Regulamento

Anexos:

Declaração de Doação

Declaração de Dívida

DECLARAÇÃO DE DOAÇÃO

Eu, _____, dou-o os
medicamentos: _____

Para o Banco de Medicamentos do Concelho do Cartaxo

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura:

DECLARAÇÃO DE DÁDIVA

Eu, _____,

RECEBI, GRATUITAMENTE, DO BANCO DE MEDICAMENTOS DO CONCELHO DO CARTAXO, OS MEDICAMENTOS:

(Nota: À frente de cada medicamento deve constar o tempo que, de acordo com a posologia, vai durar).

O REQUERENTE:

Assinatura:

Data: _____ / _____ / _____

O ENFERMEIRO QUE ENTREGOU:

Anexo VII

Ação de Formação em Serviço:

“Estratégias de Implementação de Empoderamento do Conceito à Prática”

Plano de Sessão e Documento de Avaliação



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
I.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO
PLANO DA SESSÃO

Objetivo Geral:

Envolver a equipa da UCC Cartaxo no projeto desenvolvido em estágio, demonstrando a importância da implementação do conceito de empoderamento na prática clínica.

Objetivos Específicos:

- Definir Empoderamento (Empowerment), tendo por base o modelo de promoção da saúde em que se insere;
- Inventariar, pelo menos duas, estratégias de implementação de empoderamento na prática clínica, de acordo com a especificidade do contexto de cuidados.

	Conteúdo	Métodos e Meios	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema e dos objetivos da sessão 		1'
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de Empoderamento, • Distinção entre Empoderamento Comunitário e Empoderamento Individual; • Estratégias de Implementação de Empoderamento na prática Clínica 	Método Expositivo com apresentação em PowerPoint e Projeção em Data Display	15'
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão • Avaliação da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Interativo • Aplicação de Documento de Avaliação escrito 	10' 5'



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

OBJECTIVO GERAL

- Envolver a equipa da UCC Cartaxo no projecto desenvolvido em estágio, demonstrando a importância da implementação do conceito de empoderamento na prática clínica.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Definir Empoderamento (Empowerment), tendo por base o modelo de promoção da saúde em que se insere;
- Inventariar, pelo menos duas, estratégias de implementação de empoderamento na prática clínica, de acordo com a especificidade do contexto de cuidados.

Março 2011 Dina Bernardino



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

ORIGEM DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE EMPODERAMENTO...

- Remonta a 1973 em documentos do ministro Canadense Marc Lalond.

(PASTOR RUIZ [ET AL.], 1999)

- Este conceito foi fortalecido e clarificado em 1978, na Conferência de Alma-Ata, tornando-se imperativo o desenvolvimento progressivo das comunidades para a resolução dos seus problemas de Saúde.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, CIT. POR MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Promoção da Saúde é então perspectivada como um processo participativo, facilitador da adopção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento das capacidades de agir com, e sobre o meio.

Março 2011, Dina Barralrindo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

CARTA DE OTAWA (1986)...

Um dos conceitos que emerge dessa carta é o de “*Empowerment*”, no interior das premissas e estratégias mencionadas, corporifica a razão de ser da Promoção à Saúde enquanto processo que procura possibilitar que, indivíduos e grupos, aumentem o controlo sobre os determinantes da Saúde, para desta maneira, terem uma melhor Saúde.

Em Portugal, a abordagem do “*Empowerment*” tem sido incipiente. Adoptado a nível dos cuidados de Saúde com o objectivo de capacitar o cidadão para assumir o controlo da gestão da sua Saúde/doença.

Surge de uma evolução na concepção de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, ultrapassando a tentação de atitudes paternalistas, de protecção excessiva e de tomadas de decisão unilaterais por parte dos profissionais.

(Fazenda, n. d.).

Março 2011, Dina Barralrindo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

CONCEITO...

Empowerment é “ (...) um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que lhes permite aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania”.

(LEAL 2006: 124)

Em Promoção da Saúde, o empoderamento é um processo onde as pessoas obtêm um controlo maior sobre as decisões e intervenções que afectam a sua saúde. (...) Onde indivíduos ou grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, as suas preocupações, de inventariar estratégias para o envolvimento e tomada de decisão.

Pode ser um Processo:

- Social;
- Cultural;
- Psicológico;
- Político.

(OMS, 1998)

Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

CONCEITO...

Através deste processo os indivíduos são levados a valorizar e perceber a correspondência entre os seus objectivos de vida e como os atingir, assim como a relação entre os seus esforços e os benefícios que daí advêm para a melhoria da sua qualidade de vida.

Empoderamento
Comunitário

- Este envolve os indivíduos agindo em colectividade, e por essa via influenciam e obtêm controlo nos determinantes de saúde e de qualidade de vida, naquilo que se refere à sua comunidade, sendo um grande objectivo a atingir na acção comunitária para a saúde.

Empoderamento
Individual

- Refere-se primariamente há habilidade dos indivíduos de tomarem decisões e terem controlo na sua vida pessoal e consequentemente na sua saúde.

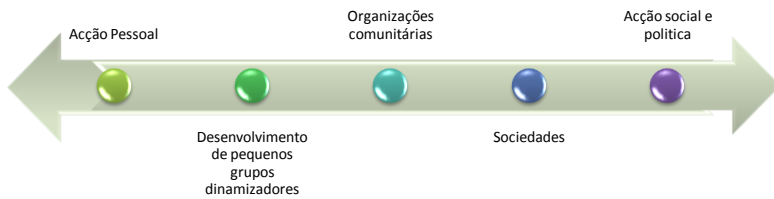
(OMS, 1998)

Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Concepto à Prática

AO NÍVEL COMUNITÁRIO



- Empoderamento comunitário como um contínuo;
- Conceito dinâmico e complexo, que articula os vários níveis de empoderamento, desde o pessoal ao organizativo, através da acção da comunidade;
- A criação de organizações comunitárias é um passo decisivo no processo de empoderamento comunitário, é nessa fase que os indivíduos podem desenvolver competências necessárias á mobilização de recursos, á liderança, á avaliação de problemas e á consciência crítica.

(Laverack, 2008:60)

Março 2011 Dra Berrardo

UCCARTAXO



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Concepto à Prática

AO NÍVEL COMUNITÁRIO



- Pode começar em qualquer fase do contínuo;
- Nos programas de promoção da saúde, a base de acção e participação pessoais e geralmente desenvolvida durante a fase de planeamento, através da identificação das necessidades e dos problemas dos participantes, que posteriormente são desenvolvidos já na qualidade de finalidades e objectivos;
- Certo é que só teremos comunidades empoderadas se tivermos indivíduos e organizações empoderados.

(Laverack, 2008: 61)

Março 2011 Dra Berrardo

UCCARTAXO

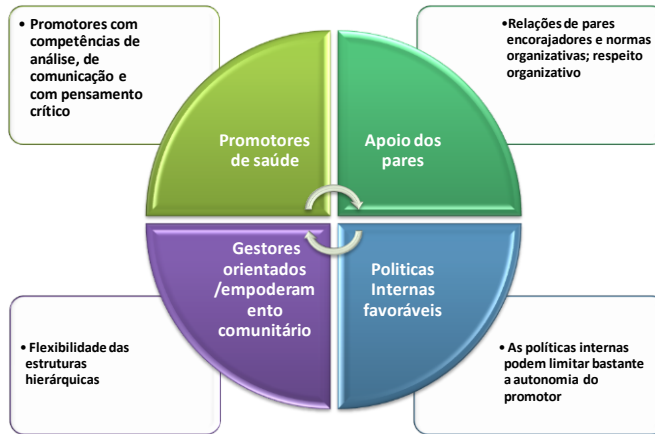


Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

AO NÍVEL COMUNITÁRIO

CONDIÇÕES PRÉVIAS FUNDAMENTAIS PARA UMA PRÁTICA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE “EMPODERADORA”

(Laverack, 2008: 69)

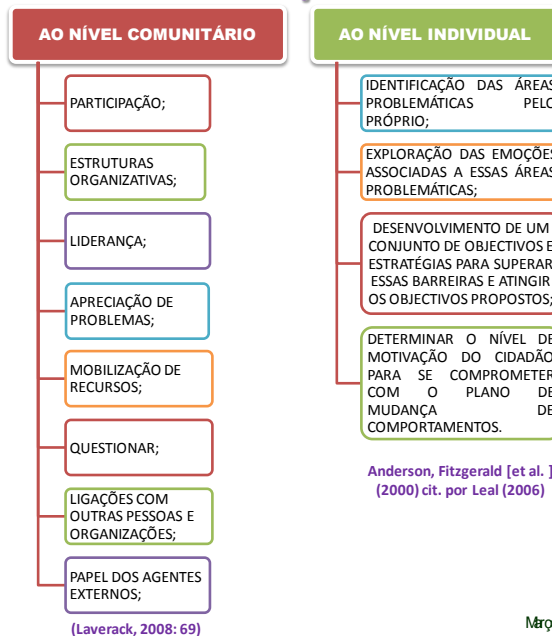


Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

DOMÍNIOS DE INTERVENÇÃO...



Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

EMPODERAMENTO E ENFERMAGEM

A **Ordem dos Enfermeiros (2003)**, definiu como uma das competências básicas dos enfermeiros de cuidados gerais o actuar “de forma de a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis”.

O “EMPODERAMENTO” DOS CIDADÃOS ALVO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM INCLUI: (OMS, 2004)

- Estratégias e mecanismos de envolvimento e participação dos cidadãos no diagnóstico, concepção, desenvolvimento e avaliação dos cuidados prestados;
- Envolvimento dos cidadãos em processos de auto-representação (self-advocacy); cooperação, nos processos de tomada de decisão, numa auto-responsabilização pelo seu estado de Saúde;
- Desenvolvimento pessoal para a autonomia, autoconfiança e capacidade de iniciativa dos cidadãos dos cuidados de Enfermagem são conceitos fundamentais de “*Empowerment*”.

Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO...

Processo de negociação em que a autonomia da pessoa é respeitada acima de tudo.

Processo que envolve a participação activa do cidadão no processo de cuidados de harmonia com o seu estilo de vida, em que o lugar do profissional de Saúde consiste em promover na pessoa, o processo de reflexão, de autonomia, de tomada de decisão, como veículo para o *Empowerment*.

(GOMES, 2002)

PARCERIA

Processo de acção conjunta entre vários actores protagonistas individuais e/ou colectivos que se aglutinam à volta de um objectivo partilhado para, em conjunto, definirem, negociarem estratégias e caminhos que viabilizem o referido objectivo e, avaliem continuamente os seus resultados.

(Pinhel, 2006)

Numa relação de parceria está implícito o reconhecimento da competência de cada parceiro.

Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO...

O papel do enfermeiro não pode ser um papel substitutivo.

O objectivo principal é a capacitação do cidadão para ele próprio cuidar da sua Saúde e não criar uma dependência dos profissionais de Saúde.

A Ajuda não requer que se ofereçam ao cidadão as soluções prontas, mas sim orientá-lo, facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-lo na sua evolução nas diferentes fases da resolução de problemas.

(PHANEUF, 1995)

RELAÇÃO DE AJUDA

Os contributos de cada um dos intervenientes: Os Contributos do enfermeiro: a sua experiência, a sua compreensão, a sua inteligência, os seus conhecimentos e competências, os seus valores e crenças, as suas motivações para conduzir à mudança; o Contributos do cidadão: a sua experiência de vida, a sua inteligência, os conhecimentos adquiridos, valores e crenças, motivação para mudar.

(PEREIRA, ET AL, 2011)

Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO...

Adesão é a extensão para a qual o comportamento de uma pessoa (por exemplo: tomar medicação, seguir uma dieta e executar alterações no estilo de vida) corresponde com as recomendações acordadas com o prestador de cuidados de Saúde.

(OMS, 2004)

PROMOÇÃO DA ADESÃO

Factores Determinantes na Adesão:

- ❖ Sociais e Económicos;
- ❖ Tipo de tratamento;
- ❖ Inerentes à Pessoa;
- ❖ Sistema e Equipa de saúde;
- ❖ Inerentes à Doença.

(OMS, 2004)

Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO...

Advocacy, perspectiva o cidadão como centro dos cuidados. O enfermeiro ao advogar a favor do cidadão assume a protecção dos seus interesses, defendendo-o, protegendo-o na sua dignidade e no respeito pelos seus interesses e decisões, de acordo com a carta dos direitos do doente.

(PEREIRA, ET AL, 2011)

Advocacy

Refere-se ainda, à necessidade de capacitar os cidadãos para self-advocate, desde que devidamente informados e apoiados ao longo de todo o processo de advocacy. A grande fatia das intervenções de Enfermagem, residem na advocacy, como tal os enfermeiros deverão estar preparados e desenvolver competências que a facilitem e promovam como actividade inerente aos cuidados de Enfermagem.

(PEREIRA, ET AL, 2011)

Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO...

CIDADANIA

Esta inter-relação da problemática do exercício da cidadania com a Saúde deve-se às exigências da realidade contemporânea e da nova perspectiva da Saúde que propõe metodologias mais consentâneas com a complexidade humana, em que o profissional de Saúde deve respeitar e promover a autonomia e a individualidade da pessoa.

(PEREIRA, ET AL, 2011)

Março 2011, Dina Berrardo

Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática



E que Melhor Exercício de Cidadania...

Março 2011, Dina Berrardo

Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática



**“- Podemos Comê-lo Mamã?,
pediram os ursinhos.
- Confiem nos vossos sentidos. Que
vos dizem os vossos narizes?,
Perguntou a Mamã urso.
- Cheira mal! Os nossos narizes
dizem que devemos ficar longe
dele!, gritaram os ursinhos.
A Mamã urso acenou com a cabeça
e disse:
-Se tivessem comido aquele
cogumelo, ficariam doentes.
Confiem sempre no vosso nariz...”**

Março 2011, Dina Berrardo

Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática



Discussão...

Março 2011, Dina Berrardo

Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

Referências Bibliográficas

- CRAVEIRO, A. C. P. – **Comissões de acompanhamento externo dos Serviços de Saúde: que contributo para o empowerment dos cidadãos?** Dissertação de Pós-Graduação em Administração Hospitalar, no âmbito do XXVIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 1998/2000. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2000.
- CHINITZ, D. – **Citizen empowerment: opportunities or threats for health management?** Eurohealth. 11:3 (2005) 2.
- CARVALHO, S. Os múltiplos sentidos da categoria "Empowerment" no projecto de promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol 20. Nº 4, Julho - Agosto 2004, pp.1088-1094.
- DECRETO-LEI Nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**
- FAZENDA, L.. **Empowerment e Participação: Uma estratégia de Mudança**. Consultado em 19 de Março de 2011. Disponível em www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf.
- FRIEDMANN, J. (1996). **Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo**. Celta Editora.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Edição da Ordem dos Enfermeiros. 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 1998. **Health Promotion Glossary**. WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2004. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción**. Whashington. Geneva.
- LABONTE, R. (1989) **Community and professional empowerment**. *The Canadian Nurse*.
- LAVERACK, G. (2004). **Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta.
- LAZURE, H. (1994). **Viver a Relação de Ajuda**. Loures: Lusodidacta.
- LEAL, L. (2006). **Perspectivas em Psicologia da Saúde**. Coimbra: Formasau.
- PEREIRA, C., FERNANDES, L., TAVARES, M., FERNANDES, O. Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. **Revista Nursing: Março 2011**.
- PHANEUF, M. (1995). **Relação de Ajuda: Elemento da Competência da Enfermeira**. Coimbra: Edição do Cuidar.
- SCHULZ, A. & ISRAEL, B. & ZIMMERMAN, M. & CHECKOWAY, B. (1995) **Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels**, Health Education Research.
- SILVA, J.; SOUSA, M.; MERCADIÉ, M.; AMARAL, L.; RIBEIRO, M.; MAIA, L.; MCDONOUGH, J.; HELLEREN, S.; SEAL, M.; FRANCO, J.; GUBERNATIS, H.; CARDOSO, J.; BAPTISTA, A.; SANTOS, N.; ALVES, M.; MEERSCHAERT, L.; DELGADO, E.; PINTO, H. (2008). (org). **Empowerment: Capacitar para Agir**. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO (2009). **Plano de Acção**. Documento Oficial Não Publicado. Cartaxo.

Março 2011, Dina Berrardo



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
I.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

De acordo com aquilo que foi apresentado responda às seguintes questões:

- Defina Empoderamento (Empowerment).

- Inventarie, pelo menos duas, estratégias de implementação de empoderamento na prática clínica, de acordo com a especificidade do contexto de cuidados.

Grata pela Colaboração

Dina Bernardino

Anexo VIII

Ação de Formação em Serviço:

**“Contributo para a Melhoria em Colaboração e Mediação de Conflitos nas Conferências
Famíliares ”**

Plano de Sessão e Documento de Avaliação



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
I.º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO
PLANO DA SESSÃO

Objetivo Geral:

Contribuir para a melhoria da prestação de equipa no âmbito da Colaboração e da Mediação de Conflitos na Intervenção Familiar.

Objetivos Específicos:

- Definir Colaboração e Mediação de Conflitos na especificidade dos cuidados à família;
- Inventariar estratégias de Colaboração e da Mediação de Conflitos de melhoria da prática clínica, de acordo com a especificidade do contexto de cuidados.

	Conteúdo	Métodos e Meios	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema e dos objetivos da sessão 		1'
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito Colaboração e Mediação; • As conferências Familiares como estratégias de mediação e colaboração organizada; • Estratégias Práticas de minimização e resolução de conflitos. 	Método Expositivo com apresentação em PowerPoint e Projeção em Data Display	15'
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão • Avaliação da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Interativo • Aplicação de Documento de Avaliação escrito 	10' 5'



Contributos para a Melhoria em Colaboração e Mediação de Conflitos

OBJECTIVO GERAL

- Contribuir para a melhoria da prestação de equipa no âmbito da Colaboração e da Mediação de Conflitos na Intervenção Familiar.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Definir Colaboração e Mediação de Conflitos na especificidade dos cuidados à família;
- Inventariar estratégias de Colaboração e da Mediação de Conflitos de melhoria da prática clínica, de acordo com a especificidade do contexto de cuidados.



Contributos para a Melhoria em Colaboração e Mediação de Conflitos

COLABORAÇÃO E MEDIAÇÃO...

COLABORAÇÃO: “participação no trabalho comum: a colaboração num projecto; A colaboração de todos é indispensável”

(DICIONÁRIO LÉXICO DE PORTUGUÊS, <http://www.lexico.pt/colaboracao>, consultado em 28.03.2011)

Em Promoção da saúde, Mediação é um processo através do qual diferentes interesses (pessoais, sociais, económicos) de pessoas e comunidades em diferentes sectores, procuram decisões convergentes de forma a promover e proteger a saúde. (OMS, 1998)



UCC CARTÃO



Março 2011 Dra Bernardina

Contributos para a Melhoria em Colaboração e Mediação de Conflitos

COLABORAÇÃO E MEDIAÇÃO...

Conseguir mudanças nos estilos e condições de vida das pessoas, conduz inevitavelmente a conflitos entre os diferentes sectores e interesses numa população.

Esses conflitos podem emergir de questões como acessibilidade, utilização e distribuição de recursos, ou constrangimentos nas práticas individuais ou organizacionais.

A resolução desses conflitos numa perspectiva de promoção da saúde requer competências consideráveis dos promotores de saúde, incluindo a utilização de competências em *Advocacy* em saúde.

(OMS, 1998)



UCC CARTÃO

Março 2011 Dra Bernardina

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

A CONFERÊNCIA FAMILIAR E A MEDIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE APOIO À FAMÍLIA...

- **Considera como unidade prestadora de cuidados a pessoa doente e a família;**
- **A conferência familiar enquanto instrumento de trabalho dos profissionais de saúde permite apoiar as famílias e maximizar o sucesso das suas intervenções;**
- **Para que seja bem sucedida é fundamental a identificação do cuidador principal e de quem é, independentemente dos laços sanguíneos, considerado pelo doente como sendo a “sua família”.**



(NETO, 2003)

Março 2011 Dra Bernardino

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

NECESSIDADE DE CONFERÊNCIA FAMILIAR...

INFORMAR

- Fornecer informação honesta, realista e adaptada acerca da doença e dos recursos de apoio;

RESPEITO

- Respeito pelas suas crenças, valores culturais, espirituais e atitudes;

DISPONIBILIDADE

- Disponibilidade e apoio emocional por parte da equipa;

PARTICIPAÇÃO

- Participar nos cuidados, com possibilidade de estar com o doente, em ambiente de intimidade e privacidade;

RECUPERAR RELAÇÕES

- Expressar sentimentos e reparar relações se for caso disso;

AVALIAÇÃO DE CUIDADOS

- Certificar-se que são prestados os cuidados devidos.

UCC CARTÃO

(NETO, 2003)

Março 2011 Dra Bernardino

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

OBJECTIVOS DAS INTERVENÇÕES COM A FAMÍLIA

- Promover a adaptação emocional individual e colectiva à situação de doença;
- Capacitar a família para a realização de cuidados ao doente e para o seu próprio autocuidado;
- Preparar uma eventual perda afectiva e prevenindo um eventual luto patológico

(NETO, 2003)

UCC CARTÃO

Março 2011 Dra Bernardino

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

A CONFERÊNCIA FAMILIAR PODE SER UTILIZADA PARA...

- Clarificar os objectivos dos cuidados**
 - Interpretar alterações do estado de saúde, explorar opções terapêuticas, apoiar na tomada de decisão (dilemas), explorar expectativas e esperanças.
- Reforçar a resolução de problemas**
 - Detectar necessidades não satisfeitas, ensinar estratégias para resolução de problemas, discutir assuntos de interesse específico dos familiares, explorar dificuldades de comunicação.
- Prestar Apoio e Aconselhamento**
 - Validar e prever reacções emocionais, validar o esforço e trabalho da família, convidar à expressão das preocupações, medos e sentimentos ambivalentes, ajudar à resolução de problemas por etapas e mobilizando os recursos familiares.

(NETO, 2003)

UCC CARTÃO

Março 2011 Dra Bernardino

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

SITUAÇÕES EM QUE A CONFERENCIA FAMILIAR ESTA PARTICULARMENTE INDICADA...

Agravamento do Quadro Clínico

Proximidade com a morte/
Entrada em Agonia (medo do
desconhecido, mitos e dúvidas)

Famílias muito
demandantes
e/ou
agressivas

Famílias/doentes
com necessidades
especiais
(existência de
crianças, lutos
repetidos, doentes
jovens)

Existência de
conflitos intra-
familiares

Existência de
conflitos entre a
família e a equipa

(NETO, 2003)

LUCCARTIVO

Março 2011 Dra Bernardino

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

COMO ACTUAR NUMA CONFERÊNCIA FAMILIAR

Marcação antecipada;

Quem vai estar presente?

Definir quem vai conduzir a conferência (de preferência o gestor de caso) e antever a agenda, rever todas as situações do processo clínico;

Apresentar todos os participantes e, se necessário identificar o representante da família, por forma a facilitar a comunicação. Estabelecer contacto inicial com cada elemento, para quebrar alguma tensão existente e permitir o início da conversa;

Consensualizar e objectivar os propósitos da reunião (geralmente estabelecer detalhes, prestar informações). Pode ser útil colocar uma questão tipo: "Como família, o que neste momento mais vos preocupa?"

Rever a situação de saúde, perceber o que já sabem e o que entendem da mesma: "Qual a vossa ideia sobre o que se tem passado?"

(NETO, 2003)

LUCCARTIVO

Março 2011 Dra Bernardino

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

COMO ACTUAR NUMA CONFERÊNCIA FAMILIAR

Rever a lista de problemas dos diferentes participantes. Habitualmente a família deseja fazer perguntas e obter informação;

Discutir as várias opções de resolução de problemas, sempre guiados pela vontade da pessoa, sem tomar partidos e sem julgar os aportes de cada elemento. É importante concentrar-se nos problemas actuais;

Responder às emoções dos elementos presentes, facilitar consensos: “-Isto que x está a dizer poderia ser uma forma de resolver o problema?” “E se considerasse outra alternativa?”;

Estabelecer um plano de actuação consensual para os intervenientes (doente, família e equipa). **EM SITUAÇÕES DE CONFLITO EVIDENTE, É IMPORTANTE QUE HAJA UM DOCUMENTO ESCRITO DO PLANO ACORDADO, DEVENDO A EQUIPA DEMONSTRAR-SE DISPONIVEL PARA OUTROS ENCONTROS.**

(NETO, 2003)

UCC CARTÃO

Março 2011 Dra Bernardino

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

APTIDÕES PARA PARTICIPAR E CONDUZIR UMA CONFERÊNCIA FAMILIAR

Saber avaliar sistematicamente o nível de funcionamento da família

Facilitar a reformulação dos problemas das famílias de forma a tornar a sua resolução mais acessível

Prestar suporte individual sem entrar em alianças/triangulações

Estruturar uma conferência mesmo em famílias com padrões de comunicação pobre, de maneira a que todos os elementos possam expressar as suas opiniões

Ajudar a família a concretizar os seus esforços, maximizando as suas capacidades

Saber identificar as famílias disfuncionais, que necessitem de intervenção para além do que este nível permite

(NETO, 2003)

UCC CARTÃO

Março 2011 Dra Bernardino

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

ESTRATÉGIAS EM CONFLITO LATENTE

CUDSA

- Abordagem sistemática para lidar com situações de conflito;
- Exige uma postura assertiva, não defensiva e não agressiva;
- Os resultados são maximizados se se sair a zona física em que o conflito foi gerado para uma área neutra, levando o processo tranquilamente numa perspectiva “ganha-ganha”.

(WASH, 2007)

(NETO, 2003)
Março 2011 Dra Bernardino

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

ESTRATÉGIAS EM CONFLITO LATENTE

CUDSA

Confrontar o conflito

U (UNDERSTAND) Compreender a posição de cada um

Definir quais são os problemas

S (SEARCH) Pesquisar e analisar alternativas

A (AGREE) Compromisso e implementação das soluções encontradas

(WASH, 2007)

Março 2011 Dra Bernardino



Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

COMO MAXIMIZAR A COLABORAÇÃO QUE SE PRETENDE...

1. Conheça Aqueles de Quem Pretende Colaboração

Valorize sempre o seu conhecimento, as suas competências, experiências as suas crenças e valores

A nossa individualidade influencia os nossos modelos... Cada pessoa numa organização terá um modelo mental diferente de proceder na mesma situação... partilha a sua perspectiva com os outros

Este processo individual é complexo, e explica porque é que muitas vezes no mesmo contexto existem várias "realidades em simultâneo"...

(GARDNER, 2005)

Março 2011 Dra Bernardino

LUCCARTIVO

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

COMO MAXIMIZAR A COLABORAÇÃO QUE SE PRETENDE...

2. Aprenda a Valorizar e a Negociar a Diversidade

É tão perigoso ter uma comunicação estereotipada como ignorar as diferenças...



Este diagrama ilustra a diversidade de respostas. Sete silhonas humanas estão alinhadas horizontalmente. Acima de cada silhueta há um balão de diálogo contendo a palavra 'Yes' ou 'No'. A sequência de respostas, da esquerda para a direita, é: Yes (verde), No (vermelho), Yes (verde), Yes (verde), No (vermelho), Yes (verde), Yes (verde).

3. Desenvolva Competências Construtivas de Resolução de Conflitos

O conflito tanto pode impedir como potenciar a colaboração

(GARDNER, 2005)

Março 2011 Dra Bernardino


LUCCARTIVO

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

COMO MAXIMIZAR A COLABORAÇÃO QUE SE PRETENDE...

4. Utilize o seu Poder para criar “Win-Win Situations”

O poder dominante é incompatível com a integração de múltiplas perspectivas...



5. Maximize Competências Interpessoais e de Processo

Uma competência essencial para potenciar a colaboração são os sistemas de pensamento...

(GARDNER, 2005)
Março 2011 Dra Bernardino


UCC CARIADO

Contributos para a Melhoria em Celebração e Mediação de Conflitos

COMO MAXIMIZAR A COLABORAÇÃO QUE SE PRETENDE...

6. Reconheça a Colaboração apenas como uma etapa de todo um processo

7. A Realização de Fóruns Multidisciplinares melhoram a Colaboração



(GARDNER, 2005)
Março 2011 Dra Bernardino

UCC CARIADO

Contributos para a Melhoria em Colaboração e Mediação de Conflitos

COMO MAXIMIZAR A COLABORAÇÃO QUE SE PRETENDE...

8. A Colaboração pode Acontecer de Forma Espontânea

As melhores resoluções acontecem quando as pessoas trabalham juntas num problema complexo...



9. As Relações de Colaboração devem ser Equilibradas em Autonomia e Unidade

A colaboração não é automática...


(GARDNER, 2005)
Março 2011 Dra Bernardino

LUCCARTIVO

Contributos para a Melhoria em Colaboração e Mediação de Conflitos

COMO MAXIMIZAR A COLABORAÇÃO QUE SE PRETENDE

10. Não se esqueça que a Colaboração pode não estar indicada para todas as situações



(GARDNER, 2005)
Março 2011 Dra Bernardino

LUCCARTIVO



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

Discussão...



Março 2011, Dina Berrardo



Estratégias de Implementação de Empoderamento: Do Conceito à Prática

Referências Bibliográficas

- GARDNER, D. Ten Lessons in Collaboration. **Online Journal of Issues in Nursing**. 2005., Vol 10. Issue 1. p61-74. 14p.
- NETO, I. A Conferência Familiar como Instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 2003. Vol 19: 68-74.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Edição da Ordem dos Enfermeiros. 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 1998. **Health Promotion Glossary**. WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2004. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción**. Whashington. Geneva.
- PEREIRA, C., FERNANDES, L., TAVARES, M., FERNANDES, O. Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. **Revista Nursing: Março 2011**.
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO (2009). **Plano de Ação**. Documento Oficial Não Publicado. Cartaxo.
- WASH, M. (2007). **54 Tools and Techniques for Business Excellence**. Gloucestershire: Management Book 2000 Ltd, UK. British Library Cataloguing. ISBN 9781852525514. Consultado em 28.Março.2011. Disponível em <http://www.54-self-help-books.com>.

Março 2011, Dina Berrardo



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
I.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

De acordo com aquilo que foi apresentado responda às seguintes questões:

- Saliente alguns dos aspetos apresentados, que mobilize na sua prática.

- Como é importante identificar oportunidades de melhoria, por favor deixe a sua sugestão.

Grata pela Colaboração

Dina Bernardino

Anexo IX

**Norma de Procedimento para a Realização de Conferências Familiares
e Instrumento de Registo Proposto**

1. OBJETIVO

- Promover a adaptação emocional individual e coletiva à situação de doença;
- Capacitar a família para a realização de cuidados ao doente e para o seu próprio autocuidado;
- Preparar uma eventual perda afetiva e prevenindo um eventual luto patológico;

2. ÂMBITO

A realização de uma Conferência Familiar insere-se no âmbito de todas as vertentes de prestação de cuidados da Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo.

3. REFERÊNCIAS

- Manual do SINUS
- Manual do SAPE
- GARDNER, D. Ten Lessons in Collaboration. **Online Journal of Issues in Nursing**. 2005, Vol 10. Issue 1. p61-74. 14p.
- NETO, I. A Conferência Familiar como Instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 2003. Vol 19: 68-74.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Edição da Ordem dos Enfermeiros. 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 1998. **Health Promotion Glossary**. WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2004. **Adherencia a lostratamientos a largo plazo, pruebas para la acción**. Washington. Geneva.
- PEREIRA, C., FERNANDES, L., TAVARES, M., FERNANDES, O. Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. **Revista Nursing: março 2011**.
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO (2009). **Plano de Ação**. Documento Oficial Não Publicado. Cartaxo.
- WASH, M. (2007). **54 Tools and Techniques for Business Excellence**. Gloucestershire: Management Book 2000 Ltd, UK. British Library Cataloguing. ISBN 9781852525514. Consultado em 28.Março.2011. Disponível em <http://www.54-self-help-books.com>.

4. DEFINIÇÕES / ABREVIATURAS

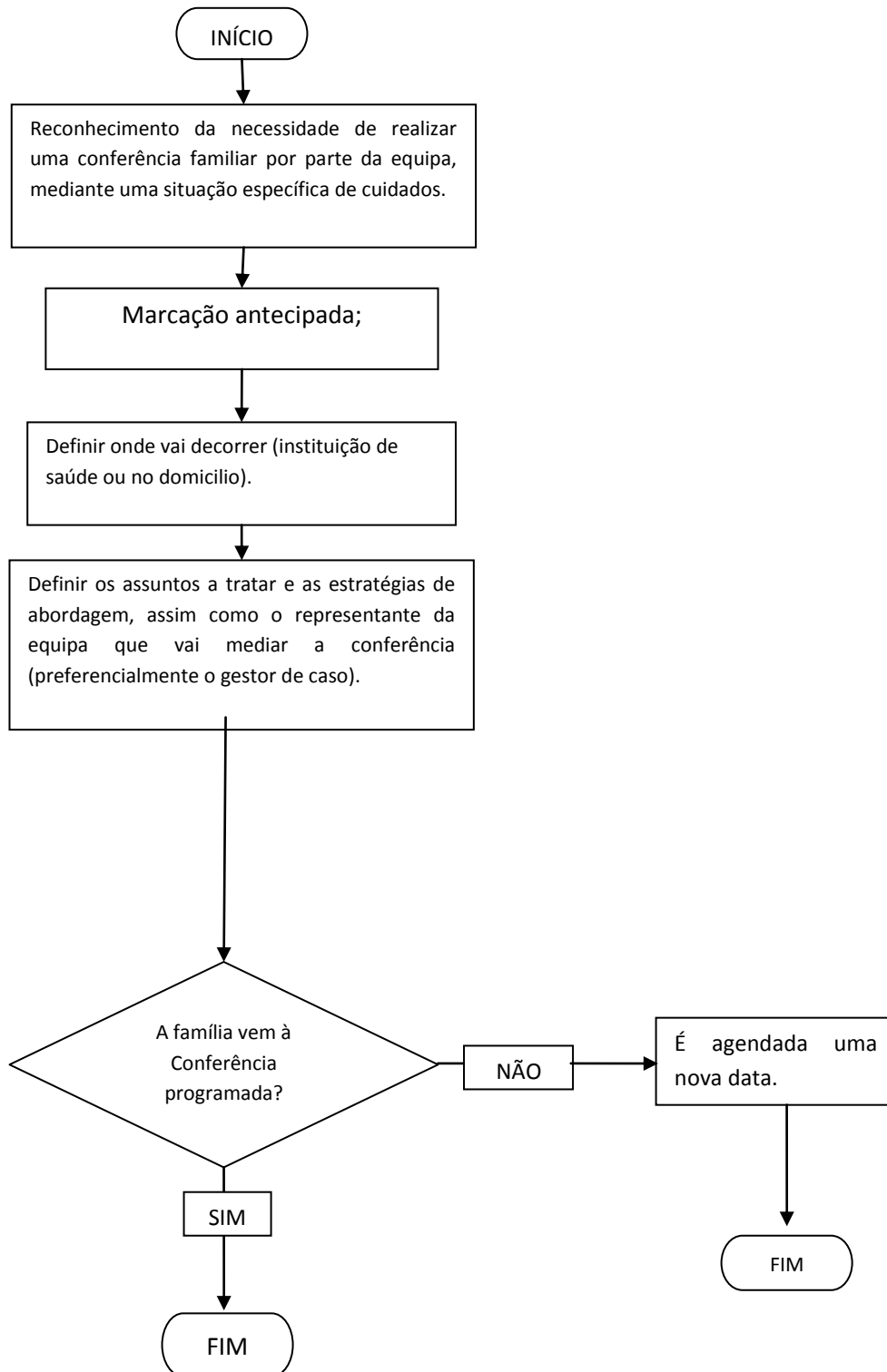
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema Informático de Gestão de Doentes nos Centros de Saúde

CONFERÊNCIA FAMILIAR - Considera como unidade prestadora de cuidados a pessoa doente e a família; A conferência familiar enquanto instrumento de trabalho dos profissionais de saúde permite apoiar as famílias e maximizar o sucesso das suas intervenções; Para que seja bem sucedida é fundamental a identificação do cuidador principal e de quem é, independentemente dos laços sanguíneos, considerado pelo doente como sendo a “sua família”. Está particularmente indicada em situações de:

- Agravamento do quadro clínico;
- Proximidade com a morte/ Entrada em Agonia (medo do desconhecido, mitos e dúvidas);
- Famílias/doentes com necessidades especiais (existência de crianças, lutos repetidos, doentes jovens);
- Existência de conflitos intrafamiliares;
- Famílias muito demandantes e/ou agressivas;
- Existência de conflitos entre a família e a equipa;

5. FLUXO DO PROCESSO



6. RESPONSABILIDADES

Atividades \ Funções	Equipa	Gestor de Caso
Reconhecimento da situação	E	R
Determinar a data e hora da conferência mediante acordo com a família.		R
Realização de “Ata” da Conferência	E	R
Marcação de próxima Reunião	E	R

R – Responsável E – Envolvido

7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

7.1 Definir quem vai conduzir a conferência (de preferência o gestor de caso) e antever a agenda, rever todas as situações do processo clínico;

7.2 Apresentar todos os participantes e, se necessário identificar o representante da família, por forma a facilitar a comunicação. Estabelecer contacto inicial com cada elemento, para quebrar alguma tensão existente e permitir o início da conversa;

7.3 Consensualizar e objetivar os propósitos da reunião (geralmente estabelecer detalhes, prestar informações). Pode ser útil colocar uma questão tipo: “Como família, o que neste momento mais vos preocupa?”

7.4 Rever a situação de saúde, perceber o que já sabem e o que entendem da mesma: “Qual a vossa ideia sobre o que se tem passado?”

7.5 Rever a lista de problemas dos diferentes participantes. Habitualmente a família deseja fazer perguntas e obter informação;

7.6 Discutir as várias opções de resolução de problemas, sempre guiados pela vontade da pessoa, sem tomar partidos e sem julgar os aportes de cada elemento. É importante concentrar-se nos problemas atuais;

7.7 Responder às emoções dos elementos presentes, facilitar consensos: “-Isto que x está a dizer poderia ser uma forma de resolver o problema?” “E se considerasse outra alternativa?”;

7.8 Estabelecer um plano de atuação consensual para os intervenientes (doente, família e equipa). EM SITUAÇÕES DE CONFLITO EVIDENTE, É IMPORTANTE QUE HAJA UM DOCUMENTO ESCRITO DO PLANO ACORDADO, DEVENDO A EQUIPA DEMONSTRAR-SE DISPONÍVEL PARA OUTROS ENCONTROS.

7.9 APTIDÕES PARA CONDUZIR UMA CONFERÊNCIA FAMILIAR

- Saber avaliar sistematicamente o nível de funcionamento da família;
- Facilitar a reformulação dos problemas das famílias de forma a tornar a sua resolução mais acessível;
- Prestar suporte individual sem entrar em alianças/triangulações;
- Ajudar a família a concretizar os seus esforços, maximizando as suas capacidades;
- Saber identificar as famílias disfuncionais, que necessitem de intervenção para além do que este nível permite;

8. REGISTO

8.1 Devem ser utilizadas duas formas de registo deste procedimento:

- Uma durante a realização da conferência, mediante a utilização de instrumento de registo próprio, que deverá ser datado e assinado por todos os presentes;



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO

Instrumento de Registo para Conferências Familiares

	Família	Elementos da UCC	Parceiros
Elementos Presentes			
Problemas Apresentados			
Compromissos			

Assumidos			
------------------	--	--	--

Data: ____/____/____

Prazo acordado até novo ponto de Situação:

Assinaturas:

Representante da Família:

Representante da Equipa:

- Realização de registo na aplicação SAPE:

- Programa de Saúde: Saúde da Família
- Fenómenos de Enfermagem: Papel do prestador de Cuidados
- Diagnóstico de Enfermagem: Papel do Prestador de Cuidados Não Adequado/Adequado
- Intervenções: Negociar com a Pessoa um Contrato de Saúde
- Devem-se associar notas à intervenção que descrevam as principais conclusões da conferência assim como os compromissos assumidos.

Anexo X
Resumo de Artigos Incluídos

Estudo	<p>Public Health Nurses, Primary Health Care Practice: Strategies for Fostering Citizen Participation</p> <p>MEGAN ASTON, DONNA MEAGHER-STEWART, NANCY EDWARDS, LINDA YOUNG (2009)</p>
Participantes	Enfermeiros (PublicHealthNurses)
Intervenções	<p>Estudo que decorreu no Canadá, numa região com menos de um milhão de residentes com cerca de 147 enfermeiros de saúde pública. A 76% desenvolvia a sua atividade maioritariamente em três programas: Saúde Familiar, Saúde Escolar, Doenças de notificação obrigatória. Os restantes (24%), trabalhando em zonas mais rurais, desenvolviam a sua atividade como generalistas. 44 Enfermeiros foram submetidos a uma entrevista semiestruturada com duração de 90 minutos, acerca da sua prática em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Duas a três semanas após a audiotranscrição da entrevista efetuada, realizou-se um contacto telefónico de follow-up para validação da entrevista, a cada participante. Chegando a um grupo focal de 31 enfermeiros. Este desenvolveram uma reunião onde discutiram os temas emergentes das entrevistas individuais e identificaram estratégias de melhoria da prática em enfermagem comunitária e de saúde pública. Foram recolhidos também dados demográficos de todos os enfermeiros participantes no estudo, tendo-se procedido à análise de conteúdo das entrevistas e à análise documental dos dados decorrentes da reunião do grupo focal.</p>
Resultados	<p>Os enfermeiros trabalhavam em média, há 14 anos em cuidados de saúde primários, havendo alguns especialistas na área, sendo a maioria bacharéis, a trabalhar a full-time, num programa específico. Equitativamente a amostra desenvolvia a sua prática em contexto rural e urbano. Emergiu através das descrições das práticas dos enfermeiros com indivíduos, famílias e comunidades um meta-tema: a capacidade de construir relações de parceria e promover o controlo dos cidadãos. Muitos enfermeiros salientaram a importância do “fazer com” ao invés do “fazer por”, para que os clientes se sentissem, eles próprios empoderados para tomar a responsabilidade das suas próprias decisões de saúde.</p> <p>Emergiram também, alguns subtemas, referentes à forma como os enfermeiros constroem a capacidade, as parcerias e o próprio controlo dos cidadãos: trabalhar com a população numa perspetiva de promoção da saúde; construção de relações de confiança; promoção de competências e de confiança pessoal no outro; desenvolver estratégias educacionais de empoderamento; integrar uma rede social de apoio e que sirva de intermediária; identificar fatores facilitadores e dificultadores deste tipo de prática. Com o foco na participação do cidadão e construção de parcerias, todos os enfermeiros identificaram o uso de estratégias, tais como partir da perspetiva do cliente e na sua leitura do problema, para poder introduzir uma intervenção holística. A maioria dos enfermeiros de saúde pública descreveu como competência significativa a capacidade e o conhecimento de poder fazer com que as relações sociais aconteçam, especialmente naqueles que estão mais vulneráveis.</p> <p>O estudo demonstra como os enfermeiros incentivam a participação dos cidadãos, agindo nos seus determinantes de saúde e implementando</p>

	<p>estratégias com outcomes em saúde a longo prazo. A perspectiva dos enfermeiros estudados de empoderamento em cuidados de saúde primários coloca-os como mediadores entre os clientes e uma vasta quantidade de serviços direcionados para a população vulnerável. Referem atuar como dinamizadores, planeiam intervenções em comunidade, são colaboradores, mediadores, facilitadores, educadores e advogados no processo de empoderamento. Este estudo demonstra também a necessidade da existência de outros estudos de índole qualitativa, que deem visibilidade à prática imprevisível e invisível dos enfermeiros na comunidade. Tornar visível esta prática de cuidados, dando enfoque à temática, é imperativo, no sentido de dar suporte científico à importância da participação dos cidadãos no seu processo da saúde.</p>
N.º Artigo: 8	Nível Evidência: VI Tipo de Estudo: Qualitativo

Estudo	<p>Effects of an Empowerment-Based Education Program for Public Health Nurses in Taiwan LI-CHUNG CHANG; CHIEH-HSING LIU; EDWIN HAN-WEN YEN (2008)</p>
Participantes	Enfermeiros (Public Health Nurses, PHN)
Intervenções	<p>Teve como objetivo desenvolver um programa de educação para a saúde EBEP (Empowerment-Based Education Program) e avaliar a sua eficácia. A pergunta de partida foi: “De que forma o EBEP influencia o empoderamento organizacional e psicológico, a satisfação no trabalho, a produtividade e a inovação pelos PHN?” Foram selecionados dois grupos de enfermeiros, comparáveis, do norte da Tailândia, uns como grupos experimentais e outro como grupo controlo, respetivamente. Durante o verão de 2005 os investigadores enviaram uma carta a cada PHN, trabalhador num centro de saúde, convidando-o a participar no estudo. Tendo, todos os participantes sido recrutados voluntariamente. Considerando que os PHN necessitavam de tempo para participar no estudo e que alguns deles trabalhavam em locais remotos, o estudo foi conduzido uma vez por semana, durante seis horas (classes de empoderamento de manhã e workshops à tarde) durante 4 semanas, num total de 24 horas.</p> <p>O grupo de controlo recebeu educação para a saúde regular no seu local de trabalho. Os dois grupos foram avaliados depois de 4 semanas de intervenção. O presente estudo perspetiva o empoderamento (EBEP) como uma qualidade psicológica intrínseca, assente em quatro dimensões: compreensão/conhecimento, poder/força, competência e impacto (Modelo Cognitivo de Empoderamento, THOMAS e WELTHOUSE, 1990). De acordo com este modelo, acontecimentos ambientais (como o elogio, carisma, treino e sessões de acompanhamento), são fundamentais para que os indivíduos desenvolvam outcomes de empoderamento, tais como iniciativa, atividade, concentração, resiliência e flexibilidade.</p> <p>Os tópicos desenvolvidos com o grupo experimental foram: conceito, como explorar o poder a capacitação em Enfermagem Comunitária; significado do empoderamento em Enfermagem Comunitária, relacionar o contexto do empoderamento na saúde como facilitador da consciência crítica dos</p>

<p>Resultados</p>	<p>participantes na aprendizagem das competências de empoderamento.</p> <p>O workshop trabalhava questões como: libertação individual, falar acerca das vivências do trabalho e de si, exploração da conduta do poder na prática dos PHN, principais sucessos e insucessos da vida profissional e perspetivas futuras. Isto permitiu aos participantes a discussão e identificação de problemas emergentes da prática, estabelecer planos de mudança, definir intervenções, avaliação de processo e outcomes para a sua situação de trabalho. Estas atividades são consideradas componentes críticas para a prática do empoderamento pelos PHN e para os benefícios da experiência de empoderar.</p> <p>Foram introduzidos no estudo dois PHN com experiência em EBEP, como facilitadores. Depois das 4 semanas de treino estes dois facilitadores e mais dois observadores foram introduzidos no grupo do workshop. Foi também usado um guia orientador desenvolvido pelos investigadores acerca da temática, que conduziu a dinâmica dos workshops. Este foi desenvolvido em 3 grupos com 8-10 participantes cada, uma vez por semana durante 54 semanas. Em cada ocasião foi efetuada gravação áudio, no sentido de validar a fiabilidade da intervenção. O esquema utilizado foi o do Diálogo-Reflexão-Ação. Todas as sessões seguiram um protocolo que assegurasse a consistência da implementação do processo.</p>
	<p>Participaram 41 PHN (29 no grupo experimental e 32 no grupo controlo); a média de idades foi os 29 anos. O grupo era exclusivamente feminino, maioritariamente casado, com experiência como PHN a rondar os 7/8 anos, sendo que a maioria tinha mais de 10 anos de prática no contexto. Cerca de metade eram bacharéis sendo que a metade restante era especialistas.</p> <p>Foi usada a análise estatística segundo o método ANCOVA. Os scores de empoderamento psicológico foram significativamente mais elevados para o grupo experimental do que para o grupo controlo.</p> <p>Os resultados demonstraram que o EBEP para os PHN podia melhorar o seu empoderamento psicológico (competência), produtividade no trabalho e comportamentos de educação para a saúde inovadores. Demonstraram também que quem experimenta o EBEP torna-se apto a aplicá-lo na sua prática. Competência e impacto são outcomes críticos para as intervenções de empoderamento.</p> <p>O clima de inovação foi fundamental para a implementação do EBEP. Contudo este falhou no que se refere ao empoderamento organizacional e á satisfação no trabalho. Contudo este estudo, centrava-se na perspetiva motivacional para o empoderamento. Considerando também que o tempo e o número de sessões pudessem ser insuficientes para trabalhar a temática ao nível organizacional.</p> <p>O estudo demonstrou: o EBEP é uma ferramenta importante para incentivar o empoderamento psicológico. O ciclo de Diálogo-Reflexão-Ação contribuiu para que os enfermeiros pudessem melhorar a sua autoconfiança e encorajar uma intervenção inovadora, na sua prática clínica.</p>
<p>N.º Artigo: 12</p>	<p>Nível Evidência: IV Tipo de Estudo: Quase-Experimental, Caso Controlo</p>

Estudo	Home Health Care Nurses: perceptions of Empowerment KATHLEEN M. WILLIAMSON (2007)
Participantes	15 Enfermeiros (Public Health Nurses, PHN)
Intervenções	<p>Este estudo exploratório envolveu a triangulação de métodos qualitativos (entrevista e observação participante) e quantitativos (utilização do Instrumento de Empoderamento Psicológico de SPREITZER'S, 1995, com escala de Likert, PEI), com o objetivo de perceber o empoderamento dos enfermeiros. O desenho do estudo, pela variedade de métodos de colheita de dados aplicada, obter dados fidedignos do fenómeno observado: empoderamento dos enfermeiros.</p> <p>A colheita de dados foi efetuada pela seguinte ordem, primeiro foi efetuada a entrevista, depois foi efetuada a observação desse enfermeiro e só depois foi aplicada o instrumento PEI. A análise de cada um dos diferentes tipos de colheita de dados efetuada teve como pressupostos os quatro conceitos do Empoderamento Psicológico (THOMAS e VELTHOUSE, 1990): Escolha, Conhecimento, Competência, Impacto, estabelecidas à priori. Emergiram subcategorias da colheita de dados efetuada, definidas á posteriori. Por intermédio da estatística descritiva também foi efetuada a caracterização demográfica dos enfermeiros.</p>
Resultados	<p>O objetivo deste estudo era explorar as percepções de Empoderamento dos Enfermeiros prestadores de cuidados domiciliários. Todos os 15 enfermeiros se consideraram empoderados. De acordo com o verificado em outros estudos realizados. Contudo, alguns desses estudos referenciados pela autora referem que os enfermeiros líderes, tais como gestores e chefes, desempenham um papel vital na construção de um ambiente de trabalho promotor do empoderamento da restante equipa.</p> <p>Emergiram temáticas como conceitos, construção de relações, comunicação e conduta profissional. Outro estudo citado pela autora refere que “enfermeiros que procuram dar resposta á necessidades dos seus utentes, numa perspetiva de escuta, ensino e promoção do conforto. Desenvolvem utentes com conhecimento demonstrado, independência, autocuidado e conforto (CHANDLER, 1992).</p> <p>O estudo demonstrou que os enfermeiros entrevistados despendem de muito tempo na prestação de cuidados aos seus utentes, escutando-os, fazendo-lhes ensinamentos, e encontrando formas de os confortar. Os enfermeiros referem também que essa é a responsabilidade sua, promover-lhes o bem-estar no sentido a que se possam manter em casa o mais tempo possível.</p> <p>Neste estudo, tal como noutros, ficou demonstrado que a percepção de empoderamento não parte de fora do individuo, mas do enfermeiro em si. Os enfermeiros experienciam o empoderamento quando prestam cuidados. Assim o empoderamento está na interação entre enfermeiro e o utente e com o enfermeiro (enquanto mediador desse mesmo utente) com os outros prestadores de cuidados de saúde. Mediação onde a comunicação e a colaboração são mencionadas tornando o cuidado prestado consistente. O enfermeiro é referido como o jogador de uma equipa, onde qualquer jogador tem de se considerar a ele próprio empoderado e confiante para poder estar na equipa.</p> <p>Apesar do reduzido número de entrevistas realizadas no estudo, os</p>

	enfermeiros percebem o empoderamento como tendo o conhecimento do conceito, dar a escolher e ter competência no seu trabalho em colaboração com o utente. É dar autonomia e recursos de colaboração, confiança e comunicar com estes, alvo dos cuidados e com os outros profissionais de saúde.
N.º Artigo: 22	Nível Evidência: VI Tipo de Estudo: Qualitativo - Quantitativo

Estudo	Empowerment as a Process of Envolving Consciousness: A Model of Empowered Caring ADELINE R. FALK-RAFAEL (2001)
Participantes	24 Enfermeiros (Public Health Nurses, PHN)
Intervenções	<p>Este estudo exploratório foi desenhado em duas fases, no sentido de poder responder às questões de investigação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que é que os enfermeiros de saúde pública entendem por Empoderamento? - Quais são as estratégias que estes enfermeiros usam para promover o Empoderamento nos indivíduos, grupos e comunidades com as quais trabalham? - Que benefícios da utilização do Empoderamento estes enfermeiros identificam? - Como os clientes experienciam a prática de enfermagem, identificada pelos enfermeiros como Empoderadora? <p>Depois de ultrapassar as questões éticas e formais, foram recrutados voluntariamente enfermeiros de saúde pública, para participar em nove grupos focais, no sentido de dar resposta às questões colocadas. Foi usada a técnica de grupo nominal, no sentido de desenvolver um ambiente igualitário, e de incentivar a participação de todos os enfermeiros, procurando evitar o silêncio de elementos do grupo menos dominantes. Usando esta técnica, cada participante primeiro trabalhou individualmente, no sentido de desenvolver ideias relativas à questão a ser respondida. Depois todas as ideias de resposta a cada uma das questões foram escritas em flipchart e sujeitas a discussão e clarificação, onde se agregaram ideias similares e se removeram as redundantes. Clarificados os itens, os participantes ordenaram-nos por prioridades. O trabalho dos grupos focais não foi videogravado, mas foram tiradas notas de campo pelo investigador.</p> <p>Na segunda fase do estudo, aos enfermeiros foi dado um envelope com vários documentos: uma carta informativa do estudo, documento de consentimento informado e um envelope com selo, para darem àqueles utentes que acreditavam ter sido empoderados através da sua prática. Os utentes que concordassem em participar no estudo enviariam os seus consentimentos informados diretamente para o investigador, no sentido de este poder manter-se “cego” relativamente à identidade do enfermeiro. Seis utentes consentiram ser entrevistados. Foi elaborado um guião de entrevista acerca das experiências dos utentes como clientes de um enfermeiro de saúde pública, baseado na estratégias e nos outcomes identificados nos grupos focais e não</p>

Anexo XI

Observação Participante: Guião Orientador



Guia de Observação Participante dos Enfermeiros no Processo de Cuidados ao Indivíduo/Família em Ambiente Comunitário

Enfermeira _____

Nº da Observação _____

Duração da Interação _____ Data _____ Hora _____

Situação Sinalizada por:

Há quanto tempo existe Prestação de Cuidados:

Clientes envolvidos na Interação observada:

Tipo de Risco Identificado:

Projeto que integra:

A – Domínios de Empoderamento

Tema	Domínio	Observação Participante	Observações
EMPODERAMENTO DO INDIVÍDUO/FAMÍLIA EM AMBIENTE COMUNITÁRIO	Participação	• Existe conhecimento do (s) cliente (s) do motivo da interação;	
		• Exposto o problema detetado, o cliente considera-o como tal;	
		• Deu-se oportunidade ao cliente de propor alternativas de resolução do problema;	
	Liderança	• Momento de contacto foi liderado pelo enfermeiro;	
		• Houve manifestação de poder por parte de algum dos intervenientes na interação;	
		• Potenciou-se a confiança do cliente, inculcando-lhe a convicção de poder ter sucesso;	
		• Explicaram-se as consequências da manutenção do problema e as várias alternativas de decisão que se podem tomar;	
		• Deu-se oportunidade de tomada de decisão ao cliente;	
		• Existiu acordo e tomada de decisão;	
		• Deu-se oportunidade ao cliente de feedback;	
	Estruturas Organizativas	• O cliente tem conhecimento do programa em que se insere a intervenção;	
		• O problema em resolução coloca em causa a saúde do cliente e a sua vivência em comunidade;	
	Apreciação do Problema	• Antes da interação estabelecida com o cliente houve apreciação do problema pela equipa;	
		• Na determinação de prioridades de intervenção foi tida em conta a competência do cliente, na resolução isolada do problema;	
		• Foi estabelecido Diagnóstico de Enfermagem validado com o cliente;	
		• Existe envolvimento de outros membros da rede social do cliente (família, escola, parceiros da rede social...), na tentativa de resolução do problema.	
	Motivo da Interação	• Validação de informação obtida por outros meios (comunidade, pares, equipa...)	
		• Avaliação da situação de saúde do indivíduo/família;	
		• Realização de prescrições médicas;	
		• Realização de prescrições de enfermagem, técnicas e procedimentos;	
		• Prestação de apoio psicológico e emocional ao indivíduo/ família de referência;	
		• Realização de educação para a saúde e validação das intervenções delegadas à família (quando o indivíduo não tem condições de responder por si só);	
		• Avaliação da implementação de intervenções predefinidas e acordadas anteriormente entre o enfermeiro e o indivíduo/família;	
		• Outros	
	Mobilização de recursos	• Durante a interação deu-se ênfase aos recursos individuais, e à capacidade que o cliente tem para participar ativamente na resolução do problema;	
		• Foram mobilizados recursos externos da comunidade de monitorização e acompanhamento da situação, na ausência do enfermeiro;	
	Questionar	• Foi fornecida informação ao cliente de forma a poder facilitar-lhe a tomada de decisão;	
• Questionou-se, em algum momento se a resolução do problema identificado era de facto importante para o cliente;			
• Deu-se oportunidade a ser o cliente a estabelecer intervenções e os			

		objetivos a atingir.	
	Ligação aos Outros	<ul style="list-style-type: none"> O problema em intervenção pode ter como consequência a exclusão social do cliente; 	
		<ul style="list-style-type: none"> O cliente foi informado dos riscos que corre se o problema permanecer, tendo em conta o impacto que pode haver nas suas relações sociais. 	
	Papel dos Agentes Externos	<ul style="list-style-type: none"> O enfermeiro foi agente externo facilitador do processo de desenvolvimento de competências no cliente, tendo em vista a resolução do problema. 	
	Gestão do Programa	<ul style="list-style-type: none"> Foram definidos objetivos a cumprir, tendo em vista a resolução do problema, até ao próximo momento de interação; 	
		<ul style="list-style-type: none"> Tendo em conta os objetivos definidos, foi assumido compromisso, e/ou estabelecido algum tipo de recompensa ou reforço positivo. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Foram identificadas as probabilidades de insucesso; 	
		<ul style="list-style-type: none"> Foi estabelecida alguma forma de contacto entre os intervenientes, em caso de surgirem alterações, dúvidas ou dificuldades. 	
		<ul style="list-style-type: none"> O Enfermeiro indicou outros serviços da comunidade, em caso necessidade. 	

B – Observação da Comunicação Interpessoal

Tema	Domínio	Observação Participante	Observações
EMPODERAMENTO DO INDIVÍDUO/FAMÍLIA EM AMBIENTE COMUNITÁRIO	Comunicação Verbal	<ul style="list-style-type: none"> Adequação de termos técnicos tendo em conta as características do cliente; 	
		<ul style="list-style-type: none"> Na linguagem utilizada: <ul style="list-style-type: none"> Agressiva, compreensiva, indiferente; utiliza termos técnicos sem os especificar; 	
		<ul style="list-style-type: none"> Permite ou não que o cliente se exprima; 	
		<ul style="list-style-type: none"> Tom de voz adequado, com permissão de diálogo entre os intervenientes; 	
		<ul style="list-style-type: none"> O Enfermeiro utilizou a expressão verbal dos seus próprios pensamentos e opiniões; 	
		<ul style="list-style-type: none"> O Enfermeiro respondeu a todas as questões colocadas pelos intervenientes; 	
		<ul style="list-style-type: none"> O Enfermeiro efetuou síntese final/resumo da informação transmitida e das decisões tomadas; 	
	Comunicação Não verbal	<ul style="list-style-type: none"> Posição do Enfermeiro face ao Cliente (escrever em observações a posição); 	
		<ul style="list-style-type: none"> O Enfermeiro conduziu a interação tendo em conta os princípios da relação de confiança (respeito, aceitação e empatia); 	
		<ul style="list-style-type: none"> Houve Contacto Visual (Olhos nos olhos); 	
		<ul style="list-style-type: none"> Em algum momento da interação se estabeleceu o toque (<u>princípio, meio, fim</u>) (escrever em observações um dos termos sublinhados). 	
	Interferências no Processo Comunicacional	<ul style="list-style-type: none"> Durante a interação foram cumpridas as questões de privacidade; 	
		<ul style="list-style-type: none"> Local onde ocorreu a interação; 	
		<ul style="list-style-type: none"> Houve interrupções durante o momento da interação (Chamadas telefónicas, entrada de estranhos no local, ou outros...). 	

Anexo XII

Registo Expandido das Observações

ENFERMEIRA A

OBSERVAÇÃO 1

Esta observação decorre na sala de formação do Centro de Saúde do Cartaxo, cerca das 19h da tarde. Um agregado familiar seguido pela equipa de cuidados continuados da UCCC, vem suscitando apreensão, desde já algum tempo à equipa em virtude de serem um casal de idosos com uma filha deficiente ao seu cuidado. O risco identificado foi de cansaço do cuidador familiar em virtude das necessidades especiais do cliente alvo.

O Sr. J., pilar de suporte fundamental da equipa, segundo a enfermeira, faleceu no dia 24/12/2010. A sua esposa, Sr.^a E., à data já se encontrava doente, com o diagnóstico de tumor cerebral, com períodos de desorientação psicomotora, está internada numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração, desde a morte do marido, por um período de 90 dias. Desde então a filha T. tem sido cuidada por uma tia, irmã da mãe, em casa desta. A Tia I. tem vindo a manifestar à equipa sinais de cansaço e de exaustão, nomeadamente à enfermeira A. motivo pela qual esta convocou uma reunião com a família, ao que compareceu um representante, o filho da Sr.^a I, portanto primo da T.

É de referir que esta reunião foi marcada, pela enfermeira A, no átrio da Câmara Municipal do Cartaxo, enquanto se aguardava por uma reunião da Rede Social do Concelho. Esta reunião implica que todas instituições IPSS e políticas, do concelho estejam presentes, pelo que “matando dois coelhos de uma cajadada” (citando a enfermeira A), se faz a reunião e se tentam convencer os técnicos da necessidade urgente de intervir neste agregado familiar, uma vez que se encontram a decorrer os 90 dias de internamento da Sr.^a E. período após o qual esta volta para casa.

A enfermeira, isoladamente e em surdina, abordou técnico a técnico, necessário para a intervenção na família. Programou uma data e uma hora, compatível com a presença e de acordo com os técnicos abordados. Uma das abordagens revelou resistência: “*mas eles recusaram sempre ajuda, porque carga de água é que nós agora havemos de intervir*”; ao que

a enfermeira A respondeu: *“acontece que a situação agora se alterou com a morte do Sr. J., a Sr.^a E. não pode responder por si muito menos cuidar da filha, e a tia não vai aguentar muito mais tempo, muito menos se tiver de cuidar das duas...”*; *estou muito preocupada, porque estão a passar os 90 dias e se entretanto não encontrarmos alternativas e respostas, não sei como vai ser, vá lá faz lá esse esforço e vem à reunião!*” (importante mencionar que esta conversa foi tida perante outros técnicos ali presentes conhecedores da situação e nenhum deles comentou nenhuma das duas posturas). *“Então que me dizes? Vá lá preciso fazer alguma coisa e se realmente poderes, tenho de combinar o local e a hora com a família”* (Solicitou a enfermeira A); *“Esta bem! Mas só por ser para ti, porque já não tenho vontade nenhuma de mexer neste caso...”* (respondeu a técnica em questão).

À hora de início da reunião estavam presentes (todos os técnicos que tinham sido convocados), a enfermeira A, o representante da família, o representante da Santa Casa da Misericórdia, da Segurança Social e da Conferência de São Vicente de Paulo.

Antes de o familiar entrar na sala todos os técnicos presentes conversaram e definiram a abordagem a ter na reunião. Os objetivos seriam, validar a avaliação efetuada e obter acordo para se poder avançar com a intervenção na família.

A reunião foi liderada pela Enfermeira A, sentada na lateral esquerda do familiar, os restantes técnicos dispuseram-se aleatoriamente nos lugares vagos à direita do familiar e de frente para a enfermeira A.

Exposto o motivo da reunião, o primo referiu estar ao corrente de tudo, que a sua mãe o nomeou para tomar as decisões necessárias. Referiu também que a prima sabe que alguma solução tem de ser encontrada para o seu problema familiar. Saliou ainda o facto de que a sua mãe esta exausta, e não tem condições psicológicas para continuar nesta situação, e que não tem solução nenhuma pensada, pois veio disposto a ouvir as propostas. Referiu, também, não existirem outros familiares que possam ser cuidadores para além da sua mãe.

A técnica de serviço social da segurança social referiu que um dos primeiros passos a dar seria propor a interdição ao tribunal da mãe, Sr.^a E, e da filha T., uma vez que estas não estando capazes de responder pelos seus próprios atos, necessitariam de ter um tutor legalmente

instituído para responder por elas. Outra questão colocada por esta técnica foi a possibilidade de inscrever a T. na rede de instituições ao nível nacional para internamento.

O primo concordou com ambas as propostas contudo, solicitou que a instituição que fosse escolhida, uma vez que se trata de um regime de internamento permanente, fosse o mais perto de casa possível, para poderem ocorrer visitas com regularidade.

Foram identificadas ainda probabilidades de insucesso caso não se consiga, em tempo útil instituição de internamento para a T. houve acordo e compromisso entre os técnicos presentes e o familiar denominado “*acordo de cavalheiros*”, não houve nenhum registo presencial efetuado na reunião.

No que se refere à observação da comunicação interpessoal, houve adequação dos termos técnicos tendo em conta as características do familiar, tendo sido utilizada, pela enfermeira A uma linguagem compreensiva, com tom de voz calmo, sem utilização de termos técnicos, com permissão de expressão do familiar. Não houve expressão verbal ou mímica de pensamentos ou emoções pela enfermeira. A interação foi conduzida tendo em conta os princípios da relação de confiança (respeito, aceitação e empatia). Não foi estabelecido qualquer tipo de toque com o familiar, sendo respeitadas as questões de privacidade, de sigilo durante a reunião. Esta demorou cerca de uma hora, não tendo havido interrupções no seu decorrer.

Terminou com o agradecimento da enfermeira A a todos os presentes, em particular ao familiar.

OBSERVAÇÃO 2

Esta observação decorre na Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I, às 17h30. Um agregado familiar, composto por uma única idosa de 96 anos, seguido pela equipa de cuidados continuados da UCCC, vem suscitando preocupação, tanto a esta equipa, como à equipa de família da USF, em virtude de haver risco social e de saúde inerentes. Existem descrições pelos enfermeiros cuidadores que verbalizam más condições de salubridade, com humidade, habitação degradada (havendo mesmo enfermeiros que dizem haver risco para si próprios

cada vez que vão prestar cuidados à idosa), e excrementos de rato visíveis em várias partes da casa.

Os enfermeiros da equipa de cuidados continuados, em pleno inverno, necessitam abrir a janela, para arejar o quarto onde esta idosa se encontra e são prestados os cuidados, pois senão *“o ar fica irrespirável”*. A enfermeira desta equipa ali presente referiu ainda que *“se nós deixarmos algum material aberto, como por exemplo uma ligadura, na vez seguinte ela está cheia de bolor...”* É de referir que esta reunião foi marcada, pela enfermeira A, em virtude da urgência da situação, em horário pós-laboral, para que a família pudesse estar presente.

À hora de início, estavam presentes (todos os técnicos que tinham sido convocados), a enfermeira A, os representantes da família: dois netos (um deles a neta cuidadora) e uma bisneta da idosa em questão, psicóloga da equipa da UCCC, enfermeira de família, assistente social do centro de dia local, e da segurança social e uma das enfermeiras da equipa de cuidados continuados.

Quando os técnicos chegaram já os representantes da família se encontravam à espera. Houve portanto, necessidade de definir uma estratégia de abordagem no corredor, onde se acordou que a proposta seria tentar uma família mais interventiva e que pudesse levar a idosa para outro local, nomeadamente para suas casas. A reunião foi liderada pela Enfermeira A, assim como a articulação e mediação entre todos os intervenientes. Os três familiares estão posicionados frente a frente com todos os técnicos, no início da reunião.

Exposto o motivo da reunião, o neto refere que a família não tem condições para dar mais, nem economicamente, nem presencialmente. Refere ainda que a sua avó nunca quis sair da sua casa *“por nada deste mundo, e se isso viesse a acontecer ela morreria logo”*; e que a sua irmã (ali presente, cuidadora familiar de referência) *vai ver a avó cerca de cinco vezes por dia e como tal a idosa não está mal cuidada, tendo em conta os problemas de saúde que ela própria também tem não pode fazer melhor, pois é uma pessoa muito nervosa, que já teve um princípio de um AVC”*.

A enfermeira A explicou que agora que a idosa agravou o seu estado de saúde não pode responder por ela, e como tal poder-se-iam encontrar outras alternativas. Por exemplo, mudar

a idosa para casa do genro, de 86 anos (onde existem melhores condições habitacionais); poder inscrevê-la no único lar público do concelho, sabendo à partida que a sua integração ali seria muito demorada, pois existe uma longa lista de espera (salientou-se o facto de esta não ser uma solução muito viável em virtude da necessidade de uma resposta urgente); propôs-se também a possibilidade de mudança para uma casa de acolhimento, mediante o pagamento de uma quantia mais acessível, uma vez que a família alega não ter condições económicas para suportar um lar privado.

O neto, porta-voz da família, em tom agressivo e com voz alta, excluiu todas as hipóteses apresentadas, com o acordo das restantes familiares ali presentes. Unicamente, colocou e reforçou o facto de poder colocar a avó no lar público. Ao que lhe foi explicado, uma vez mais, que as respostas do concelho são escassas e que houve redução de vagas para o lar público, em virtude da contenção de custos. A possibilidade de mudar a idosa para casa do genro também foi excluída pela existência de conflitos familiares antigos entre ambos, genro e sogra, e em virtude da também idade avançada deste. A casa de acolhimento, uma vez que implicaria a partilha de custos, também estava fora de questão.

Contudo os três familiares comprometeram-se a: Substituir os cobertores (cujo peso se encontra a fazer pressão na idosa agravando o seu debilitado estado de saúde, segundo a enfermeira da equipa de cuidados continuados), por edredons; Colocar um aquecedor a óleo no quarto; Colocar um desumidificador. Para os representantes da família, ali presentes, o único problema existente é o facto de a idosa necessitar de cuidados de saúde e a necessidade de a poder internar num lar.

Houve manifestação de poder por parte de todos os intervenientes. O neto referiu que “ a família está desconfiada e que receia ser acusada de negligência e falta de cuidado com a idosa”.

Deu-se oportunidade de tomada de decisão mas os familiares foram irredutíveis, na sua posição. Não houve acordo, houve o “*consenso possível*” segundo a enfermeira A, e o compromisso entre os técnicos presentes e os familiares, não houve nenhum registo presencial efetuado na reunião.

No que se refere à observação da comunicação interpessoal, houve adequação dos termos técnicos tendo em conta as características dos familiares, tendo sido utilizada, pela enfermeira A uma linguagem compreensiva, com tom de voz calmo, sem utilização de termos técnicos, com permissão de expressão do familiar. Não houve expressão verbal ou mímica de pensamentos ou emoções pela enfermeira. A interação foi conduzida tendo em conta os princípios da relação de confiança (respeito, aceitação e empatia), mesmo quando o neto demonstrou um tom agressivo e o ambiente na sala ficou “tenso”. Não foi estabelecido qualquer tipo de toque com os familiares, sendo respeitadas as questões de privacidade de sigilo durante a reunião. Esta demorou cerca de uma hora e dez minutos, não tendo havido interrupções no seu decorrer.

Terminou com o agradecimento da enfermeira A a todos os presentes, em particular à disponibilidade demonstrada pela família para a reunião.

PS: À data de termo do estágio, ainda não tinha havido qualquer modificação nas condições habitacionais da idosa, nem dos equipamentos que os familiares se comprometeram a colocar no quarto.

OBSERVAÇÃO 3

Esta observação decorre na Unidade de Saúde Familiar de D. Sancho I, cerca das 18h40. Um agregado familiar seguido pela equipa de cuidados continuados da UCCC, vem suscitando preocupação, desde já algum tempo à equipa em virtude de serem um casal de idosos com um filho dependente, de 51 anos, ao seu cuidado. O risco acentuou-se desde que a mãe (pessoa caracterizada como de trato difícil, pela equipa) ficou com uma neoplasia em estágio terminal, estando totalmente dependente. A acrescentar a este facto decorre que, este filho está divorciado da esposa e tem uma filha de 18 anos (que vive com a mãe).

Esta situação foi sinalizada pela SAD de Pontével. Existe prestação de cuidados neste agregado há cerca de 12 anos. Reuniu-se nesta ocasião a filha e a sua mãe, em virtude de o pai e de seus avós (que cuidam deste) estarem a ficar cada vez mais dependentes e com dificuldade em cuidar do filho. Na reunião estavam também presentes, a enfermeira A, a

psicóloga da UCCC, a assistente social do centro de dia e a assistente social da segurança social.

O objetivo seria auscultar a opinião da filha em relação às hipóteses de a avó vir a falecer e o avô não ter condições de cuidar do seu pai. Por outro lado, seria objetivo a filha concordar em pedir a interdição do pai, para poder decidir por ele. Esta estratégia foi delineada pelo telefone aquando a enfermeira A convocou os técnicos para a reunião.

Quando os técnicos entraram na sala já mãe e filha lá estavam, tendo-se sentado frente a frente, exceto a psicóloga que se posicionou no topo da mesa. Liderou a reunião a enfermeira A. Expostos os objetivos e o motivo da conversa a ex-mulher do utente em questão, em tom agressivo, disse à filha que era melhor ele não se meter em nada daquilo, porque a equipa estava de “*cabeça lavada*”(sic), e que não valia a pena terem ali ido. Reconhecem que existe um problema, mas a filha do utente em risco, refere que não tem sido “vista nem achada em nada” (sic), e que não percebia porque é que agora tinha de ser ela a decidir.

A enfermeira A explicou que os avós talvez a tivessem querido poupar uma vez que ela ainda era menor. Agora que tinha atingido a maioridade, já podia tomar decisões sozinha, e que por não ter vindo a ser envolvida no processo talvez não tivesse a verdadeira noção da gravidade da situação. Nesta circunstância o ambiente na sala ficou tenso, pois a ex-mulher do utente refere que a culpa da situação era dos sogros, demonstrando a existência de conflitos familiares não resolvidos. Nomeadamente, o facto de a terem acusado de negligencia no cuidado ao marido quando este ficou doente, tendo inclusivamente o sogro colocado um processo em tribunal acusando-a de não tratar bem o filho, tendo tido como resultado o divórcio. Referiu também, que se não fosse isso nunca se teria divorciado e que agora não estava a acontecer esta situação. Tudo isto verbalizado em tom de voz alto e agressivo, com gesticulação das mãos.

A filha ainda acrescentou que não sabia como é que o avô podia cuidar do pai se cada vez estava mais dependente do álcool e que cada vez que ia lá a casa o encontrava bêbado, utilizando a mesma entoação agressiva da mãe. A enfermeira A, de forma cordial, tentou aliviar o clima de tensão, referindo que família e técnicos têm de saber unir esforços e trabalhar em

conjunto, ser uma verdadeira equipa, sabendo antever os problemas, uma vez que é previsível que a situação vá piorar, nessa circunstância deu hipótese às familiares do utente de proporem alternativas.

Neste contexto, a filha propôs, após um momento de silêncio (olhando para a mãe, que lhe dizia permanentemente *“não olhes para mim, porque eu não me vou meter em nada disto e acho que tu também não, tens a tua vida, estás a estudar e tens mais que...”*): a possibilidade de encontrar uma clínica de desintoxicação para o avô; uma vez que já existe uma pessoa que auxilia no cuidado de manhã e à noite, porque não arranjar outra que pudesse com a primeira assegurar as 24 h; uma vez que mãe e filho são muito chegados podia fazer sentido conseguir uma cama articulada para ela, juntando mãe e filho no mesmo quarto; referiu também estar disponível para realizar as compras de supermercado, uma vez que já era habitual realiza-las para sua casa, desde que depois não a acusassem de ficar com o dinheiro.

A enfermeira A referiu que as propostas eram muito pertinentes, mas que seria fundamental perceber se a pessoa que ficasse as 24h era idónea, e que não seria fácil arranjar uma pessoa que quisesse fazer esse trabalho, também havia a necessidade de envolver o avô neste processo uma vez que este tem sido renitente a este tipo de ajudas. Alertou ainda para a eventualidade de a avó vir a ser internada, quais as alternativas de resolução do problema.

Após a intervenção de vários técnicos incluindo a psicóloga, foi possível fazer entender as familiares de que não estavam ali para ser julgadas, mas sim para serem parceiras nos cuidados. E que o seu não envolvimento até à data na situação não implicava que assim se mantivesse.

Neste contexto, foi possível assumir um compromisso entre ambas as partes, nomeadamente:

- Iniciar o processo de interdição do pai;
- A filha começar a colaborar nas compras, medicamentos e idas ao supermercado, depois da equipa abordar primeiro o avô (uma vez que é ele que tem assumido esse papel, mas estava a ficar com dificuldades em conduzir);
- Negociar com o avô estas mudanças e avaliar o seu grau de dependência do álcool;

- Referenciar a avó para uma unidade de cuidados paliativos;
- A psicóloga propôs-se a trabalhar com o filho, utente alvo, a eminente morte da mãe, e prevenir um luto patológico.

Todos os presentes consideraram muito importante a reunião, pois assim esclareceram-se alguns maus entendidos e tentou resolver-se um problema.

No que se refere à observação da comunicação interpessoal, houve adequação dos termos técnicos tendo em conta as características das familiares, tendo sido utilizada, pela enfermeira A uma linguagem compreensiva, com tom de voz calmo, sem utilização de termos técnicos, mesmo quando os ânimos se estiveram mais acessos, por parte ex-nora. Não houve expressão verbal ou mímica de pensamentos ou emoções pela enfermeira. A interação foi conduzida tendo em conta os princípios de uma relação de confiança, dentro daquilo que foi possível. Não foi estabelecido qualquer tipo de toque, sendo respeitadas as questões de privacidade de sigilo durante a reunião. Esta demorou cerca de quarenta minutos, não tendo havido interrupções no seu decorrer.

Terminou com o agradecimento da enfermeira A a todos os presentes, em particular à disponibilidade demonstrada pela família para a reunião

ENFERMEIRA B

OBSERVAÇÃO 1

Esta observação durou cerca de dez minutos, foi sinalizada pela SAD de Vale da Pedra, que desde à uma semana presta cuidados a este agregado familiar. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e o seu marido. Sendo uma senhora totalmente dependente, existe alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, integra por esse motivo a ECCIC.

A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia e observa que a utente está afásica, responde a ordens simples com acenos de cabeça. A utente encontra-se numa cama articulada com colchão de pressões alternadas, na marquise, perto da entrada da porta. Apesar de ser ela o alvo dos cuidados a interação da enfermeira foi observada em relação ao cuidador familiar, o marido. Foi este quem solicitou apoio domiciliário, pois a esposa esteve em casa da filha em Torres Vedras onde já usufruiu deste tipo de atendimento.

O momento de contacto foi liderado, com manifestação de poder, pela enfermeira no sentido de esta ser detentora de saber, na interação com o marido da utente alvo. A enfermeira deu orientações no sentido de minimizar alguns dos riscos que encontrou, dando ordens, por exemplo: verificou que a utente tinha o cabelo oleoso, verificando que o champô que existia era para cabelos normais, deu ordem para ser comprado um champô para cabelos oleosos, ao que o marido respondeu que sim, que ia comprar, apesar de referir que desde sempre a senhora tinha o cabelo oleoso.

Contudo, após a sinalização e a colheita de dados junto das auxiliares da SAD, considerou-se que o marido sozinho não reunia condições para cuidar da esposa sozinho. O diagnóstico estabelecido de Alto Risco de Úlcera de Pressão, não foi validado com o utente, sendo que o objetivo da visita era avaliar o estado geral da utente e prevenir o risco identificado de úlcera de pressão. Em situação de dificuldade validou-se a existência de contactos telefónicos da SAD e da ECCIC, em local acessível e se o utente sabia usar o telefone.

Apesar de não ter sido informado dos riscos que advêm da existência de uma úlcera de pressão, o marido manifestou-se preocupado que a sua esposa possa vir a ficar ferida.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se posteriormente em relação à utente, frente a frente com o marido, havendo sempre contacto visual entre ambos. Não se estabeleceu qualquer tipo de toque nem no início, nem no fim da interação. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções.

OBSERVAÇÃO 2

Esta observação durou cerca de trinta minutos, foi sinalizada pelo Centro de saúde, existindo prestação de cuidados a este agregado familiar à cerca de quatro anos. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e a sua filha, prestadora familiar de cuidados (que recebe dinheiro dos irmãos para cuidar da mãe, uma vez que nem todos os filhos têm disponibilidade para o fazer). É uma utente grande dependente com Úlcera de Pressão instituída. A interação observada foi com a filha, uma vez que a utente alvo praticamente não comunica.

Desta vez os cumprimentos acontecem no quintal, onde se verifica que para além da filha cuidar da mãe também tem uma neta de quatro anos ao seu cuidado.

A enfermeira perguntou como a utente tem passado, ao que a filha respondeu que tem passado mais ou menos, que come pouco e que desta vez não foi preciso mudar o penso. A filha foi envolvida no processo de cuidados à mãe tendo sido habilitada para reforçar os pensos no intervalo das visitas domiciliárias de enfermagem.

O espaço é exíguo, sendo praticamente ocupado pela cama articulada com colchão de pressões alternadas, encostada a um dos lados da parede junto à janela e do lado oposto um estreito corredor de passagem.

O objetivo da visita domiciliária foi a realização de tratamento à úlcera de pressão.

O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira no sentido de validar com a filha algumas das situações que ocorreram no intervalo entre as visitas domiciliárias e como esta as resolveu, introduzindo medidas corretivas.

Deu-se ênfase ao esforço que a filha tem feito para cuidar da mãe, valorizando alguns aspetos positivos conseguidos ao longo do tempo, nomeadamente na melhoria das feridas. A filha verbaliza contudo algum cansaço.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se, frente a frente com a filha e na lateral da utente, havendo sempre contacto visual entre ambas. Apesar de a utente se encontrar afásica foi sempre tentando estabelecer relação com esta, utilizando expressões como: “*agora vamos virar*”, “*está a doer, estamos quase a terminar*”. O toque estabelecido foi exclusivamente o correspondente ao procedimento técnico. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, apesar de terem havido algumas interrupções com a entrada no quarto da neta de quatro anos.

OBSERVAÇÃO 3

Esta observação durou cerca de quinze minutos, foi sinalizada pela família, desde dezembro de 2010. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e o seu filho. Sendo uma senhora totalmente dependente, com entubação nasogástrica e drenagem vesical permanente, integra por esses motivos a ECCIC. Não tem apoio domiciliário integrado, tendo vindo a ser cuidada pelo filho e pela nora.

A enfermeira entra no domicílio dizendo boa tarde. A utente encontra-se numa cama articulada com colchão de pressões alternadas, no quarto. Apesar de ser ela o alvo dos cuidados a interação da enfermeira foi observada em relação ao cuidador familiar, o filho.

O momento de contacto foi liderado, com manifestação de poder, pela enfermeira, não tendo havido praticamente diálogo com o filho durante o procedimento técnico. A enfermeira deu orientações no sentido de minimizar alguns dos riscos que encontrou, dando ordem no sentido

de que a idosa fosse mobilizada de duas em duas horas e explicando como se deveriam colocar as almofadas de proteção.

O filho demonstrou um papel passivo no cuidado à mãe dizendo que quando a esposa chegasse tratava do resto, que a enfermeira não se preocupasse.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação à utente, frente a frente com o filho, havendo sempre contacto visual entre ambos. Estabeleceu-se toque de cumprimento (aperto de mão) ao chegar e depois unicamente o referente ao procedimento técnico. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.

ENFERMEIRA C

OBSERVAÇÃO 1

Esta observação decorre na escola no Gabinete de Apoio ao Aluno, tendo tido uma duração de cerca de meia hora. A interação observada aconteceu entre a enfermeira e uma criança de 10 anos, do sexo masculino, pertencente a um agregado familiar que usufrui de rendimento social de inserção. A escola alertou a equipa de saúde escolar de que este aluno estaria a ser alvo de exclusão social e de discriminação na turma.

Salienta-se a existência de um contacto prévio com a família, presencial, que decorreu no seu domicílio, onde esta foi informada da sinalização da escola para a equipa de saúde escolar e onde se solicitou a concordância dos pais na intervenção da equipa na escola. Tendo, estes concordado que a criança se reunisse com o enfermeiro no dia em que este estava no Gabinete de Apoio ao Aluno.

A criança já sabia da vinda da enfermeira à escola e encontrava-se à espera desta. Feitos os cumprimentos cordiais, a enfermeira e a criança entraram para o gabinete, fechando a porta. A criança sentou-se numa secretária e a enfermeira ao lado dele, no topo da mesa.

A interação inicia-se com a enfermeira a referir que a escola se encontra um “bocadinho” preocupada com ele e que por isso solicitou que a enfermeira viesse falar com ele para ver se ele também sentia que algo não estava bem consigo. Ao que a criança respondeu que sim e que ainda “*hoje uns colegas lhe tinham colocado a mochila na sanita*” (sic). A enfermeira perguntou à criança se esta sabia porque é que os colegas lhe faziam isto, ao que esta respondeu “*mais ou menos*” (sic).

A enfermeira iniciou então a abordagem falando do estar na escola, da importância de distinguir os amigos, dos não amigos e da importância da higiene para poder ser integrado no grupo. Explicando também que as alterações físicas próprias do início da adolescência. Ao

longo do discurso foi dando relevo aos próprios aspetos positivos da criança, nomeadamente da sua beleza física e da cor dos seus olhos (azul).

Neste sentido, reforçou a importância da mudança de comportamento ao nível da higiene para que possa ser aceite no grupo. Deu-se oportunidade de tomada de decisão à criança, através de expressões como: *“O que achas que podemos combinar? A decisão é tua!”* (sic). Assim, acordou-se em tomar banho diário, cortar as unhas e mante-las limpas, mudar a roupa interior todos os dias e a de fora quando estiver suja, com reavaliação daí a quinze dias e o compromisso da enfermeira em oferecer-lhe um prémio caso ele conseguisse, uma água de colónia.

Observou-se que a criança tem noção do problema e das consequências que isso pode ter na sua integração na escola. Salienta-se também o envolvimento da família, além da escola, no processo. A enfermeira tentou que a criança fosse parceira na resolução do problema, salientando que a mudança de algumas atitudes teria de partir dele. Esta reforçou ainda o facto de a escola estar atenta e preocupada com a sua situação e que ele podia pedir para falar com ela sempre que sentisse necessidade.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou utilizar expressões adequadas à idade da criança como por exemplo: *“fixe”*. Utilizou uma linguagem compreensiva e de proximidade permitindo a expressão da criança, sem verbalizar os seus próprios sentimentos ou emoções.

A enfermeira efetuou uma síntese final do compromisso assumido e da data do próximo encontro. Houve sempre contacto visual por parte da enfermeira, embora nem sempre a criança o fizesse, pois baixava frequentemente os olhos para as mãos apoiadas na mesa. Em nenhum momento da interação se estabeleceu o toque.

No decorrer da reunião houve a tentativa de outros alunos entrarem no gabinete, supostamente para serem atendidos pela enfermeira. O facto é que, depois da criança sair do gabinete mais ninguém apareceu para ser atendido.

OBSERVAÇÃO 2

Esta observação decorre na escola do 1º ciclo depois de um alerta desta para a CPCJ. Teve a duração de aproximadamente uma hora. Existe risco identificado social e de saúde para uma criança de 11 anos, do sexo masculino. Para além da CPCJ, este agregado familiar também tem sido acompanhado em sede de RSI. E era numa reunião de rendimento social de inserção que se encontravam os técnicos, nomeadamente a enfermeira, quando a escola deu o alerta.

Contextualizando, é um agregado familiar com dois adultos e quatro crianças. O pai tem história de consumos nocivos, que mantém em casa. Existe também história de violência doméstica com queixa na PSP devido a violência à esposa e a um dos filhos, havendo já um processo de divórcio a decorrer. No que se refere à mãe, esta trabalha, integrou um curso na APPACDM, onde adquiriu competências sociais, não havendo queixas em relação ao seu desempenho no trabalho. Contudo, há dúvida se as crianças tomam pequeno almoço antes de sair de casa e persistentemente não levam lanche para a escola. São quatro filhos, três rapazes de 11, 7 e 4 anos e uma menina de 7 meses de idade.

O filho mais velho, desde há algum tempo que vem suscitando a preocupação dos técnicos devido ao seu estado de saúde fragilizado, havendo suspeita de maus tratos físicos e psicológicos.

A enfermeira pertencente à CPCJ foi chamada à escola porque este filho de 11 anos levou para o lanche um pão bolorento, que ia comer não fosse a auxiliar estar atenta à situação. De notar que na semana anterior a criança havia faltado por se encontrar com gastroenterite. São também chamados os pais (que tinham acabado de se apresentar, na presença obrigatória, do RSI), ao que só compareceu a mãe. A interação observada aconteceu entre a enfermeira e a mãe da criança.

Chegadas à escola, a enfermeira e a assistente social da CPCJ, e confirmada a situação. Observou-se também o estado de extrema magreza em que a criança se encontrava, com fâcias triste. Encontrava-se vestido com roupa de verão em pleno inverno e de tamanho francamente inferior ao seu. Confrontados frente a frente com os técnicos, mãe e filho, esta chorou mas assumiu sempre que tinha colocado o pão do filho naquela manhã na mochila,

olhando para a criança e obrigando-o a confirmar o que estava a dizer. Nesta altura a criança manteve-se sempre em silêncio e de olhos no chão, não confirmando nem desmentindo.

Foram ambos levados para a segurança social e separados em gabinetes diferentes, tendo a enfermeira ficado com a mãe e a assistente social com o filho. É a partir daqui que decorre a observação. Entradas no gabinete e enfermeira senta-se atrás da secretária e a mãe de frente para si, em cadeiras previamente posicionadas para o efeito. Quando questionada acerca do ponto de situação do divórcio, refere tem estado para ir falar com o advogado mas que ainda não foi. Todo o contacto foi liderado pelo enfermeiro, com manifestação verbal de poder: *“ou o seu marido sai lá de casa ou saem as crianças!”*.

A mãe verbalizou que realmente há um grande problema, referindo várias vezes querer andar com a situação do divórcio para a frente mas que o marido não queira sair de casa. Parece reconhecer que existe risco iminente de saúde, nomeadamente, para este filho. Tendo em conta todo o contexto e a necessidade de avaliar a criança longe do agregado familiar (que confirmou à assistente social que o pão tinha vindo do jardim de infância da irmã na semana anterior), a enfermeira propôs que a criança não voltasse para casa nos próximos dias e perguntou se havia alguém amigo que pudesse acolhe-lo. A mãe esteve todo o tempo a chorar, mas referiu existir uma senhora que tem sido uma grande ajuda para si, pois tem sido ama das crianças quando ela precisa de trabalhar, de quem o menino gosta muito. Pelo que se procedeu ao contacto com esta pessoa, aparentemente idónea, que de imediato acedeu ao pedido (quando a criança foi informada de que iria uns dias para casa desta senhora, deu um sorriso e agradeceu, levantando o olhar do chão).

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira adotou uma postura agressiva e impositória, frente a frente com a mãe. Utilizou linguagem clara e simples, permitindo a comunicação expressiva das emoções da senhora, mas salientando que, os técnicos do estudo farão, em virtude do superior interesse da criança, se a situação no agregado não se modificar. Durante a interação foram mantidas as questões de privacidade e sigilo, havendo a interrupção da assistente social que também estava a acompanhar o caso.

OBSERVAÇÃO 3

Esta observação decorreu no domicílio de uma família de origem brasileira, após uma sinalização da enfermeira de família, para a enfermeira da UCCC no âmbito do projeto de intervenção precoce, teve a duração de aproximadamente vinte minutos. Esta avaliação tinha como objetivo confirmar a informação veiculada pela enfermeira de família que referia que o filho mais novo do casal, de quatro anos de idade, apresentava desenvolvimento cognitivo alterado e risco de exclusão social, no sentido de vir a integrar o IPC.

Antes de efetuada a visita domiciliária, a enfermeira de família contactou telefonicamente a mãe, a informar da intenção da visita domiciliária da enfermeira da UCCC e para obter o seu consentimento, o que se verificou. Na interação observada estão presentes a criança, a irmã, de dezassete anos, e a enfermeira. Quando a enfermeira chegou à casa, já a irmã se encontrava à porta. A enfermeira apresentou-se e foi cumprimentada com dois beijos na face, de forma atenciosa e cordial. A casa está limpa e arrumada, a criança em questão encontra-se na sala a jogar computador. A televisão está ligada e com o som muito alto, tendo sentido a enfermeira necessidade de pedir para baixar o volume.

A criança está “*vidrada*”(sic) no computador, a irmã refere que ele passa o dia a ver desenhos de “*briga*” (sic) no computador. A família está em Portugal há cerca de um ano e meio. O pai trabalha fora durante a semana, só vindo a casa ao fim de semana, a mãe trabalha como doméstica das 9h às 17h, e a irmã, não se enquadrando muito bem no estudo, deixou de estudar para tomar conta do irmão. A irmã sabia que o objetivo da visita era fazer a avaliação do irmão, apesar da enfermeira ter reforçado e explicado que talvez fosse bom para a criança integrar o Jardim de Infância. Explicou ainda a importância de ele ter contacto com outras crianças e com outro tipo de brincadeiras, para poder ter noção das regras, tendo em vista a sua integração na escola. Neste sentido, informou-se a irmã que se iria contactar a mãe expondo a situação e as preocupações, assim como as propostas alternativas de resolução, uma vez que existe vaga no Jardim de Infância público, em Valada, ficando os pais de ponderar a situação e decidir.

Confirmaram-se as suspeitas da enfermeira de família, uma vez que a criança não estabelecia contacto visual, estando sempre a olhar para o computador e respondendo com guinchos e gestos agressivos. Na sala não se visualizaram outro tipo de brinquedos. A enfermeira apesar de se colocar ao nível da criança de joelhos no chão, não conseguiu nenhuma modificação de comportamento. Reforçou a importância da criança sair de casa, brincar com outras crianças da sua idade e com outro tipo de brinquedos, ir ao parque, entre outros.

Foi explicado à irmã o tipo de trabalho que a intervenção precoce desenvolve e que são os técnicos que dela fazem parte, no sentido de os seus pais poderem tomar uma decisão informada, por outro lado salientou o facto de ser urgente intervir para poder prevenir uma má adaptação e aproveitamento escolar. Nesta altura a enfermeira já tinha programado um contacto pessoal com a mãe para poder expor a situação, perspetivando uma decisão *à posteriori*. A enfermeira efetuou a avaliação do desenvolvimento psicomotor com o Teste de Sheridan, que confirmou as alterações. Tendo sido assumido o compromisso da família de pensar na possibilidade da intervenção, para além do contacto com a mãe. A enfermeira disponibilizou o seu contacto de telemóvel do serviço. No que se refere à comunicação interpessoal, foi utilizada linguagem simples, na tentativa de contacto com a criança, por intermédio de brincadeiras e colocando-se ao seu nível, não tendo a enfermeira conseguido respostas positivas. A criança não permitiu o toque, nem quis falar, apesar de a irmã dizer que ele fala muito. Durante a interação foram cumpridas as questões de privacidade e sigilo e não ocorreram interrupções.

ENFERMEIRA D

OBSERVAÇÃO 1

Esta observação durou cerca de cinquenta minutos, foi sinalizada pelo HDS. Esta família é acompanhada pela ECCIC há aproximadamente 7 meses. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, o utente alvo de cuidados e a sua esposa. É um utente totalmente dependente com úlcera de pressão maleolar e sagrada, com risco de agravamento pela imobilidade. É um utente diabético que já sofreu uma amputação do membro inferior esquerdo até à coxa.

A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia, à esposa e ao utente, demonstrando que já existe uma relação de proximidade e confiança, usando o toque no ombro da esposa. O utente encontra-se em cama articulada com colchão de pressões alternas, com um dos lados da cama encostado à parede, o quarto e a casa encontram-se limpos e arrumados. O utente apresenta-se com sudorese, mãos frias, expetoração que tem dificuldade em expelir, abdómen distendido e timpanizado, queixoso à palpação. A esposa refere que ele à noite tinha 215 mg/dl de açúcar no sangue e por não ter termómetro não avaliou a temperatura, mas que acha que ele teve febre durante a noite, pois *“ensopou a camisa do pijama”*(sic).

A enfermeira tomou a iniciativa de telefonar à filha no sentido de se chamar uma ambulância para o utente poder ir ao centro de saúde para ser avaliado pelo médico, uma vez que a esposa não tinha condições de sozinha ir com o utente, tendo também ela uma idade avançada. A filha respondeu que não podia ir já, mas que iria assim que pudesse, ao que a mãe verbalizou: *“ela nunca pode...”* (sic).

Observou-se também que o utente tinha 450 cc de urina num saco de 24h. Encontra-se com uma glicemia de 317 mg/dl 2h e 40 após o pequeno almoço.

O utente encontra-se consciente e orientado, pelo que a interação observada foi entre a enfermeira e o utente.

O momento de contacto foi liderado, com manifestação de poder, pela enfermeira no sentido ter tomado a iniciativa de ligar à filha do utente. A enfermeira continuou a colheita de dados junto do utente percebendo que este tem dor no pé e que a tosse não o deixou dormir, nem a ele, nem à esposa, durante a noite.

O objetivo da visita domiciliária era proceder à realização do tratamento às úlceras de pressão instituídas e à realgaliação do utente. Partiu-se do princípio que a situação constituía um problema de saúde para o utente e não se questionou em momento nenhum se este queria ir ao centro de saúde. A enfermeira informou ainda o casal que estavam a ponderar que ele viesse a ter apoio de fisioterapia, mas não foi solicitada a sua opinião acerca do assunto nem se entrou em pormenores. A esposa revelou à enfermeira sinais de cansaço uma vez que o marido tem períodos de desorientação durante a noite, não a deixando dormir. A enfermeira ouviu, mas não deu resposta, nem interveio nesta matéria. Foi escrita uma carta de referenciação para o centro de saúde, explicando a situação clínica do utente, e o motivo pelo qual considerava importante o senhor ter avaliação médica.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação ao utente, olhando-o de frente, havendo sempre contacto visual entre ambos. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções no decorrer da observação.

OBSERVAÇÃO 2

Esta observação durou cerca de vinte minutos, foi sinalizada pela cuidadora informal, existindo prestação de cuidados a este agregado familiar à cerca de uma semana. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, o utente cuidado e a sua cuidadora informal, prestadora de cuidados. É um utente dependente, com úlceras de pressão em ambos os calcâneos. Na situação observada estão envolvidos esta cuidadora informal e o utente (aparentemente consciente e orientado, com disartria), para além da enfermeira.

Chegada à casa referenciada como sendo do utente, a enfermeira é recebida à entrada pela cuidadora, que a abraça dizendo: *“estou tão feliz que tenham vindo, estou tão preocupada com*

ele...”, enquanto lhe indica o caminho. Estava acompanhada por outra senhora, que referiu ser o seu braço direito, com aspeto mal cuidado e sujo. Esta visita tem como objetivos, para além de realizar os tratamentos às feridas instituídas, avaliar as condições gerais do utente.

Utente de 84 anos, com PA: 160/70 mm Hg, tem antecedentes pessoais de AVC há 14 anos. A cuidadora primeiro refere que o utente tem recusado alimentar-se, mas posteriormente refere que tem comido muito bem (?). Refere que ele não tem evacuado. O utente encontra-se muito queixoso ao toque. À medida que a enfermeira vai tentando estabelecer algum diálogo com o utente a cuidadora chora, referindo que tem muito medo de ficar sem ele.

A equipa tem dúvidas em relação à situação desta cuidadora, uma vez que sabe que: não é familiar; fazia voluntariado no lar onde o utente se encontrava; e supostamente passaram a viver juntos. Agora o Sr. Estava cada vez mais dependente e a necessitar de cuidados especializados. A filha do utente fez queixa à segurança social, alegando que o pai se encontrava em risco.

A entrada para a casa é efetuada pela cave, existem objetos decorativos de visível valor mas cobertos de pó, cheirando a casa muito a fumo de tabaco. O quarto onde o utente se encontra é pequeno tem uma janela por cima da sua cabeceira. Encontra-se deitado numa cama e colchão vulgares, de corpo e meio, visivelmente pequenos para o seu metro e oitenta de altura. As feridas instituídas vieram após algum tempo de internamento hospitalar. Existe dificuldade na prestação de cuidados devido ao iminente risco de queda.

O momento de contacto foi liderado, pela cuidadora informal, uma vez que sempre que a enfermeira tentava interpelar o utente a cuidadora respondia por ele. Esta foi referindo que se vai mudar para uma casa no Cartaxo com mais espaço, para poder dar ao utente os cuidados que ele necessita. O utente está com sinais visíveis de desidratação, pálido, descorado e com mucosas secas. Num breve momento em que a cuidadora não esteve no quarto a enfermeira perguntou ao utente se o têm levantado ao que ele respondeu: *“não me levantam...”* (sic).

Antes da interação com o utente a situação foi apreciada pela equipa, por haver suspeita de maus tratos ao idoso, tendo sido definida como estratégia desenvolver uma prestação de cuidados atenta mas discreta, para se conseguir ganhar a confiança da cuidadora.

Salientou-se que seria importante a realização de levante diário para o cadeirão, estava supostamente a ser feito para uma cadeira de rodas, e para a aquisição de uma cama articulada e de um colchão de pressões alternadas, no sentido de minimizar o risco de novas úlceras de pressão e de quedas. Questionou-se se a cuidadora teria possibilidade de adquirir as ajudas técnicas, ao que esta respondeu que sim que faz tudo o que for preciso, que ele tem tudo, e que lhe dá tudo o que ele precisar.

Informou-se ainda a cuidadora que se iria contactar o médico de família no sentido de este poder realizar uma visita domiciliária, para avaliação clínica da obstipação e da hipertensão arterial.

A cuidadora apresenta oscilações de comportamento, parecendo receosa, muito disponível e verbalizando que pretende casar com o utente assim que este melhorar (sic). A enfermeira referiu que o utente não está bem e que parece infeliz, ao que este não respondeu, e a cuidadora referiu que ele já costumava estar assim mas que ia melhorar.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se, frente a frente com a cuidadora e na lateral da utente, havendo sempre contacto visual entre ambos. Apesar de permitir a comunicação verbal do utente cuidado, tal quase não foi possível devido à interpelação constante da cuidadora.

Foram cumpridas as questões de privacidade do utente, não tendo havido interrupções de outro nível, a não ser da cuidadora durante a prestação de cuidados.

OBSERVAÇÃO 3

Esta observação durou cerca de quinze minutos, entre a utente alvo de cuidados e a enfermeira.

A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia. A utente é autónoma, com uma idade próxima dos sessenta anos. Vive em casa da filha, com o genro e a neta de quatro anos (que dorme com a avó no mesmo quarto). A sua situação de saúde levou a que tivesse uma fístula abdominal com drenagem de fezes permanentemente, exigindo cuidados diários (as

enfermeiras efetuam o penso de manhã e a filha foi capacitada para realizar o penso à noite). Existe prestação de cuidados há mais de um ano.

O quarto está limpo, mas o espaço de circulação é mínimo. Quando a enfermeira chegou a utente ainda estava deitada, tendo-se levantado naquele momento para ir buscar água morna para se proceder à higienização da pele circundante à fístula. A utente refere ainda estar um pouco sonolenta, apresenta fâcias triste e verbaliza expressões de inconformidade para com a situação de saúde. Refere ainda que, não tem dormido bem por ter reduzido a medicação. A enfermeira não teceu qualquer tipo de comentário, referiu apenas que é muito importante que consiga dormir durante a noite para que de dia possa estar bem psicologicamente, sem apresentar alternativas.

Não houve manifestações de liderança ou de poder pela enfermeira, não tendo havido praticamente diálogo com a utente durante o procedimento técnico.

No final da realização do penso a enfermeira questionou se tinham material suficiente caso o penso repassasse e para a realização do mesmo à noite, tendo verificado que não havia necessidade de deixar mais material.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos, com expressões de familiaridade para com a utente. Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação à utente, onde realizou o penso, havendo sempre contacto visual entre ambas, do lado oposto da cama manteve-se a neta de quatro anos durante toda a observação, tendo esta colaborado na recolha de lixo limpo.

Estabeleceu-se unicamente o toque referente ao procedimento técnico. A porta do quarto foi mantida aberta durante a interação, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.

ENFERMEIRA E

OBSERVAÇÃO 1

Esta observação durou cerca de quinze minutos, foi sinalizada pelo prestador informal de cuidados, existindo prestação de cuidados a esta utente há aproximadamente dois anos. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e a prestadora informal de cuidados, sendo no seu domicílio que a utente se encontra (é assim uma casa de acolhimento com dois idosos). É uma senhora totalmente dependente com uma neoplasia em estágio terminal, integrando por esse motivo a ECCIC. A interação foi observada entre a enfermeira e a utente.

A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia, esperando que a prestadora informal de cuidados a encaminhasse para o quarto. O ambiente está limpo, tendo o chão do quarto acabado de ser lavado. Cheira a desinfetante.

A utente está consciente e orientada, deitada em cama articulada, com colchão de pressões alternadas. Ao aproximar-se da utente a enfermeira estabeleceu contacto visual, baixando-se ao nível da cabeceira, disse bom dia, tocou no ombro e perguntou como se sentia a utente hoje, ao que esta respondeu que não tinha dores.

O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira. O objetivo da visita domiciliária era realizar o tratamento às úlceras de pressão e proceder à avaliação da pressão arterial. O silêncio foi quase absoluto durante a realização do procedimento, interrompido por uma chamada telefónica recebida pela enfermeira.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos, assertiva, com tom de voz tranquilizador. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não havendo praticamente exposição do corpo a não ser nos locais onde era necessário realizar o procedimento.

OBSERVAÇÃO 2

Esta observação durou cerca de quinze minutos, foi sinalizada pelo Centro de saúde, existindo prestação de cuidados a esta família há cerca de cinco anos. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada. É uma utente grande dependente com tetraplegia devido a um acidente de viação. Segundo a enfermeira esta utente tem ausência de dor, mas alguma sensibilidade, havendo por isso alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. Possui cama articulada, com colchão de pressões alternas, mas sem possibilidade de levantar. O objetivo da visita é administrar terapêutica intramuscular e proceder à realgaliação.

A porta foi aberta pelo marido da utente. A enfermeira entrou, depois dos cumprimentos cordiais e foi direta ao quarto da utente. Esta encontra-se em decúbito dorsal. Está consciente e orientada.

Quando questionada acerca de como tem passado, a utente responde que se tem desalgaliado muitas vezes porque o balão se rompe. Factos, que a enfermeira atribuiu ao grau de acidez da urina, mas tendo em conta que não existem outro tipo de algalias de longa duração, não se propuseram alternativas. A utente referiu ainda que esta situação é complicada porque tem estado a fazer muitas infeções urinárias, mas que tem de ir aguentando. Tendo a enfermeira confirmado com um aceno de cabeça.

Tem apoio domiciliário integrado e já usufruiu de fisioterapia, durante algum tempo, até chegar ao “limite” de reabilitação possível.

O quarto é amplo, estando o espaço bem distribuído e arrumado.

O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira. Podendo resumir-se a: entrou, cumprimentou e iniciou o procedimento.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se, na lateral direita da utente, havendo sempre contacto visual entre ambas. O toque estabelecido foi exclusivamente o correspondente ao procedimento técnico. Foram cumpridas as questões de privacidade.

OBSERVAÇÃO 3

Esta observação durou cerca de trinta minutos, foi sinalizada pelo serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia do Cartaxo, existindo prestação de cuidados há sete meses. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, o utente alvo de cuidados, do sexo masculino e a sua esposa. É um utente totalmente dependente com úlcera de pressão instituída, integrando por esses motivos a ECCIC.

A enfermeira entra no domicílio dizendo boa tarde. O utente encontra-se numa cama articulada com colchão de pressões alternadas, no quarto. A esposa veio receber a enfermeira à porta, sorridente, mas foi dizendo que está muito preocupada com a situação, pois mesmo tendo o apoio da SCMC, está muito cansada, pois sendo também ela idosa e com alguns problemas de saúde, sente que não consegue prestar os cuidados que “*devia*” ao marido e que este precisa.

A enfermeira questionou acerca do filho do casal e se este não poderia colaborar mais no cuidado ao pai (de notar que o filho tem uma oficina a funcionar no quintal dos pais). A senhora respondeu que o filho não se tem preocupado e que por isso paga a uma senhora vizinha cerca de 300 euros por mês para esta ir substituir a fralda ao marido à noite. De salientar que esta só o faz se o utente tiver a fralda suja, pois as auxiliares da SCMC substituem a fralda e mobilizam o utente a meio da tarde, sendo assim caso a fralda não seja mudada o utente não é mobilizado até ao dia seguinte, facto que tem levado ao agravamento significativo das feridas.

Neste contexto, a enfermeira comprometeu-se a abordar o filho no sentido de conseguir envolvê-lo no processo de cuidados e de articular com as auxiliares da SAD no sentido de que estas possam passar em casa deste utente o mais tarde possível, para poderem mobilizá-lo.

O quarto é amplo, e a cama encontra-se centrada com a parede, permitindo a passagem em ambos os lados. O utente encontra-se afásico, mas reativo e muito queixoso a estímulos dolorosos. A esposa está visivelmente cansada, chorosa reconhecendo que não pode cuidar do marido sozinha.

A enfermeira ao entrar no quarto, pediu licença e começou a “trabalhar” mantendo o diálogo com a esposa, naquilo que era possível, pois cada vez que o utente era mobilizado queixava-

se gritando. Não se verificaram expressões de encorajamento à esposa. Explicou-se as consequências se a situação se viesse a manter (até porque também está em causa a vertente económica, segundo a esposa, começa a ser difícil de suportar também essa parte, mas até agora não tem sido problema), e algumas alternativas para resolução do problema, nomeadamente se as auxiliares passassem a vir mais tarde e o filho fosse mobilizar o pai antes de sair da oficina, poderiam abdicar da pessoa da noite. Propostas que a esposa do utente ficou de ponderar. Foi ainda assumido o compromisso de apresentar e debater a situação em equipa, no sentido de se poderem encontrar outras alternativas.

O objetivo desta visita domiciliária era realizar tratamento às úlceras de pressão instituídas.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação ao utente, frente a frente com a esposa, havendo sempre contacto visual entre ambos. Estabeleceu-se o toque unicamente o referente ao procedimento técnico. Foram cumpridas as questões de privacidade do utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.

ENFERMEIRA F

OBSERVAÇÃO 1

Esta observação durou cerca de dez minutos, foi sinalizada pela família. Existe prestação de cuidados à aproximadamente cinco anos. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e o seu marido. Sendo uma senhora parcialmente dependente, tem uma neoplasia da mama esquerda com ulceração, integra por esse motivo a ECCIC. A utente vive sozinha com o marido. Deambula pela casa por períodos, pois refere que fica cansada com muita facilidade. No momento de chegada a utente ainda se encontrava deitada, não havia tomado pequeno-almoço, tinha a janela fechada e a televisão ligada.

A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia ao marido, com um aperto de mão. Dirige-se diretamente ao quarto onde a senhora se encontra deitada em cima da cama, já com a parte do penso exposta. Feitos os cumprimentos de ocasião, pediu licença iniciando o tratamento, objetivo da visita. Vai conversando com a utente, que se revela conformada com a sua situação de saúde, ao mesmo tempo que comenta o programa da manhã que passa na televisão e que ela tanto gosta de ver. O momento de contato foi liderado, pela enfermeira. Esta reforçou e insistiu no facto de ser muito importante que a utente se levante da cama, que abra a janela do quarto para arejar e para poder ver a rua. A utente concordou e disse que se iria levantar para comer assim que a enfermeira saísse.

Existem fotografias espalhadas pelo quarto, que se encontra minimamente limpo. Quando questionada acerca das pessoas que estão nas fotografias a utente fala das filhas e dos netos, aparentemente pessoas presentes no seu cuidado, com quem refere ter contato praticamente diário e que colaboram com o pai na limpeza da casa. Nesta interação deu-se ênfase aos recursos que a utente ainda mantém, no sentido de esta os poder valorizar mantendo alguma atividade e conseqüentemente mantê-los.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos, com diálogo constante durante toda a interação, quer com a utente, quer com o marido. Durante a observação posicionou-se no lado lateral direito em relação à utente, o marido manteve-se primeiro aos pés da cama e depois sentado à entrada da porta da rua. Estabeleceu-se toque no início e no fim da interação, revelando alguma afetividade entre a enfermeira e a utente, e ainda o referente ao procedimento técnico. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, apesar de a porta da rua se ter mantido aberta e ser perto da entrada do quarto, não tendo havido interrupções durante a interação.

OBSERVAÇÃO 2

Esta observação durou cerca de vinte minutos, foi sinalizada pelo Centro de Saúde/ USF, existindo prestação de cuidados a esta família à cerca de trinta anos. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e o seu marido. É uma utente obesa com elefantíase dos membros inferiores e úlceras venosas crónicas, sendo o objetivo da visita realizar o tratamento às feridas.

À chegada a enfermeira perguntou como a utente tem passado, ao que esta respondeu que tem estado bem, dentro do possível, referindo que já passou por fases muito piores e que agora as feridas estão muito bem, parecendo conformada com a sua situação de saúde. A enfermeira deu ênfase aos progressos que se tem conseguido.

Nota-se que existe uma relação de confiança entre a enfermeira e a utente em virtude do longo tempo de prestação de cuidados, com alguma intimidade (havendo questões acerca dos filhos da enfermeira, ao que esta respondeu). Não houve manifestação de liderança ou de poder pela enfermeira, uma vez que foi tentando responder aos pedidos que a utente ia fazendo em relação à forma como queria as compressas e as ligaduras.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira uma linguagem clara e afetuosa, sem termos técnicos, mantendo o diálogo constante em todo o procedimento. Durante a observação posicionou-se, frente a frente com a utente, havendo sempre contacto visual entre ambas. O toque estabelecido foi exclusivamente o correspondente ao procedimento técnico. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções.

OBSERVAÇÃO 3

Esta observação durou cerca de uma hora, foi sinalizada pela família, existindo prestação de cuidados há cerca de um ano. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e o seu cuidador familiar, seu sobrinho. É uma senhora totalmente dependente, com úlcera de pressão no trocanter, integra por esses motivos a ECCIC.

Esta senhora foi acolhida em casa deste casal, seus sobrinhos e única família. O sobrinho contudo, é doente psiquiátrico, e por esse motivo tem vindo a verbalizar o seu cansaço junto da equipa enquanto único cuidador, uma vez que a sua esposa em nada ajuda no cuidado da idosa. Esta utente tem demência, mas após uma fase de agravamento tem vindo a recuperar algumas capacidades cognitivas e de deglutição, existindo até uma negociação com o cuidador no sentido de se vir a retirar a sonda nasogástrica.

Neste contexto, esta utente está referenciada para uma unidade de cuidados de média duração, por exaustão do cuidador, a aguardar vaga. Já esteve num Lar, mas onde o sobrinho refere que a sua madrinha e tia foi muito mal tratada. Mostrando até fotografias das múltiplas úlceras de pressão que tinha quando ele a retirou do Lar, ao nível da região sagrada, do trocanter, dos cotovelos, pés e sem qualquer resposta cognitiva. Hoje refere que, apesar de muito cansado, está muito feliz com os progressos da sua tia.

A enfermeira entra no domicílio dizendo boa tarde. A utente encontra-se numa cama de casal bastante larga, mas com colchão de pressões alternas. A casa está limpa e arrumada, mas a dificuldade em prestar cuidados à utente é grande em virtude do tamanho da cama (aliás, segundo a enfermeira tem sido uma “luta”(sic) entre o sobrinho e as auxiliares do ADI, pois estas têm vindo a debater a necessidade de uma cama articulada, mas o sobrinho considera que a tia está melhor naquela, tendo as enfermeiras vindo a ser mediadoras neste conflito latente, pois consideram que a senhora está bem cuidada e com excelentes progressos, não havendo necessidade de insistir em tal situação). Assim, houve necessidade de a enfermeira se colocar de joelhos em cima da cama para poder proceder à realização do tratamento da úlcera de pressão do trocanter, a única que ainda mantém.

A utente está aparentemente orientada e articula algumas palavras perceptíveis.

O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira, usando a negociação no sentido de que vão sendo dados alguns alimentos líquidos ou semipastosos que a senhora goste pela boca. Ao que o sobrinho argumentou que não consegue ter disponibilidade para estar com ela sempre à refeição, pois para fazer o que a enfermeira estava a solicitar era preciso muito tempo, e que ele próprio como tinha de realizar todas as tarefas da casa não conseguia, ainda acompanhar devidamente a tia nisso, pelo que pediu que por enquanto ainda se mantivesse a sonda. Situação que a enfermeira acatou, mas reforçou que seria importante tentar e que algum dia ia acontecer.

Durante a presença da enfermeira e a realização do procedimento, o sobrinho colocou música no quarto (Kisomba), referindo que a tia gostava bastante de música. A tia estava visivelmente satisfeita, nada queixosa ao procedimento, que foi bastante rápido. Quando reposicionada em decúbito dorsal sorriu para a enfermeira, que a penteou e lhe perguntou se se queria ver ao espelho ao que a utente respondeu que sim. O sobrinho referiu que ela tinha sido uma senhora muito “*opiniosa*”(sic), que cuidava bastante de si, e que gostava muito de café. Quando se olhou ao espelho sorriu e chorou em simultâneo, a enfermeira questionou se o cabelo estava bem assim e se queria colocar batom. Ao que a utente acenou positivamente com a cabeça em relação ao batom e verbalizou com dificuldade a palavra café. Todos os pedidos foram satisfeitos, ficando a utente visivelmente feliz, especialmente com o sentir o gosto do café na boca.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou linguagem simples e monossilábica para estabelecer conversa com a utente, tendo também havido estimulação tátil e sensorial. Durante a observação posicionou-se lateralmente e de frente em relação à utente usando o campo visual desta. Estabeleceu-se toque afetivo e de estimulação sensorial algumas vezes durante a interação. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.

ENFERMEIRA H

OBSERVAÇÃO 1

Esta observação durou cerca de trinta minutos, foi sinalizada pelo HDS, existindo prestação de cuidados desde há um mês. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e o seu marido. Sendo uma senhora parcialmente dependente, com neoplasia do pancreas, existem úlceras de pressão que obrigam a tratamentos diários, integrando por esse motivo a ECCIC.

A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia e observa que a utente está deitada na cama que se encontra na sala. Tem cama articulada e ainda se levanta por períodos. O marido refere que ela tem tido muita diarreia, desde a última operação. A utente encontra-se pálida, descorada, extremamente magra e com fácies de dor. Refere que já tomou o pequeno-almoço, mas que sente muita dor de cabeça. A enfermeira avaliou a PA: 100/65 mm Hg, com pulso arritmico.

O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira. Esta tentou sensibilizar a utente e o marido para que se levante para urinar, a fim de evitar ficar muito tempo com a fralda encharcada, justificando com o facto de que prejudica ainda mais a cicatrização. Deu-se ênfase ao facto de ter um bacio alto que permite que ela urine quase de pé, tendo de desenvolver “*apenas*” (sic) o esforço para se levantar da cama.

Verificou-se também durante a realização do tratamento que a utente tinha desenvolvido um eritema bastante acentuado da fralda, facto que foi associado ao tipo de fraldas. Neste sentido a enfermeira recomendou que se comprassem fraldas de outras marcas sugerindo inclusivamente alguns nomes, justificando que apesar de serem mais caras “*são muito melhores para a pele*” (sic).

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se

lateralmente em relação à utente, havendo sempre contacto visual entre ambas. Estabeleceu-se o toque no princípio da interação antes de iniciar o procedimento técnico, e depois unicamente o inerente a este. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções.

OBSERVAÇÃO 2

Esta observação durou cerca de quinze minutos, foi sinalizada pela família, existindo prestação de cuidados a este agregado familiar há cerca de um mês e meio. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada (de 92 anos de idade) e a sua filha, prestadora familiar de cuidados. É uma utente parcialmente dependente, diabética com pequenas ulcerações nas pernas edemaciadas. A interação observada foi com a filha.

À entrada na casa a enfermeira é recebida pela filha da utente, com um cumprimento cordial, a que esta respondeu. A utente encontra-se sentada à entrada na porta da sala a ver televisão e a tomar o pequeno almoço (um copo de leite de $\frac{1}{2}$ l com cereais e pão com manteiga).

A enfermeira perguntou como a utente tem passado, ao que a filha respondeu que tem passado mais ou menos, que come pouco, sendo o pequeno almoço a refeição do dia em que consegue que ela coma melhor, e por isso o faz um pouco mais “*reforçado*”(sic).

A casa está limpa e bem cuidada e o procedimento é realizado ali mesmo onde a utente se encontra, mesmo esta estando renitente a que lhe tirem o copo do leite da mão. O objetivo da visita domiciliária era a administração de terapêutica intramuscular e a vigilância das ulcerações das pernas, que estão em vias de cicatrização

O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira no sentido de validar com a filha algumas das situações que ocorreram no intervalo entre as visitas domiciliárias e como esta as resolveu, estando a cuidadora autónoma nos cuidados à mãe.

Deu-se ênfase ao esforço que a filha tem feito para cuidar da mãe, valorizando alguns aspetos positivos conseguidos ao longo do tempo, nomeadamente na melhoria das feridas. A filha demonstra estar satisfeita com os progressos.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se, frente a frente com a filha e com a utente, havendo sempre contacto visual entre ambas. O toque estabelecido foi exclusivamente o correspondente ao procedimento técnico e no início da abordagem quando se retirou o copo do leite. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, apesar de terem havido algumas interrupções com a entrada no quarto da neta de quatro anos.

OBSERVAÇÃO 3

Esta observação durou cerca de quinze minutos, foi sinalizada pelo HDS, existindo prestação de cuidados à dois anos. Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e o marido. É uma senhora de 75 anos com ferida evolutiva de neoplasia mamária, consciente e orientada no tempo e no espaço, que se levanta por períodos, integra por esses motivos a ECCIC. O objetivo desta visita é realizar o tratamento à ferida.

A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia. A utente encontra-se ainda deitada e de janela fechada. Quando questionada acerca da janela ainda estar fechada, respondeu que ainda não lha tinha apetecido abri-la. A questionou também enfermeira se a utente tem saído à rua ao que esta respondeu que não sai muitas vezes porque tem receio de se constipar, devido às oscilações de temperatura.

O momento de interação revela alguma proximidade entre a enfermeira e a utente, mantendo sempre um diálogo enquanto se procedia ao tratamento. No discurso a utente verbalizou que não sabe se chega aos 80 anos e que só tem dado trabalho, nos últimos tempos, demonstrando tristeza em relação à sua situação de saúde. A enfermeira respondeu que a vida é um ciclo, que não está a dar trabalho nenhum, comparando com aquilo em que já ajudou os outros e com aquilo que trabalhou ao longo da sua vida.

A utente voltou a dizer que abriria a janela mas que tinha, ainda assim medo de se constipar. A enfermeira incentivou a abertura da janela, até porque era importante ver a claridade e a luz do dia, "*porque a primavera está a chegar e começa a haver a alegria do sol*" (sic). A enfermeira deu ainda importância às coisas que a utente vai conseguindo manter, nomeadamente

algumas das suas rotinas, como por exemplo tomar o pequeno-almoço na cozinha, pois só o facto de se levantar implica força de vontade, manter algumas das suas capacidades. No entanto, apesar deste discurso, não se procurou feedback nem delinear objetivos a atingir em próximas visitas, uma vez que o tratamento é feito três vezes na semana.

No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou frases simples, curtas e sem a utilização de termos técnicos. Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação à utente, havendo sempre contacto visual entre ambas. Estabeleceu-se o toque unicamente o referente ao procedimento técnico. Não se efetuou qualquer síntese da conversa existente. Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.

Anexo XIII

Entrevista Exploratória: Transcrição

Eex2

Q.1: Como percebe a relação que estabelece como o indivíduo/família no processo de cuidados de enfermagem?

R: Uma relação, em primeiro lugar de conhecimento do indivíduo e da família, nas suas várias vertentes, ... nas suas dinâmicas familiares e tentar perceber quais são as suas necessidades, em termos de intervenção de enfermagem.

Pode especificar...

R: Estabelecer uma relação de empatia, em primeiro lugar, fazer com que a família confie em nós, que seja um ponto de partida para que ela nos aceite e aceite a nossa intervenção. É fundamental que a família participe nos cuidados, dar conhecimento, portanto detetada a necessidade de intervenção, da necessidade de intervenção... negociar com a família, portanto em termos do que se pretende fazer com ela, portanto dar-lhe ainda conhecer o nosso plano de intervenção, de modo a que ela seja capaz de o compreender e aceitar...., ser ela própria capaz de por em prática essas mesmas intervenções, de modo a melhorar a sua forma de proceder, de atuar, de melhorar a sua qualidade de vida, no fundo vá lá de resolver o seu problema.

A este nível da relação considera que existe alguém na liderança deste processo?...

R: O enfermeiro. Se é ele quem está a trabalhar com aquela família e se é ele que deteta um problema e se pretende obter um resultado, portanto é ele que vai liderar o processo. É ele que vai liderar, que vai poder orientar, ... capacitar a pessoa, a família a melhorar o seu estado.

Q.2:Que estatuto atribui ao indivíduo/família no âmbito da tomada de decisão no processo de cuidados?

R: A tomada de decisão depois deve partir do indivíduo e da família, mediante aquilo que foi conversado, que foi partilhado, portanto a decisão caberá ao indivíduo e à família, portanto depois de estar devidamente informado.

Ao nível da equipa da UCC estas decisões passam por partilhar em equipa as situações...

R: Sim. Muitas vezes passam, há situações em que nós discutimos em equipa, e tentamos, em equipa obter melhor consenso. Consenso naquilo que consideram seria a intervenção mais adequada, mas no entanto, a decisão última será sempre do indivíduo e da família. É assim, nós podemos aconselhar, podemos orientar, mas as escolhas são deles, portanto nós fornecemos, ... ajudamos, tentamos ajudar, tentamos mostrar quais são as hipóteses e as alternativas e depois a decisão acaba por depender sempre deles, eles têm a liberdade de escolha, ..., também não podemos impor nada a ninguém.

Q.3: Pode relatar uma experiência significativa de prestação de cuidados em que tenha sido dada oportunidade de tomada de decisão, ao indivíduo e à família que se lembre?

R: Houve uma situação que ocorreu na CPCJ (Comissão de Proteção de criança e Jovens), de uma família, ..., de situação de uma criança cujo pai impedia a realização de vacinas..., portanto depois de termos, de lhe ter sido explicado todas as vantagens e os benefícios da vacinação, ele acabou por considerar que era melhor para a criança, não ser vacinada, uma vez que já tinha havido, segundo o pai, outros antecedentes na família de familiares que tiveram problemas com vacinas, reações que ele ali não nos conseguiu explicitar concretamente, mas para as quais, ..., das quais ele tinha receio que esta criança também viesse a sofrer. Portanto, foi uma situação em que, mediante tudo aquilo que lhe foi explicado e tudo aquilo que foi conversado com ele, ele acha que, ..., portanto acaba por tomar a decisão por ele de não levar a criança a ser vacinada, pronto. É uma das situações em que a tomada de decisão dele, não foi ao encontro daquilo que nós á partida pretenderíamos, mas foi de acordo com a escolha que ele fez, e da qual diz que se responsabiliza inteiramente.

Isso influenciou os cuidados de Enfermagem que á partida, seriam prestados...

Exatamente, o pai como indivíduo podia intervir na sua escolha, em relação a ele. Em relação ao filho, ele está a interferir na saúde de outra pessoa, portanto ele poderá estar a ir contra os direitos que a criança tem em usufruir do direito à saúde, ..., portanto que lhe está a ser recusado, que lhe está a ser negado...

Então e enquanto enfermeira, como é que isso se gere...

É complicado, porque é assim se por um lado nós não podemos forçar, nem podemos obrigar as pessoas a tomarem as decisões, por outro lado também nos preocupa, a mim me preocupa que por esse motivo a criança não tenha o direito à saúde, que não beneficie desse direito por, ..., por imposição do pai, no fundo. Portanto acaba por ser uma situação difícil de gerir.

Difícil de gerir... pode especificar...

Vai um pouco contra aquilo que nós, que é a nossa prática, ..., aquilo que é a nossa função no fundo, que é contribuir para a saúde dos indivíduos, e portanto aqui está a ser um obstáculo. Era preciso aqui ser capaz de dar a volta, nesta situação de modo a que a pessoa, o pai neste caso, pudesse perceber que era importante ter outro tipo de atitude, em relação à criança, e compreender que realmente ele está a prejudicar a saúde do filho, portanto, mas, ..., por outro lado foi a decisão dele. Mas é um assunto que não está resolvido. Como é uma situação que está em sede de CPCJ, é um assunto que ainda não está resolvido.

Postas as questões quer fazer algum comentário final...

O comentário é que, ..., ..., o nosso papel deve ser muito importante na ajuda às pessoas a escolherem, ..., a terem as escolhas certas, ou pelo menos aquelas que nós consideramos que são certas. Tendo em vista a melhoria da sua saúde, individual e familiar. No fundo, é para isso que nós cá estamos, para ajudar a contribuir para uma melhoria da qualidade da saúde dos utentes.

Muito obrigada. Vamos concluir a entrevista. São neste momento 10h e 10 minutos.

Anexo XIV

Entrevista Semiestruturada: Instrumento de Colheita de dados



GUIÃO DE ENTREVISTA

Enfermeira: _____ Duração da Entrevista: _____ Data: _____ Hora Início: _____

Nota Introdutória

- Agradecimento;
- Pedido de Autorização para proceder à Gravação de Áudio;
- Integrando uma Unidade de Cuidados na Comunidade, onde o enfermeiro desenvolve a sua atividade em diferentes contextos, dentro do ambiente comunitário, considera-se, nesta entrevista, unicamente o contexto de cuidados indivíduo/família, independentemente do programa em que está inserido.

- Idade _____; Género: _____; Tempo de Exercício na Profissão _____; Tempo de Exercício em Cuidados de Saúde Primários _____; Categoria Profissional: _____; Formação em Empoderamento ou Empowerment: _____

Objetivos

Obter informação acerca do modo como os enfermeiros percecionam o empoderamento que desenvolvem na sua prática de cuidados ao indivíduo/família em ambiente comunitário.

Esclarecimentos

- *Sucintamente, **Empoderamento** refere-se ao fortalecimento da posição dos indivíduos para que consigam ganhar mais poder nas suas vidas. Fortalecer, quando se está a fazer algo de novo, implica sempre uma necessidade de apoio e de orientação. Uma pessoa empoderada é aquela que tem controlo sobre as decisões que têm impacto na sua vida (SEAL e HELLEREN, 2008). Ao nível comunitário o empoderamento tem vindo a ser defendido como um contínuo dinâmico, que inclui o empoderamento das pessoas (psicológico), organizativo e político (LAVERACK, 2008).*

QUESTÕES	TÓPICOS ORIENTADORES
<p>Como perceciona a relação que estabelece com o indivíduo/família no processo de cuidados de enfermagem?</p> <p>- Que estatuto atribui ao indivíduo/família, no âmbito da tomada de decisão no processo de cuidados?</p> <p>- Relate uma experiência significativa de prestação de cuidados em que tenha sido dada oportunidade de tomada de decisão ao indivíduo/família.</p>	<p>O que é Central no Empoderamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Conhecimento da situação problema; ■ Participação do Cliente; ■ Liderança do processo; ■ Tomada de decisão – unitária ou partilhada; ■ Relação de poder; ■ Informações transmitidas normativamente; ■ Espírito de partilha e de interação; ■ Emissão de juízos de valor ou as suas próprias convicções; ■ Existência de formas de contacto na ausência do enfermeiro; <ul style="list-style-type: none"> ■ Incentivo à tomada de decisão informada; ■ Dá oportunidade de feedback; ■ Partilha o problema com outros membros da equipa; ■ Estabelece e valida com o cliente o diagnóstico de Enfermagem em causa; ■ Estabelece com o cliente prioridades de intervenção; ■ Mobiliza e envolve outras estruturas da comunidade no processo de cuidados; ■ Assume compromissos e objetivos a atingir, de acordo com a avaliação efetuada do cliente; <ul style="list-style-type: none"> ■ Em que medida isso influenciou os resultados obtidos, face à intervenção de enfermagem.

Conclusão

Dar oportunidade para que o entrevistado possa fazer um comentário final.

Agradecer e concluir a entrevista.

Anexo XV
Transcrição das Entrevistas

EEnf A

Q.1: Como percebe a relação que estabelece com o indivíduo/família no processo de cuidados de enfermagem?

R: Eu acho que, na relação que estabeleço com o indivíduo ou com a família, a primeira fase é ao nível de perceber o que é que a pessoa pretende, ou a família, depois dar as informações, as hipóteses, as alternativas que existem, pronto. Portanto, pensando em processo de enfermagem, a colheita de dados, perceber o que a pessoa pretende, o contexto e depois tentar envolver a pessoa, ou a família, numa, tendo em conta as alternativas que existem, numa tomada de decisão, ajudá-los a tomar uma decisão de acordo com as hipóteses que existem, portanto envolvendo, sempre que possível a pessoa ou a família.

Às vezes não é fácil, principalmente quando as pessoas têm crenças por trás que, ou acreditam que as suas decisões não põem em risco a sua saúde, ou a saúde dos seus elementos da família e às vezes é difícil de contornar isto. E aí o enfermeiro tem de assumir um papel de, que eu costumo chamar de advocacia, quando há alguém que está a ficar negligenciado, ou quando há uma criança em risco, aí o enfermeiro assume um papel que vai um bocadinho contra as decisões dos pais ou dos cuidadores, pronto não sei se me fiz entender.

Sim, então nessa perspetiva existe alguém que lidera o processo de relação? No ambiente comunitário?

R: Quando há vários intervenientes?... Quando há vários intervenientes, na comunidade, quem normalmente assume a liderança é o enfermeiro ou o gestor de caso. Portanto, quem está mais próximo daquela família, que consegue, pronto se é uma família que recebe intervenção de várias instituições ou de vários profissionais, o enfermeiro é aquele que, tendo a sua visão mais holística, que consegue ser ali o “pivot” de articulação entre os vários profissionais ou até entre as várias instituições da comunidade que têm intervenção naquela família, faz a ponte e a articulação.

E a nível individual, na relação enfermeiro individuo ou família, existe alguém que lidera?

R: Isso depende da família. Há alturas, portanto há famílias que têm capacidades para mais facilmente tomar decisões, e há momentos e momentos da família. Por exemplo, hoje houve uma filha que me procurou porque estava numa fase da vida em que precisava de prestar mais cuidados à mãe que se tornou mais dependente. E ela procurou-me para obter informação sobre que alternativas é que existiam. Eu dei-lhe as informações todas, pus-lhe as hipóteses todas com os prós e com os contras, e ela ficou a pensar, para depois tomar uma decisão, para saber se estaria interessada ou não no apoio da equipa dos cuidados continuados integrados, ou se queria referenciar a mãe para uma unidade de internamento, ou se queria por uma hipótese de lar, ou de apoio domiciliário, portanto a pessoa ficou a pensar, porque é capaz de tomar a decisão. Se encontramos, já aconteceu, termos uma pessoa que, já em termos cognitivos já não tem capacidade de decisão, tentamos envolver a família alargada para ajudar, se percebemos que há jogos de interesses, que há alguém que se queira aproveitar da fragilidade desta pessoa, o nosso papel é pedir às instituições que assumam a responsabilidade de cuidar desta família, tipo segurança social, uma instituição particular de solidariedade social, pessoas idóneas que assegurem os cuidados e a defesa desta pessoa.

Q.2:Que estatuto atribui ao individuo/família no âmbito da tomada de decisão no processo de cuidados?

R: Ao longo dos anos eu fui percebendo que, nem sempre aquilo que eu acho que é melhor para aquela pessoa ou para aquela família, é o que a pessoa acha que é melhor para ela. E isto consegue-se com a experiência e também com a mudança de paradigma, não é, que antes o utente não era propriamente um cliente, com poder de decisão, tinha de se sujeitar. Agora as pessoas também estão mais informadas e o paradigma mudou. Ah, portanto sempre que possível, é importante envolver as pessoas ou as famílias nessas tomadas de decisão. Ah, já tivemos a experiência de fazer reuniões, que nós chamamos as conferências familiares, com os vários profissionais envolvidos, às vezes até com profissionais dos outros setores, a área social ou da educação, ou da autarquia, quando a autarquia também está envolvida, e em conjunto, ah tomarmos uma decisão. Portanto, não é a decisão dos técnicos, mas os técnicos dão as hipóteses que existem e com a família encontrar um projeto de vida para aquela

pessoa, para aquela família. Ah, portanto, isto também acontece com os grupos, embora não seja essa a questão, mas se nós numa turma quando fazemos saúde escolar, nós, por vezes, principalmente quando são turmas de gente mais crescida é importante deixá-los escolher, perceber que dinâmica é que eles preferem e que conteúdo é que preferem ver mais trabalhado, por exemplo a dinâmica da caixa de perguntas, permite ir ao encontro das necessidades reais daquele grupo. Porque chegar lá e abordar as temáticas que até não são as dúvidas daquele grupo, também não estamos a dar a oportunidade a que tomem essa decisão e não vamos de encontro às reais necessidades.

Voltando um pouco atrás na questão das conferências familiares, parte-se do princípio que é feito um compromisso, mas isso é feito de uma forma mais formal, mediante o compromisso assumido e os objetivos a atingir?

R: Nós tentámos, quando começámos a trabalhar em parceria ao nível dos cuidados continuados, tentámos redigir um documento que nós chamávamos o plano de intervenção conjunto, em que ficava definido a responsabilidade de cada interveniente. Ah, portanto não encontramos um modelo adequado para implementar esta ideia e as coisas foram-se perdendo. Atualmente, temos uma proposta através da rede nacional de cuidados continuados integrados, que eles chamam o PII, Plano Individual de Intervenção, em que se prevê, portanto a assinatura de cada interveniente, mas também ainda na prática não estamos a utilizar. O que nós fazemos, é que registamos, pelo menos o enfermeiro regista no SAPE, foi o que ficou decidido. Mas temos de pensar, se calhar, até para envolver a família, em que se assuma o compromisso, de que, o que é que cada elemento da família assume fazer, e o que é que cada profissional também ou cada área profissional, de modo a que depois se faça melhor a avaliação

Q.3: Pode relatar uma experiência significativa de prestação de cuidados em que tenha sido dada oportunidade de tomada de decisão, ao indivíduo e à família?

R: Ah, já houve várias, é assim todos os dias acontecem. É assim em relação a uma experiência significativa, todos os dias há situações em que nós ajudamos o indivíduo ou a família a tomar decisões, e que são casos de sucesso, alguns nem tanto, mas a maioria

quando nós nos colocamos ao lado da fama, é um bocadinho, um... eu tinha ideias de... no outro dia estava a pensar e é um bocadinho a lógica que acontece com os namorados. Em vez de ser amar não é olhar um para o outro é olhar ambos na mesma direção, e quando nós conseguimos por o enfermeiro ao lado do indivíduo ou da família a olhar na mesma direção, com o mesmo objetivo, a gente consegue envolvê-los e ter uma interação com mais sucesso e eles também conseguem atingir melhor os seus objetivos em termos de ganhos em saúde. É um bocadinho isto, em vez de ser aquele confronto entre profissional e utente.

Pode especificar...

Quando nós conseguimos pôr-nos ao lado, e estou-me a lembrar do caso vivido ontem. Em vez de ir acusar aquela cuidadora que está, ou que não está a conseguir prestar os bons cuidados. Se a abordarmos no sentido de a querermos ajudar, que vamos encontrar alternativas juntos, ela aceita melhor, e pronto tem uma atitude diferente. E aí conseguimos atingir melhor os nossos objetivos de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao utente. Nem sempre isto é conseguido.

Postas as questões quer fazer algum comentário final...

O comentário é que, ainda temos muito a aprender.

Muito obrigada. Vamos concluir a entrevista. São neste momento 17h e 25 minutos

EEnf B

Q.1: Como percebe a relação que estabelece como o indivíduo/família no processo de cuidados de enfermagem?

R: Sei que estabeleço uma boa relação, com o indivíduo e com a família, principalmente com a família, que são os primeiros que nós encontramos para chegar depois ao utente. São os principais, focos quando queremos tratar de um utente.

Pode especificar um pouco mais, define a relação como boa, o que quer dizer com isso?

Que tenho muito boa relação, com a família e com o utente. Isso quer dizer que com a relação que estabeleço obtenho resultados e o feedback que recebo desses utentes é muito satisfatório.

Nessa perspetiva considera que no estabelecimento da relação do enfermeiro com o indivíduo/família existe alguém que lidera?

Sim, normalmente sou eu que lidero! Mas já tenho tido situações que, para conseguir obter resultados tenho que deixar que o prestador ou o próprio utente lidere, porque senão não consigo resultados positivos. Isso implica dar-lhe determinado tipo de informações e depois deixar a tomada de decisão do outro lado.

Q.2: Que estatuto atribui ao indivíduo/família no âmbito da tomada de decisão no processo de cuidados?

R: Envolve sempre a família e a pessoa, ah... dou sempre oportunidade de a família conseguir esclarecer ou falar sobre aquilo que sente, sobre as dificuldades que tem. Dou sempre um bom espaço à comunicação. Deixá-los falar por vezes de coisas que posso achar que não tem qualquer significado e depois com o manter da conversa consigo obter bons resultados e boas informações de coisas que se calhar eu não iria valorizar. Isso implica sempre, sempre o envolvimento da família na prestação de cuidados. Por vezes até peço mesmo à família para fazer, se por algum motivo eu não posso dar resposta, e então experimento pedir à família para

fazer e depois então avaliar se ela conseguiu fazê-lo bem ou mal. Isso implica dar conhecimento à família para poder fazer.

E em que situações, normalmente, opta por essa via?

Quando vejo que a família está empenhada no cuidado do utente, e que tem capacidade para fazer isso, eu dou sempre oportunidade que sejam eles a tomar a decisão, que sejam eles a decidir, quando é que o utente, por exemplo deve tomar banho, se não tem que esperar por nós para dar banho ao utente, se tem uma ferida assim ou de outra maneira, eu ensino como é que podem fazer o banho ao utente, como é que podem manter aquela ferida limpinha, o penso limpo, e dou-lhe espaço deixo-os tomar eles a iniciativa. Para eles se sentirem também competentes e sentirem que são capazes de cuidar e que não precisam de um elemento que esteja ali sempre a controlar, para fazer aquilo que podem fazer muito bem. E tenho tido excelentes resultados de prestadores que chamavam o INEM de 2 em dois dias ou de três em três dias e eu hoje consigo que esse utente raramente vá ao hospital, mesmo em situações extremas.

Q.3: Pode relatar uma experiência significativa de prestação de cuidados em que tenha sido dada oportunidade de tomada de decisão, ao indivíduo e à família que se lembre?

R: Simeste que acabei agora de dizer. Era uma senhora que estava a cuidar de um utente que está ligado a um ventilador portátil e que, cada vez que ele baixava a saturação chamava o INEM, e que quando o INEM chegava a própria utente dizia que não ia para o hospital porque achava que não tinha critério para ir para o hospital que estava bem.

Então houve que fazer um trabalho desde raiz, para ela perceber que doença é que ele tinha, porque que é que ele fazia aquelas baixas de saturação, porque tinha a ver com a questão, se estava a dormir, se estava acordado, se estava ansioso, se não estava ansioso... E houve que trabalhar muito e investir muito e transmitir o que é que era a doença em si, como é que funciona o cérebro, como é que funciona o músculo respiratório, para ela perceber quais são as oscilações.

Já conseguimos tratar dessa parte da saturação e agora estamos a entrar numa fase em que a temperatura aumentou, a temperatura ambiental, e a senhora cada vez que o utente chegar aos 37°C, que não é normal quando o ambiente está mais frio, ela entra em pânico porque tem medo que ele faça febre. Então, neste momento estamos a trabalhar, a tentar ensinar como é que funciona o centro da temperatura do nosso corpo, para ele perceber quando é que ele pode ter uma temperatura mais alta e uma temperatura mais baixa, para conseguir estar mais capacitada para cuidar deste utente. Ainda estive lá ontem, falei imenso, ela expressou bem quais eram os seus medos, já consegue escrever para depois quando eu lá chego, me dizer onde é que teve dificuldades e onde não teve, e hoje fui lá e ele disse-me: “Eu dormi toda a noite!...” Já foi muito bom, porque eu vi que o trabalho que eu fiz com ela ontem, hoje teve resultados. E hoje tornei a dizer, ela foi avaliar a temperatura, para eu ver que afinal ele já baixou a temperatura. Dar-lhe sempre um estímulo, dizer-lhe que está tudo bem, que fez tudo bem e que não há razão para ficarem ansiosos. E depois têm a disponibilidade de nos poder telefonar a qualquer hora, dentro do horário que ela conhece.

Dentro desse horário, sempre que há uma dúvida ela telefona e fica completamente calma, às vezes a resposta que ela pretendia ter não é a que nós damos mas que aceita e fica muito menos ansiosa e muito mais capacitada para prestar cuidados ao seu utente, familiar que neste caso é o marido. Isto significa uma relação de empatia, satisfação e saber que além de ser enfermeira também sou humana e também consigo compreender e estar no local daquela senhora e fazer uma relação de empatia.

Já tive dificuldade em sair dessa relação, porque fiquei muito agarrada, mas neste momento como a vejo muito mais capacitada, muito menos ansiosa eu já consigo pôr-me no lugar dela e conseguir sair e deixá-la bem. Coisa que no início não acontecia, eu sofria muito, quando saía daquela casa.

Postas as questões quer fazer algum comentário final...Não.Muito obrigada. Vamos dar por terminada a entrevista

EEnf C

Q.1: Como percebe a relação que estabelece como o indivíduo/família no processo de cuidados de enfermagem?

R:Eu considero que nessa relação o utente, a pessoa é o centro, e considero que existe e tem sempre de existir, realmente uma tomada de decisão por parte do nosso sujeito de cuidados, quer individual, quer familiar. A relação tem de ser facilitadora para essa mesma tomada de decisão e para a prestação de cuidados. Isso implica que eu como facilitador, vou dar, vou estabelecer uma relação em que, vou estar com a pessoa a diagnosticar o problema, construirmos as várias hipóteses que temos, para que o sujeito dos meus cuidados possa tomar uma decisão através desta mesma construção das várias hipóteses. Porque eu continuo a achar que nós não podemos mudar as pessoas, as pessoas é que podem mudar e ter-nos a nós como facilitadores, a nós e a muitos outros técnicos, é obvio que a enfermagem não o faz sozinha. Mas é ajudar. O ideal era ir sempre em equipas e facilitar este processo, mas eu acredito que as pessoas é que tomam as decisões de acordo com aquilo que passam a dar valor, podem é mudar a sua forma e o que é que dão valor com o nosso processo de facilitar.

Nessa perspetiva no estabelecimento da relação enfermeiro/ indivíduo ou família, existe alguém que lidera, alguém exerce liderança no processo de relação?

R: Para mim o sujeito é sempre quem vai tomar a decisão, por isso acaba por ter a liderança na sua decisão. Enquanto que o enfermeiro vai estar a liderar o processo em conjunto. Estamos numa situação... mas eu acho que a liderança está do lado do sujeito de cuidados. A pessoa em si é única, mas eu ao estar como facilitadora, vou estar a partilhar essa mesma tomada de decisão. Em si a decisão não tem carácter único, a pessoa que eu cuido é que é única. Mas vamos partilhar essa tomada de decisão.

Q.2:Que estatuto atribui ao indivíduo/família no âmbito da tomada de decisão no processo de cuidados?

R: Quando estava a falar das hipóteses, é por aí, não é, é mesmo isso, pois temos de ir construindo o que é prioritário ou não e a pessoa tem que considerar. A questão é que muitas das vezes nós...queremos definir, não podemos ser nós a querer definir o que é que é prioritário para aquela pessoa, é a pessoa que com as várias hipóteses vai ver e tentar perceber quais são as suas prioridades. É por isso que às vezes as coisas tornam-se um pouco confusas porque não somos nós que temos de definir. Porque por vezes ficamos muito frustrados, porque não conseguimos obter resultados, porque a pessoa, nós só vamos se a pessoa conseguir perceber a situação como um problema e que depois nesse problema há prioridade para ela. Se essa não for a sua prioridade não vai haver resultados, porque ela não vai considerar como tal.

Na interação que tenho com a pessoa, tento sempre ir construindo, realmente, compromissos e objetivos a atingirmos naquele processo. O enfermeiro compromete-se e o indivíduo e a família comprometem-se.

Q.3: Pode relatar uma experiência significativa de prestação de cuidados em que tenha sido dada oportunidade de tomada de decisão, ao indivíduo e à família que se lembre e que daí tenham sido obtidos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem?

R: Há várias situações, mas aquela que atualmente está a mexer mais, até porque gostava de perceber enquanto enfermeira e de tentar demonstrar isto enquanto resultados, enquanto ganhos em saúde e do nosso papel de intervenção. É uma situação em que numa unidade de saúde familiar uma colega que estava a fazer intervenção no âmbito individual e familiar nessa USF, contactou-me porque se encontrava muito preocupada com uma criança, em que achou que havia algo de alteração em termos do desenvolvimento daquela criança, havia algo que não estaria muito bem, naquela família, contactou-me para que, se seria possível esta criança ser avaliada. Informou a mãe, pronto, que iria falar comigo e que eu a iria contactar para fazer visita domiciliária, de forma a perceber a situação. Eu fui fazer essa avaliação, fiquei muito assustada, pronto, considerei que realmente algo se estava a passar, no âmbito do desenvolvimento daquela criança. Uma criança que não fazia contacto visual, que apesar de todas as estratégias não consegui estabelecer uma relação com ela, estava continuamente a interagir apenas com um computador, com vários jogos de carácter até violento. Nesse dia em

casa só estava a irmã adolescente de dezassete anos e esta mesma criança, e senti que realmente havia algo ali que não estaria bem, com aquela avaliação. Entretanto fiz o contacto com a mãe, de forma a perceber toda a situação e para tentar fazer também alguma anamnese, de forma a perceber a história de vida daquela criança. E nesta altura, fui falando com ela de várias situações, de forma a dar-lhe poder na relação com o filho, na questão da importância da socialização, na questão do brincar. Naquele dia também saliento que não vi brinquedos, acho que, pronto, a única peça de brincar que eu vi naquela casa foi um computador. E fui iniciando o processo socialmente, da importância do desenvolvimento daquela criança de termos várias ferramentas. Que passam pelo brincar, pela socialização, pelo sair de casa, ah... entretanto considere que seria uma criança com critério para integrar uma equipa de intervenção precoce, que havia algo que não estava bem ao nível da linguagem e da comunicação, que teria de ser avaliada de uma forma multidisciplinar, não só por enfermagem mas também por outras disciplinas. Nesta situação levei a situação à Intervenção Precoce, estivemos a discutir o caso com os dados que eu tinha observado, e com os dados que já tinha relativamente à anamnese. Na altura uma psicóloga, que também pertence a esta equipa falou com uma senhora que tem uma relação muito próxima com esta mãe, que também verbalizou que algo com esta criança não estava bem. Que já há mais de um ano que tinha uma relação próxima com esta mãe e com esta criança e que lhe ia às vezes dando chocolates e que não conseguia fazer interação com aquela criança, não conseguia. E daí que, depois com todos estes dados, realmente, constatou-se que a primeira etapa seria ser avaliada pela psicologia e avaliada também pela terapia ocupacional, marcámos uma nova visita domiciliária, nesta visita domiciliária quando... eu também fui fazendo vários contactos telefónicos, via telefone e no emprego da mãe. Nessa nova visita quando chegámos a criança que eu vi na primeira visita era uma nova criança, o ambiente e o contexto da habitação estava completamente diferente. Era uma casa onde já havia brinquedos, onde havia até um aquário com um peixe, toda a sala tinha sido alterada e com alguma facilidade conseguimos estabelecer uma relação. Naquele dia a avaliação foi feita através do brincar. E depois desta visita, as outras colegas que me acompanharam acharam: “Ó C.. tu não estás bem, há aqui qualquer coisa”..., porque toda a situação tinha mudado. Ou seja, agora o que é importante perceber é, para se conseguir, o que é que também é importante, aquela criança já saía de

casa, já tinham a preocupação de a levar ao parque, de a levar ao supermercado, a família com o comportamento tinha deixado de a levar e ela estava numa situação de não socialização, porque era muito difícil gerir as birras dentro de um supermercado e a opção foi ela ficar dentro de casa. Tudo isto tinha mudado, ela passou a sair muito mais, a ir ao parque, a ir brincar, havia brinquedos, e os brinquedos não foram colocados naquele dia, são brinquedos, porque eu depois a brincar com ele, via-se que já estava há bastantes dias e a interação com aqueles brinquedos, o computador a mãe naquela altura tomou logo a decisão, porque considerámos que seria um dos obstáculos, em que realmente o mundo daquela criança passou a ser o computador, e era só a interação que fazia praticamente, ao longo do seu dia era com o computador. A mãe tomou a decisão de retirar o computador, a mãe disse que o computador tinha avariado e ela começou a descobrir outras formas de comunicação, outras formas de interação em termos de família e em termos de comunidade, passou a ir à rua de estar a ver outras pessoas, de estar no parque com outras crianças. Pronto, esta situação levou-me realmente a pensar, depois é como é que nós damos visibilidade a estas nossas intervenções, que são autónomas e que considero que são muito importantes e que demonstrou muitos resultados? Tanto que depois quando foram outros técnicos da equipa avaliar, não é se não, mas confiam em mim sabem que eu não estava a exagerar, o que eu falei na reunião foi aquilo que realmente eu vi, aquilo que observei, aquilo que registei, mas pronto foi tão diferente... e isto vai ter um impacto, realmente, na vida e no desenvolvimento daquela criança. Para isto foi preciso não só a enfermagem mas outras disciplinas, mas também vários enfermeiros que têm de trabalhar de uma forma, em equipa. O enfermeiro que está na comunidade não consegue descobrir, não consegue ter uma bola de cristal onde lhe diz que há situações problemáticas. E aqui houve algo que eu achei fenomenal, e acho que temos de valorizar muito, ainda hoje tive essa oportunidade, no dia de hoje, de valorizar a minha colega porque ela veio ter comigo e disse-me: “Olha, estive com a educadora (porque esta criança neste momento tem também uma vertente educativa e pedagógica, depois formulámos em equipa, equipa que também integra a família, a questão, a mãe, neste momento achou que ainda não estava na altura de ela integrar o jardim e o ensino pré-escolar, e depois foi negociado e colocada a hipótese, que a mãe aceitou, de ir uma educadora a casa da intervenção precoce uma hora por semana para estar em interação com esta criança no

âmbito pedagógico), ainda hoje a minha colega veio ter comigo porque tinha estado com a educadora, e disse: “Olha, diz que aquela criança não tem nada a ver!”... e eu disse: pois não, e isso devemos-lo a ti, foste tu que viste e que fizeste uma referenciação desta situação, de forma a que ela pudesse ser avaliada e que neste momento esteja a ser trabalhada. Por isso, ainda hoje tive esta oportunidade de dizer, a enfermagem necessita disto de trabalharmos em equipa, de darmos continuidade e de conseguirmos resultados, porque esta criança no dia em que integrar a escola, hoje já é mais feliz, integrar a escolaridade no 1º ciclo iria ser muito problemático para uma criança que estava num processo de antissocialização, ai já não podia ser o querer ou não querer porque o ensino é obrigatório, ele teria que ir, isto iria ser de muito sofrimento, de muitos custos e de muita infelicidade para aquela família. A integração desta criança não vai ser jamais como seria se não houvesse esta intervenção, é isto que faz a diferença e temos que realmente investir, agora temos de ir sendo os olhos e de dar continuidade. Porque corríamos o risco, quando nós estamos noutros contextos, de só ver aquela criança, de pensar se calhar tem a ver com o contexto, de a ver com o facto de ter vindo ao centro de saúde. Mas aquela colega realmente conseguiu observar e perceber que mesmo sendo o contexto diferente, daquela criança não estar habituada a ir ao centro de saúde, estar dentro de um gabinete, com pessoas com batas vestidas, que nalgumas situações podem-se tornar um obstáculo, conseguiu ver para além disso e portanto perceber que tinha de haver uma intervenção, que neste momento estamos a tentar, estamos num processo.

Quer fazer mais algum comentário?

Não.

Então vamos concluir a entrevista.

EEnf D

Q.1: Como percebe a relação que estabelece como o indivíduo/família no processo de cuidados de enfermagem?

R:Numa primeira abordagem e pensando numa primeira visita, não é, esta relação vai-se construindo. Primeiro temos de perceber toda a envolvência do prestador de cuidados que existe sempre no domicílio, para o doente ser cuidado no domicílio é obrigatório ter um prestador de cuidados, primeiro tentar perceber toda a envolvência do prestador com o doente e ir passo a passo, acho que é mesmo assim passo a passo, tentar ao compreender aquela unidade familiar, entrarmos um bocadinho na, ...ah, conseguirmos criar empatia, no fundo é isso e é por aí que se inicia.

E tendo uma base forte de uma relação que se conseguiu estabelecer, ao se conseguir criar essa relação de confiança, começa no primeiro impacto, que acho que é o..., acho que é o mais importante, em qualquer relação é o primeiro impacto que nós criamos com as pessoas, e se essa base for sólida, ah, vai permitir uma relação de confiança e a partir daí temos a certeza de que quase vamos conseguir tudo daquela família.

Nessa perspetiva e no processo de relação, considera que alguém lidera esse processo, este processo de relação é liderado por alguma das partes?

Eu penso que sim, não tanto, na liderança de uma só..., eu penso que o enfermeiro lidera, lidera no sentido de conduzir (riso)..., não no sentido de impor. Estamos preparados para ouvir aquilo que a pessoa a outra pessoa diz, mas se calhar nos temos um objetivo e somos nós que vamos, mediante o objetivo que temos, ah, direcionar para tal.

E essa condução implica levar a pessoa ou a família até onde?

Até onde nós queremos, quer dizer até onde nós achamos que é melhor, mas quer dizer, é tudo no sentido de... à partida quando nós levamos um objetivo, à partida pensamos que esse será o melhor para o doente, não é. Mas claro que com o conversar, tanto com o prestador como com o doente, às vezes faz-nos repensar esse objetivo, não é, porque às vezes aquilo

que nós pensávamos que seria solução, pode não passar por aí, porque com o diálogo acabamos por perceber que há ali outras coisas, que se calhar aquele objetivo já não fará assim tanto sentido, não é, e é mesmo um diálogo. Tentar perceber as coisas, ouvir o outro e dar-lhes poder também a eles para tomarem essa decisão, não é, e sempre com o nosso olhar profissional, digamos assim, de poder ajudar, não é. Dar hipótese para, dar..., dar..., falta-me o termo, dar opções, no fundo é isso. Muitas vezes damos opções para que a pessoa possa fazer a melhor escolha e às vezes também temos de negociar, não é.

Q.2:Então estabelecida a relação e chegada a hora de tomar decisões, que estatuto atribui ao individuo/família no âmbito da tomada de decisão no processo de cuidados?

R: É sempre uma decisão, a palavra final é sempre do doente ou de quem cuida, no caso do doente estar consciente e orientado será o doente, não é, mas como eu já disse nós somos ali um meio de ajuda, é isso, estamos ali para ajudar o outro e é isso, com as nossas estratégias, com aquilo que sabemos tentar ajudar o outro a tomar a melhor opção relativamente à sua saúde.

Na sua perspetiva, pode implicar que sejam assumidos compromissos por ambas as partes, e definidos objetivos, quem é que cumpre o quê?

R: Sim. Sim, passa muito por aí, nós temos que às vezes ah,..., nós pedimos ao utente que faça algo e nós também nos comprometemos a fazer outra coisa, é sempre um compromisso mútuo. Porque às vezes é mesmo necessário haver um envolvimento de ambas as partes e o utente também sentir que tem ali alguém que se preocupa com ele e que não estamos ali para impor nada, não é, estamos ali para ajudar.

Q.3:Pode relatar uma experiência significativa de prestação de cuidados em que tenha sido dada oportunidade de tomada de decisão, ao indivíduo e à família que se lembre?

R: Ah,..., temos uma situação em que uma doente foi operada à anca, tinha incontinência já antes desta situação, mas quando voltou do internamento vinha mais dependente. O facto de estar deitada, de ter de passar a usar fralda, fez com que fizesse uma ferida na sacro e também a ferida que já existia da deiscência da sutura da ferida cirúrgica na anca. E o que é

que acontecia, portanto, nomeadamente durante a noite a fralda encharcava e acabava por encharcar os dois pensos, tanto o da sacro como o da ferida cirúrgica. E tentamos ali mostrar os benefícios que seria ir tentando tirar a fralda, pronto. O nosso objetivo seria mesmo ela usar a cueca que usava antes com o penso, não é, esse será o nosso objetivo, mas claro não podemos passar para o objetivo final, porque até chegar ao objetivo final temos de ir passando por passos, são pequenas etapas que vamos ultrapassando até chegar ao objetivo que pretendemos.

E então o primeiro foi ah... tentar que se mudasse a fralda mais vezes, a seguir passamos para a questão da arrastadeira, sempre dizendo à utente os benefícios que traria em adotar estas medidas, envolvendo o prestador de cuidados, não é. Porque ela sozinha não consegue por a arrastadeira, pronto sozinha não consegue trocar a fralda, não é. E agora conseguimos, temos conseguido, estamos a conseguir, atingir este objetivo, porque já põem a arrastadeira, fizeram um buraco na cadeira para colocarem um bacio alto onde ela pudesse urinar e evacuar, porque embora ande de andarilho, a casa não tem condições, a casa de banho é externa à casa e tem alguns degraus portanto não tinha condições para que ela pudesse ir à casa de banho.

Ah..., e realmente a ferida está muito melhor com a questão de ela colocar a arrastadeira ou ir ao bacio, uma outra questão foi o eritema da fralda. Pedimos para que se comprasse outro tipo de fralda e realmente melhorou imenso. E a ferida da sacro está, pronto com muito melhor aspeto, assim como o eritema e conseguimos preservar um bocadinho a urina na zona da ferida cirúrgica, portanto já não passa a grande parte do tempo encharcada em urina como passava. Acho que foi aqui um grande negociar entre a família, chamar a atenção que assim não iria cicatrizar tão rápido, ah... pronto eles compreenderem tudo isto e conseguirmos passo a passo, que fizessem alguma coisa para melhorar a situação, mas claro isto, nós vamos todos os dias e todos os dias batalhamos um bocadinho, um bocadinho, um bocadinho e temos conseguido resultados.

E isso enquanto enfermeira o que é que a faz refletir...

Para já que somos muito úteis, (risos), mas faz sentir que estamos e que realmente é importante estar, estar com as pessoas, dialogar, dar capacidade às pessoas para pensar no

seu processo de saúde, não é, porque neste caso nós demos, dissemos o quanto seria importante aquilo para a saúde da pessoa, não é, e a pessoa refletiu que sim que seria e tentou fazer o melhor, tendo confiança em nós, naquilo que estávamos a transmitir, tentou fazer o melhor para melhorar a sua situação.

Respondida a questão quer fazer algum comentário final...Não.Muito obrigada. Vamos concluir a entrevista. São neste momento 16h e 30 minutos.

EEnfE

Q.1: Como percebe a relação que estabelece como o indivíduo/família no processo de cuidados de enfermagem?

R:Então é o seguinte eu penso que consigo estabelecer uma relação favorável com o indivíduo e com a família e com os principais prestadores de cuidados, porque por vezes não é a família o principal prestador de cuidados, apesar de muitas vezes estarem presentes, não são eles que prestam os cuidados diretos ao utente. A minha principal preocupação é realmente estabelecer uma relação de confiança de empatia com todos os prestadores envolventes, o estabelecimento de uma relação de ajuda, para que possa tudo correr da melhor forma.

Então, na sua perspetiva nesse tipo de relação que procura estabelecer existe alguém que exerce algum tipo de liderança?

R: É assim respeito sempre ou tento sempre que o espírito de liderança seja tomada pelo principal prestador de cuidados, se não for a família ou algum vizinho ou mesmo as senhoras do apoio domiciliário.

Pode especificar...

Eu penso que em todas as situações tem de haver alguém que lidere a situação, em tudo tem que haver um líder. Eu tento sempre que esse líder seja alguém que passe mais tempo com o utente. Porque há determinadas decisões importantes, que são necessário ser tomadas, se não forem tomadas por uma pessoa que lidere vai ser difícil conseguirmos atingir algum objetivo, se houver várias pessoas que queriam tomar essa posição dificilmente vamos conseguir chegar a um objetivo. Eu tento sempre que a liderança seja efetuada pelo utente ou por aquele que lhe está mais próximo. Eu digo ou tento explicar o que será melhor, mas também espero sempre um feedback do outro lado, não chego lá, não imponho, "*tem de ser assim!*", normalmente não costumo fazer isso, tento que haja um... que se chegue a um acordo entre ambos, o que é que é melhor para aquela situação e coloco sempre essa pessoa a pensar junto comigo. O que é que podemos fazer para ajudar aquele utente.

Q.2: Estabelecida a relação é preciso tomar decisões, que estatuto atribui ao indivíduo/família no âmbito da tomada de decisão no processo de cuidados?

R: É assim acho que a decisão deles tem de se ter sempre em conta, e penso que será..., apesar de nem sempre considerar que seja a decisão melhor, tento sempre influenciar para uma melhor decisão, aquela que tem a ver com o processo de saúde e com o restabelecimento do utente, mas quando isso não é possível tento respeitar um pouco, a decisão do indivíduo ou do prestador.

Nessa perspetiva passa por definir prioridades, definir compromissos, definir objetivos...

R: Sim sempre!

Pode especificar...

R: É assim, como disse à pouco, para conseguirmos atingir algo de bom para aquele utente é necessário haver uma cooperação de todos. Se chego lá e digo, isto tem de ser feito assim e assim, vai ser difícil o cumprimento da outra parte, por isso tem de haver sempre uma negociação com o principal líder.

Q.3: Pode relatar uma experiência significativa de prestação de cuidados em que tenha sido dada oportunidade de tomada de decisão, ao indivíduo e à família e daí advieram resultados positivos para os cuidados de enfermagem?

R: Sim já tive várias situações. Tivemos uma situação de uma utente que estava numa casa de acolhimento, quando os familiares repararam a utente estava completamente cheia de feridas com úlceras de pressão de grau muito elevado. Quando se depararam com essa situação foi num internamento que a senhora teve. Quando teve alta, já não deixaram que a senhora regressasse à casa de acolhimento onde se encontrava. Acolheram-na em casa. Era uma utente... a utente era “apenas” sobrinha do casal, não era portanto um familiar direto eram os sobrinhos que eram os principais prestadores de cuidados, recorreram à ajuda de uma SAD. E todos juntos conseguimos que aquela senhora, que estava afásica, que não comia, que não bebia a não ser por sonda nasogástrica, conseguimos que ela comesse a comer,

conseguimos que ela verbalizasse algumas palavras, conseguimos que ela cicatrizasse a maioria das feridas, neste momento tem apenas uma úlcera de pressão, também já em fase de cicatrização. E foi um trabalho que conseguimos com a ajuda de todos. Apesar do principal prestador de cuidados ser o sobrinho, é ele que presta os principais cuidados, mas sempre disponível para aprender, sempre disponível para ajudar aquela tia em tudo.

Então e enquanto enfermeira, o que é que isso significa...

Faz-me sentir muito bem. É um grande orgulho para nós sabermos que estamos a contribuir para a evolução e para o bem-estar daquela utente e daquela família. Porque acho que também foi muito gratificante para aquela família ver a fase em que a utente se encontrava e ver a fase em que ela se encontra neste momento, e os progressos que ela teve ao longo deste tempo. Demorou tempo, mas conseguimos, houve também uma fase de adaptação da parte deles, porque eram pessoas que não estavam habituadas a lidar com a situação, mas aceitaram os nossos conselhos e aceitaram praticamente tudo aquilo que lhe dizíamos, por vezes questionavam porque é que tinha de ser assim, nós tentávamos explicar e eles facilmente aceitaram

Quer fazer algum comentário final...

Não

Muito obrigada. Vamos concluir a entrevista. São neste momento 15h e 30 minutos.

EEnf F

Q.1: Como percebe a relação que estabelece como o indivíduo/família no processo de cuidados de enfermagem?

R: Como é que eu perceciono... ah, durante as minhas visitas domiciliárias procuro ter em atenção, não sei se sempre consigo, mas procuro ter em atenção o outro, aquilo que o indivíduo, família sabem, para a partir daí poder ajuda-lo, mas sempre no sentido do que o outro sabe, aquilo que o outro consegue fazer, para conseguir fazer aquilo que eu penso que será o melhor para a situação em si, não o que é o melhor para mim como enfermeira, mas tendo sempre em conta aquilo que é melhor para ele, tendo em conta aquilo que ele sabe, que ele já sabe fazer ou que ele sente naquela situação.

Nessa perspetiva existe alguém que lidera o processo de relação?

R: A sensação que eu tenho, em termos gerais dos cuidados que presto é que as famílias, no geral depõem no enfermeiro essa liderança, é a minha perceção em termos gerais, não é em todas as famílias...

Importa-se de especificar um pouco mais?

Por exemplo, sinto que eles depositam confiança, portanto se eu lhes estou a dizer algo que deveria fazer assim, eles tentam acatar aquilo que lhes é dito. Portanto eles sentem que aquilo que o enfermeiro lhes diz de facto talvez seja o melhor para eles. Portanto eu sinto isso na generalidade.

Recapitulando, considera que essa liderança é reconhecida pela família ao enfermeiro?

Sim, ao enfermeiro. E assim o enfermeiro assume esse papel, na generalidade.

Q.2: Neste contexto, que estatuto atribui ao indivíduo/família no âmbito da tomada de decisão no processo de cuidados?

R: A tomada de decisão é assim essa percepção não se consegue numa visita é um trabalho continuado. E vou percecionando essa tomada de decisão, ao longo do tempo quando sinto que alguma coisa mudou, portanto aquilo que foi dito, aquilo que, portanto, o comportamento que eles próprios vão adquirindo e vão trabalhando ao longo do tempo é que me dá a percepção que acataram aquilo que lhe foi dito, e portanto eles próprios depois acabam por ser eles a assumir. Portanto, o papel do enfermeiro que no início era mais importante, depois passam eles próprios a assumir esse papel, e o manifestam. Portanto quando eles assumem, aprendem e demonstram que aprenderam, acabam por ser eles a liderar, no fundo, acabam eles depois por ser donos do “conhecimento”, que foram adquirindo no trabalho conjunto. De resto é um processo contínuo.

Isso pode passar por assumir compromissos, objetivos, pequenas metas, prioridades de intervenção...

R: Sim. É mais por negociação, para atingir determinado tipo de objetivos, daí eu ter dito que era um trabalho continuado, não se consegue numa visita nem em duas, depende também da pessoa, da família, é um trabalho..., é um percurso, é um caminho, é um trabalho continuado, sempre por objetivos, e por outro lado dar estímulo positivo naquilo que já foi conseguido. Estimular, portanto dar aquele reforço positivo naquilo que já foi conseguido... *“Olhe já foi conseguido isto! Como é que se sente, o que é que acha?”* dar espaço ao outro para que ele possa sentir que tem o seu poder de decisão.

As prioridades também são importantes, por vezes as famílias ou para o doente porque estes ou este podem percecionam ou não ter a percepção do que é prioritário e cabe ao enfermeiro transmitir o que é prioritário. Dai ser um trabalho contínuo ao longo do tempo, continuado e sempre pela negociação e na valorização positiva, não é daquilo que foi conseguido, sempre no sentido da parceria, não do enfermeiro distante, se calhar no início podia parecer um enfermeiro mais autoritário, mas depois que essa ideia se vá esbatendo e que as pessoas consigam assumir as conquistas que tiveram e aquilo que conseguiram e o enfermeiro passa a estar mais como parceiro lado a lado, e não como uma pessoa tão distante como no início da relação.

Q.3: Pode relatar uma experiência significativa de prestação de cuidados em que tenha sido dada oportunidade de tomada de decisão, ao indivíduo e à família que se lembre?

R: Mais em termos de família. Tínhamos uma família e ainda temos, neste momento, embora sejam outras colegas que estejam a acompanhar. Uma filha cuidadora, portanto uma mãe totalmente dependente. Em termos de espaço tínhamos um quarto onde não havia cama articulada e havia muita renitência em ter a cama articulada, por exemplo o colchão: *“porque é que a minha mãe precisa de um colchão?”*, portanto houve todo um conjunto de ajudas técnicas que tiveram de ser trabalhadas. Demonstrar porque é que era importante a mobilização, portanto era uma senhora que tinha feridas, úlceras de pressão, tivemos que demonstrar porque é que era importante haver mobilização e ter cuidados de higiene, que não existiam os cuidados de higiene necessários. E fomos trabalhando isso mostrando àquela filha que, obteve-se a cama articulada, a mãe já podia estar sentada, obteve-se o colchão os cuidados de higiene passaram por ela, portanto, as senhoras portanto que davam apoio, até o apoio que no início era negado, conseguiu-se que ela aceita-se o próprio familiar achou que era importante ter aquele apoio. E ela depois, pelo facto de as úlceras estarem a melhorar, o aspeto geral da mãe estar a melhorar, ela própria começou a sentir-se gratificada, por ter cedido e no fundo por ver as conquistas e a melhoria. Portanto ela própria começou a reforçar os cuidados de higiene que não existiam, por exemplo, houve uma altura em que sugerimos, para ter mais espaço, mesmo em termos de trabalho e ficar o quarto mais alegre para a mãe, mudar, talvez mudando um pouco a posição da cama, tínhamos uma janela e entraria mais luz retirando um móvel, portanto ela disse que sim, mas percebeu e depois até nos disse *“olhem ainda bem que mudei, o quarto está mais alegre...”*, portanto foram pequenas conquistas, pequenos passos que se foram conseguindo. Inclusive de pois ela própria nos surpreendia. Portanto tinha sempre água morna, feridas, houve uma formação que colegas fizeram e, relativamente às feridas deveriam ser lavadas com água morna, portanto tinha um termo e quando nós lá chegávamos, mesmo não estando a cuidadora, tínhamos a água sempre num termo. Portanto ela surpreendeu-nos, ela própria começou-se a implicar no cuidado à mãe e a valorizar coisas que não valorizava, e de facto começou a ver que era importante. E foi muito importante para aquela mãe, melhorou a qualidade de vida e no fundo para ela como filha também, porque ela de facto podia fazer muito e conseguiu fazer, e fomos sempre dando esse

estímulo positivo, e ela própria como via que a mãe estava a melhorar e via a evolução positiva, isso para ela também foi muito bom, portanto de facto *“eu tenho muitas capacidades”*. Quando tínhamos o termo, demos-lhe um grande elogio, olhe uma boa ideia, nunca tínhamos pensado nisto. Foi assim uma senhora que nos surpreendeu muito, pela positiva, mas também foi um trabalho contínuo e andámos lá muitos meses, foi um trabalho muito..., ele não queria sequer o apoio de ninguém, de nenhuma instituição, portanto era uma pessoa renitente a tudo, portanto foi uma grande conquista, e sobretudo para ela como filha, penso que ela como filha se sentiu melhor.

Então e enquanto enfermeira, como é que isso lhe diz...

Senti-me muito bem. Portanto foi um trabalho de equipa, não fui eu a única, foi um trabalho de equipa, porque é sempre um trabalho de equipa, pronto é isto que faz a diferença. É isto que faz a diferença em sermos enfermeiros, conseguimos estas pequenas conquistas, que são muito para aquela família, para aquela filha e para aquela doente, portanto foi assim uma experiência que nos marcou. À partida, tinha-nos sido referenciada como complicada e difícil de trabalhar e de facto foi, foi difícil mas foi-se conseguido, provando que nada é impossível, ao longo de muitos meses.

Quer fazer algum comentário final...

Penso que é um tema interessante e que deve ser, para além de trabalhado é importante que se investigue e que se faça um trabalho científico, portanto é uma reflexão fundamentada da nossa prática. E fundamentando a prática, damos mais visibilidade ao nosso papel. Porque enquanto enfermeiros nem sempre refletimos sobre aquilo que conseguimos e que fazemos. Portanto acho que é muito importante.

Muito obrigada.

Obrigada eu por poder contribuir.

Vamos concluir a entrevista. São neste momento 17h e 30 minutos.

EEnf H

Q.1: Como percebe a relação que estabelece como o indivíduo/família no processo de cuidados de enfermagem?

R: Ah, perceciono essa relação que estabeleço como de proximidade, de confiança, respeito de ambas as partes, empatia para com o outro e de liderança conforme o contexto da situação.

Pode especificar...

Normalmente quando, fazendo ensinios à família, penso, pronto faz parte do enfermeiro liderar essa situação. Em relação a uma liderança da outra parte, talvez quando a outra pessoa nos vem procurar, para os nossos cuidados. Quando a iniciativa parte do outro lado.

E isso influencia a relação que é estabelecida entre ambos?

R: Se nos procuram é porque existe confiança no ato de Enfermagem, nesse tal relacionamento de proximidade, respeito, e sentiu-se à vontade para procurar. Ou pelo menos reconheceu-se que o enfermeiro podia ser uma ajuda para resolver aquela situação.

Em relação à situação em que é o enfermeiro que lidera pode especificar em que sentido...

R: No demonstrar como se faz algo, dar exemplos, mostrar situações, fazer a pessoa pensar, reformular perguntas para ver se vai ao encontro daquilo que se quer, não é no fundo para depois podermos avaliar posteriormente os resultados, porque se não fizermos essa liderança depois também não há uma continuidade, nesse aspeto, pronto. Nesse processo o detentor da sabedoria, em parte, não é por ser enfermeiro que o é, mas em parte é o enfermeiro, nas intervenções temos de dizer que é assim, desta forma, como... para a pessoa perceber para depois poder proceder e dar continuidade.

Q.2: Estabelecida a relação que estatuto atribui ao indivíduo/família no âmbito da tomada de decisão no processo de cuidados?

R: É assim a quando da prestação de cuidados, tentamos sempre um processo de negociação, para saber, pronto, o que é que a outra pessoa quer, o que é que nós pretendemos que a pessoa faça, entre aspas, e perguntar sempre à pessoa, portanto a pessoa deve ser..., os cuidados devem ser centrados na pessoa, ou na família, pronto devem ser sempre. Daí deve ser sempre ele a decidir nem que seja por gestos, pronto está tudo dito, mesmo se não puder verbalizar.

Relativamente ao negociar com a família depende da situação em si, do contexto familiar, e há sempre pessoas que necessitam de... mais informação, de mais..., há situações mais fáceis de negociar outras mais difíceis. Cabe ao enfermeiro, nessa medida avaliar e distinguir em que medida é que a pessoa ou família está recetiva à negociação, porque há famílias que estão mais recetivas à negociação do que outras. E nesse sentido ajudar a pessoa a tomar uma decisão ou não

Q.3: Pode partilhar uma experiência significativa de prestação de cuidados em que tenha sido dada oportunidade de tomada de decisão, ao indivíduo e à família, em que tenha havido resultados positivos dos cuidados prestados, que se lembre?

R: Sim, por exemplo uma situação simples, por vezes é necessário as pessoas serem aspiradas no domicílio, como o enfermeiro não pode estar sempre presente para esse ato, temos por norma tentar fazer com que o prestador de cuidados assuma esse ato, pronto. O que fazemos é o ensino, no qual nós fazemos a demonstração dos passos todos a dar e depois pede-se à pessoa para praticar, para ver se a pessoa ficou segura ou se tem dúvidas. Geralmente o feedback é positivo, e a pessoa que é o prestador de cuidados que é ensinado fica sempre com a possibilidade, se tiver alguma dúvida, de contactar-nos, para se sentir seguro daquilo que está a fazer.

Então e enquanto enfermeira, como é que lhe dá confiança de que os cuidados estão a ser prestados adequadamente...

Porque pontualmente, iremos fazer uma avaliação daquilo que se está a passar e também, para sabermos também, perante essa avaliação se a pessoa melhorou, se as secreções diminuíram, se o facto de se ter feito aquele ensino àquele prestador deu resultados positivos

ou não na pessoa que esta a ser cuidada. Ficaria mais descansada de fosse eu a fazer, isso é óbvio, mas num momento de impossibilidade de ir sempre ou estar sempre presente, porque não há horas restritas para a aspiração de secreções, não é, ah... temos de delegar um bocado o nosso papel, mas não é o mais certo...

Postas as questões quer fazer algum comentário final...

Não, agradeço.

Muito obrigada. Vamos concluir a entrevista. São neste momento 15h e 05 minutos.

Anexo XVI

Tratamento do *Corpus* / Categorização

Enfermeira A

Unidades de Registo	Categoria
<p>“...na relação que estabeleço com o indivíduo ou com a família, a primeira fase é ao nível de perceber o que é que a pessoa pretende, ou a família, depois dar as informações, as hipóteses, as alternativas que existem, pronto.” (I.4-6, f.1, Ea)</p>	Relação
<p>“...pensando em processo de enfermagem, a colheita de dados, perceber o que a pessoa pretende, o contexto e depois tentar envolver a pessoa, ou a família, numa, tendo em conta as alternativas que existem, numa tomada de decisão, ajudá-los a tomar uma decisão de acordo com as hipóteses que existem, portanto envolvendo, sempre que possível a pessoa ou a família.” (I.6-10, f.1, Ea)</p>	Decisão Concordante
<p>“Às vezes não é fácil, principalmente quando as pessoas têm crenças por trás que, ou acreditam que as suas decisões não põem em risco a sua saúde, ou a saúde dos seus elementos da família e às vezes é difícil de contornar isto.” (I.11-13, f.1, Ea)</p>	Participação do Cuidador
<p>“E aí o enfermeiro tem de assumir um papel de, que eu costumo chamar de advocacia, quando há alguém que está a ficar negligenciado, ou quando há uma criança em risco, aí o enfermeiro assume um papel que vai um bocadinho contra as decisões dos pais ou dos cuidadores...” (I.13-16, f.1, Ea)</p>	Advocacia
<p>“Quando há vários intervenientes, na comunidade, quem normalmente assume a liderança é o enfermeiro ou o gestor de caso.” (I.20-21, f.1, Ea)</p>	Liderança
<p>“...quem está mais próximo daquela família, que consegue, pronto se é uma família que recebe intervenção de várias instituições ou de vários profissionais, o enfermeiro é aquele que, tendo a sua visão mais holística, que consegue ser ali o “pivô” de articulação entre os vários profissionais ou até entre as várias instituições da comunidade que têm intervenção naquela família, faz a ponte e a articulação.” (I.21-26, f.1, Ea)</p>	Mediação

<p>“...hoje houve uma filha que me procurou porque estava numa fase da vida em que precisava de prestar mais cuidados à mãe que se tornou mais dependente. E ela procurou-me para obter informação sobre que alternativas é que existiam.” (I.29-32,f.1, Ea)</p>	<p>Ensinar</p>
<p>“Eu dei-lhe as informações todas, pus-lhe as hipóteses todas com os prós e com os contras, e ela ficou a pensar, para depois tomar uma decisão, para saber se estaria interessada ou não no apoio da equipa dos cuidados continuados integrados, ou se queria referenciar a mãe para uma unidade de internamento, ou se queria por uma hipótese de lar, ou de apoio domiciliário, portanto a pessoa ficou a pensar, porque é capaz de tomar a decisão.” (I.32-37,f.1, Ea)</p>	<p>Decisão Concordante</p>
<p>“...já aconteceu, termos uma pessoa que, já em termos cognitivos já não tem capacidade de decisão, tentamos envolver a família alargada para ajudar, se percebemos que há jogos de interesses, que há alguém que se queira aproveitar da fragilidade desta pessoa, o nosso papel é pedir às instituições que assumam a responsabilidade de cuidar desta família, tipo segurança social, uma instituição particular de solidariedade social, pessoas idóneas que assegurem os cuidados e a defesa desta pessoa.” (I.37-42,f.1 e f.2, Ea)</p>	<p>Advocacia</p>
<p>“Ao longo dos anos eu fui percebendo que, nem sempre aquilo que eu acho que é melhor para aquela pessoa ou para aquela família, é o que a pessoa acha que é melhor para ela.” (I.45-46, f.2, Ea)</p>	<p>Centralidade no Sistema Cliente</p>
<p>“E isto consegue-se com a experiência e também com a mudança de paradigma, não é, que antes o utente não era propriamente um cliente, com poder de decisão, tinha de se sujeitar.” (I.46-48 f.2, Ea)</p>	<p>Centralidade na Tarefa</p>
<p>“Agora as pessoas também estão mais informadas e o paradigma mudou.” (I.48-49, f.2, Ea)</p>	<p>Centralidade no Sistema Cliente</p>
<p>“Ah, portanto sempre que possível, é importante envolver as pessoas ou as famílias nessas tomadas de decisão.” (I.49-50 f.2, Ea)</p>	<p>Centralidade no Sistema Cliente</p>
<p>“Ah, já tivemos a experiência de fazer reuniões, que nós chamamos as conferências familiares, com os vários profissionais envolvidos, às vezes até com profissionais dos outros sectores, a área social ou da educação, ou da autarquia, quando a autarquia também está envolvida, e em conjunto, ah tomarmos uma decisão.” (I.50-54 f.2, Ea)</p>	<p>Rede Comunitária</p>

<p>“Portanto, não é a decisão dos técnicos, mas os técnicos dão as hipóteses que existem e com a família encontrar um projecto de vida para aquela pessoa, para aquela família.” (1.54,55,56, f.2, Ea)</p>	Trabalho de Equipa
<p>“...isto também acontece com os grupos, embora não seja essa a questão, mas se nós numa turma quando fazemos saúde escolar, nós, por vezes, principalmente quando são turmas de gente mais crescida, é importante deixá-los escolher, perceber que dinâmica é que eles preferem e que conteúdo é que preferem ver mais trabalhado, por exemplo a dinâmica da caixa de perguntas, permite ir ao encontro das necessidades reais daquele grupo. (1.56-61, f.2, Ea)</p>	Prevenção
<p>“Porque chegar lá e abordar as temáticas que até não são as dúvidas daquele grupo, também não estamos a dar a oportunidade a que tomem essa decisão e não vamos de encontro às reais necessidades.” (1.61-63 f.2, Ea)</p>	Comunicar
<p>“Nós tentámos, quando começámos a trabalhar em parceria ao nível dos cuidados continuados, tentámos redigir um documento que nós chamávamos o plano de intervenção conjunto, em que ficava definido a responsabilidade de cada interveniente.” (1.67-69 f.2, Ea)</p>	Responsabilização/ Compromisso
<p>“Actualmente, temos uma proposta através da rede nacional de cuidados continuados integrados, que eles chamam o PII, Plano Individual de Intervenção, em que se prevê, portanto a assinatura de cada interveniente, mas também ainda na prática não estamos a utilizar.” (1.71-,74, f.2, Ea)</p>	Responsabilização/ Compromisso
<p>“Mas temos de pensar, se calhar, até para envolver a família, em que se assuma o compromisso, de que, o que é que cada elemento da família assume fazer, e o que é que cada profissional também ou cada área profissional, de modo a que depois se faça melhor a avaliação.” (1.75-78, f.2, Ea)</p>	Responsabilização/ Compromisso
<p>“...todos os dias há situações em que nós ajudamos o indivíduo ou a família a tomar decisões, e que são casos de sucesso, alguns nem tanto, mas a maioria quando nós nos colocamos ao lado da família...” (1.82-84, f.3, Ea)</p>	Decisão Concordante
<p>“Em vez de ser... amar não é olhar um para o outro é olhar ambos na mesma direcção, e quando nós conseguimos por o enfermeiro ao lado do indivíduo ou da família a olhar na mesma direcção, com o mesmo</p>	Adesão

objectivo, a gente consegue envolvê-los e ter uma interacção com mais sucesso e eles também conseguem atingir melhor os seus objectivos em termos de ganhos em saúde.” (l.85-89 f.3, Ea)	
“Se a abordarmos no sentido de a querermos ajudar, que vamos encontrar alternativas juntos, ela aceita melhor, e pronto tem uma atitude diferente, e aí conseguimos atingir melhor os nossos objectivos de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao utente.” (l.94-96, f.3, Ea)	Centralidade no Sistema Cliente
“A Tia I. tem vindo a manifestar à equipa sinais de cansaço e de exaustão, nomeadamente à enfermeira A. motivo pela qual esta convocou uma reunião com a família, ao que compareceu um representante, o filho da Sr. ^a I, portanto primo da T.” (l.12-15, f.1, Oa1)	Mediação
“...pelo que “matando dois coelhos de uma cajadada” (citando a enfermeira A), se faz a reunião e se tentam convencer os técnicos da necessidade urgente de intervir neste agregado familiar...” (l.18-20, f.1, Oa1)	Negociação
“A enfermeira, isoladamente e em surdina, abordou técnico a técnico, necessário para a intervenção na família.” (l.23-24, f.1, Oa1)	Mediação
“Programou (a enfermeira) uma data e uma hora, compatível com a presença e de acordo com os técnicos abordados.” (l.24-25, f.1, Oa1)	Contextual
“...ao que a enfermeira A respondeu: “acontece que a situação agora se alterou com a morte do Sr. J., a Sr. ^a E. não pode responder por si muito menos cuidar da filha, e a tia não vai aguentar muito mais tempo, muito menos se tiver de cuidar das duas...” (l.26-29, f.1, Oa1)	Advocacia
“...estou muito preocupada, porque estão a passar os 90 dias e se entretanto não encontrarmos alternativas e respostas, não sei como vai ser, vá lá faz lá esse esforço e vem à reunião!” (importante mencionar que esta conversa foi tida perante outros técnicos ali presentes conhecedores da situação e nenhum deles comentou nenhuma das duas posturas.” (l.29-33, f.1, Oa1)	Advocacia
“À hora de início da reunião estavam presentes (todos os técnicos que tinham sido convocados), a enfermeira A, o representante da família, o representante da Santa Casa da Misericórdia, da Segurança Social e da Conferência de São Vicente de Paulo.” (l.37-39, f.1, Oa1)	Rede Comunitária

<p>“Antes de o familiar entrar na sala todos os técnicos presentes conversaram e definiram a abordagem a ter na reunião.” (l.40-41, f.2, Oa1)</p>	Contextual
<p>“Os objectivos seriam, validar a avaliação efectuada e obter acordo para se poder avançar com a intervenção na família.” (l.41-42, f.2, Oa1)</p>	Negociação
<p>“Exposto o motivo da reunião, o primo referiu estar ao corrente de tudo, que a sua mãe o nomeou para tomar as decisões necessárias.” (l.46-47, f.2, Oa1)</p>	Responsabilização / Compromisso
<p>“Salientou ainda o facto de que a sua mãe esta exausta, e não tem condições psicológicas para continuar nesta situação, e que não tem solução nenhuma pensada, pois veio disposto a ouvir as propostas.” (l.48-50, f.2, Oa1)</p>	Exaustão do Cuidador /Cliente
<p>“O primo concordou com ambas as propostas contudo, solicitou que a instituição que fosse escolhida, uma vez que se trata de um regime de internamento permanente, fosse o mais perto de casa possível, para poderem ocorrer visitas com regularidade.” (l.57-59, f.2, Oa1)</p>	Responsabilização / Compromisso
<p>“Houve acordo e compromisso entre os técnicos presentes e o familiar denominado “<i>acordo de cavalheiros</i>”...” (l.61-62, f.2, Oa1)</p>	Responsabilização / Compromisso
<p>“...houve adequação dos termos técnicos tendo em conta as características do familiar tendo sido utilizada, pela enfermeira A uma linguagem compreensiva, com tom de voz calmo, sem utilização de termos técnicos, com permissão de expressão do familiar.” (l.64-67, f.2, Oa1)</p>	Comunicação
<p>“Não houve expressão verbal ou mímica de pensamentos ou emoções pela enfermeira.” (l.67-68, f.2, Oa1)</p>	Relação
<p>“Não foi estabelecido qualquer tipo de toque com o familiar, sendo respeitadas as questões de privacidade, de sigilo durante a reunião.” (l.69-71, f.2, Oa1)</p>	Ética profissional
<p>“Existem descrições pelos enfermeiros cuidadores que verbalizam más condições de salubridade, com humidade, habitação degradada (havendo mesmo enfermeiros que dizem haver risco para si próprios cada vez que vão prestar cuidados à idosa), e excrementos de rato visíveis em várias partes da casa.” (l.79-83, f.3, Oa2)</p>	Domicílio
<p>“Os enfermeiros da equipa de cuidados continuados, em pleno</p>	Domicílio

Inverno, necessitam abrir a janela, para arejar o quarto onde esta idosa se encontra e são prestados os cuidados, pois senão <i>“o ar fica irrespirável.”</i> (l.84-86, f.3, Oa2)	
“A enfermeira desta equipa ali presente referiu ainda que <i>“se nós deixarmos algum material aberto, como por exemplo uma ligadura, na vez seguinte ela está cheia de bolor...”</i> (l.86-88, f.3, Oa2)	Domicílio
“É de referir que esta reunião foi marcada, pela enfermeira A, em virtude da urgência da situação, em horário pós-laboral, para que a família pudesse estar presente.” (l.88-89, f.3, Oa2)	Liderança
“À hora de início, estavam presentes (todos os técnicos que tinham sido convocados), a enfermeira A, os representantes da família: dois netos (um deles a neta cuidadora) e uma bisneta da idosa em questão, psicóloga da equipa da UCCC, enfermeira de família, assistente social do centro de dia local, e da segurança social e uma das enfermeiras da equipa de cuidados continuados.” (l.91-95, f.3, Oa2)	Rede Comunitária
“Houve portanto, necessidade de definir uma estratégia de abordagem no corredor, onde se acordou que a proposta seria tentar uma família mais interventiva e que pudesse levar a idosa para outro local, nomeadamente para suas casas.” (l.96-99, f.3, Oa2)	Contextual
“Exposto o motivo da reunião, o neto refere que a família não tem condições para dar mais, nem economicamente, nem presencialmente.” (l.103-104, f.3, Oa2)	Participação do Cuidador
“Refere ainda que a sua avó nunca quis sair da sua casa <i>“por nada deste mundo, e se isso viesse a acontecer ela morreria logo”</i> ; e que a sua irmã (ali presente, cuidadora familiar de referência) vai ver a avó cerca de cinco vezes por dia e como tal a idosa não está mal cuidada, tendo em conta os problemas de saúde que ela própria também tem não pode fazer melhor, pois é uma pessoa muito nervosa, que já teve um princípio de um AVC”. (l.104-109, f.3, Oa2)	Resistência à mudança
“A enfermeira A explicou que agora que a idosa agravou o seu estado de saúde não pode responder por ela, e como tal poder-se-iam encontrar outras alternativas.” (l.110-111, f.3, Oa2)	Negociação
“Por exemplo, mudar a idosa para casa do genro, de 86 anos (onde existem melhores condições habitacionais); poder inscrevê-la no único lar público do concelho, sabendo à partida que a sua integração ali	Negociação

<p>seria muito demorada, pois existe uma longa lista de espera (salientou-se o facto de esta não ser uma solução muito viável em virtude da necessidade de uma resposta urgente); propôs-se também a possibilidade de mudança para uma casa de acolhimento, mediante o pagamento de uma quantia mais acessível, uma vez que a família alega não ter condições económicas para suportar um lar privado.” (l.111-118, f.3 e 4, Oa2)</p>	
<p>“O neto, porta-voz da família, em tom agressivo e com voz alta, excluiu todas as hipóteses apresentadas, com o acordo das restantes familiares ali presentes.” (l.119-120, f.4, Oa2)</p>	Resistência à mudança
<p>“A possibilidade de mudar a idosa para casa do genro também foi excluída pela existência de conflitos familiares antigos entre ambos, genro e sogra, e em virtude da também idade avançada deste” (l.123-125, f.4, Oa2)</p>	História Familiar
<p>“Contudo os três familiares comprometeram-se a: Substituir os cobertores (cujo peso se encontra a fazer pressão na idosa agravando o seu debilitado estado de saúde, segundo a enfermeira da equipa de cuidados continuados), por edredons; Colocar um aquecedor a óleo no quarto; Colocar um desumidificador.” (l.127-130, f.4, Oa2)</p>	Compromisso / Responsabilização
<p>“Para os representantes da família, ali presentes, o único problema existente é o facto de a idosa necessitar de cuidados de saúde e a necessidade de a poder internar num lar.” (l.131-132, f.4, Oa2)</p>	Resistência à mudança
<p>“O neto referiu que “ a família está desconfiada e que receia ser acusada de negligência e falta de cuidado com a idosa”. (l.133-135, f.4, Oa2)</p>	Participação do Cuidador
<p>“Deu-se oportunidade de tomada de decisão mas os familiares foram irredutíveis, na sua posição.” (l.136-137, f.4, Oa2)</p>	Resistência à mudança
<p>“Não houve acordo, houve o “<i>consenso possível</i>” segundo a enfermeira A, e o compromisso entre os técnicos presentes e os familiares...” (l.137-138, f.4, Oa2)</p>	Negociação
<p>“...houve adequação dos termos técnicos tendo em conta as características dos familiares, tendo sido utilizada, pela enfermeira A uma linguagem compreensiva, com tom de voz calmo, sem utilização de termos técnicos, com permissão de expressão do familiar. (l.140-143,</p>	Comunicar

f.4, Oa2)	
“A interacção foi conduzida tendo em conta os princípios da relação de confiança (respeito, aceitação e empatia), mesmo quando o neto demonstrou um tom agressivo e o ambiente na sala ficou “ <i>tenso</i> .” (l.144-146, f.4, Oa2)	Relação
“Não foi estabelecido qualquer tipo de toque com os familiares, sendo respeitadas as questões de privacidade de sigilo durante a reunião.” (l.146-148, f.4, Oa2)	Ética profissional
“À data de termo do estágio, ainda não tinha havido qualquer modificação nas condições habitacionais da idosa, nem dos equipamentos que os familiares se comprometeram a colocar no quarto.” (l.152-153, f.4, Oa2)	Participação do Cuidador
“Reuniu-se nesta ocasião a filha e a sua mãe, em virtude de o pai e de seus avós (que cuidam deste) estarem a ficar cada vez mais dependentes e com dificuldade em cuidar do filho.” (l.165-167, f.5, Oa3)	Participação do Cuidador
“Na reunião estavam também presentes, a enfermeira A, a psicóloga da UCCC, a assistente social do centro de dia e a assistente social da segurança social.” (l.167-168, f.5, Oa3)	Rede Comunitária
“O objectivo seria auscultar a opinião da filha em relação às hipóteses de a avó vir a falecer e o avô não ter condições de cuidar do seu pai.” (l.169-170, f.5, Oa3)	Mediação
“...seria objectivo a filha concordar em pedir a interdição do pai, para poder decidir por ele.” (l.170-171, f.5, Oa3)	Liderança
“Esta estratégia foi delineada pelo telefone aquando a enfermeira A convocou os técnicos para a reunião.” (l.171-172, f.5, Oa3)	Contextual
“Expostos os objectivos e o motivo da conversa a ex-mulher do utente em questão, em tom agressivo, disse à filha que era melhor ela não se meter em nada daquilo, porque a equipa estava de “ <i>cabeça lavada</i> ” (sic), e que não valia a pena terem ali ido.” (l.175-177, f.5, Oa3)	Resistência à mudança
“Reconhecem que existe um problema, mas a filha do utente em risco, refere que não tem sido “vista nem achada em nada” (sic), e que não percebia porque é que agora tinha de ser ela a decidir.” (l.177-179, f.5, Oa3)	Participação do cuidador

<p>“A enfermeira A explicou que os avós talvez a tivessem querido poupar uma vez que ela ainda era menor.” (l.180-181, f.5, Oa3)</p>	Advocacia
<p>“Agora que tinha atingido a maioridade, já podia tomar decisões sozinha, e que por não ter vindo a ser envolvida no processo talvez não tivesse a verdadeira noção da gravidade da situação.” (l.181-183, f.5, Oa3)</p>	Mediação
<p>“Nesta circunstância o ambiente na sala ficou tenso, pois a ex-mulher do utente refere que a culpa da situação era dos sogros, demonstrando a existência de conflitos familiares não resolvidos.” (l.183-185, f.5, Oa3)</p>	História Familiar
<p>“Nomeadamente, o facto de a terem acusado de negligencia no cuidado ao marido quando este ficou doente, tendo inclusivamente o sogro colocado um processo em tribunal acusando-a de não tratar bem o filho, tendo tido como resultado o divórcio.” (l.185-188, f.5, Oa3)</p>	História Familiar
<p>“A filha ainda acrescentou que não sabia como é que o avô podia cuidar do pai se cada vez estava mais dependente do álcool e que cada vez que ia lá a casa o encontrava bêbado, utilizando a mesma entoação agressiva da mãe.” (l.191-193, f.5, Oa3)</p>	Participação do cuidador
<p>“A enfermeira A, de forma cordial, tentou aliviar o clima de tensão, referindo que família e técnicos têm de saber unir esforços e trabalhar em conjunto, ser uma verdadeira equipa, sabendo antever os problemas, uma vez que é previsível que a situação vá piorar, nessa circunstância deu hipótese às familiares do utente de proporem alternativas.” (l.194-197, f.5, Oa3)</p>	Negociação
<p>“Neste contexto, a filha propôs, após um momento de silêncio (olhando para a mãe, que lhe dizia permanentemente <i>“não olhes para mim, porque eu não me vou meter em nada disto e acho que tu também não, tens a tua vida, estás a estudar e tens mais que...”</i>): a possibilidade de encontrar uma clínica de desintoxicação para o avô; uma vez que já existe uma pessoa que auxilia no cuidado de manhã e à noite, porque não arranjar outra que pudesse com a primeira assegurar as 24 h; uma vez que mãe e filho são muito chegados podia fazer sentido conseguir uma cama articulada para ela, juntando mãe e filho no mesmo quarto; referiu também estar disponível para realizar as compras de supermercado, uma vez que já era habitual realiza-las para sua casa, desde que depois não a acusassem de ficar</p>	Responsabilização / Compromisso

com o dinheiro.” (l.198-206, f.6, Oa3)	
“A enfermeira A referiu que as propostas eram muito pertinentes, mas que seria fundamental perceber se a pessoa que ficasse as 24h era idónea, e que não seria fácil arranjar uma pessoa que quisesse fazer esse trabalho, também havia a necessidade de envolver o avô neste processo uma vez que este tem sido renitente a este tipo de ajudas.” (l.207-210, f.6, Oa3)	Negociação
“Após a intervenção de vários técnicos incluindo a psicóloga, foi possível fazer entender as familiares de que não estavam ali para ser julgadas, mas sim para serem parceiras nos cuidados.” (l.212-214, f.6, Oa3)	Trabalho em Equipa
<p>“Neste contexto, foi possível assumir um compromisso entre ambas as partes, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar o processo de interdição do pai; - A filha começar a colaborar nas compras, medicamentos e idas ao supermercado, depois da equipa abordar primeiro o avô (uma vez que é ele que tem assumido esse papel, mas estava a ficar com dificuldades em conduzir); - Negociar com o avô estas mudanças e avaliar o seu grau de dependência do álcool; - Referenciar a avó para uma unidade de cuidados paliativos; - A psicóloga propôs-se a trabalhar com o filho, utente alvo, a eminente morte da mãe, e prevenir um luto patológico.” (l.216-224, f.6, Oa3) 	Responsabilização / Compromisso
“...houve adequação dos termos técnicos tendo em conta as características das familiares, tendo sido utilizada, pela enfermeira A uma linguagem compreensiva, com tom de voz calmo, sem utilização de termos técnicos, mesmo quando os ânimos se estiveram mais acessos, por parte ex-nora.” (l.227-230, f.6, Oa3)	Comunicação
“Não foi estabelecido qualquer tipo de toque, sendo respeitadas as questões de privacidade de sigilo durante a reunião.” (l.233-234, f.6, Oa3)	Ética / Profissional

Enfermeira B

Unidades de Registo	Categoria
"Sei que estabeleço uma boa relação, com o indivíduo e com a família, principalmente com a família, que são os primeiros que nós encontramos para chegar depois ao utente." (l.4-5, f.1, Eb)	Participação do Cuidador
"São os principais, focos quando queremos tratar de um utente." (l.5-6, f.1, Eb)	Centralidade na tarefa
"Que tenho muito boa relação, com a família e com o utente." (l.8, f.1, Eb)	Relação
"Isso quer dizer que com a relação que estabeleço obtenho resultados e o feedback que recebo desses utentes é muito satisfatório." (l.8-10, f.1, Eb)	Relação
"Sim, normalmente sou eu que lidero!" (l.13, f.1, Eb)	Liderança
"Mas já tenho tido situações que, para conseguir obter resultados tenho que deixar que o prestador ou o próprio utente lidere, porque senão não consigo resultados positivos." (l.13-15, f.1, Eb)	Centralidade no Sistema Cliente
"Envolve sempre a família e a pessoa, ah... dou sempre oportunidade de a família conseguir esclarecer ou falar sobre aquilo que sente, sobre as dificuldades que tem." (l.19-20, f.1, Eb)	Centralidade no Sistema Cliente
"Dou sempre um bom espaço à comunicação." (l.20-21, f.1, Eb)	Ensinar
"Deixá-los falar por vezes de coisas que posso achar que não tem qualquer significado e depois com o manter da conversa consigo obter bons resultados e boas informações de coisas que se calhar eu não iria valorizar." (l.21-23, f.1, Eb)	Relação
"Isso implica sempre, sempre o envolvimento da família na prestação de cuidados." (l.23-24, f.1, Eb)	Relação
"Por vezes até peço mesmo à família para fazer, se por algum motivo	Participação do

<p>eu não posso dar resposta, e então experimento pedir à família para fazer e depois então avaliar se ela conseguiu fazê-lo bem ou mal.” (I.24-26, f.1, Eb)</p>	<p>cuidador</p>
<p>“Isso implica dar conhecimento à família para poder fazer.” (I.26-27, f.1, Eb)</p>	<p>Responsabilização/ Compromisso</p>
<p>“Quando vejo que a família está empenhada no cuidado do utente, e que tem capacidade para fazer isso, eu dou sempre oportunidade que sejam eles a tomar a decisão, que sejam eles a decidir, quando é que o utente, por exemplo deve tomar banho, se não tem que esperar por nós para dar banho ao utente, se tem uma ferida assim ou de outra maneira, eu ensino como é que podem fazer o banho ao utente, como é que podem manter aquela ferida limpinha, o penso limpo, e dou-lhe espaço deixo-os tomar eles a iniciativa.” (I.29-34, f.1, Eb)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“Para eles se sentirem também competentes e sentirem que são capazes de cuidar e que não precisam de um elemento que esteja ali sempre a controlar, para fazer aquilo que podem fazer muito bem.” (I.34-36, f.1, Eb)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“E tenho tido excelentes resultados de prestadores que chamavam o INEM de 2 em dois dias ou de três em três dias e eu hoje consigo que esse utente raramente vá ao hospital, mesmo em situações extremas.” (I.36-39, f.1, Eb)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“Era uma senhora que estava a cuidar de um utente que está ligado a um ventilador portátil e que, cada vez que ele baixava a saturação chamava o INEM, e que quando o INEM chegava a própria utente dizia que não ia para o hospital porque achava que não tinha critério para ir para o hospital que estava bem.” (I.42-45, f.2, Eb)</p>	<p>Responsabilização / Compromisso</p>
<p>“Então houve que fazer um trabalho desde raiz, para ela perceber que doença é que ele tinha, porque que é que ele fazia aquelas baixas de saturação, porque tinha a ver com a questão, se estava a dormir, se estava acordado, se estava ansioso, se não estava ansioso...” (I.45-48, f.2, Eb)</p>	<p>Manutenção</p>
<p>“E houve que trabalhar muito e investir muito e transmitir o que é que era a doença em si, como é que funciona o cérebro, como é que funciona o músculo respiratório, para ela perceber quais são as oscilações.” (I.48-50, f.2, Eb)</p>	<p>Ensinar</p>

<p>“Já conseguimos tratar dessa parte da saturação e agora estamos a entrar numa fase em que a temperatura aumentou, a temperatura ambiental, e a senhora cada vez que o utente chegar aos 37°C, que não é normal quando o ambiente está mais frio, ela entra em pânico porque tem medo que ele faça febre.” (l.50-54, f.2, Eb)7</p>	<p>Ensinar</p>
<p>“Então, neste momento estamos a trabalhar, a tentar ensinar como é que funciona o centro da temperatura do nosso corpo, para ele perceber quando é que ele pode ter uma temperatura mais alta e uma temperatura mais baixa, para conseguir estar mais capacitada para cuidar deste utente.” (l.54-57, f.2, Eb)</p>	<p>Responsabilização / Compromisso</p>
<p>“Ainda estive lá ontem, falei imenso, ela expressou bem quais eram os seus medos, já consegue escrever para depois quando eu lá chego me dizer onde é que teve dificuldades e onde não teve, e hoje fui lá e ele disse-me: “Eu dormi toda a noite!...” já foi muito bom, porque eu vi que o trabalho que eu fiz com ela ontem, hoje teve resultados.” (l.57-60, f.2, Eb)</p>	<p>Educação</p>
<p>“Dar-lhe sempre um estímulo, dizer-lhe que está tudo bem, que fez tudo bem e que não há razão para ficarem ansiosos.” (l.61-63, f.2, Eb)</p>	<p>Adesão</p>
<p>“Dentro desse horário, sempre que há uma dúvida ela telefona e fica completamente calma, às vezes a resposta que ela pretendia ter não é a que nós damos mas que aceita e fica muito menos ansiosa e muito mais capacitada para prestar cuidados ao seu utente, familiar que neste caso é o marido.” (l.64-67, f.2, Eb)</p>	<p>Relação</p>
<p>“Isto significa uma relação de empatia, satisfação e saber que além de ser enfermeira também sou humana e também consigo compreender e estar no local daquela senhora e fazer uma relação de empatia.” (l.68-70, f.2, Eb)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“Já tive dificuldade em sair dessa relação, porque fiquei muito agarrada, mas neste momento como a vejo muito mais capacitada, muito menos ansiosa eu já consigo pôr-me no lugar dela e conseguir sair e deixá-la bem.” (l.70-72, f.2, Eb)</p>	<p>Relação</p>
<p>“Coisa que no início não acontecia, eu sofria muito, quando saía daquela casa.” (l.72-73, f.2, Eb)</p>	<p>Relação</p>
<p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia e observa que a utente está afásica, responde a ordens simples com acenos de</p>	<p>Relação</p>

cabeça.” (l.8-9, f.1, Ob1)	
“A utente encontra-se numa cama articulada com colchão de pressões alternadas, na marquise, perto da entrada da porta.” (l.9-10, f.1, Ob1)	Relação
“Apesar de ser ela o alvo dos cuidados a interacção da enfermeira foi observada em relação ao cuidador familiar, o marido.” (l.10-12, f.1, Ob1)	Domicílio
“O momento de contacto foi liderado, com manifestação de poder, pela enfermeira no sentido de esta ser detentora de saber, na interacção com o marido da utente alvo.” (l.14-15, f.1, Ob1)	Participação do cuidador
“A enfermeira deu orientações no sentido de minimizar alguns dos riscos que encontrou, dando ordens, por exemplo: verificou que a utente tinha o cabelo oleoso, verificando que o champô que existia era para cabelos normais, deu ordem para ser comprado um champô para cabelos oleosos, ao que o marido respondeu que sim, que ia comprar, apesar de referir que desde sempre a senhora tinha o cabelo oleoso.” (l.15-20, f.1, Ob1)	Liderança
“Contudo, após a sinalização e a colheita de dados junto das auxiliares da SAD, considerou-se que o marido sozinho não reunia condições para cuidar da esposa sozinho.” (l.21-22, f.1, Ob1)	Liderança
“O diagnóstico estabelecido de Alto Risco de Úlcera de Pressão, não foi validado com o utente, sendo que o objectivo da visita era avaliar o estado geral da utente e prevenir o risco identificado de úlcera de pressão.” (l.22-25, f.1, Ob1)	Rede Comunitária
“Em situação de dificuldade validou-se a existência de contactos telefónicos da SAD e da ECCIC, em local acessível e se o utente sabia usar o telefone.” (l.26-27, f.1, Ob1)	Prevenção
“Apesar de não ter sido informado dos riscos que advêm da existência de uma úlcera de pressão, o marido manifestou-se preocupado que a sua esposa possa a vir ficar ferida.” (l.28-29, f.1, Ob1)	Prevenção
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.30-31, f.1, Ob1)	Participação do cuidador
“Durante a observação posicionou-se posteriormente em relação à	Comunicação

utente, frente a frente com o marido, havendo sempre contacto visual entre ambos.” (l.31-33, f.1, Ob1)	
“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções.” (l.34-35, f.1, Ob1)	Relação
“Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e a sua filha, prestadora familiar de cuidados (que recebe dinheiro dos irmãos para cuidar da mãe, uma vez que nem todos os filhos têm disponibilidade para o fazer).” (l.38-41, f.2, Ob2)	Ética Profissional
“É uma utente grande dependente com Úlcera de Pressão instituída.” (l.41-42, f.2, Ob2)	Participação do Cuidador
“A interacção observada foi com a filha, uma vez que a utente alvo praticamente não comunica.” (l.42-43, f.2, Ob2)	Reparação
“Desta vez os cumprimentos acontecem no quintal, onde se verifica que para além da filha cuidar da mãe também tem uma neta de quatro anos ao seu cuidado.” (l.44-45, f.2, Ob2)	Participação do Cuidador
“A enfermeira perguntou como a utente tem passado, ao que a filha respondeu que tem passado mais ou menos, que come pouco e que desta vez não foi preciso mudar o penso.” (l.46-47, f.2, Ob2)	Domicílio
“A filha foi envolvida no processo de cuidados à mãe tendo sido habilitada para reforçar os pensos no intervalo das visitas domiciliárias de enfermagem.” (l.47-49, f.2, Ob2)	Relação
“O espaço é exíguo, sendo praticamente ocupado pela cama articulada com colchão de pressões alternadas, encostada a um dos lados da parede junto à janela e do lado oposto um estreito corredor de passagem.” (l.50-52, f.2, Ob2)	Trabalho de equipa
“O objectivo da visita domiciliária foi a realização de tratamento à úlcera de pressão.” (l.53, f.2, Ob2)	Domicílio
“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira no sentido de validar com a filha algumas das situações que ocorreram no intervalo entre as visitas domiciliárias e como esta as resolveu, introduzindo medidas correctivas.” (l.54-56, f.2, Ob2)	Reparação
“Deu-se ênfase ao esforço que a filha tem feito para cuidar da mãe, valorizando alguns aspectos positivos conseguidos ao longo do	Liderança

tempo, nomeadamente na melhoria das feridas.” (l.57-58, f.2, Ob2)	
“A filha verbaliza contudo algum cansaço.” (l.58-59, f.2, Ob2)	Participação do cuidador
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.60-61, f.2, Ob2)	Exaustão do cuidador
“Durante a observação posicionou-se, frente a frente com a filha e na lateral da utente, havendo sempre contacto visual entre ambas.” (l.61-63, f.2, Ob2)	Comunicar
“Apesar de a utente se encontrar afásica foi sempre tentando estabelecer relação com esta, utilizando expressões como: “ <i>agora vamos virar</i> ”, “ <i>está a doer, estamos quase a terminar</i> ”.” (l.63-65, f.2, Ob2)	Relação
“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, apesar de terem havido algumas interrupções com a entrada no quarto da neta de quatro anos.” (l.65-67, f.2, Ob2)	Relação
“Não tem apoio domiciliário integrado, tendo vindo a ser cuidada pelo filho e pela nora.” (l.73-74, f.2, Ob3)	Ética profissional
“A enfermeira entra no domicílio dizendo boa tarde.” (l.75, f.3, Ob3)	Participação do Cuidador
“A utente encontra-se numa cama articulada com colchão de pressões alternadas, no quarto.” (l.75-76, f.3, Ob3)	Relação
“Apesar de ser ela o alvo dos cuidados a interacção da enfermeira foi observada em relação ao cuidador familiar, o filho.” (l.76-77, f.3, Ob3)	Domicílio
“O momento de contacto foi liderado, com manifestação de poder, pela enfermeira, não tendo havido praticamente diálogo com o filho durante o procedimento técnico.” (l.78-79, f.3, Ob3)	Participação do Cuidador
“A enfermeira deu orientações no sentido de minimizar alguns dos riscos que encontrou, dando ordem no sentido de que a idosa fosse mobilizada de duas em duas horas e explicando como se deveriam colocar as almofadas de protecção.” (l.79-82, f.3, Ob3)	Liderança

<p>“O filho demonstrou um papel passivo no cuidado à mãe dizendo que quando a esposa chegasse tratava do resto, que a enfermeira não se preocupasse.” (l.83-84, f.3, Ob3)</p>	<p>Liderança</p>
<p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.85-86, f.3, Ob3)</p>	<p>Participação do Cuidador</p>
<p>“Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação à utente, frente a frente com o filho, havendo sempre contacto visual entre ambos.” (l.86-88, f.3, Ob3)</p>	<p>Comunicação</p>
<p>“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.” (l.89-90, f.3, Ob3)</p>	<p>Comunicação</p>

Enfermeira C

Unidades de Registo	Categoria
<p>“Eu considero que nessa relação o utente, a pessoa é o centro, e considero que existe e tem sempre de existir, realmente uma tomada de decisão por parte do nosso sujeito de cuidados, quer individual, quer familiar.” (l.4-6, f.1, Ec)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“A relação tem de ser facilitadora para essa mesma tomada de decisão e para a prestação de cuidados.” (l.6-7, f.1, Ec)</p>	<p>Relação</p>
<p>“Isso implica que eu como facilitador, vou dar, vou estabelecer uma relação em que, vou estar com a pessoa a diagnosticar o problema, construirmos as várias hipóteses que temos, para que o sujeito dos meus cuidados possa tomar uma decisão através desta mesma construção das várias hipóteses.” (l.7-10, f.1, Ec)</p>	<p>Centralidade no Sistema Cliente</p>
<p>“Porque eu continuo a achar que nós não podemos mudar as pessoas, as pessoas é que podem mudar e ter-nos a nós como facilitadores, a nós e a muitos outros técnicos, é óbvio que a enfermagem não o faz sozinha.” (l.10-13, f.1, Ec)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“O ideal era ir sempre em equipas e facilitar este processo, mas eu acredito que as pessoas é que tomam as decisões de acordo com aquilo que passam a dar valor, podem é mudar a sua forma e o que é que dão valor com o nosso processo de facilitar.” (l.13-15, f.1, Ec)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“Para mim o sujeito é sempre quem vai tomar a decisão, por isso acaba por ter a liderança na sua decisão.” (l.18-19, f.1, Ec)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“Enquanto que o enfermeiro vai estar a liderar o processo em conjunto.” (l.19, f.1, Ec)</p>	<p>Liderança</p>
<p>“Estamos numa situação... mas eu acho que a liderança está do lado do sujeito de cuidados.” (l.20, f.1, Ec)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“A pessoa em si é única, mas eu ao estar como facilitadora, vou estar</p>	<p>Centralidade no</p>

a partilhar essa mesma tomada de decisão.” (l.20-22, f.1, Ec)	sistema cliente
“Em si a decisão não tem carácter único, a pessoa que eu cuido é que é única.” (l.22-23, f.1, Ec)	Centralidade no sistema cliente
“Mas vamos partilhar essa tomada de decisão.” (l.23, f.1, Ec)	Centralidade no Sistema Cliente
“Quando estava a falar das hipóteses, é por aí, não é, é mesmo isso, pois temos de ir construindo o que é prioritário ou não e a pessoa tem que considerar.” (l.26-27, f.1, Ec)	Centralidade no Sistema Cliente
“ A questão é que muitas das vezes nós...queremos definir, não podemos ser nós a querer definir o que é que é prioritário para aquela pessoa, é a pessoa que com as várias hipóteses vai ver e tentar perceber quais são as suas prioridades.” (l.27-30, f.1, Ec)	Centralidade no sistema cliente
“É por isso que às vezes as coisas tornam-se um pouco confusas porque não somos nós que temos de definir.” (l.30-31, f.1, Ec)	Centralidade no sistema cliente
“Porque por vezes ficamos muito frustrados, porque não conseguimos obter resultados, porque a pessoa, nós só vamos se a pessoa conseguir perceber a situação como um problema e que depois nesse problema há prioridade para ela.” (l.31-34, f.1, Ec)	Adesão
“Se essa não for a sua prioridade não vai haver resultados, porque ela não vai considerar como tal.” (l.34-35, f.1, Ec)	Adesão
“Na interacção que tenho com a pessoa, tento sempre ir construindo, realmente, compromissos e objectivos a atingirmos naquele processo.” (l.36-37, f.1, Ec)	Responsabilização/ Compromisso
“O enfermeiro compromete-se e o indivíduo e a família comprometem-se.” (l.37-38, f.1, Ec)	Responsabilização / Compromisso
“É uma situação em que numa unidade de saúde familiar uma colega que estava a fazer intervenção no âmbito individual e familiar nessa USF, contactou-me porque se encontrava muito preocupada com uma criança, em que achou que havia algo de alteração em termos do desenvolvimento daquela criança, havia algo que não estaria muito bem, naquela família, contactou-me para que, se seria possível esta criança ser avaliada.” (l.44-49, f.2, Ec)	Prevenção

<p>“Informou a mãe, pronto, que iria falar comigo e que eu a iria contactar para fazer visita domiciliária, de forma a perceber a situação.” (l.49-50, f.2, Ec)</p>	Contextual
<p>“Eu fui fazer essa avaliação, fiquei muito assustada, pronto, considerei que realmente algo se estava a passar, no âmbito do desenvolvimento daquela criança.” (l.50-52, f.2, Ec)</p>	Prevenção
<p>“Uma criança que não fazia contacto visual, que apesar de todas as estratégias não consegui estabelecer uma relação com ela, estava continuamente a interagir apenas com um computador, com vários jogos de carácter até violento.” (l.52-54, f.2, Ec)</p>	Prevenção
<p>“Nesse dia em casa só estava a irmã adolescente de dezassete anos e esta mesma criança, e senti que realmente havia algo ali que não estaria bem, com aquela avaliação.” (l.54-56, f.2, Ec)</p>	Prevenção
<p>“Entretanto fiz o contacto com a mãe, de forma a perceber toda a situação e para tentar fazer também alguma anamnese, de forma a perceber a história de vida daquela criança.” (l.56-58, f.2, Ec)</p>	Participação do Cuidador
<p>“E nesta altura, fui falando com ela de várias situações, de forma a dar-lhe poder na relação com o filho, na questão da importância da socialização, na questão do brincar.” (l.58-60, f.2, Ec)</p>	Participação do Cuidador
<p>“Naquele dia também saliento que não vi brinquedos, acho que, pronto, a única peça de brincar que eu vi naquela casa foi um computador.” (l.60-62, f.2, Ec)</p>	Domicílio
<p>“E fui iniciando o processo socialmente, da importância do desenvolvimento daquela criança de termos várias ferramentas.” (l.62-63, f.2, Ec)</p>	Prevenção
<p>“Que passam pelo brincar, pela socialização, pelo sair de casa, ah... entretanto considerei que seria uma criança com critério para integrar uma equipa de intervenção precoce, que havia algo que não estava bem ao nível da linguagem e da comunicação, que teria de ser avaliada de uma forma multidisciplinar, não só por enfermagem mas também por outras disciplinas.” (l.63-67, f.2, Ec)</p>	Rede Comunitária
<p>“Nesta situação levei a situação à Intervenção Precoce, estivemos a discutir o caso com os dados que eu tinha observado, e com os dados que já tinha relativamente à anamnese.” (l.67-69, f.2, Ec)</p>	Rede Comunitária

<p>“Na altura uma psicóloga, que também pertence a esta equipa falou com uma senhora que tem uma relação muito próxima com esta mãe, que também verbalizou que algo com esta criança não estava bem.” (l.69-72, f.2, Ec)</p>	Trabalho de equipa
<p>“Que já há mais de um ano que tinha uma relação próxima com esta mãe e com esta criança e que lhe ia às vezes dando chocolates e que não conseguia fazer interacção com aquela criança, não conseguia.” (l.71-73, f.2, Ec)</p>	História Familiar
<p>“E daí que, depois com todos estes dados, realmente, constatou-se que a primeira etapa seria ser avaliada pela psicologia e avaliada também pela terapia ocupacional, marcámos uma nova visita domiciliária.” (l.73-76, f.2, Ec)</p>	Trabalho de Equipa
<p>“Nessa nova visita quando chegámos a criança que eu vi na primeira visita era uma nova criança, o ambiente e o contexto da habitação estava completamente diferente.” (l.77-79, f.2, Ec)</p>	Domicílio
<p>“Era uma casa onde já havia brinquedos, onde havia até um aquário com um peixe, toda a sala tinha sido alterada e com alguma facilidade conseguimos estabelecer uma relação.” (l.79-81, f.3, Ec)</p>	Domicílio
<p>“Ou seja, agora o que é importante perceber é, para se conseguir, o que é que também é importante, aquela criança já saía de casa, já tinham a preocupação de a levar ao parque, de a levar ao supermercado, a família com o comportamento tinha deixado de a levar e ela estava numa situação de não socialização, porque era muito difícil gerir as birras dentro de um supermercado e a opção foi ela ficar dentro de casa.” (l.83-88, f.3, Ec)</p>	Adesão
<p>“Tudo isto tinha mudado, ela passou a sair muito mais, a ir ao parque, a ir brincar, havia brinquedos, e os brinquedos não foram colocados naquele dia, são brinquedos, porque eu depois a brincar com ele, via-se que já estava há bastantes dias e a interacção com aqueles brinquedos, o computador, a mãe naquela altura tomou logo a decisão, porque considerámos que seria um dos obstáculos, em que realmente o mundo daquela criança passou a ser o computador, e era só a interacção que fazia praticamente, ao longo do seu dia era com o computador.” (l.88-95, f.3, Ec)</p>	Participação do Cuidador
<p>“A mãe tomou a decisão de retirar o computador, a mãe disse que o computador tinha avariado e ele começou a descobrir outras formas</p>	Participação do

de comunicação, outras formas de interacção em termos de família e em termos de comunidade, passou a ir à rua de estar a ver outras pessoas, de estar no parque com outras crianças.” (l.94-97, f.3, Ec)	Cuidador
“Pronto, esta situação levou-me realmente a pensar, depois é como é que nós damos visibilidade a estas nossas intervenções, que são autónomas e que considero que são muito importantes e que demonstrou muitos resultados?” (l.97-100, f.3, Ec)	Reflexão na Ação
“Tanto que depois quando foram outros técnicos da equipa avaliar, não é se não, mas confiam em mim sabem que eu não estava a exagerar, o que eu falei na reunião foi aquilo que realmente eu vi, aquilo que observei, aquilo que registei, mas pronto foi tão diferente... e isto vai ter um impacto, realmente, na vida e no desenvolvimento daquela criança.” (l.100-105, f.3, Ec)	Trabalho de Equipa
“Para isto foi preciso não só a enfermagem mas outras disciplinas, mas também vários enfermeiros que têm de trabalhar de uma forma, em equipa.” (l.104-105-, f.3, Ec)	Trabalho de Equipa
“O enfermeiro que está na comunidade não consegue descobrir, não consegue ter uma bola de cristal onde lhe diz que há situações problemáticas.” (l.105-107, f.3, Ec)	Trabalho de Equipa
“E aqui houve algo que eu achei fenomenal, e acho que temos de valorizar muito, ainda hoje tive essa oportunidade, no dia de hoje, de valorizar a minha colega porque ela veio ter comigo e disse-me: “Olha, estive com a educadora (porque esta criança neste momento tem também uma vertente educativa e pedagógica, depois formulámos em equipa, equipa que também integra a família, a questão, a mãe, neste momento achou que ainda não estava na altura de ela integrar o jardim e o ensino pré-escolar, e depois foi negociado e colocada a hipótese, que a mãe aceitou, de ir uma educadora a casa da intervenção precoce uma hora por semana para estar em interacção com esta criança no âmbito pedagógico).” (l.107-115, f.3, Ec)	Adesão
“Ainda hoje a minha colega veio ter comigo porque tinha estado com a educadora, e disse: “Olha, diz que aquela criança não tem nada a ver!”... e eu disse: pois não, e isso devemos-lo a ti, foste tu que viste e que fizeste uma referência desta situação, de forma a que ela pudesse ser avaliada e que neste momento esteja a ser trabalhada.” (l.115-118, f.3, Ec)	Prevenção

<p>“Por isso, ainda hoje tive esta oportunidade de dizer, a enfermagem necessita disto de trabalharmos em equipa, de darmos continuidade e de conseguirmos resultados, porque esta criança no dia em que integrar a escola, hoje já é mais feliz, integrar a escolaridade no 1º ciclo iria ser muito problemático para uma criança que estava num processo de antisocialização, ai já não podia ser o querer ou não querer porque o ensino é obrigatório, ele teria que ir, isto iria ser de muito sofrimento, de muitos custos e de muita infelicidade para aquela família.” (l.118-124, f.3, Ec)</p>	Trabalho de Equipa
<p>“A integração desta criança não vai ser jamais como seria se não houvesse esta intervenção, é isto que faz a diferença e temos que realmente investir, agora temos de ir sendo os olhos e de dar continuidade.” (l.124-127, f.4, Ec)</p>	Prevenção
<p>“Porque corríamos o risco, quando nós estamos noutros contextos, de só ver aquela criança, de pensar se calhar tem a ver com o contexto, de a ver com o facto de ter vindo ao centro de saúde.” (l.127-129, f.4, Ec)</p>	Centralidade no sistema cliente
<p>“Mas aquela colega realmente conseguiu observar e perceber que mesmo sendo o contexto diferente, daquela criança não estar habituada a ir ao centro de saúde, estar dentro de um gabinete, com pessoas com batas vestidas, que nalgumas situações podem-se tornar um obstáculo, consegui ver para além disso e portanto perceber que tinha de haver uma intervenção, que neste momento estamos a tentar, estamos num processo.” (l.129-133, f.4, Ec)</p>	Contextual
<p>“Esta observação decorre na escola no Gabinete de Apoio ao Aluno, tendo tido uma duração de cerca de meia hora.” (l.3-4, f.1, Oc1)</p>	Escola
<p>“A escola alertou a equipa de saúde escolar de que este aluno estaria a ser alvo de exclusão social e de discriminação na turma.” (l.6-7, f.1, Oc1)</p>	Escola
<p>“Salienta-se a existência de um contacto prévio com a família, presencial, que decorreu no seu domicílio, onde esta foi informada da sinalização da escola para a equipa de saúde escolar e onde se solicitou a concordância dos pais na intervenção da equipa na escola.” (l.8-10, f.1, Oc1)</p>	Contextual
<p>“Tendo, estes concordado que a criança se reunisse com o enfermeiro no dia em que este estava no Gabinete de Apoio ao Aluno.” (l.10-12, f.1,</p>	Escola

Oc1)	
“A interação inicia-se com a enfermeira a referir que a escola se encontra um “bocadinho” preocupada com ele e que por isso solicitou que a enfermeira viesse falar com ele para ver se ele também sentia que algo não estava bem consigo.” (l.16-18, f.1, Oc1)	Mediação
“Ao que a criança respondeu que sim e que ainda “ <i>hoje uns colegas lhe tinham colocado a mochila na sanita</i> ” (sic), a enfermeira perguntou à criança se esta sabia porque é que os colegas lhe faziam isto, ao que esta respondeu “ <i>mais ou menos</i> ” (sic).” (l.18-21, f.1, Oc1)	Mediação
“A enfermeira iniciou então a abordagem falando do estar na escola, da importância de distinguir os amigos, dos não amigos e da importância da higiene para poder ser integrado no grupo.” (l.22-24, f.1, Oc1)	Ensinar
“Ao longo do discurso foi dando relevo aos próprios aspectos positivos da criança, nomeadamente da sua beleza física e da cor dos seus olhos (azul).” (l.24-26, f.1, Oc1)	Comunicar
“Neste sentido, reforçou a importância da mudança de comportamento ao nível da higiene para que possa ser aceite no grupo.” (l.27-28, f.1, Oc1)	Ensinar
“Deu-se oportunidade de tomada de decisão à criança, através de expressões como: “ <i>O que achas que podemos combinar? A decisão é tua!</i> ” (sic).” (l.28-29, f.1, Oc1)	Decisão Concordante
“Assim, acordou-se em tomar banho diário, cortar as unhas e mantelas limpas, mudar a roupa interior todos os dias e a de fora quando estiver suja, com reavaliação daí a quinze dias e o compromisso da enfermeira em oferecer-lhe um prémio caso ele conseguisse, uma água de colónia.” (l.29-33, f.1, Oc1)	Negociação
“Observou-se que a criança tem noção do problema e das consequências que isso pode ter na sua integração na escola.” (l.34-35, f.1, Oc1)	Centralidade no sistema cliente
“Salienta-se também o envolvimento da família, além da escola, no processo.” (l.35-36, f.1, Oc1)	Centralidade no sistema cliente
“A enfermeira tentou que a criança fosse parceira na resolução do problema, salientando que a mudança de algumas atitudes teria de	Responsabilização /

partir dele.” (l.36-37, f.1, Oc1)	Compromisso
“Esta reforçou ainda o facto de a escola estar atenta e preocupada com a sua situação e que ele podia pedir para falar com ela sempre que sentisse necessidade.” (l.37-39, f.1, Oc1)	Centralidade no sistema cliente
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou utilizar expressões adequada à idade da criança como por exemplo: “fixe.” (l.40-41, f.2, Oc1)	Comunicar
“Utilizou uma linguagem compreensiva e de proximidade permitindo a expressão da criança, sem verbalizar os seus próprios sentimentos ou emoções.” (l.41-43, f.2, Oc1)	Relação
“A enfermeira efectuou uma síntese final do compromisso assumido e da data do próximo encontro.” (l.44-45, f.2, Oc1)	Responsabilização / Compromisso
“Houve sempre contacto visual por parte da enfermeira, embora nem sempre a criança o fizesse, pois baixava frequentemente os olhos para as mãos apoiadas na mesa.” (l.45-46, f.2, Oc1)	Relação
“Em nenhum momento da interacção se estabeleceu o toque.” (l.46-47 f.2, Oc1)	Ética profissional
“No decorrer da reunião houve a tentativa de outros alunos entrarem no gabinete, supostamente para serem atendidos pela enfermeira.” (l.48-49, f.2, Oc1)	Ética profissional
“Esta observação decorre na escola do 1º ciclo depois de um alerta desta para a CPCJ.” (l.53,f.2, Oc2)	Escola
“E era numa reunião de rendimento social de inserção que se encontravam os técnicos, nomeadamente a enfermeira, quando a escola deu o alerta.” (l.56-57,f.2, Oc2)	Rede comunitária
“A enfermeira pertencente à CPCJ foi chamada à escola porque este filho de 11 anos levou para o lanche um pão bolorento, que ia comer não fosse a auxiliar estar atenta à situação, de notar que na semana anterior a criança havia faltado por se encontrar com gastroenterite.” (l.69-71,f.2, Oc2)	Rede Comunitária
“São também chamados os pais (que tinham acabado de se apresentar, na presença obrigatória, do RSI), ao que só compareceu a mãe.” (l.71-73,f.2, Oc2)	Participação do Cuidador

“Chegadas à escola, a enfermeira e a assistente social da CPCJ, confirmaram a situação.” (l.75,f.2, Oc2)	Trabalho de Equipa
“Observou-se também o estado de extrema magreza em que a criança se encontrava, com fâcias triste.” (l.76-77,f.2, Oc2)	Centralidade no Sistema Cliente
“Confrontados frente a frente com os técnicos, mãe e filho, esta chorou mas assumiu sempre que tinha colocado o pão do filho naquela manhã na mochila, olhando para a criança e obrigando-o a confirmar o que estava a dizer.” (l.79-81,f.3, Oc2)	Liderança
“Foram ambos levados para a segurança social e separados em gabinetes diferentes, tendo a enfermeira ficado com a mãe e a assistente social com o filho.” (l.83-84,f.3, Oc2)	Liderança
“Quando questionada acerca do ponto de situação do divórcio, refere tem estado para ir falar com o advogado mas que ainda não foi.” (l.87-88,f.3, Oc2)	História Familiar
“Todo o contacto foi liderado pelo enfermeiro, com manifestação verbal de poder: <i>“ou o seu marido sai lá de casa ou saem as crianças!”</i> .” (l.88-89,f.3, Oc2)	Liderança
“A mãe verbalizou que realmente há um grande problema, referindo várias vezes querer andar com a situação do divórcio para a frente mas que o marido não queira sair de casa.” (l.91-92,f.3, Oc2)	História Familiar
“Tendo em conta todo o contexto e a necessidade de avaliar a criança longe do agregado familiar (que confirmou à assistente social que o pão tinha vindo do jardim de infância da irmã na semana anterior), a enfermeira propôs que a criança não voltasse para casa nos próximos dias e perguntou se havia alguém amigo que pudesse acolhe-lo.” (l.94-97,f.3, Oc2)	Negociação
“A mãe esteve todo o tempo a chorar, mas referiu existir uma senhora que tem sido uma grande ajuda para si, pois tem sido ama das crianças quando ela precisa de trabalhar, de quem o menino gosta muito.” (l.97-99,f.3, Oc2)	Negociação
“Pelo que se procedeu ao contacto com esta pessoa, aparentemente idónea, que de imediato acedeu ao pedido (quando a criança foi informada de que iria uns dias para casa desta senhora, deu um sorriso e agradeceu, levantando o olhar do chão).” (l.99-102,f.3, Oc2)	Contextual

<p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira adoptou uma postura agressiva e impositória, frente a frente com a mãe.” (l.103-104,f.3, Oc2)</p>	
<p>“Utilizou linguagem clara e simples, permitindo a comunicação expressiva das emoções da senhora, mas salientando que, os técnicos tudo farão, em virtude do superior interesse da criança, se a situação no agregado não se modificar.” (l.104-106,f.3, Oc2)</p>	Centralidade no sistema cliente
<p>“Durante a interacção foram mantidas as questões de privacidade e sigilo, havendo a interrupção da assistente social que também estava a acompanhar o caso.” (l.107-108,f.3, Oc2)</p>	Ética profissional
<p>“Esta observação decorreu no domicílio de uma família de origem brasileira, após uma sinalização da enfermeira de família, para a enfermeira da UCCC no âmbito do projecto de intervenção precoce, teve a duração de aproximadamente vinte minutos.” (l.111-113,f.3, Oc3)</p>	Domicílio
<p>“Esta avaliação tinha como objectivo confirmar a informação veiculada pela enfermeira de família que referia que o filho mais novo do casal, de quatro anos de idade, apresentava desenvolvimento cognitivo alterado e risco de exclusão social, no sentido de vir a integrar o IPC.” (l.114-117,f.4, Oc3)</p>	Centralidade no Sistema Cliente
<p>“Antes de efectuada a visita domiciliária, a enfermeira de família contactou telefonicamente a mãe, a informar da intenção da visita domiciliária da enfermeira da UCCC e para obter o seu consentimento, o que se verificou.” (l.118-120,f.4, Oc3)</p>	Contextual
<p>“A enfermeira apresentou-se e foi cumprimentada com dois beijos na face, de forma atenciosa e cordial.” (l.122-123,f.4, Oc3)</p>	Relação
<p>“A casa está limpa e arrumada, a criança em questão encontra-se na sala a jogar computador.” (l.123-124,f.4, Oc3)</p>	Domicílio
<p>“A criança está “<i>vidrada</i>”(sic) no computador, a irmã refere que ele passa o dia a ver desenhos de “<i>briga</i>” (sic) no computador.” (l.127-128,f.4, Oc3)</p>	História Familiar
<p>“O pai trabalha fora durante a semana, só vindo a casa ao fim de semana, a mãe trabalha como doméstica das 9h às 17h, e a irmã, não se enquadrando muito bem no estudo, deixou de estudar para tomar conta do irmão.” (l.128-131,f.4, Oc3)</p>	História Familiar

<p>“A irmã sabia que o objectivo da visita era fazer a avaliação do irmão, apesar da enfermeira ter reforçado e explicado que talvez fosse bom para a criança integrar o Jardim de Infância.” (l.132-133,f.4, Oc3)</p>	Prevenção
<p>“Explicou ainda a importância de ele ter contacto com outras crianças e com outro tipo de brincadeiras, para poder ter noção das regras, tendo em vista a sua integração na escola.” (l.134-135,f.4, Oc3)</p>	Ensinar
<p>“Neste sentido, informou-se a irmã que se iria contactar a mãe expondo a situação e as preocupações, assim como as propostas alternativas de resolução, uma vez que existe vaga no Jardim de Infância público, em Valada, ficando os pais de ponderar a situação e decidir.” (l.136-138,f.4, Oc3)</p>	Participação do Cuidador
<p>“Confirmaram-se as suspeitas da enfermeira de família, uma vez que a criança não estabelecia contacto visual, estando sempre a olhar para o computador e respondendo com guinchos e gestos agressivos.” (l.139-141,f.4, Oc3)</p>	Centralidade no Sistema Cliente
<p>“Na sala não se visualizaram outro tipo de brinquedos.” (l. 141,f.4, Oc3)</p>	Domicílio
<p>“A enfermeira apesar de se colocar ao nível da criança de joelhos no chão, não conseguiu nenhuma modificação de comportamento.” (l.141-142,f.4, Oc3)</p>	Centralidade no sistema cliente
<p>“Reforçou a importância da criança sair de casa, brincar com outras crianças da sua idade e com outro tipo de brinquedos, ir ao parque, entre outros.” (l.143-144,f.4, Oc3)</p>	Ensinar
<p>“Foi explicado à irmã o tipo de trabalho que a intervenção precoce desenvolve e que são os técnicos que dela fazem parte, no sentido de os seus pais poderem tomar uma decisão informada, por outro lado salientou o facto de ser urgente intervir para poder prevenir uma má adaptação e aproveitamento escolar.” (l.145-148,f.4, Oc3)</p>	Prevenção
<p>“Nesta altura a enfermeira já tinha programado um contacto pessoal com a mãe para poder expor a situação, perspectivando uma decisão <i>à posteriori</i>.” (l.148-150,f.4, Oc3)</p>	Participação do Cuidador
<p>“A enfermeira efectuou a avaliação do desenvolvimento psicomotor com o Teste de Sheridan, que confirmou as alterações.” (l.151-152,f.4, Oc3)</p>	Prevenção

<p>“Tendo sido assumido o compromisso da família de pensar na possibilidade da intervenção, para além do contacto com a mãe.” <i>(l.152-153,f.5, Oc3)</i></p>	<p>Responsabilização / Compromisso</p>
<p>“No que se refere à comunicação interpessoal, foi utilizada linguagem simples, na tentativa de contacto com a criança, por intermédio de brincadeiras e colocando-se ao seu nível, não tendo a enfermeira conseguido respostas positivas.” <i>(l.155-157,f.5, Oc3)</i></p>	<p>Comunicar</p>
<p>“A criança não permitiu o toque, nem quis falar, apesar de a irmã dizer que ele fala muito.” <i>(l.157-158,f.5, Oc3)</i></p>	<p>Ética profissional</p>
<p>“Durante a interacção foram cumpridas as questões de privacidade e sigilo e não ocorreram interrupções.” <i>(l.159-160,f.5, Oc3)</i></p>	<p>Ética profissional</p>

Enfermeira D

Unidades de Registo	Categoria
<p>“Numa primeira abordagem e pensando numa primeira visita, não é, esta relação vai-se construindo.” (l.5-4, f.1, Ed)</p>	<p>Centralidade no sistema cliente</p>
<p>“Primeiro temos de perceber toda a envolvimento do prestador de cuidados que existe sempre no domicílio, para o doente ser cuidado no domicílio é obrigatório ter um prestador de cuidados, primeiro tentar perceber toda a envolvimento do prestador com o doente e ir passo a passo, acho que é mesmo assim passo a passo, tentar ao compreender aquela unidade familiar, entrarmos um bocadinho na, ...ah, conseguirmos criar empatia, no fundo é isso e é por aí que se inicia.” (l.5-10, f.1, Ed)</p>	<p>Relação</p>
<p>“E tendo uma base forte de uma relação que se conseguiu estabelecer, ao se conseguir criar essa relação de confiança, começa no primeiro impacto, que acho que é o..., acho que é o mais importante, em qualquer relação é o primeiro impacto que nós criamos com as pessoas, e se essa base for sólida, ah, vai permitir uma relação de confiança e a partir daí temos a certeza de que quase vamos conseguir tudo daquela família.” (l.10-14, f.1, Ed)</p>	<p>Relação</p>
<p>“Eu penso que sim, não tanto, na liderança de uma só..., eu penso que o enfermeiro lidera, lidera no sentido de conduzir (riso)..., não no sentido de impor.” (l.17-18, f.1, Ed)</p>	<p>Liderança</p>
<p>“Estamos preparados para ouvir aquilo que a pessoa, a outra pessoa diz, mas se calhar nos temos um objectivo e somos nós que vamos, mediante o objectivo que temos, ah, direccionar para tal.” (l.18-20, f.1, Ed)</p>	<p>Centralidade na Tarefa</p>
<p>“Até onde nós queremos, quer dizer até onde nós achamos que é melhor, mas quer dizer, é tudo no sentido de... à partida quando nós levamos um objectivo, à partida pensamos que esse será o melhor para o doente, não é.” (l.22-24, f.1, Ed)</p>	<p>Centralidade na Tarefa</p>

<p>“Mas claro que com o conversar, tanto com o prestador como com o doente, às vezes faz-nos repensar esse objectivo, não é, porque às vezes aquilo que nós pensávamos que seria solução, pode não passar por aí, porque com o diálogo acabamos por perceber que há ali outras coisas, que se calhar aquele objectivo já não fará assim tanto sentido, não é, e é mesmo um diálogo.” (l.24-28, f.1, Ed)</p>	<p>Centralidade no Sistema cliente</p>
<p>“Tentar perceber as coisas, ouvir o outro e dar-lhes poder também a eles para tomarem essa decisão, não é, e sempre com o nosso olhar profissional, digamos assim, de poder ajudar, não é.” (l.28-30, f.1, Ed)</p>	<p>Relação</p>
<p>“Muitas vezes damos opções para que a pessoa possa fazer a melhor escolha e às vezes também temos de negociar, não é.” (l.31-32, f.2, Ed)</p>	<p>Negociação</p>
<p>“É sempre uma decisão, a palavra final é sempre do doente ou de quem cuida, no caso do doente estar consciente e orientado será o doente, não é, mas como eu já disse nós somos ali um meio de ajuda, é isso, estamos ali para ajudar o outro e é isso, com as nossas estratégias, com aquilo que sabemos tentar ajudar o outro a tomar a melhor opção relativamente à sua saúde.” (l.35-39, f.2, Ed)</p>	<p>Decisão Concordante</p>
<p>“Sim, passa muito por aí, nós temos que às vezes ah,..., nós pedimos ao utente que faça algo e nós também nos comprometemos a fazer outra coisa, é sempre um compromisso mútuo.” (l.42-44, f.2, Ed)</p>	<p>Responsabilização / Compromisso</p>
<p>“Porque às vezes é mesmo necessário haver um envolvimento de ambas as partes e o utente também sentir que tem ali alguém que se preocupa com ele e que não estamos ali para impor nada, não é, estamos ali para ajudar.” (l.44-46, f.2, Ed)</p>	<p>Trabalho de Equipa</p>
<p>“Ah,..., temos uma situação em que uma doente foi operada à anca, tinha incontinência já antes desta situação, mas quando voltou do internamento vinha mais dependente.” (l.49-50, f.2, Ed)</p>	<p>Reparação</p>
<p>“O facto de estar deitada, de ter de passar a usar fralda, fez com que fizesse uma ferida na sacro e também a ferida que já existia da deiscência da sutura da ferida cirúrgica na anca.” (l.50-52, f.2, Ed)</p>	<p>Reparação</p>
<p>“E o que é que acontecia, portanto, nomeadamente durante a noite a fralda encharcava e acabava por encharcar os dois pensos, tanto o da sacro como o da ferida cirúrgica.” (l.52-54, f.2, Ed)</p>	<p>Reparação</p>

<p>“E tentamos ali mostrar os benefícios que seria ir tentando tirar a fralda, pronto.” (l.54-55, f.2, Ed)</p>	<p>Ensinar</p>
<p>“O nosso objectivo seria mesmo ela usar a cueca que usava antes com o penso, não é, esse será o nosso objectivo, mas claro não podemos passar para o objectivo final, porque até chegar ao objectivo final temos de ir passando por passos, são pequenas etapas que vamos ultrapassando até chegar ao objectivo que pretendemos.” (l.55-59, f.2, Ed)</p>	<p>Contextual</p>
<p>“E então o primeiro foi ah... tentar que se mudasse a fralda mais vezes, a seguir passamos para a questão da arrastadeira, sempre dizendo à utente os benefícios que traria em adoptar estas medidas, envolvendo o prestador de cuidados, não é.” (l.59-61, f.2, Ed)</p>	<p>Decisão Concordante</p>
<p>“Porque ela sozinha não consegue por a arrastadeira, pronto sozinha não consegue trocar a fralda, não é.” (l.61-62, f.3, Ed)</p>	<p>Centralidade na tarefa</p>
<p>“E agora conseguimos, temos conseguido, estamos a conseguir, atingir este objectivo, porque já põem a arrastadeira, fizeram um buraco na cadeira para colocarem um bacio alto onde ela pudesse urinar e evacuar.” (l.63-65, f.3, Ed)</p>	<p>Decisão Concordante</p>
<p>“Porque embora ande de andarilho, a casa não tem condições, a casa de banho é externa à casa e tem alguns degraus portanto não tinha condições para que ela pudesse ir à casa de banho.” (l.65-67, f.3, Ed)</p>	<p>Domicílio</p>
<p>“Ah..., e realmente a ferida está muito melhor com a questão de ela colocar a arrastadeira ou ir ao bacio, uma outra questão foi o eritema da fralda.” (l.67-68, f.3, Ed)</p>	<p>Reparação</p>
<p>“Pedimos para que se comprasse outro tipo de fralda e realmente melhorou imenso.” (l.68-69, f.3, Ed)</p>	<p>Decisão Concordante</p>
<p>“E a ferida da sacro está, pronto com muito melhor aspecto, assim como o eritema e conseguimos preservar um bocadinho a urina na zona da ferida cirúrgica, portanto já não passa a grande parte do tempo encharcada em urina como passava.” (l.69-72, f.3, Ed)</p>	<p>Centralidade na tarefa</p>
<p>“Acho que foi aqui um grande negociar entre a família, chamar a atenção que assim não iria cicatrizar tão rápido, ah... pronto eles compreenderem tudo isto e conseguirmos passo a passo, que fizessem alguma coisa para melhorar a situação, mas claro isto, nós</p>	<p>Contextual</p>

vamos todos os dias e todos os dias batalhamos um bocadinho, um bocadinho, um bocadinho e temos conseguido resultados.” (l.72-76, f.3, Ed)	
“Para já que somos muito úteis, (risos), mas faz sentir que estamos e que realmente é importante estar, estar com as pessoas, dialogar, dar capacidade às pessoas para pensar no seu processo de saúde, não é, porque neste caso nós demos, dissemos o quanto seria importante aquilo para a saúde da pessoa, não é, e a pessoa reflectiu que sim que seria e tentou fazer o melhor, tendo confiança em nós, naquilo que estávamos a transmitir, tentou fazer o melhor para melhorar a sua situação.” (l.78-83, f.3, Ed)	Decisão Concordante
“É um utente totalmente dependente com úlcera de pressão maleolar e sagrada, com risco de agravamento pela imobilidade.” (l.5-6, f.1, Od1)	Reparação
“É um utente diabético que já sofreu uma amputação do membro inferior esquerdo até à coxa.” (l.7-8, f.1, Od1)	Reparação
“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia, à esposa e ao utente, demonstrando que já existe uma relação de proximidade e confiança, usando o toque no ombro da esposa.” (l.9-10, f.1, Od1)	Relação
“O utente encontra-se em cama articulada com colchão de pressões alternas, com um dos lados da cama encostado à parede, o quarto e a casa encontram-se limpos e arrumados.” (l.10-12, f.1, Od1)	Domicílio
“O utente apresenta-se com sudorese, mãos frias, expectoração que tem dificuldade em expelir, abdómen distendido e timpanizado, queixoso à palpação.” (l.12-14, f.1, Od1)	Reparação
“A esposa refere que ele à noite tinha 215 mg/dl de açúcar no sangue e por não ter termómetro não avaliou a temperatura, mas que acha que ele teve febre durante a noite, pois “ensopou a camisa do pijama”(sic).” (l.14-16, f.1, Od1)	Participação do Cuidador
“A enfermeira tomou a iniciativa de telefonar à filha no sentido de se chamar uma ambulância para o utente poder ir ao centro de saúde para ser avaliado pelo médico, uma vez que a esposa não tinha condições de sozinha ir com o utente, tendo também ela uma idade avançada.” (l.17-19, f.1, Od1)	Reparação
“A filha respondeu que não podia ir já, mas que iria assim que	Participação do

pudesse, ao que a mãe verbalizou: “ <i>ela nunca pode...</i> ” (sic).” (l.20-21, f.1, Od1)	Cuidador
“Observou-se também que o utente tinha 450 cc de urina num saco de 24h. Encontra-se com uma glicemia de 317 mg/dl 2h e 40 após o pequeno almoço.” (l.22-23, f.1, Od1)	Manutenção
“O momento de contacto foi liderado, com manifestação de poder, pela enfermeira no sentido ter tomado a iniciativa de ligar à filha do utente.” (l.26-27, f.1, Od1)	Liderança
“A enfermeira continuou a colheita de dados junto do utente percebendo que este tem dor no pé e que a tosse não o deixou dormir, nem a ele, nem à esposa, durante a noite.” (l.33-35, f.1, Od1)	Centralidade no Sistema Cliente
“O objectivo da visita domiciliária era proceder à realização do tratamento às úlceras de pressão instituídas e à realgaliação do utente.” (l.30-31, f.1, Od1)	Reparação
“Partiu-se do princípio que a situação constituía um problema de saúde para o utente e não se questionou em momento nenhum se este queria ir ao centro de saúde.” (l.31-33, f.1, Od1)	Liderança
“A enfermeira informou ainda o casal que estavam a ponderar que ele viesse a ter apoio de fisioterapia, mas não foi solicitada a sua opinião acerca do assunto nem se entrou em pormenores.” (l.33-35, f.1, Od1)	Relação
“A enfermeira informou ainda o casal que estavam a ponderar que ele viesse a ter apoio de fisioterapia, mas não foi solicitada a sua opinião acerca do assunto nem se entrou em pormenores.” (l.33-35, f.1, Od1)	Exaustão do cuidador
“A esposa revelou à enfermeira sinais de cansaço uma vez que o marido tem períodos de desorientação durante a noite, não a deixando dormir.” (l.36-37, f.1, Od1)	Mediação
“Foi escrita uma carta de referenciação para o centro de saúde, explicando a situação clínica do utente, e o motivo pelo qual considerava importante o senhor ter avaliação médica.” (l.38-40, f.2, Od1)	Comunicar
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.41-42, f.2, Od1)	Relação

“Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação ao utente, olhando-o de frente, havendo sempre contacto visual entre ambos.” (l.42-44, f.2, Od1)	Comunicar
“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções no decorrer da observação.” (l.44-45, f.2, Od1)	Ética Profissional
“É um utente dependente, com úlceras de pressão em ambos os calcâneos.” (l.51, f.2, Od2)	Reparação
“Na situação observada estão envolvidos esta cuidadora informal e o utente (aparentemente consciente e orientado, com disartria), para além da enfermeira.” (l.51-53, f.2, Od2)	Contextual
“Chegada à casa referenciada como sendo do utente, a enfermeira é recebida à entrada pela cuidadora, que a abraça dizendo: <i>“estou tão feliz que tenham vindo, estou tão preocupada com ele...”</i> , enquanto lhe indica o caminho.” (l.54-56, f.2, Od2)	Participação do Cuidador
“Esta visita tem como objectivos, para além de realizar os tratamentos há feridas instituídas, avaliar as condições gerais do utente.” (l.57-58, f.2, Od2)	Reparação
“Utente de 84 anos, com PA: 160/70 mm Hg, tem antecedentes pessoais de AVC há 14 anos.” (l.59, f.2, Od2)	Centralidade no sistema cliente
“A cuidadora primeiro refere que o utente tem recusado alimentar-se, mas posteriormente refere que tem comido muito bem (?).” (l.59-62, f.2, Od2)	Participação do Cuidador
“Refere que ele não tem evacuado.” (l.61, f.2, Od2)	Manutenção
“O utente encontra-se muito queixoso ao toque.” (l.61-62, f.2, Od2)	Reparação
“À medida que a enfermeira vai tentando estabelecer algum diálogo com o utente a cuidadora chora, referindo que tem muito medo de ficar sem ele.” (l.62-63, f.2, Od2)	Participação do Cuidador
“A equipa tem dúvidas em relação à situação desta cuidadora, uma vez que sabe que: não é familiar; fazia voluntariado no lar onde o utente se encontrava; e supostamente passaram a viver juntos.” (l.64-66, f.2, Od2)	História Familiar
“Agora o Sr. estava cada vez mais dependente e a necessitar de	Contextual

cuidados especializados.” (l.66-67, f.2, Od2)	
“A filha do utente fez queixa à segurança social, alegando que o pai se encontrava em risco.” (l.67-68, f.2, Od2)	Participação do Cuidador Familiar
“A entrada para a casa é efectuada pela cave, existem objectos decorativos de visível valor mas cobertos de pó, cheirando a casa muito a fumo de tabaco.” (l.69-70, f.2, Od2)	Domicílio
“O quarto onde o utente se encontra é pequeno tem uma janela por cima da sua cabeceira.” (l.70-71, f.2, Od2)	Domicílio
“Encontra-se deitado numa cama e colchão vulgares, de corpo e meio, visivelmente pequenos para o seu metro e oitenta de altura.” (l.71-73, f.2, Od2)	Domicílio
“As feridas instituídas vieram após algum tempo de internamento hospitalar.” (l.73, f.2, Od2)	Reparação
“Existe dificuldade na prestação de cuidados devido ao iminente risco de queda.” (l.73-74, f.2, Od2)	Contextual
“O momento de contacto foi liderado, pela cuidadora informal, uma vez que sempre que a enfermeira tentava interpelar o utente a cuidadora respondia por ele.” (l.75-76, f.2, Od2)	Participação do Cuidador
“Esta foi referindo que se vai mudar para uma casa no Cartaxo com mais espaço, para poder dar ao utente os cuidados que ele necessita.” (l.76-78, f.2, Od2)	Domicílio
“O utente está com sinais visíveis de desidratação, pálido, descorado e com mucosas secas.” (l.78-79, f.3, Od2)	Reparação
“Num breve momento em que a cuidadora não esteve no quarto a enfermeira perguntou ao utente se o têm levantado ao que ele respondeu: “ <i>não me levantam...</i> ” (sic).” (l.79-80, f.3, Od2)	Centralidade no Sistema Cliente
“Antes da interacção com o utente a situação foi apreciada pela equipa, por haver suspeita de maus tratos ao idoso, tendo sido definida como estratégia desenvolver uma prestação de cuidados atenta mas discreta, para se conseguir ganhar a confiança da cuidadora.” (l.81-83, f.3, Od2)	Contextual

<p>“Salientou-se que seria importante a realização de levante diário para o cadeirão, estava supostamente a ser feito para uma cadeira de rodas, e para a aquisição de uma cama articulada e de um colchão de pressões alternadas, no sentido de minimizar o risco de novas úlceras de pressão e de quedas.” (l.84-87, f.3, Od2)</p>	Ensinar
<p>“Questionou-se se a cuidadora teria possibilidade de adquirir as ajudas técnicas, ao que esta respondeu que sim que faz tudo o que for preciso, que ele tem tudo, e que lhe dá tudo o que ele precisar.” (l.87-89, f.3, Od2)</p>	Responsabilização / Compromisso
<p>“Informou-se ainda a cuidadora que se iria contactar o médico de família no sentido de este poder realizar uma visita domiciliária, para avaliação clínica da obstipação e da hipertensão arterial.” (l.90-91, f.3, Od2)</p>	Mediação
<p>“A cuidadora apresenta oscilações de comportamento, parecendo receosa, muito disponível e verbalizando que pretende casar com o utente assim que este melhorar (sic).” (l.93-94, f.3, Od2)</p>	Responsabilização / Compromisso
<p>“A enfermeira referiu que o utente não está bem e que parece infeliz, ao que este não respondeu, e a cuidadora referiu que ele já costumava estar assim mas que ia melhorar.” (l.94-96, f.3, Od2)</p>	Centralidade no sistema cliente
<p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.97-98, f.3, Od2)</p>	Comunicar
<p>“Durante a observação posicionou-se, frente a frente com a cuidadora e na lateral da utente, havendo sempre contacto visual entre ambos.” (l.98-100, f.3, Od2)</p>	Relação
<p>“Apesar de permitir a comunicação verbal do utente cuidado, tal quase não foi possível devido à interpelação constante da cuidadora.” (l.100-101, f.3, Od2)</p>	Relação
<p>“Foram cumpridas as questões de privacidade do utente, não tendo havido interrupções de outro nível, a não ser da cuidadora durante a prestação de cuidados.” (l.102-103, f.3, Od2)</p>	Ética profissional
<p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia.” (l.108, f.3, Od3)</p>	Domicílio
<p>“A utente é autónoma, com uma idade próxima dos sessenta anos.” (l.108-109, f.3, Od3)</p>	História familiar

“Vive em casa da filha, com o genro e a neta de quatro anos (que dorme com a avó no mesmo quarto).” (l.109-110, f.3, Od3)	História familiar
“A sua situação de saúde levou a que tivesse uma fístula abdominal com drenagem de fezes permanentemente, exigindo cuidados diários (as enfermeiras efectuam o penso de manhã e a filha foi capacitada para realizar o penso à noite).” (l.110-112, f.3, Od3)	Reparação
“O quarto está limpo, mas o espaço de circulação é mínimo.” (l.114, f.3, Od3)	Domicílio
“Quando a enfermeira chegou a utente ainda estava deitada, tendo-se levantado naquele momento para ir buscar água morna para se proceder à higienização da pele circundante à fístula.” (l.114-116, f.4, Od3)	Adesão
“A utente refere ainda estar um pouco sonolenta, apresenta fácies triste e verbaliza expressões de inconformidade para com a situação de saúde.” (l.116-118, f.3, Od3)	Exaustão do cuidador/cliente
“Refere ainda que, não tem dormido bem por ter reduzido a medicação.” (l.118, f.3, Od3)	Manutenção
“A enfermeira não teceu qualquer tipo de comentário, referiu apenas que é muito importante que consiga dormir durante a noite para que de dia possa estar bem psicologicamente, sem apresentar alternativas.” (l.118-121, f.3, Od3)	Centralidade no Sistema Cliente
“Não houve manifestações de liderança ou de poder pela enfermeira, não tendo havido praticamente diálogo com a utente durante o procedimento técnico.” (l.122-123, f.3, Od3)	Centralidade no sistema cliente
“No final da realização do penso a enfermeira questionou se tinham material suficiente caso o penso repassasse e para a realização do mesmo à noite, tendo verificado que não havia necessidade de deixar mais material.” (l.124-126, f.4, Od3)	Centralidade na tarefa
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos, com expressões de familiaridade para com a utente.” (l.127-128, f.4, Od3)	Comunicar
“Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação à utente, onde realizou o penso, havendo sempre contacto visual entre ambas, do lado oposto da cama manteve-se a neta de quatro anos	Ética profissional

<p>durante toda a observação, tendo esta colaborado na recolha de lixo limpo.” (l.128-131, f.4, Od3)</p>	
<p>“A porta do quarto foi mantida aberta durante a interação, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.” (l.132-134, f.4, Od3)</p>	<p>Ética profissional</p>

Enfermeira E

Unidades de Registo	Categoria
<p>“Então é o seguinte eu penso que consigo estabelecer uma relação favorável com o individuo e com a família e com os principais prestadores de cuidados, porque por vezes não é a família o principal prestador de cuidados, apesar de muitas vezes estarem presentes, não são eles que prestam os cuidados directos ao utente.” (l.4-7,f.1,Ee)</p>	Centralidade no sistema cliente
<p>“A minha principal preocupação é realmente estabelecer uma relação de confiança de empatia com todos os prestadores envolventes, o estabelecimento de uma relação de ajuda, para que possa tudo correr da melhor forma.” (l.7-10,f.1,Ee)</p>	Relação
<p>“É assim respeito sempre ou tento sempre que o espírito de liderança seja tomada pelo principal prestador de cuidados, se não for a família ou algum vizinho ou mesmo as senhoras do apoio domiciliário.” (l.13-15,f.1,Ee)</p>	Centralidade no sistema cliente
<p>“Eu penso que em todas as situações tem de haver alguém que lidere a situação, em tudo tem que haver um líder.” (l.17-18,f.1,Ee)</p>	Liderança
<p>“Eu tento sempre que esse líder seja alguém que passe mais tempo com o utente.” (l.18-19,f.1,Ee)</p>	Centralidade no Sistema Cliente
<p>“Porque há determinadas decisões importantes, que é necessário serem tomadas, se não forem tomadas por uma pessoa que lidere vai ser difícil conseguirmos atingir algum objectivo, se houver várias pessoas que queriam tomar essa posição dificilmente vamos conseguir chegar a um objectivo” (l.19-21,f.1,Ee)</p>	Responsabilização / Compromisso
<p>“Eu tento sempre que a liderança seja efectuada pelo utente ou por aquele que lhe está mais próximo.” (l.21-22,f.1,Ee)</p>	Centralidade no sistema cliente
<p>“Eu digo ou tento explicar o que será melhor, mas também espero sempre um feedback do outro lado, não chego lá, não imponho, <i>“tem de ser assim!”</i>, normalmente não costumo fazer isso, tento que haja um... que se chegue a um acordo entre ambos, o que é que é melhor</p>	Trabalho de Equipa

para aquela situação e coloco sempre essa pessoa a pensar junto comigo.” (l.23-27,f.1,Ee)	
“É assim acho que a decisão deles tem de se ter sempre em conta, e penso que será..., apesar de nem sempre considerar que seja a decisão melhor, tento sempre influenciar para uma melhor decisão, aquela que tem a ver com o processo de saúde e com o restabelecimento do utente, mas quando isso não é possível tento respeitar um pouco, a decisão do individuo ou do prestador.” (l.30-34,f.2,Ee)	Centralidade no sistema cliente
“É assim, como disse há pouco, para conseguirmos atingir algo de bom para aquele utente é necessário haver uma cooperação de todos.” (l.39-40,f.2,Ee)	Trabalho de Equipa
“Se chego lá e digo, isto tem de ser feito assim e assim, vai ser difícil o cumprimento da outra parte, por isso tem de haver sempre uma negociação com o principal líder.” (l.40-42,f.2,Ee)	Adesão
“Tivemos uma situação de uma utente que estava numa casa de acolhimento, quando os familiares repararam a utente estava completamente cheia de feridas com úlceras de pressão de grau muito elevado.” (l.46-48,f.2,Ee)	História Familiar
“Quando se depararam com essa situação foi num internamento que a senhora teve.” (l.48-49,f.2,Ee)	História Familiar
“Quando teve alta, já não deixaram que a senhora regressasse à casa de acolhimento onde se encontrava.” (l.49-50,f.2,Ee)	História Familiar
“Acolheram-na em casa.” (l.50,f.2,Ee)	Participação do Cuidador
“Era uma utente... a utente era “apenas” sobrinha do casal, não era portanto um familiar directo eram os sobrinhos que eram os principais prestadores de cuidados, recorreram à ajuda de uma SAD” (l.50-52,f.2,Ee)	Rede Comunitária
“E todos juntos conseguimos que aquela senhora, que estava afásica, que não comia, que não bebia a não ser por sonda nasogástrica, conseguimos que ela comesse a comer, conseguimos que ela verbalizasse algumas palavras, conseguimos que ela cicatrizasse a maioria das feridas, neste momento tem apenas uma úlcera de	Trabalho de Equipa

pressão, também já em fase de cicatrização.” (l.52-57,f.2,Ee)	
“E foi um trabalho que conseguimos com a ajuda de todos.” (l.57,f.2,Ee)	Trabalho de Equipa
“Apesar do principal prestador de cuidados ser o sobrinho, é ele que presta os principais cuidados, mas sempre disponível para aprender, sempre disponível para ajudar aquela tia em tudo.” (l.57-60,f.2,Ee)	Decisão Concordante
“É um grande orgulho para nós sabermos que estamos a contribuir para a evolução e para o bem estar daquela utente e daquela família.” (l.61-62,f.2,Ee)	Centralidade no Sistema Cliente
“Porque acho que também foi muito gratificante para aquela família ver a fase em que a utente se encontrava e ver a fase em que ela se encontra neste momento, e os progressos que ela teve ao longo deste tempo.” (l.62-65,f.3,Ee)	Reflexão na Ação
“Demorou tempo, mas conseguimos, houve também uma fase de adaptação da parte deles, porque eram pessoas que não estavam habituadas a lidar com a situação, mas aceitaram os nossos conselhos e aceitaram praticamente tudo aquilo que lhe dizíamos, por vezes questionavam porque é que tinha de ser assim, nós tentávamos explicar e eles facilmente aceitaram.” (l.65-69,f.2,Ee)	Decisão Concordante
“É uma senhora totalmente dependente com uma neoplasia em estágio terminal, integrando por esse motivo a ECCIC.” (l.7-8,f.1,Oe1)	Rede Comunitária
“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia, esperando que a prestadora informal de cuidados a encaminhasse para o quarto.” (l.10-11,f.1,Oe1)	Domicilio
“O ambiente está limpo, tendo o chão do quarto acabado de ser lavado, cheira a desinfetante.” (l.11-12,f.1,Oe1)	Domicilio
“A utente está consciente e orientada, deitada em cama articulada, com colchão de pressões alternadas.” (l.13-14,f.1,Oe1)	Manutenção
“Ao aproximar-se da utente a enfermeira estabeleceu contacto visual, baixando-se ao nível da cabeceira, disse bom dia, tocou no ombro e perguntou como se sentia a utente hoje, ao que esta respondeu que não tinha dores.” (l.14-16,f.1,Oe1)	Centralidade no Sistema Cliente
“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira.” (l.17,f.1,Oe1)	Liderança

“O objectivo da visita domiciliária era realizar o tratamento às úlceras de pressão e proceder à avaliação da pressão arterial.” (l.17-18,f.1,Oe1)	Reparação
“O silêncio foi quase absoluto durante a realização do procedimento, interrompido por uma chamada telefónica recebida pela enfermeira.” (l.18-20,f.1,Oe1)	Centralidade na Tarefa
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos, assertiva, com tom de voz tranquilizador.” (l.21-23,f.1,Oe1)	Comunicar
“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não havendo praticamente exposição do corpo a não ser nos locais onde era necessário realizar o procedimento.” (l.23-25,f.1,Oe1)	Ética profissional
“É uma utente grande dependente com tetraplegia devido a um acidente de viação.” (l.30-31,f.1,Oe2)	História Familiar
“Segundo a enfermeira esta utente tem ausência de dor, mas alguma sensibilidade, havendo por isso alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.” (l.31-33,f.1,Oe2)	Prevenção
“Possui cama articulada, com colchão de pressões alternas, mas sem possibilidade de levantar.” (l.33-34,f.1,Oe2)	Manutenção
“O objectivo da visita é a administrar terapêutica intramuscular e proceder à realgaliação.” (l.34-35,f.1,Oe2)	Reparação
“A porta foi aberta pelo marido da utente.” (l.36,f.1,Oe2)	Domicílio
“A enfermeira entrou, depois dos cumprimentos cordiais e foi directa ao quarto da utente.” (l.36-37,f.1,Oe2)	Relação
“Quando questionada acerca de como tem passado, a utente responde que se tem desalgaliado muitas vezes porque o balão se rompe.” (l.38-39,f.2,Oe2)	Centralidade na tarefa
“Factos, que a enfermeira atribuiu ao grau de acidez da urina, mas tendo em conta que não existem outro tipo de algalias de longa duração, não se propuseram alternativas” (l.39-41,f.2,Oe2)	Ensinar
“A utente referiu ainda que esta situação é complicada porque tem estado a fazer muitas infecções urinárias, mas que tem de ir aguentando.” (l.41-43,f.2,Oe2)	Exaustão do sistema cliente

“Tem apoio domiciliário integrado e já usufruiu de fisioterapia, durante algum tempo, até chegar ao “limite” de reabilitação possível.” (l.44-45,f.2,Oe2)	Rede Comunitária
“O quarto é amplo, estando o espaço bem distribuído e arrumado.” (l.46,f.2,Oe2)	Domicílio
“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira, podendo resumir-se a: entrou, cumprimentou e iniciou o procedimento.” (l.47-48,f.2,Oe2)	Centralidade na tarefa
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.49-50,f.2,Oe2)	Comunicação
“O toque estabelecido foi exclusivamente o correspondente ao procedimento técnico, foram cumpridas as questões de privacidade.” (l.51-52,f.2,Oe2)	Ética profissional
“Esta observação durou cerca de trinta minutos, foi sinalizada pelo serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia do Cartaxo, existindo prestação de cuidados há sete meses.” (l.55-56,f.2,Oe3)	Rede Comunitária
“É um utente totalmente dependente com úlcera de pressão instituída, integrando por esses motivos a ECCIC.” (l.58-59,f.2,Oe3)	Reparação
“A enfermeira entra no domicílio dizendo boa tarde.” (l.60,f.2,Oe3)	Relação Interpessoal
“O utente encontra-se numa cama articulada com colchão de pressões alternadas, no quarto.” (l.60-61,f.2,Oe3)	Manutenção
“A esposa veio receber a enfermeira à porta, sorridente, mas foi dizendo que está muito preocupada com a situação, pois mesmo tendo o apoio da SCMC, está muito cansada, pois sendo também ela idosa e com alguns problemas de saúde, sente que não consegue prestar os cuidados que “devia” ao marido e que este precisa.” (l.61-65,f.2,Oe3)	Exaustão do cuidador/ cliente
“A enfermeira questionou acerca do filho do casal e se este não poderia colaborar mais no cuidado ao pai (de notar que o filho tem uma oficina a funcionar no quintal dos pais).” (l.66-67,f.2,Oe3)	Participação do cuidador
“A senhora respondeu que o filho não se tem preocupado e que por isso paga a uma senhora vizinha cerca de 300 euros por mês para	Participação do cuidador

esta ir substituir a fralda ao marido à noite.” (l.67-69,f.2,Oe3)	
“De salientar que esta só o faz se o utente tiver a fralda suja, pois as auxiliares da SMC substituem a fralda e mobilizam o utente a meio da tarde, sendo assim caso a fralda não seja mudada o utente não é mobilizado até ao dia seguinte, facto que tem levado ao agravamento significativo das feridas.” (l.69-73,f.2,Oe3)	Participação do Cuidador familiar
“Neste contexto, a enfermeira comprometeu-se a abordar o filho no sentido de conseguir envolvê-lo no processo de cuidados e de articular com as auxiliares da SAD no sentido de que estas possam passar em casa deste utente o mais tarde possível, para poderem mobilizá-lo.” (l.74-76,f.2,Oe3)	Negociação
“O quarto é amplo, e a cama encontra-se centrada com a parede, permitindo a passagem em ambos os lados.” (l.77-78,f.3,Oe3)	Domicílio
“O utente encontra-se afásico, mas reactivo e muito queixoso a estímulos dolorosos.” (l.78-79,f.3,Oe3)	Centralidade no sistema cliente
“A esposa está visivelmente cansada, chorosa reconhecendo que não pode cuidar do marido sozinha.” (l.80-81,f.3,Oe3)	Exaustão do cuidador/cliente
“A enfermeira ao entrar no quarto, pediu licença e começou a “trabalhar” mantendo o diálogo com a esposa, naquilo que era possível, pois cada vez que o utente era mobilizado queixava-se gritando.” (l.82-84,f.3,Oe3)	Centralidade na tarefa
“Não se verificaram expressões de encorajamento à esposa.” (l.84,f.3,Oe3)	Centralidade na tarefa
“Explicou-se as consequências se a situação se viesse a manter (até porque também está em causa a vertente económica, segundo a esposa, começa a ser difícil de suportar também essa parte, mas até agora não tem sido problema), e algumas alternativas para resolução do problema, nomeadamente se as auxiliares passassem a vir mais tarde e o filho fosse mobilizar o pai antes de sair da oficina, poderiam abdicar da pessoa da noite.” (l.84-89,f.3,Oe3)	Ensinar
“Propostas que a esposa do utente ficou de ponderar.” (l.89-90,f.3,Oe3)	Responsabilização / Compromisso
“Foi ainda assumido o compromisso de apresentar e debater a	Responsabilização /

situação em equipa, no sentido de se poderem encontrar outras alternativas.” (l.91-92,f.3,Oe3)	Compromisso
“O objectivo desta visita domiciliária era realizar tratamento às úlceras de pressão instituídas.” (l.93,f.3,Oe3)	Reparação
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.94-95,f.3,Oe3)	Comunicação
“Estabeleceu-se o toque unicamente o referente ao procedimento técnico. Foram cumpridas as questões de privacidade do utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.” (l.97-99,f.3,Oe3)	Ética profissional

Enfermeira F

Unidades de Registo	Categoria
<p>“Como é que eu percepciono... ah, durante as minhas visitas domiciliárias procuro ter em atenção, não sei se sempre consigo, mas procuro ter em atenção o outro, aquilo que o individuo, família sabem, para a partir daí poder ajuda-lo, mas sempre no sentido do que o outro sabe, aquilo que o outro consegue fazer, para conseguir fazer aquilo que eu penso que será o melhor para a situação em si, não o que é o melhor para mim como enfermeira, mas tendo sempre em conta aquilo que é melhor para ele, tendo em conta aquilo que ele sabe, que ele já sabe fazer ou que ele sente naquela situação.” (l.4-10, f.1, Ef)</p>	Centralidade no sistema cliente
<p>“A sensação que eu tenho, em termos gerais dos cuidados que presto é que as famílias, no geral depõem no enfermeiro essa liderança, é a minha percepção em termos gerais, não é em todas as famílias...” (l.12-14, f.1, Ef)</p>	Liderança
<p>“Por exemplo, sinto que eles depositam confiança, portanto se eu lhe estou a dizer algo que deveria fazer assim, eles tentam acatar aquilo que lhes é dito.” (l.16-17, f.1, Ef)</p>	Decisão Concordante
<p>“Portanto eles sentem que aquilo que o enfermeiro lhes diz de facto talvez seja o melhor para eles.” (l.17-18, f.1, Ef)</p>	Decisão Concordante
<p>“A tomada de decisão é assim essa percepção não se consegue numa visita é um trabalho continuado.” (l.24-25, f.1, Ef)</p>	Reflexão na Ação
<p>“E vou percepcionando essa tomada de decisão, ao longo do tempo quando sinto que alguma coisa mudou, portanto aquilo que foi dito, aquilo que, portanto, o comportamento que eles próprios vão adquirindo e vão trabalhando ao longo do tempo é que me dá a percepção que acataram aquilo que lhe foi dito, e portanto eles</p>	Decisão Concordante

próprios depois acabam por ser eles a assumir.” (l.25-29, f.1, Ef)	
“Portanto o papel que no início era mais do enfermeiro, depois passam eles próprios a assumir esse papel, e o manifestam.” (l.29-30, f.1, Ef)	Contextual
“Portanto quando eles assumem, aprendem e demonstram que aprenderam, acabam por ser eles a liderar, no fundo, acabam eles depois por ser donos do “conhecimento”, que foram adquirindo no trabalho conjunto.” (l.30-32, f.1, Ef)	Liderança
“É mais por negociação, para atingir determinado tipo de objectivos, daí eu ter dito que era um trabalho continuado, não se consegue numa visita nem em duas, depende também da pessoa, da família, é um trabalho..., é um percurso, é um caminho, é um trabalho continuado, sempre por objectivos, e por outro lado dar estímulo positivo naquilo que já foi conseguido.” (l.37-39, f.2, Ef)	Negociação
“Estimular, portanto dar aquele reforço positivo naquilo que já foi conseguido... “Olhe já foi conseguido isto! Como é que se sente, o que é que acha?” dar espaço ao outro para que ele possa sentir que tem o seu poder de decisão.” (l.40-42, f.2, Ef)	Centralidade no Sistema Cliente
“As prioridades também são importantes, por vezes as famílias ou para o doente porque estes ou este podem perceber ou não ter a percepção do que é prioritário e cabe ao enfermeiro transmitir o que é prioritário.” (l.43-45, f.1, Ef)	Reflexão na Ação
“Dai ser um trabalho contínuo ao longo do tempo, continuado e sempre pela negociação e na valorização positiva, não é daquilo que foi conseguido, sempre no sentido da parceria, não do enfermeiro distante, se calhar no inicio podia parecer um enfermeiro mais autoritário, mas depois que essa ideia se vá esbatendo e que as pessoas consigam assumir as conquistas que tiveram e aquilo que conseguiram e o enfermeiro passa a estar mais como parceiro lado a lado, e não como uma pessoa tão distante como no início da relação.” (l.45-51, f.2, Ef)	Negociação
“Uma filha cuidadora, portanto uma mãe totalmente dependente.” (l.55-56, f.2, Ef)	Adesão
“Em termos de espaço tínhamos um quarto onde não havia cama articulada e havia muita renitência em ter a cama articulada, por	Resistência à

exemplo o colchão: <i>“porque é que a minha mãe precisa de um colchão?”</i> . Portanto houve todo um conjunto de ajudas técnicas que tiveram de ser trabalhadas.” (1.56-59, f.2, Ef)	Mudança
“Demonstrar porque é que era importante a mobilização, portanto era uma senhora que tinha feridas, úlceras de pressão, tivemos que demonstrar porque é que era importante haver mobilização e ter cuidados de higiene, que não existiam os cuidados de higiene necessários.” (1.59-62, f.2, Ef)	Ensinar
“E fomos trabalhando isso mostrando àquela filha que, obteve-se a cama articulada, a mãe já podia estar sentada, obteve-se o colchão e os cuidados de higiene passaram por ela, portanto, as senhoras portanto que davam apoio, até o apoio que no início era negado, conseguiu-se que ela aceita-se o próprio familiar achou que era importante ter aquele apoio.” (1.63-66, f.3, Ef)	Manutenção
“E ela depois, pelo facto de as úlceras estarem a melhorar, o aspecto geral da mãe estar a melhorar, ela própria começou a sentir-se gratificada, por ter cedido e no fundo por ver as conquistas e a melhoria” (1.66-68, f.3, Ef)	Adesão
“Portanto ela própria começou a reforçar os cuidados de higiene que não existiam, por exemplo, houve uma altura em que sugerimos, para ter mais espaço, mesmo em termos de trabalho e ficar o quarto mais alegre para a mãe, mudar, talvez mudando um pouco a posição da cama, tínhamos uma janela e entraria mais luz retirando um móvel, portanto ela disse que sim, mas percebeu e depois até nos disse <i>“olhem ainda bem que mudei, o quarto está mais alegre...”</i> , portanto foram pequenas conquistas, pequenos passos que se foram conseguindo.” (1.68-74, f.3, Ef)	Adesão
“ Inclusive de pois ela própria nos surpreendia.” (1.74, f.3, Ef)	Participação do Cuidador
“Portanto tinha sempre água morna, feridas, houve uma formação que colegas fizeram e, relativamente às feridas deveriam ser lavadas com água morna, portanto tinha um termo e quando nós lá chegávamos, mesmo não estando a cuidadora, tínhamos a água sempre num termo.” (1.75-78, f.3, Ef)	Participação do Cuidador
“Portanto ela surpreendeu-nos, ela própria começou-se a implicar no	Adesão

cuidado à mãe e a valorizar coisas que não valorizava, e de facto começou a ver que era importante.” (l.78-79, f.3, Ef)	
“E foi muito importante para aquela mãe, melhorou a qualidade de vida e no fundo para ela como filha também, porque ela de facto podia fazer muito e conseguiu fazer, e fomos sempre dando esse estímulo positivo, e ela própria como via que a mãe estava a melhorar e via a evolução positiva, isso para ela também foi muito bom, portanto de facto “eu tenho muitas capacidades”. (l.79-83, f.3, Ef)	Centralidade no Sistema Cliente
“Quando tínhamos o termo, demos-lhe um grande elogio, olhe uma boa ideia, nunca tínhamos pensado nisto.” (l.84-85, f.3, Ef)	Decisão Concordante
“Foi assim uma senhora que nos surpreendeu muito, pela positiva, mas também foi um trabalho contínuo e andámos lá muitos meses, foi um trabalho muito..., ela não queria sequer o apoio de ninguém, de nenhuma instituição, portanto era uma pessoa renitente a tudo, portanto foi uma grande conquista, e sobretudo para ela como filha, penso que ela como filha se sentiu melhor.” (l.85-89, f.3, Ef)	Adesão
“Portanto foi um trabalho de equipa, não fui eu a única, foi um trabalho de equipa, porque é sempre um trabalho de equipa, pronto é isto que faz a diferença.” (l.91-92, f.3, Ef)	Trabalho de Equipa
“É isto que faz a diferença em sermos enfermeiros, conseguimos estas pequenas conquistas, que são muito para aquela família, para aquela filha e para aquela doente, portanto foi assim uma experiencia que nos marcou.” (l.93-95, f.3, Ef)	Reflexão na Ação
“À partida, tinha-nos sido referenciada como complicada e difícil de trabalhar e de facto foi, foi difícil mas foi-se conseguido, provando que nada é impossível, ao longo de muitos meses.” (l.95-97, f.4, Ef)	Resistência à Mudança
“Porque enquanto enfermeiros nem sempre reflectimos sobre aquilo que conseguimos e que fazemos.” (l.101-102, f.4, Ef)	Reflexão na Ação
“Sendo uma senhora parcialmente dependente, tem uma neoplasia da mama esquerda com ulceração, integra por esse motivo a ECCIC.” (l.5-6, f.1, Of1)	Rede Comunitária
“A utente vive sozinha com o marido.” (l.7, f.1, Of1)	História Familiar
“No momento de chegada a utente ainda se encontrava deitada, não havia tomado pequeno almoço, tinha a janela fechada e a televisão	Domicílio

ligada.” (l.8-9, f.1, Of1)	
“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia ao marido, com um aperto de mão.” (l.10, f.1, Of1)	Relação
“Dirige-se directamente ao quarto onde a senhora se encontra deitada em cima da cama, já com a parte do penso exposta.” (l.10-12, f.1, Of1)	Centralidade na Tarefa
“Feitos os cumprimentos de ocasião, pediu licença iniciando o tratamento, objetivo da visita.” (l.12-13, f.1, Of1)	Centralidade na Tarefa
“Vai conversando com a utente, que se revela conformada com a sua situação de saúde, ao mesmo tempo que comenta o programa da manhã que passa na televisão e que ela tanto gosta de ver.” (l.13-15, f.1, Of1)	Relação
“Esta reforçou e insistiu no facto de ser muito importante que a utente se levante da cama, que abra a janela do quarto para arejar e para poder ver a rua.” (l.16-18, f.1, Of1)	Ensinar
“A utente concordou e disse que se iria levantar para comer assim que a enfermeira saísse.” (l.18-19, f.1, Of1)	Decisão Concordante
“Quando questionada acerca das pessoas que estão nas fotografias a utente fala das filhas e dos netos, aparentemente pessoas presentes no seu cuidado, com quem refere ter contato praticamente diário e que colaboram com o pai na limpeza da casa.” (l.20-23, f.1, Of1)	Participação do Cuidador
“Nesta interação deu-se ênfase aos recursos que a utente ainda mantém, no sentido de esta os poder valorizar mantendo alguma actividade e consequentemente mantê-los. (l.24-25, f.1, Of1)	Manutenção
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos, com diálogo constante durante toda a interação, quer com a utente, quer com o marido.” (l.26-28, f.1, Of1)	Comunicar
“Estabeleceu-se toque no início e no fim da interação, revelando alguma afetividade entre a enfermeira e a utente, e ainda o referente ao procedimento técnico.” (l.30-31, f.1, Of1)	Ética profissional
“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, apesar de a porta da rua se ter mantido aberta e ser perto da entrada do quarto,	Ética profissional

não tendo havido interrupções durante a interação.” (l.31-33, f.1, Of1)	
“É uma utente obesa com elefantíase dos membros inferiores e úlceras venosas crónicas, sendo o objetivo da visita realizar o tratamento às feridas.” (l.38-40, f.2, Of2)	Reparação
“À chegada a enfermeira perguntou como a utente tem passado, ao que esta respondeu que tem estado bem, dentro do possível, referindo que já passou por fases muito piores e que agora as feridas estão muito bem, parecendo conformada com a sua situação de saúde.” (l.41-43, f.2, Of2)	Adesão
“A enfermeira deu ênfase aos progressos que se tem conseguido.” (l.43-44, f.2, Of2)	Reparação
“Nota-se que existe uma relação de confiança entre a enfermeira e a utente em virtude do longo tempo de prestação de cuidados, com alguma intimidade (havendo questões acerca dos filhos da enfermeira, ao que esta respondeu).” (l.45-47, f.2, Of2)	Relação
“Não houve manifestação de liderança ou de poder pela enfermeira, uma vez que foi tentando responder aos pedidos que a utente ia fazendo em relação à forma como queria as compressas e as ligaduras.” (l.47-49, f.2, Of2)	Centralidade no Sistema Cliente
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira uma linguagem clara e afetuosa, sem termos técnicos, mantendo o diálogo constante em todo o procedimento.” (l.50-51, f.2, Of2)	Comunicar
“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções.” (l.53-54, f.2, Of2)	Ética profissional
“É uma senhora totalmente dependente, com úlcera de pressão no trocanter, integra por esses motivos a ECCIC.” (l.59-60, f.2, Of3)	Reparação
“Esta senhora foi acolhida em casa deste casal, seus sobrinhos e única família.” (l.61, f.2, Of3)	Participação do Cuidador
“O sobrinho contudo, é doente psiquiátrico, e por esse motivo tem vindo a verbalizar o seu cansaço junto da equipa enquanto único cuidador, uma vez que a sua esposa em nada ajuda no cuidado da idosa.” (l.61-64, f.2, Of3)	Exaustão do cuidador/cliente
“Esta utente tem demência, mas após uma fase de agravamento tem	Centralidade no

vindo a recuperar algumas capacidades cognitivas e de deglutição, existindo até uma negociação com o cuidador no sentido de se vir a retirar a sonda nasogástrica.” (l.64-66, f.2, Of3)	sistema cliente
“Neste contexto, esta utente está referenciada para uma unidade de cuidados de média duração, por exaustão do cuidador, a aguardar vaga.” (l.67-68, f.2, Of3)	Exaustão do cuidador/cliente
“Já estive num Lar, mas onde o sobrinho refere que a sua madrinha e tia foi muito mal tratada.” (l.68-69, f.2, Of3)	História familiar
“Mostrando até fotografias das múltiplas úlceras de pressão que tinha quando ele a retirou do Lar, ao nível da região sagrada, do trocanter, dos cotovelos, pés e sem qualquer resposta cognitiva.” (l.69-71, f.2, Of3)	História familiar
“Hoje refere que, apesar de muito cansado, está muito feliz com os progressos da sua tia.” (l.71-72, f.2, Of3)	Participação do Cuidador
“A enfermeira entra no domicílio dizendo boa tarde.” (l.73, f.2, Of3)	Domicílio
“A utente encontra-se numa cama de casal bastante larga, mas com colchão de pressões alternas.” (l.73-74, f.2, Of3)	Manutenção
“A casa está limpa e arrumada, mas a dificuldade em prestar cuidados à utente é grande em virtude do tamanho da cama (aliás, segundo a enfermeira tem sido uma <i>“luta”</i> (sic) entre o sobrinho e as auxiliares do ADI, pois estas têm vindo a debater a necessidade de uma cama articulada, mas o sobrinho considera que a tia está melhor naquela, tendo as enfermeiras vindo a ser mediadoras neste conflito latente, pois consideram que a senhora está bem cuidada e com excelentes progressos, não havendo necessidade de insistir em tal situação).” (l.74-80, f.3, Of3)	Mediação
“Assim, houve necessidade de a enfermeira se colocar de joelhos em cima da cama para poder proceder à realização do tratamento da úlcera de pressão do trocanter, a única que ainda mantém.” (l.80-82, f.3, Of3)	Contextual
“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira, usando a negociação no sentido de que vão sendo dados alguns alimentos líquidos ou semi-pastosos que a senhora goste pela boca.” (l.84-85, f.3, Of3)	Liderança
“Ao que o sobrinho argumentou que não consegue ter disponibilidade	Resistência à

para estar com ela sempre à refeição, pois para fazer o que a enfermeira estava a solicitar era preciso muito tempo, e que ele próprio como tinha de realizar todas as tarefas da casa não conseguia, ainda acompanhar devidamente a tia nisso, pelo que pediu que por enquanto ainda se mantivesse a sonda.” (l.86-90, f.3, Of3)	Mudança
“Situação que a enfermeira acatou, mas reforçou que seria importante tentar e que algum dia ia acontecer.” (l.90-91, f.3, Of3)	Liderança
“Durante a presença da enfermeira e a realização do procedimento, o sobrinho colocou música no quarto (Kisomba), referindo que a tia gostava bastante de música.” (l.92-93, f.3, Of3)	Centralidade no sistema cliente
“A tia estava visivelmente satisfeita, nada queixosa ao procedimento, que foi bastante rápido.” (l.93-94, f.3, Of3)	Centralidade no sistema cliente
“Quando reposicionada em decúbito dorsal sorriu para a enfermeira, que a penteou e lhe perguntou se se queria ver ao espelho ao que a utente respondeu que sim.” (l.94-96, f.3, Of3)	Centralidade no sistema cliente
“O sobrinho referiu que ela tinha sido uma senhora muito “opiniosa”(sic), que cuidava bastante de si, e que gostava muito de café.” (l.96-97, f.3, Of3)	História Familiar
“Quando se olhou ao espelho sorriu e chorou em simultâneo, a enfermeira questionou se o cabelo estava bem assim e se queria colocar batom.” (l.98-99, f.3, Of3)	Relação
“Ao que a utente acenou positivamente com a cabeça em relação ao batom e verbalizou com dificuldade a palavra café.” (l.99-100, f.3, Of3)	Relação
“Todos os pedidos foram satisfeitos, ficando a utente visivelmente feliz, especialmente com o sentir o gosto do café na boca.” (l.100-102, f.3, Of3)	Relação
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou linguagem simples e monossilábica para estabelecer conversa com a utente, tendo também havido estimulação tátil e sensorial.” (l.103-105, f.3, Of3)	Comunicação
“Estabeleceu-se toque afectivo e de estimulação sensorial algumas vezes durante a interação.” (l.106-107, f.3, Of3)	Relação
“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo	Ética profissional

havido interrupções durante a realização do penso.” (l.107-108, f.3, Of3)	
---	--

Enfermeira H

Unidades de Registo	Categoria
“Ah, percepciono essa relação que estabeleço como de proximidade, de confiança, respeito de ambas as partes, empatia para com o outro e de liderança conforme o contexto da situação.” (l.4-5, f.1, Eh)	Relação
“Normalmente quando, fazendo ensinios à família, penso, pronto faz parte do enfermeiro liderar essa situação.” (l.7-8, f.1, Eh)	Liderança
“Em relação a uma liderança da outra parte, talvez quando a outra pessoa nos vem procurar, para os nossos cuidados, quando a iniciativa parte do outro lado.” (l.8-9, f.1, Eh)	Liderança
“Se nos procuram é porque existe confiança no acto de Enfermagem, nesse tal relacionamento de proximidade, respeito, e sentiu-se à vontade para procurar.” (l.11-12, f.1, Eh)	Centralidade na tarefa
“Ou pelo menos reconheceu-se que o enfermeiro podia ser uma ajuda para resolver aquela situação.” (l.12-13, f.1, Eh)	Centralidade na Tarefa
“No demonstrar como se faz algo, dar exemplos, mostrar situações, fazer a pessoa pensar, reformular perguntas para ver se vai ao encontro daquilo que se quer, não é no fundo para depois podermos avaliar posteriormente os resultados, porque se não fizermos essa liderança depois também não há uma continuidade, nesse aspecto, pronto.” (l.16-19, f.1, Eh)	Liderança
“Nesse processo o detentor da sabedoria, em parte, não é por ser enfermeiro que o é, mas em parte é o enfermeiro, nas intervenções temos de dizer que é assim, desta forma, como... para a pessoa perceber para depois poder proceder e dar continuidade.” (l.19-22, f.1, Eh)	Decisão Concordante
“É assim a quando da prestação de cuidados, tentamos sempre um processo de negociação, para saber, pronto, o que é que a outra pessoa quer, o que é que nós pretendemos que a pessoa faça, entre aspas, e perguntar sempre à pessoa, portanto a pessoa deve ser...,	Centralidade no sistema cliente

os cuidados devem ser centrados na pessoa, ou na família, pronto devem ser sempre.” (l.25-28, f.1, Eh)	
“Daí deve ser sempre ele a decidir nem que seja por gestos, pronto está tudo dito, mesmo se não puder verbalizar.” (l.28-30, f.1, Eh)	Centralidade no sistema cliente
“Relativamente ao negociar com a família depende da situação em si, do contexto familiar, e há sempre pessoas que necessitam de... mais informação, de mais..., há situações mais fáceis de negociar outras mais difíceis.” (l.31-33, f.2, Eh)	Negociação
“Cabe ao enfermeiro, nessa medida avaliar e distinguir em que medida é que a pessoa ou família está receptiva à negociação, porque há famílias que estão mais receptivas à negociação do que outras.” (l.33-35, f.2, Eh)	Negociação
“Sim, por exemplo uma situação simples, por vezes é necessário as pessoas serem aspiradas no domicílio, como o enfermeiro não pode estar sempre presente para esse acto, temos por norma tentar fazer com que o prestador de cuidados assuma esse acto, pronto.” (l.40-42, f.2, Eh)	Participação do Cuidador
“O que fazemos é o ensino, no qual nós fazemos a demonstração dos passos todos a dar e depois pede-se à pessoa para praticar, para ver se a pessoa ficou segura ou se tem dúvidas.” (l.42-44, f.2, Eh)	Ensinar
“Geralmente o feedback é positivo, e a pessoa que é o prestador de cuidados que é ensinado fica sempre com a possibilidade, se tiver alguma dúvida, de contactar-nos, para se sentir seguro daquilo que está a fazer.” (l.45-47, f.2, Eh)	Prevenção
“Porque pontualmente, iremos fazer uma avaliação daquilo que se está a passar e também, para sabermos também, perante essa avaliação se a pessoa melhorou, se as secreções diminuíram, se o facto de se ter feito aquele ensino àquele prestador deu resultados positivos ou não na pessoa que esta a ser cuidada.” (l.50-53, f.2, Eh)	Manutenção
“Ficaria mais descansada de fosse eu a fazer, isso é óbvio, mas num momento de impossibilidade de ir sempre ou estar sempre presente, porque não há horas restritas para a aspiração de secreções, não é, ah... temos de delegar um bocado o nosso papel, mas não é o mais certo...” (l.53-56, f.2, Eh)	Centralidade na Tarefa

“Sendo uma senhora parcialmente dependente, com neoplasia do pâncreas, existem úlceras de pressão que obrigam a tratamentos diários, integrando por esse motivo a ECCIC.” (l.5-7, f.1, Oh1)	Reparação
“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia e observa que a utente está deitada na cama que se encontra na sala.” (l.8-9, f.1, Oh1)	Domicílio
“Tem cama articulada e ainda se levanta por períodos.” (l.9, f.1, Oh1)	Adesão
“O marido refere que ela tem tido muita diarreia, desde a última operação.” (l.9-10, f.1, Oh1)	Participação do Cuidador
“A utente encontra-se pálida, descorada, extremamente magra e com fácies de dor.” (l.10-11, f.1, Oh1)	Reparação
“Refere que já tomou o pequeno-almoço, mas que sente muita dor de cabeça.” (l.11-12, f.1, Oh1)	Reparação
“A enfermeira avaliou a PA: 100/65 mm Hg, com pulso arritmico.” (l.12-13, f.1, Oh1)	Reparação
“Esta tentou sensibilizar a utente e o marido para que se levante para urinar, a fim de evitar ficar muito tempo com a fralda encharcada, justificando com o facto de que prejudica ainda mais a cicatrização.” (l.14-16, f.1, Oh1)	Ensinar
“Deu-se ênfase ao facto de ter um bacio alto que permite que ela urine quase de pé, tendo de desenvolver “ <i>apenas</i> ” (sic) o esforço para se levantar da cama.” (l.16-18, f.1, Oh1)	Ensinar
“Verificou-se também durante a realização do tratamento que a utente tinha desenvolvido um eritema bastante acentuado da fralda, facto que foi associado ao tipo de fraldas.” (l.19-20, f.1, Oh1)	Reparação
“Neste sentido a enfermeira recomendou que se comprassem fraldas de outras marcas sugerindo inclusivamente alguns nomes, justificando que apesar de serem mais caras “ <i>são muito melhores para a pele</i> ” (sic).” (l.20-23, f.1, Oh1)	Liderança
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.24-25, f.1, Oh1)	Comunicar
“Estabeleceu-se o toque no princípio da interação antes de iniciar o procedimento técnico, e depois unicamente o inerente a este, foram	Ética profissional

cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções.” (l.26-29, f.1, Oh1)	
“É uma utente parcialmente dependente, diabética com pequenas ulcerações nas pernas edemaciadas.” (l.35-36, f.1, Oh2)	Reparação
“À entrada na casa a enfermeira é recebida pela filha da utente, com um cumprimento cordial, a que esta respondeu.” (l.37-38, f.2, Oh2)	Relação
“A utente encontra-se sentada à entrada na porta da sala a ver televisão e a tomar o pequeno almoço (um copo de leite de ½ l com cereais e pão com manteiga).” (l.38-39, f.2, Oh2)	Domicílio
“A enfermeira perguntou como a utente tem passado, ao que a filha respondeu que tem passado mais ou menos, que come pouco, sendo o pequeno almoço a refeição do dia em que consegue que ela coma melhor, e por isso o faz um pouco mais “reforçado”(sic).” (l.40-42, f.2, Oh2)	Participação do Cuidador
“A casa está limpa e bem cuidada e o procedimento é realizado ali mesmo onde a utente se encontra, mesmo esta estando renitente a que lhe tirem o copo do leite da mão.” (l.43-44, f.2, Oh2)	Centralidade na Tarefa
“O objectivo da visita domiciliária era a administração de terapêutica intramuscular e a vigilância das ulcerações das pernas, que estão em vias de cicatrização.” (l.44-46, f.2, Oh2)	Reparação
“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira no sentido de validar com a filha algumas das situações que ocorreram no intervalo entre as visitas domiciliárias e como esta as resolveu, estando a cuidadora autónoma nos cuidados à mãe.” (l.47-49, f.2, Oh2)	Liderança
“Deu-se ênfase ao esforço que a filha tem feito para cuidar da mãe, valorizando alguns aspectos positivos conseguidos ao longo do tempo, nomeadamente na melhoria das feridas.” (l.50-51, f.2, Oh2)	Participação do Cuidador
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.53-54, f.2, Oh2)	Comunicar
“O toque estabelecido foi exclusivamente o correspondente ao procedimento técnico e no início da abordagem quando se retirou o copo do leite, foram cumpridas as questões de privacidade da utente.”	Ética profissional

(l.55-58, f.2, Oh2)	
“É uma senhora de 75 anos com ferida evolutiva de neoplasia mamária, consciente e orientada no tempo e no espaço, que se levanta por períodos, integra por esses motivos a ECCIC, o objectivo desta visita é realizar o tratamento à ferida.” (l.63-65, f.2, Oh3)	Reparação
“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia.” (l.66, f.2, Oh3)	Relação
“A utente encontra-se ainda deitada e de janela fechada.” (l.66-67, f.2, Oh3)	Adesão
“Quando questionada acerca da janela ainda estar fechada, respondeu que ainda não lha tinha apetecido abri-la.” (l.67-68, f.2, Oh3)	Adesão
“A questionou também enfermeira se a utente tem saído à rua ao que esta respondeu que não sai muitas vezes porque tem receio de se constipar, devido às oscilações de temperatura.” (l.68-70, f.2, Oh3)	Adesão
“O momento de interação revela alguma proximidade entre a enfermeira e a utente, mantendo sempre um diálogo enquanto se procedia ao tratamento.” (l.71-72, f.2, Oh3)	Centralidade no sistema cliente
“No discurso a utente verbalizou que não sabe se chega aos 80 anos e que só tem dado trabalho, nos últimos tempos, demonstrando tristeza em relação à sua situação de saúde.” (l.72-74, f.2, Oh3)	Exaustão do cuidador/cliente
“A enfermeira respondeu que a vida é um ciclo, que não está a dar trabalho nenhum, comparando com aquilo em que já ajudou os outros e com aquilo que trabalhou ao longo da sua vida.” (l.74-76, f.3, Oh3)	Relação
“A utente voltou a dizer que abriria a janela mas que tinha, ainda assim medo de se constipar.” (l.77, f.3, Oh3)	Decisão Concordante
“A enfermeira incentivou a abertura da janela, até porque era importante ver a claridade e a luz do dia, “ <i>porque a Primavera está a chegar e começa a haver a alegria do sol</i> ” (sic).” (l.77-79, f.3, Oh3)	Negociação
“A enfermeira deu ainda importância às coisas que a utente vai conseguindo manter, nomeadamente algumas das suas rotinas, como por exemplo tomar o pequeno almoço na cozinha, pois só o facto de se levantar implica força de vontade, manter algumas das suas capacidades.” (l.79-83, f.3, Oh3)	Adesão
“No entanto, apesar deste discurso, não se procurou feedback nem	Centralidade na

delinear objectivos a atingir em próximas visitas, uma vez que o tratamento é feito três vezes na semana.” (l.83-85, f.3, Oh3)	tarefa
“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou frases simples, curtas e sem a utilização de termos técnicos.” (l.86-87, f.3, Oh3)	Comunicação
“Estabeleceu-se o toque unicamente o referente ao procedimento técnico.” (l.88-89, f.3, Oh3)	Ética profissional
“Não se efetuou qualquer síntese da conversa existente.” (l.89, f.3, Oh3)	Centralidade na Tarefa
“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.” (l.90-91, f.3, Oh3)	Ética profissional

Anexo XVII

Recontextualização das Unidades de Registo

TEMA: SISTEMA CLIENTE INDIVÍDUO / FAMÍLIA

DIMENSÃO: PSICOLÓGICA

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Exaustão do cuidador/cliente	<p>“A Tia I. tem vindo a manifestar à equipa sinais de cansaço e de exaustão, nomeadamente à enfermeira A. motivo pela qual esta convocou uma reunião com a família, ao que compareceu um representante, o filho da Sr.^a I, portanto primo da T.” (l.12-15, f.1, Oa1)</p> <p>“Salientou ainda o facto de que a sua mãe esta exausta, e não tem condições psicológicas para continuar nesta situação, e que não tem solução nenhuma pensada, pois veio disposto a ouvir as propostas.” (l.48-50, f.2, Oa1)</p> <p>“A filha verbaliza contudo algum cansaço.” (l.58-59, f.2, Ob2)</p> <p>“A esposa revelou à enfermeira sinais de cansaço uma vez que o marido tem períodos de desorientação durante a noite, não a deixando dormir.” (l.36-37, f.1, Od1)</p> <p>“A utente refere ainda estar um pouco sonolenta, apresenta fácies triste e verbaliza expressões de inconformidade para com a situação de saúde.” (l.116-118, f.3, Od3)</p> <p>“A utente referiu ainda que esta situação é complicada porque tem estado a fazer muitas infecções urinárias, mas que tem de ir aguentando.” (l.41-43, f.2, Oe2)</p>

<p>Exaustão do cuidador/cliente</p>	<p>“A esposa veio receber a enfermeira à porta, sorridente, mas foi dizendo que está muito preocupada com a situação, pois mesmo tendo o apoio da SCMC, está muito cansada, pois sendo também ela idosa e com alguns problemas de saúde, sente que não consegue prestar os cuidados que “<i>devia</i>” ao marido e que este precisa.” (l.61-65,f.2,Oe3)</p> <p>“A esposa está visivelmente cansada, chorosa reconhecendo que não pode cuidar do marido sozinha.” (l.80-81,f.3,Oe3)</p> <p>“O sobrinho contudo, é doente psiquiátrico, e por esse motivo tem vindo a verbalizar o seu cansaço junto da equipa enquanto único cuidador, uma vez que a sua esposa em nada ajuda no cuidado da idosa.” (l.61-64, f.2, Of3)</p> <p>“Neste contexto, esta utente está referenciada para uma unidade de cuidados de média duração, por exaustão do cuidador, a aguardar vaga.” (l.67-68, f.2, Of3)</p>
<p>Resistência à mudança</p>	<p>“Refere ainda que a sua avó nunca quis sair da sua casa “<i>por nada deste mundo, e se isso viesse a acontecer ela morreria logo</i>”; e que a sua irmã (ali presente, cuidadora familiar de referência) vai ver a avó cerca de cinco vezes por dia e como tal a idosa não está mal cuidada, tendo em conta os problemas de saúde que ela própria também tem não pode fazer melhor, pois é uma pessoa muito nervosa, que já teve um princípio de um AVC”. (l.104-109, f.3, Oa2)</p> <p>“O neto, porta-voz da família, em tom agressivo e com voz alta, excluiu todas as hipóteses apresentadas, com o acordo das restantes familiares ali presentes.” (l.119-120, f.4, Oa2)</p> <p>“Exposto o motivo da reunião, o neto refere que a família não tem</p>

Resistência à mudança	<p>condições para dar mais, nem economicamente, nem presencialmente.” (l.103-104, f.3, Oa2)</p> <p>“Para os representantes da família, ali presentes, o único problema existente é o facto de a idosa necessitar de cuidados de saúde e a necessidade de a poder internar num lar.” (l.131-132, f.4, Oa2)</p> <p>“O neto referiu que “ <i>a família está desconfiada e que receia ser acusada de negligência e falta de cuidado com a idosa</i>”. (l.133-135, f.4, Oa2)</p> <p>“Deu-se oportunidade de tomada de decisão mas os familiares foram irredutíveis, na sua posição.” (l.136-137, f.4, Oa2)</p> <p>“Expostos os objectivos e o motivo da conversa a ex-mulher do utente em questão, em tom agressivo, disse à filha que era melhor ela não se meter em nada daquilo, porque a equipa estava de “<i>cabeça lavada</i>” (sic), e que não valia a pena terem ali ido.” (l.175-177, f.5, Oa3)</p>
-----------------------	---

TEMA: SISTEMA CLIENTE INDIVÍDUO / FAMÍLIA

DIMENSÃO: SOCIOCULTURAL

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Participação do cuidador	<p>“Às vezes não é fácil, principalmente quando as pessoas têm crenças por trás que, ou acreditam que as suas decisões não põem em risco a sua saúde, ou a saúde dos seus elementos da família e às vezes é difícil de contornar isto.” (l.11-13, f.1, Ea)</p> <p>“À data de termo do estágio, ainda não tinha havido qualquer modificação nas condições habitacionais da idosa, nem dos equipamentos que os familiares se comprometeram a colocar no quarto.” (l.152-153, f.4, Oa2)</p> <p>“Reuniu-se nesta ocasião a filha e a sua mãe, em virtude de o pai e de seus avós (que cuidam deste) estarem a ficar cada vez mais dependentes e com dificuldade em cuidar do filho.” (l.165-167, f.5, Oa3)</p> <p>“Reconhecem que existe um problema, mas a filha do utente em risco, refere que não tem sido “vista nem achada em nada” (sic), e que não percebia porque é que agora tinha de ser ela a decidir.” (l.177-179, f.5, Oa3)</p> <p>“A filha ainda acrescentou que não sabia como é que o avô podia cuidar do pai se cada vez estava mais dependente do álcool e que cada vez que ia lá a casa o encontrava bêbado, utilizando a mesma entoação agressiva da mãe.” (l.191-193, f.5, Oa3)</p>

<p>Participação do cuidador</p>	<p>“Envolve sempre a família e a pessoa, ah... dou sempre oportunidade de a família conseguir esclarecer ou falar sobre aquilo que sente, sobre as dificuldades que tem.” (l.19-20, f.1, Eb)</p> <p>“Isso implica sempre, sempre o envolvimento da família na prestação de cuidados.” (l.23-24, f.1, Eb)</p> <p>“Estão envolvidos nesta observação, para além da enfermeira, a utente cuidada e a sua filha, prestadora familiar de cuidados (que recebe dinheiro dos irmãos para cuidar da mãe, uma vez que nem todos os filhos têm disponibilidade para o fazer).” (l.38-41, f.2, Ob2)</p> <p>“Deu-se ênfase ao esforço que a filha tem feito para cuidar da mãe, valorizando alguns aspectos positivos conseguidos ao longo do tempo, nomeadamente na melhoria das feridas.” (l.57-58, f.2, Ob2)</p> <p>“Não tem apoio domiciliário integrado, tendo vindo a ser cuidada pelo filho e pela nora.” (l.73-74, f.2, Ob3)</p> <p>“O filho demonstrou um papel passivo no cuidado à mãe dizendo que quando a esposa chegasse tratava do resto, que a enfermeira não se preocupasse.” (l.83-84, f.3, Ob3)</p> <p>“Entretanto fiz o contacto com a mãe, de forma a perceber toda a situação e para tentar fazer também alguma anamnese, de forma a perceber a história de vida daquela criança.” (l.56-58, f.2, Ec)</p> <p>“E nesta altura, fui falando com ela de várias situações, de forma a dar-lhe poder na relação com o filho, na questão da importância da</p>
---------------------------------	--

<p>Participação do cuidador</p>	<p>socialização, na questão do brincar.” (l.58-60, f.2, Ec)</p> <p>“Tudo isto tinha mudado, ela passou a sair muito mais, a ir ao parque, a ir brincar, havia brinquedos, e os brinquedos não foram colocados naquele dia, são brinquedos, porque eu depois a brincar com ele, via-se que já estava há bastantes dias e a interacção com aqueles brinquedos, o computador, a mãe naquela altura tomou logo a decisão, porque considerámos que seria um dos obstáculos, em que realmente o mundo daquela criança passou a ser o computador, e era só a interacção que fazia praticamente, ao longo do seu dia era com o computador.” (l.88-95, f.3, Ec)</p> <p>“A mãe tomou a decisão de retirar o computador, a mãe disse que o computador tinha avariado e ele começou a descobrir outras formas de comunicação, outras formas de interacção em termos de família e em termos de comunidade, passou a ir à rua de estar a ver outras pessoas, de estar no parque com outras crianças.” (l.94-97, f.3, Ec)</p> <p>“São também chamados os pais (que tinham acabado de se apresentar, na presença obrigatória, do RSI), ao que só compareceu a mãe.” (l.71-73, f.2, Oc2)</p> <p>“Pelo que se procedeu ao contacto com esta pessoa, aparentemente idónea, que de imediato acedeu ao pedido (quando a criança foi informada de que iria uns dias para casa desta senhora, deu um sorriso e agradeceu, levantando o olhar do chão).” (l.99-102, f.3, Oc2)</p> <p>“Nesta altura a enfermeira já tinha programado um contacto pessoal com a mãe para poder expor a situação, perspectivando uma decisão <i>à posteriori</i>.” (l.148-150, f.4, Oc3)</p> <p>“A esposa refere que ele à noite tinha 215 mg/dl de açúcar no sangue e por não ter termómetro não avaliou a temperatura, mas</p>
---------------------------------	---

<p>Participação do cuidador</p>	<p>que acha que ele teve febre durante a noite, pois <i>“ensopou a camisa do pijama”(sic).</i>” (l.14-16, f.1, Od1)</p> <p>“A filha respondeu que não podia ir já, mas que iria assim que pudesse, ao que a mãe verbalizou: <i>“ela nunca pode...”</i> (sic).” (l.20-21, f.1, Od1)</p> <p>“Chegada à casa referenciada como sendo do utente, a enfermeira é recebida à entrada pela cuidadora, que a abraça dizendo: <i>“estou tão feliz que tenham vindo, estou tão preocupada com ele...”</i>, enquanto lhe indica o caminho.” (l.54-56, f.2, Od2)</p> <p>“A cuidadora primeiro refere que o utente tem recusado alimentar-se, mas posteriormente refere que tem comido muito bem (?).” (l.59-62, f.2, Od2)</p> <p>“À medida que a enfermeira vai tentando estabelecer algum diálogo com o utente a cuidadora chora, referindo que tem muito medo de ficar sem ele.” (l.62-63, f.2, Od2)</p> <p>“A filha do utente fez queixa à segurança social, alegando que o pai se encontrava em risco.” (l.67-68, f.2, Od2)</p> <p>“O momento de contacto foi liderado, pela cuidadora informal, uma vez que sempre que a enfermeira tentava interpelar o utente a cuidadora respondia por ele.” (l.75-76, f.2, Od2)</p> <p>“Tivemos uma situação de uma utente que estava numa casa de acolhimento, quando os familiares repararam a utente estava completamente cheia de feridas com úlceras de pressão de grau muito elevado.” (l.46-48, f.2, Ee)</p>
---------------------------------	--

<p>Participação do cuidador</p>	<p>“Quando se depararam com essa situação foi num internamento que a senhora teve.” (l.48-49,f.2,Ee)</p> <p>“Quando teve alta, já não deixaram (familiares) que a senhora regressasse à casa de acolhimento onde se encontrava.” (l.49-50,f.2,Ee)</p> <p>“A enfermeira questionou acerca do filho do casal e se este não poderia colaborar mais no cuidado ao pai (de notar que o filho tem uma oficina a funcionar no quintal dos pais).” (l.66-67,f.2,Oe3)</p> <p>“A senhora respondeu que o filho não se tem preocupado e que por isso paga a uma senhora vizinha cerca de 300 euros por mês para esta ir substituir a fralda ao marido à noite.” (l.67-69,f.2,Oe3)</p> <p>“De salientar que esta só o faz se o utente tiver a fralda suja, pois as auxiliares da SCMC substituem a fralda e mobilizam o utente a meio da tarde, sendo assim caso a fralda não seja mudada o utente não é mobilizado até ao dia seguinte, facto que tem levado ao agravamento significativo das feridas.” (l.69-73,f.2,Oe3)</p> <p>“Uma filha cuidadora, portanto uma mãe totalmente dependente.” (l.55-56, f.2, Ef)</p> <p>“E ela depois, pelo facto de as úlceras estarem a melhorar, o aspecto geral da mãe estar a melhorar, ela própria começou a sentir-se gratificada, por ter cedido e no fundo por ver as conquistas e a melhoria” (l.66-68, f.3, Ef)</p> <p>“Quando questionada acerca das pessoas que estão nas fotografias</p>
---------------------------------	---

<p>Participação do cuidador</p>	<p>a utente fala das filhas e dos netos, aparentemente pessoas presentes no seu cuidado, com quem refere ter contato praticamente diário e que colaboram com o pai na limpeza da casa.” (l.20-23, f.1, Of1)</p> <p>“Esta senhora foi acolhida em casa deste casal, seus sobrinhos e única família.” (l.61, f.2, Of3)</p> <p>“Hoje refere que, apesar de muito cansado, está muito feliz com os progressos da sua tia.” (l.71-72, f.2, Of3)</p> <p>“O marido refere que ela tem tido muita diarreia, desde a última operação.” (l.9-10, f.1, Oh1)</p> <p>“...ao que a filha respondeu que tem passado mais ou menos, que come pouco, sendo o pequeno almoço a refeição do dia em que consegue que ela coma melhor, e por isso o faz um pouco mais “reforçado”(sic).” (l.40-42, f.2, Oh2)</p> <p>“Deu-se ênfase ao esforço que a filha tem feito para cuidar da mãe, valorizando alguns aspectos positivos conseguidos ao longo do tempo, nomeadamente na melhoria das feridas.” (l.50-51, f.2, Oh2)</p>
---------------------------------	--

TEMA: SISTEMA CLIENTE INDIVÍDUO / FAMÍLIA

DIMENSÃO: DESENVOLVIMENTO

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
História familiar	<p>“A possibilidade de mudar a idosa para casa do genro também foi excluída pela existência de conflitos familiares antigos entre ambos, genro e sogra, e em virtude da também idade avançada deste” (l.123-125, f.4, Oa2)</p> <p>“Nesta circunstância o ambiente na sala ficou tenso, pois a ex-mulher do utente refere que a culpa da situação era dos sogros, demonstrando a existência de conflitos familiares não resolvidos.” (l.183-185, f.5, Oa3)</p> <p>“Nomeadamente, o facto de a terem acusado de negligência no cuidado ao marido quando este ficou doente, tendo inclusivamente o sogro colocado um processo em tribunal acusando-a de não tratar bem o filho, tendo tido como resultado o divórcio.” (l.185-188, f.5, Oa3)</p> <p>“A mãe verbalizou que realmente há um grande problema, referindo várias vezes querer andar com a situação do divórcio para a frente mas que o marido não queira sair de casa.” (l.91-92, f.3, Oc2)</p> <p>“O pai trabalha fora durante a semana, só vindo a casa ao fim de semana, a mãe trabalha como doméstica das 9h às 17h, e a irmã, não se enquadrando muito bem no estudo, deixou de estudar para tomar conta do irmão.” (l.128-131, f.4, Oc3)</p>

História familiar	<p>“Já estive num Lar, mas onde o sobrinho refere que a sua madrinha e tia foi muito mal tratada.” (l.68-69, f.2, Of3)</p> <p>“Mostrando até fotografias das múltiplas úlceras de pressão que tinha quando ele a retirou do Lar, ao nível da região sagrada, do trocanter, dos cotovelos, pés e sem qualquer resposta cognitiva.” (l.69-71, f.2, Of3)</p> <p>“O sobrinho referiu que ela tinha sido uma senhora muito “<i>opiniosa</i>”(sic), que cuidava bastante de si, e que gostava muito de café.” (l.96-97, f.3, Of3)</p>
-------------------	---

TEMA: PROMOÇÃO DA SAÚDE

DIMENSÃO: ABORDAGEM TRADICIONAL

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Ensinar	<p>“...hoje houve uma filha que me procurou porque estava numa fase da vida em que precisava de prestar mais cuidados à mãe que se tornou mais dependente. E ela procurou-me para obter informação sobre que alternativas é que existiam.” (l.29-32, f.1, Ea)</p> <p>“A enfermeira A explicou que agora que a idosa agravou o seu estado de saúde não pode responder por ela, e como tal poder-se-iam encontrar outras alternativas.” (l.110-111, f.3, Oa2)</p> <p>“ (explicou-se) ...por exemplo, mudar a idosa para casa do genro, de 86 anos (onde existem melhores condições habitacionais); poder inscrevê-la no único lar público do concelho, sabendo à partida que a sua integração ali seria muito demorada, pois existe uma longa lista de espera (salientou-se o facto de esta não ser uma solução muito viável em virtude da necessidade de uma resposta urgente); propôs-se também a possibilidade de mudança para uma casa de acolhimento, mediante o pagamento de uma quantia mais acessível, uma vez que a família alega não ter condições económicas para suportar um lar privado.” (l.111-118, f.3 e 4, Oa2)</p> <p>“Apesar de não ter sido informado dos riscos que advêm da existência de uma úlcera de pressão, o marido manifestou-se preocupado que a sua esposa possa a vir ficar ferida.” (l.28-29, f.1, Ob1)</p> <p>“Explicou ainda a importância de ele ter contacto com outras crianças e</p>

<p>Ensinar</p>	<p>com outro tipo de brincadeiras, para poder ter noção das regras, tendo em vista a sua integração na escola.” (l.134-135,f.4, Oc3)</p> <p>“Neste sentido, informou-se a irmã que se iria contactar a mãe expondo a situação e as preocupações, assim como as propostas alternativas de resolução, uma vez que existe vaga no Jardim de Infância público, em Valada, ficando os pais de ponderar a situação e decidir.” (l.136-138,f.4, Oc3)</p> <p>“Foi explicado à irmã o tipo de trabalho que a intervenção precoce desenvolve e que são os técnicos que dela fazem parte, no sentido de os seus pais poderem tomar uma decisão informada, por outro lado salientou o facto de ser urgente intervir para poder prevenir uma má adaptação e aproveitamento escolar.” (l.145-148,f.4, Oc3)</p> <p>“A enfermeira informou ainda o casal que estavam a ponderar que ele viesse a ter apoio de fisioterapia, mas não foi solicitada a sua opinião acerca do assunto nem se entrou em pormenores.” (l.33-35, f.1, Od1)</p> <p>“Explicou-se as consequências se a situação se viesse a manter (até porque também está em causa a vertente económica, segundo a esposa, começa a ser difícil de suportar também essa parte, mas até agora não tem sido problema), e algumas alternativas para resolução do problema, nomeadamente se as auxiliares passassem a vir mais tarde e o filho fosse mobilizar o pai antes de sair da oficina, poderiam abdicar da pessoa da noite.” (l.84-89,f.3,Oe3)</p> <p>“Então houve que fazer um trabalho desde raiz, para ela perceber que doença é que ele tinha, porque que é que ele fazia aquelas baixas de saturação, porque tinha a ver com a questão, se estava a dormir, se estava acordado, se estava ansioso, se não estava ansioso...” (l.45-48, f.2, Eb)</p> <p>“E houve que trabalhar muito e investir muito e transmitir o que é que era</p>
----------------	---

<p>Ensinar</p>	<p>a doença em si, como é que funciona o cérebro, como é que funciona o músculo respiratório, para ela perceber quais são as oscilações.” (l.48-50, f.2, Eb)</p> <p>“Já conseguimos tratar dessa parte da saturação e agora estamos a entrar numa fase em que a temperatura aumentou, a temperatura ambiental, e a senhora cada vez que o utente chegar aos 37ºc, que não é normal quando o ambiente está mais frio, ela entra em pânico porque tem medo que ele faça febre.” (l.50-54, f.2, Eb)</p> <p>“Então, neste momento estamos a trabalhar, a tentar ensinar como é que funciona o centro da temperatura do nosso corpo, para ele perceber quando é que ele pode ter uma temperatura mais alta e uma temperatura mais baixa, para conseguir estar mais capacitada para cuidar deste utente.” (l.54-57, f.2, Eb)</p> <p>“A enfermeira iniciou então a abordagem falando do estar na escola, da importância de distinguir os amigos, dos não amigos e da importância da higiene para poder ser integrado no grupo.” (l.22-24, f.1, Oc1)</p> <p>“Ao longo do discurso foi dando relevo aos próprios aspectos positivos da criança, nomeadamente da sua beleza física e da cor dos seus olhos (azul).” (l.24-26, f.1, Oc1)</p> <p>“Neste sentido, reforçou a importância da mudança de comportamento ao nível da higiene para que possa ser aceite no grupo.” (l.27-28, f.1, Oc1)</p> <p>“Reforçou a importância da criança sair de casa, brincar com outras crianças da sua idade e com outro tipo de brinquedos, ir ao parque, entre outros.” (l.143-144, f.4, Oc3)</p> <p>“E tentamos ali mostrar os benefícios que seria ir tentando tirar a fralda,</p>
----------------	---

<p>Ensinar</p>	<p>pronto.” (l.54-55, f.2, Ed)</p> <p>“Salientou-se que seria importante a realização de levante diário para o cadeirão, estava supostamente a ser feito para uma cadeira de rodas, e para a aquisição de uma cama articulada e de um colchão de pressões alternadas, no sentido de minimizar o risco de novas úlceras de pressão e de quedas.” (l.84-87, f.3, Od2)</p> <p>“Demonstrar porque é que era importante a mobilização, portanto era uma senhora que tinha feridas, úlceras de pressão, tivemos que demonstrar porque é que era importante haver mobilização e ter cuidados de higiene, que não existiam os cuidados de higienes necessários.” (l.59-62, f.2, Ef)</p> <p>“Esta (enfermeira) reforçou e insistiu no facto de ser muito importante que a utente se levante da cama, que abra a janela do quarto para arejar e para poder ver a rua.” (l.16-18, f.1, Of1)</p> <p>“O que fazemos é o ensino, no qual nós fazemos a demonstração dos passos todos a dar e depois pede-se à pessoa para praticar, para ver se a pessoa ficou segura ou se tem dúvidas.” (l.42-44, f.2, Eh)</p> <p>“Esta tentou sensibilizar a utente e o marido para que se levante para urinar, a fim de evitar ficar muito tempo com a fralda encharcada, justificando com o facto de que prejudica ainda mais a cicatrização.” (l.14-16, f.1, Oh1)</p>
<p>Decisão concordante</p>	<p>Eu dei-lhe as informações todas, pus-lhe as hipóteses todas com os prós e com os contras, e ela ficou a pensar, para depois tomar uma decisão, para saber se estaria interessada ou não no apoio da equipa dos cuidados continuados integrados, ou se queria referenciar a mãe para uma unidade de internamento, ou se queria por uma hipótese de lar, ou de apoio domiciliário, portanto a pessoa ficou a pensar, porque é capaz</p>

<p>Decisão concordante</p>	<p>de tomar a decisão.” (l.32-37, f.1, Ea)</p> <p>“...todos os dias há situações em que nós ajudamos o indivíduo ou a família a tomar decisões, e que são casos de sucesso, alguns nem tanto, mas a maioria quando nós nos colocamos ao lado da família...” (l.82-84, f.3, Ea)</p> <p>“Deu-se oportunidade de tomada de decisão à criança, através de expressões como: “O que achas que podemos combinar? A decisão é tua!” (sic).” (l.28-29, f.1, Oc1)</p> <p>“Estamos preparados para ouvir aquilo que a pessoa, a outra pessoa diz, mas se calhar nos temos um objectivo e somos nós que vamos, mediante o objectivo que temos, ah, direccionar para tal.” (l.18-20, f.1, Ed)</p> <p>“Até onde nós queremos, quer dizer até onde nós achamos que é melhor, mas quer dizer, é tudo no sentido de... à partida quando nós levamos um objectivo, à partida pensamos que esse será o melhor para o doente, não é.” (l.22-24, f.1, Ed)</p> <p>“É sempre uma decisão, a palavra final é sempre do doente ou de quem cuida, no caso de o doente estar consciente e orientado será o doente, não é, mas como eu já disse nós somos ali um meio de ajuda, é isso, estamos ali para ajudar o outro e é isso, com as nossas estratégias, com aquilo que sabemos tentar ajudar o outro a tomar a melhor opção relativamente à sua saúde.” (l.35-39, f.2, Ed)</p> <p>“O nosso objectivo seria mesmo ela usar a cueca que usava antes com o penso, não é, esse será o nosso objectivo, mas claro não podemos passar para o objectivo final, porque até chegar ao objectivo final temos de ir passando por passos, são pequenas etapas que vamos ultrapassando até chegar ao objectivo que pretendemos.” (l.55-59, f.2, Ed)</p>
----------------------------	---

<p>Decisão concordante</p>	<p>“E então o primeiro foi ah... tentar que se mudasse a fralda mais vezes, a seguir passamos para a questão da arrastadeira, sempre dizendo à utente os benefícios que traria em adoptar estas medidas, envolvendo o prestador de cuidados, não é.” (l.59-61, f.2, Ed)</p> <p>“E agora conseguimos, temos conseguido, estamos a conseguir, atingir este objectivo, porque já põem a arrastadeira, fizeram um buraco na cadeira para colocarem um bacio alto onde ela pudesse urinar e evacuar.” (l.63-65, f.3, Ed)</p> <p>“Ah..., e realmente a ferida está muito melhor com a questão de ela colocar a arrastadeira ou ir ao bacio, uma outra questão foi o eritema da fralda.” (l.67-68, f.3, Ed)</p> <p>“Demorou tempo, mas conseguimos, houve também uma fase de adaptação da parte deles, porque eram pessoas que não estavam habituadas a lidar com a situação, mas aceitaram os nossos conselhos e aceitaram praticamente tudo aquilo que lhe dizíamos, por vezes questionavam porque é que tinha de ser assim, nós tentávamos explicar e eles facilmente aceitaram.” (l.65-69, f.2, Ee)</p> <p>“Por exemplo, sinto que eles depositam confiança, portanto se eu lhe estou a dizer algo que deveria fazer assim, eles tentam acatar aquilo que lhes é dito.” (l.16-17, f.1, Ef)</p> <p>“Portanto eles sentem que aquilo que o enfermeiro lhes diz de facto talvez seja o melhor para eles.” (l.17-18, f.1, Ef)</p> <p>“E vou percepcionando essa tomada de decisão, ao longo do tempo quando sinto que alguma coisa mudou, portanto aquilo que foi dito, aquilo que, portanto, o comportamento que eles próprios vão adquirindo e vão</p>
----------------------------	---

<p>Decisão concordante</p>	<p>trabalhando ao longo do tempo é que me dá a percepção que acataram aquilo que lhe foi dito, e portanto eles próprios depois acabam por ser eles a assumir.” (l.25-29, f.1, Ef)</p> <p>“Portanto ela própria começou a reforçar os cuidados de higiene que não existiam, por exemplo, houve uma altura em que sugerimos, para ter mais espaço, mesmo em termos de trabalho e ficar o quarto mais alegre para a mãe, mudar, talvez mudando um pouco a posição da cama, tínhamos uma janela e entraria mais luz retirando um móvel, portanto ela disse que sim, mas percebeu e depois até nos disse <i>“olhem ainda bem que mudei, o quarto está mais alegre...”</i>, portanto foram pequenas conquistas, pequenos passos que se foram conseguindo.” (l.68-74, f.3, Ef)</p> <p>“Portanto tinha sempre água morna, feridas, houve uma formação que colegas fizeram e, relativamente às feridas deveriam ser lavadas com água morna, portanto tinha um termo e quando nós lá chegávamos, mesmo não estando a cuidadora, tínhamos a água sempre num termo.” (l.75-78, f.3, Ef)</p> <p>“A utente concordou e disse que se iria levantar para comer assim que a enfermeira saísse.” (l.18-19, f.1, Of1)</p> <p>“Nesse processo o detentor da sabedoria, em parte, não é por ser enfermeiro que o é, mas em parte é o enfermeiro, nas intervenções temos de dizer que é assim, desta forma, como... para a pessoa perceber para depois poder proceder e dar continuidade.” (l.19-22, f.1, Eh)</p> <p>“A utente voltou a dizer que abriria a janela mas que tinha, ainda assim medo de se constipar.” (l.77, f.3, Oh3)</p>
	<p>“Nós tentámos, quando começámos a trabalhar em parceria ao nível dos cuidados continuados, tentámos redigir um documento que nós chamávamos o plano de intervenção conjunto, em que ficava definido a</p>

<p>Responsabilização / Compromisso</p>	<p>responsabilidade de cada interveniente.” (l.67-69 f.2, Ea)</p> <p>“Actualmente, temos uma proposta através da rede nacional de cuidados continuados integrados, que eles chamam o PII, Plano Individual de Intervenção, em que se prevê, portanto a assinatura de cada interveniente, mas também ainda na prática não estamos a utilizar.” (l.71-74, f.2, Ea)</p> <p>“Mas temos de pensar, se calhar, até para envolver a família, em que se assuma o compromisso, de que, o que é que cada elemento da família assume fazer, e o que é que cada profissional também ou cada área profissional, de modo a que depois se faça melhor a avaliação.” (l.75-78, f.2, Ea)</p> <p>“Exposto o motivo da reunião, o primo referiu estar ao corrente de tudo, que a sua mãe o nomeou para tomar as decisões necessárias.” (l.46-47, f.2, Oa1)</p> <p>“O primo concordou com ambas as propostas contudo, solicitou que a instituição que fosse escolhida, uma vez que se trata de um regime de internamento permanente, fosse o mais perto de casa possível, para poderem ocorrer visitas com regularidade.” (l.57-59, f.2, Oa1)</p> <p>“Houve acordo e compromisso entre os técnicos presentes e o familiar denominado “<i>acordo de cavalheiros</i>”...” (l.61-62, f.2, Oa1)</p> <p>“Contudo os três familiares comprometeram-se a: Substituir os cobertores (cujo peso se encontra a fazer pressão na idosa agravando o seu debilitado estado de saúde, segundo a enfermeira da equipa da equipa de cuidados continuados), por edredões; Colocar um aquecedor a óleo no quarto; Colocar um desumidificador.” (l.127-130, f.4, Oa2)</p>
--	--

Responsabilização / Compromisso	<p>“Neste contexto, a filha propôs, após um momento de silêncio (olhando para a mãe, que lhe dizia permanentemente <i>“não olhes para mim, porque eu não me vou meter em nada disto e acho que tu também não, tens a tua vida, estás a estudar e tens mais que...”</i>): a possibilidade de encontrar uma clínica de desintoxicação para o avô; uma vez que já existe uma pessoa que auxilia no cuidado de manhã e à noite, porque não arranjar outra que pudesse com a primeira assegurar as 24 h; uma vez que mãe e filho são muito chegados podia fazer sentido conseguir uma cama articulada para ela, juntando mãe e filho no mesmo quarto; referiu também estar disponível para realizar as compras de supermercado, uma vez que já era habitual realiza-las para sua casa, desde que depois não a acusassem de ficar com o dinheiro.” (l.198-206, f.6, Oa3)</p> <p>“Neste contexto, foi possível assumir um compromisso entre ambas as partes, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar o processo de interdição do pai; - A filha começar a colaborar nas compras, medicamentos e idas ao supermercado, depois da equipa abordar primeiro o avô (uma vez que é ele que tem assumido esse papel, mas estava a ficar com dificuldades em conduzir); - Negociar com o avô estas mudanças e avaliar o seu grau de dependência do álcool; - Referenciar a avó para uma unidade de cuidados paliativos; - A psicóloga propôs-se a trabalhar com o filho, utente alvo, a eminente morte da mãe, e prevenir um luto patológico.” (l.216-224, f.6, Oa3) <p>“Assim, acordou-se em tomar banho diário, cortar as unhas e mantê-las limpas, mudar a roupa interior todos os dias e a de fora quando estiver suja, com reavaliação daí a quinze dias e o compromisso da enfermeira em oferecer-lhe um prémio caso ele conseguisse, uma água de colónia.” (l.29-33, f.1, Oc1)</p> <p>“Por vezes até peço mesmo à família para fazer, se por algum motivo eu</p>
---------------------------------	--

<p>Responsabilização / Compromisso</p>	<p>não posso dar resposta, e então experimento pedir à família para fazer e depois então avaliar se ela conseguiu fazê-lo bem ou mal.” (l.24-26, f.1, Eb)</p> <p>“ (responsabilização na prestação de cuidados) Para eles se sentirem também competentes e sentirem que são capazes de cuidar e que não precisam de um elemento que esteja ali sempre a controlar, para fazer aquilo que podem fazer muito bem.” (l.34-36, f.1, Eb)</p> <p>“E tenho tido excelentes resultados de prestadores que chamavam o INEM de 2 em dois dias ou de três em três dias e eu hoje consigo que esse utente raramente vá ao hospital, mesmo em situações extremas.” (l.36-39, f.1, Eb)</p> <p>“Na interacção que tenho com a pessoa, tento sempre ir construindo, realmente, compromissos e objectivos a atingirmos naquele processo.” (l.36-37, f.1, Ec)</p> <p>“O enfermeiro compromete-se e o indivíduo e a família comprometem-se.” (l.37-38, f.1, Ec)</p> <p>“A filha foi envolvida no processo de cuidados à mãe tendo sido habilitada para reforçar os pensos no intervalo das visitas domiciliárias de enfermagem.” (l.47-49, f.2, Ob2)</p> <p>“A enfermeira efectuou uma síntese final do compromisso assumido e da data do próximo encontro.” (l.44-45, f.2, Oc1)</p> <p>“Tendo sido assumido o compromisso da família de pensar na possibilidade da intervenção, para além do contacto com a mãe.” (l.152-153, f.5, Oc3)</p> <p>“Sim, passa muito por aí, nós temos que às vezes ah,..., nós pedimos ao</p>
--	--

<p>Responsabilização / Compromisso</p>	<p>utente que faça algo e nós também nos comprometemos a fazer outra coisa, é sempre um compromisso mútuo.” (l.42-44, f.2, Ed)</p> <p>“Foi ainda assumido o compromisso de apresentar e debater a situação em equipa, no sentido de se poderem encontrar outras alternativas.” (l.91-92, f.3, Oe3)</p> <p>“E foi muito importante para aquela mãe, melhorou a qualidade de vida e no fundo para ela como filha também, porque ela de facto podia fazer muito e conseguiu fazer, e fomos sempre dando esse estímulo positivo, e ela própria como via que a mãe estava a melhorar e via a evolução positiva, isso para ela também foi muito bom, portanto de facto <i>“eu tenho muitas capacidades”</i>. (l.79-83, f.3, Ef)</p> <p>“Sim, por exemplo uma situação simples, por vezes é necessário as pessoas serem aspiradas no domicílio, como o enfermeiro não pode estar sempre presente para esse acto, temos por norma tentar fazer com que o prestador de cuidados assuma esse acto, pronto.” (l.40-42, f.2, Eh)</p> <p>“Geralmente o feedback é positivo, e a pessoa que é o prestador de cuidados que é ensinado fica sempre com a possibilidade, se tiver alguma dúvida, de contactar-nos, para se sentir seguro daquilo que está a fazer.” (l.45-47, f.2, Eh)</p> <p>“Ficaria mais descansada de fosse eu a fazer, isso é óbvio, mas num momento de impossibilidade de ir sempre ou estar sempre presente, porque não há horas restritas para a aspiração de secreções, não é, ah... temos de delegar um bocado o nosso papel, mas não é o mais certo...” (l.53-56, f.2, Eh)</p>
--	--

TEMA: PROMOÇÃO DA SAÚDE

DIMENSÃO: ABORDAGEM MODERNA

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Comunicar	<p>“...houve adequação dos termos técnicos tendo em conta as características do familiar tendo sido utilizada, pela enfermeira A uma linguagem compreensiva, com tom de voz calmo, com permissão de expressão do familiar.” (l.64-67, f.2, Oa1)</p> <p>“...houve adequação dos termos técnicos tendo em conta as características dos familiares tendo sido utilizada, pela enfermeira A uma linguagem compreensiva, com tom de voz calmo, com permissão de expressão do familiar.” (l.140-143,f.4, Oa2)</p> <p>“...houve adequação dos termos técnicos tendo em conta as características das familiares, tendo sido utilizada, pela enfermeira A uma linguagem compreensiva, com tom de voz calmo, mesmo quando os ânimos se estiveram mais acessos, por parte ex-nora.” (l.227-230, f.6, Oa3)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.30-31, f.1, Ob1)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.60-61, f.2, Ob2)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.”</p>

Comunicar	<p>(l.85-86, f.3, Ob3)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou utilizar expressões adequadas à idade da criança como por exemplo: “<i>fixe</i>”.” (l.40-41, f.2, Oc1)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal, foi utilizada linguagem simples, na tentativa de contacto com a criança, por intermédio de brincadeiras e colocando-se ao seu nível, não tendo a enfermeira conseguido respostas positivas.” (l.155-157, f.5, Oc3)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.41-42, f.2, Od1)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.97-98, f.3, Od2)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos, com expressões de familiaridade para com a utente.” (l.127-128, f.4, Od3)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos, assertiva, com tom de voz tranquilizador.” (l.21-23, f.1, Oe1)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.49-50, f.2, Oe2)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” (l.94-95, f.3, Oe3)</p>
-----------	--

<p>Comunicar</p>	<p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos, com diálogo constante durante toda a interação, quer com a utente, quer com o marido.” <i>(l.26-28, f.1, Of1)</i></p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira uma linguagem clara e afetuosa, sem termos técnicos, mantendo o diálogo constante em todo o procedimento.” <i>(l.50-51, f.2, Of2)</i></p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou linguagem simples e monossilábica para estabelecer conversa com a utente, tendo também havido estimulação tátil e sensorial.” <i>(l.103-105, f.3, Of3)</i></p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” <i>(l.24-25, f.1, Oh1)</i></p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira tentou a utilização de uma linguagem acessível, sem utilização de termos técnicos.” <i>(l.53-54, f.2, Oh2)</i></p> <p>“O momento de interação revela alguma proximidade entre a enfermeira e a utente, mantendo sempre um diálogo enquanto se procedia ao tratamento.” <i>(l.71-72, f.2, Oh3)</i></p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira utilizou frases simples, curtas e sem a utilização de termos técnicos.” <i>(l.86-87, f.3, Oh3)</i></p> <p>“Não se efetuou qualquer síntese da conversa existente.” <i>(l.89, f.3, Oh3)</i></p>
	<p>“E aí o enfermeiro tem de assumir um papel de, que eu costumo chamar de</p>

Advocacia	<p>advocacia, quando há alguém que está a ficar negligenciado, ou quando há uma criança em risco, aí o enfermeiro assume um papel que vai um bocadinho contra as decisões dos pais ou dos cuidadores...” (l.13-16,f.1, Ea)</p> <p>“...já aconteceu, termos uma pessoa que, já em termos cognitivos já não tem capacidade de decisão, tentamos envolver a família alargada para ajudar, se percebemos que há jogos de interesses, que há alguém que se queira aproveitar da fragilidade desta pessoa, o nosso papel é pedir às instituições que assumam a responsabilidade de cuidar desta família, tipo segurança social, uma instituição particular de solidariedade social, pessoas idóneas que assegurem os cuidados e a defesa desta pessoa.” (l.37-42,f.1 e f.2, Ea)</p> <p>“...ao que a enfermeira A respondeu: <i>“acontece que a situação agora se alterou com a morte do Sr. J., a Sr.^a E. não pode responder por si muito menos cuidar da filha, e a tia não vai aguentar muito mais tempo, muito menos se tiver de cuidar das duas...”</i> (l.26-29, f.1, Oa1)</p> <p>“A enfermeira A explicou que os avós talvez a tivessem querido poupar uma vez que ela ainda era menor.” (l.180-181, f.5, Oa3)</p> <p>“A enfermeira tomou a iniciativa de telefonar à filha no sentido de se chamar uma ambulância para o utente poder ir ao centro de saúde para ser avaliado pelo médico, uma vez que a esposa não tinha condições de sozinha ir com o utente, tendo também ela uma idade avançada.” (l.17-19, f.1, Od1)</p>
Adesão	<p>“Ainda estive lá ontem, falei imenso, ela expressou bem quais eram os seus medos, já consegue escrever para depois, quando eu lá chego, me dizer onde é que teve dificuldades e onde não teve, e hoje fui lá e ela disse-me: “Eu dormi toda a noite!...” já foi muito bom, porque eu vi que o trabalho que eu fiz com ela ontem, hoje teve resultados.” (l.57-60, f.2, Eb)</p> <p>“Ou seja, agora o que é importante perceber é, para se conseguir, o que é que também é importante, aquela criança já saía de casa, já tinham a</p>

Adesão	<p>preocupação de a levar ao parque, de a levar ao supermercado, a família com o comportamento tinha deixado de a levar e ela estava numa situação de não socialização, porque era muito difícil gerir as birras dentro de um supermercado e a opção foi ela ficar dentro de casa.” (l.83-88, f.3, Ec)</p> <p>“Questionou-se se a cuidadora teria possibilidade de adquirir as ajudas técnicas, ao que esta respondeu que sim que faz tudo o que for preciso, que ele tem tudo, e que lhe dá tudo o que ele precisar.” (l.87-89, f.3, Od2)</p> <p>“Apesar do principal prestador de cuidados ser o sobrinho, é ele que presta os principais cuidados, mas sempre disponível para aprender, sempre disponível para ajudar aquela tia em tudo.” (l.57-60, f.2, Ee)</p> <p>“Estimular, portanto dar aquele reforço positivo naquilo que já foi conseguido... “Olhe já foi conseguido isto! Como é que se sente, o que é que acha?” dar espaço ao outro para que ele possa sentir que tem o seu poder de decisão.” (l.40-42, f.2, Ef)</p> <p>“E fomos trabalhando isso mostrando àquela filha que, obteve-se a cama articulada, a mãe já podia estar sentada, obteve-se o colchão e os cuidados de higiene passaram por ela, portanto, as senhoras portanto que davam apoio, até o apoio que no início era negado, conseguiu-se que ela aceita-se o próprio familiar achou que era importante ter aquele apoio.” (l.63-66, f.3, Ef)</p> <p>“ Inclusive depois ela própria nos surpreendia.” (l.74, f.3, Ef)</p> <p>“Portanto ela surpreendeu-nos, ela própria começou-se a implicar no cuidado à mãe e a valorizar coisas que não valorizava, e de facto começou a ver que era importante.” (l.78-79, f.3, Ef)</p> <p>“À partida, tinha-nos sido referenciada como complicada e difícil de trabalhar e de facto foi, foi difícil mas foi-se conseguido, provando que nada é</p>
--------	---

<p>Adesão</p>	<p>impossível, ao longo de muitos meses.” (l.95-97, f.4, Ef)</p> <p>“Nesta interação deu-se ênfase aos recursos que a utente ainda mantém, no sentido de esta os poder valorizar mantendo alguma actividade e consequentemente mantê-los. (l.24-25, f.1, Of1)</p> <p>“À chegada a enfermeira perguntou como a utente tem passado, ao que esta respondeu que tem estado bem, dentro do possível, referindo que já passou por fases muito piores e que agora as feridas estão muito bem, parecendo conformada com a sua situação de saúde.” (l.41-43, f.2, Of2)</p> <p>“A utente encontra-se numa cama de casal bastante larga, mas com colchão de pressões alternas.” (l.73-74, f.2, Of3)</p> <p>“Tem cama articulada e ainda se levanta por períodos.” (l.9, f.1, Oh1)</p> <p>“A utente encontra-se ainda deitada e de janela fechada.” (l.66-67, f.2, Oh3)</p> <p>“Quando questionada acerca da janela ainda estar fechada, respondeu que ainda não lha tinha apetecido abri-la.” (l.67-68, f.2, Oh3)</p> <p>“A enfermeira questionou se a utente tem saído à rua ao que esta respondeu que não sai muitas vezes porque tem receio de se constipar, devido às oscilações de temperatura.” (l.68-70, f.2, Oh3)</p>
---------------	--

TEMA: PROCESSO DE CUIDADOS

DIMENSÃO: CONCEÇÃO DO CUIDADO

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Centralidade na tarefa	<p>“São os principais (os cuidadores), focos quando queremos tratar de um utente.” (l.5-6, f.1, Eb)</p> <p>“Porque ela sozinha não consegue por a arrastadeira, pronto sozinha não consegue trocar a fralda, não é.” (l.61-62, f.3, Ed)</p> <p>“E a ferida da sacro está, pronto com muito melhor aspecto, assim como o eritema e conseguimos preservar um bocadinho a urina na zona da ferida cirúrgica, portanto já não passa a grande parte do tempo encharcada em urina como passava.” (l.69-72, f.3, Ed)</p> <p>“Não houve manifestações de liderança ou de poder pela enfermeira, não tendo havido praticamente diálogo com a utente durante o procedimento técnico.” (l.122-123, f.3, Od3)</p> <p>“No final da realização do penso a enfermeira questionou se tinham material suficiente caso o penso repassasse e para a realização do mesmo à noite, tendo verificado que não havia necessidade de deixar mais material.” (l.124-126, f.4, Od3)</p> <p>“O silêncio foi quase absoluto durante a realização do procedimento, interrompido por uma chamada telefónica recebida pela enfermeira.” (l.18-20, f.1, Oe1)</p>

<p>Centralidade na tarefa</p>	<p>“Factos, que a enfermeira atribuiu ao grau de acidez da urina, mas tendo em conta que não existem outro tipo de algalias de longa duração, não se propuseram alternativas” (l.39-41,f.2,Oe2)</p> <p>“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira, podendo resumir-se a: entrou, cumprimentou e iniciou o procedimento.” (l.47-48,f.2,Oe2)</p> <p>“A enfermeira ao entrar no quarto pediu licença e começou a “trabalhar” mantendo o diálogo com a esposa, naquilo que era possível, pois cada vez que o utente era mobilizado queixava-se gritando.” (l.82-84,f.3,Oe3)</p> <p>“Não se verificaram expressões de encorajamento à esposa.” (l.84,f.3,Oe3)</p> <p>“Dirige-se directamente ao quarto onde a senhora se encontra deitada em cima da cama, já com a parte do penso exposta.” (l.10-12, f.1, Of1)</p> <p>“Feitos os cumprimentos de ocasião, pediu licença iniciando o tratamento, objetivo da visita.” (l.12-13, f.1, Of1)</p> <p>“No entanto, apesar deste discurso, não se procurou feedback nem delinear objectivos a atingir em próximas visitas, uma vez que o tratamento é feito três vezes na semana.” (l.83-85, f.3, Oh3)</p>
<p>Centralidade no sistema cliente</p>	<p>“Agora as pessoas também estão mais informadas e o paradigma mudou.” (l.48-49, f.2, Ea)</p> <p>“Ah, portanto sempre que possível, é importante envolver as pessoas ou as famílias nessas tomadas de decisão.” (l.49-50 f.2, Ea)</p>

<p>Centralidade no sistema cliente</p>	<p>“Isso implica que eu como facilitador, vou dar, vou estabelecer uma relação em que, vou estar com a pessoa a diagnosticar o problema, construirmos as várias hipóteses que temos, para que o sujeito dos meus cuidados possa tomar uma decisão através desta mesma construção das várias hipóteses.” (l.7-10, f.1, Ec)</p> <p>“Isso implica dar conhecimento à família para poder fazer.” (l.26-27, f.1, Eb)</p> <p>“Quando vejo que a família está empenhada no cuidado do utente, e que tem capacidade para fazer isso, eu dou sempre oportunidade que sejam eles a tomar a decisão, que sejam eles a decidir, quando é que o utente, por exemplo deve tomar banho, se não tem que esperar por nós para dar banho ao utente, se tem uma ferida assim ou de outra maneira, eu ensino como é que podem fazer o banho ao utente, como é que podem manter aquela ferida limpinha, o penso limpo, e dou-lhe espaço deixo-os tomar eles a iniciativa.” (l.29-34, f.1, Eb)</p> <p>“Dentro desse horário, sempre que há uma dúvida ela telefona e fica completamente calma, às vezes a resposta que ela pretendia ter não é a que nós damos mas que aceita e fica muito menos ansiosa e muito mais capacitada para prestar cuidados ao seu utente, familiar que neste caso é o marido.” (l.64-67, f.2, Eb)</p> <p>“Eu considero que nessa relação o utente, a pessoa é o centro, e considero que existe e tem sempre de existir, realmente uma tomada de decisão por parte do nosso sujeito de cuidados, quer individual, quer familiar.” (l.4-6, f.1, Ec)</p> <p>“A pessoa em si é única, mas eu ao estar como facilitadora, vou estar a partilhar essa mesma tomada de decisão.” (l.20-22, f.1, Ec)</p> <p>“Em si a decisão não tem carácter único, a pessoa que eu cuido é que é única.” (l.22-23, f.1, Ec)</p>
--	---

<p>Centralidade no sistema cliente</p>	<p>“Esta reforçou ainda o facto de a escola estar atenta e preocupada com a sua situação e que ele podia pedir para falar com ela sempre que sentisse necessidade.” (l.37-39, f.1, Oc1)</p> <p>“A enfermeira apesar de se colocar ao nível da criança de joelhos no chão, não conseguiu nenhuma modificação de comportamento.” (l.141-142, f.4, Oc3)</p> <p>“ Mas claro que com o conversar, tanto com o prestador como com o doente, às vezes faz-nos repensar esse objectivo, não é, porque às vezes aquilo que nós pensávamos que seria solução, pode não passar por aí, porque com o diálogo acabamos por perceber que há ali outras coisas, que se calhar aquele objectivo já não fará assim tanto sentido, não é, e é mesmo um diálogo.” (l.24-28, f.1, Ed)</p> <p>“A enfermeira referiu que o utente não está bem e que parece infeliz, ao que este não respondeu, e a cuidadora referiu que ele já costumava estar assim mas que ia melhorar.” (l.94-96, f.3, Od2)</p> <p>“Então é o seguinte eu penso que consigo estabelecer uma relação favorável com o individuo e com a família e com os principais prestadores de cuidados, porque por vezes não é a família o principal prestador de cuidados, apesar de muitas vezes estarem presentes, não são eles que prestam os cuidados directos ao utente.” (l.4-7, f.1, Ee)</p> <p>“É um grande orgulho para nós sabermos que estamos a contribuir para a evolução e para o bem estar daquela utente e daquela família.” (l.61-62, f.2, Ee)</p> <p>“Porque acho que também foi muito gratificante para aquela família ver a fase em que a utente se encontrava e ver a fase em que ela se encontra neste momento, e os progressos que ela teve ao longo deste tempo.” (l.62-65, f.3, Ee)</p>
--	---

Centralidade no sistema cliente	<p>“Como é que eu percepciono... ah, durante as minhas visitas domiciliárias procuro ter em atenção, não sei se sempre consigo, mas procuro ter em atenção o outro, aquilo que o individuo, família sabem, para a partir daí poder ajuda-lo, mas sempre no sentido do que o outro sabe, aquilo que o outro consegue fazer, para conseguir fazer aquilo que eu penso que será o melhor para a situação em si, não o que é o melhor para mim como enfermeira, mas tendo sempre em conta aquilo que é melhor para ele, tendo em conta aquilo que ele sabe, que ele já sabe fazer ou que ele sente naquela situação.” (l.4-10, f.1, Ef)</p> <p>“Quando tínhamos o termo, demos-lhe um grande elogio, olhe uma boa ideia, nunca tínhamos pensado nisto.” (l.84-85, f.3, Ef)</p> <p>“Durante a presença da enfermeira e a realização do procedimento, o sobrinho colocou música no quarto (Kisomba), referindo que a tia gostava bastante de música.” (l.92-93, f.3, Of3)</p> <p>“Quando reposicionada em decúbito dorsal sorriu para a enfermeira, que a penteou e lhe perguntou se se queria ver ao espelho ao que a utente respondeu que sim.” (l.94-96, f.3, Of3)</p> <p>“Daí deve ser sempre ele a decidir nem que seja por gestos, pronto está tudo dito, mesmo se não puder verbalizar.” (l.28-30, f.1, Eh)</p> <p>“A enfermeira deu ainda importância às coisas que a utente vai conseguindo manter, nomeadamente algumas das suas rotinas, como por exemplo tomar o pequeno almoço na cozinha, pois só o facto de se levantar implica força de vontade, manter algumas das suas capacidades.” (l.79-83, f.3, Oh3)</p>
	<p>“Ao longo dos anos eu fui percebendo que, nem sempre aquilo que eu acho que é melhor para aquela pessoa ou para aquela família, é o que a pessoa acha que é melhor para ela.” (l.45-46, f.2, Ea)</p>

Reflexão na Ação	<p>“Ou pelo menos reconheceu-se que o enfermeiro podia ser uma ajuda para resolver aquela situação.” (l.12-13, f.1, Eh)</p> <p>E isto consegue-se com a experiência e também com a mudança de paradigma, não é, que antes o utente não era propriamente um cliente, com poder de decisão, tinha de se sujeitar.” (l.46-48 f.2, Ea)</p> <p>“Em vez de ser... amar não é olhar um para o outro é olhar ambos na mesma direcção, e quando nós conseguimos por o enfermeiro ao lado do indivíduo ou da família a olhar na mesma direcção, com o mesmo objectivo, a gente consegue envolvê-los e ter uma interacção com mais sucesso e eles também conseguem atingir melhor os seus objectivos em termos de ganhos em saúde.” (l.85-89 f.3, Ea)</p> <p>“Se a abordarmos no sentido de a querermos ajudar, que vamos encontrar alternativas juntos, ela aceita melhor, e pronto tem uma atitude diferente, e aí conseguimos atingir melhor os nossos objectivos de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao utente.” (l.94-96, f.3, Ea)</p> <p>“Porque eu continuo a achar que nós não podemos mudar as pessoas, as pessoas é que podem mudar e ter-nos a nós como facilitadores, a nós e a muitos outros técnicos, é óbvio que a enfermagem não o faz sozinha.” (l.10-13, f.1, Ec)</p> <p>“O ideal era ir sempre em equipas e facilitar este processo, mas eu acredito que as pessoas é que tomam as decisões de acordo com aquilo que passam a dar valor, podem é mudar a sua forma e o que é que dão valor com o nosso processo de facilitar.” (l.13-15, f.1, Ec)</p> <p>“Quando estava a falar das hipóteses, é por aí, não é, é mesmo isso, pois temos de ir construindo o que é prioritário ou não e a pessoa tem que</p>
------------------	---

Reflexão na ação	<p>considerar.” (l.26-27, f.1, Ec)</p> <p>“A questão é que muitas das vezes nós...queremos definir, não podemos ser nós a querer definir o que é que é prioritário para aquela pessoa, é a pessoa que com as várias hipóteses vai ver e tentar perceber quais são as suas prioridades.” (l.27-30, f.1, Ec)</p> <p>“Porque por vezes ficamos muito frustrados, porque não conseguimos obter resultados, porque a pessoa, nós só vamos se a pessoa conseguir perceber a situação como um problema e que depois nesse problema há prioridade para ela.” (l.31-34, f.1, Ec)</p> <p>“Se essa não for a sua prioridade não vai haver resultados, porque ela não vai considerar como tal.” (l.34-35, f.1, Ec)</p> <p>“Pronto, esta situação levou-me realmente a pensar, depois é como é que nós damos visibilidade a estas nossas intervenções, que são autónomas e que considero que são muito importantes e que demonstrou muitos resultados?” (l.97-100, f.3, Ec)</p> <p>“Para já que somos muito úteis, (risos), mas faz sentir que estamos e que realmente é importante estar, estar com as pessoas, dialogar, dar capacidade às pessoas para pensar no seu processo de saúde, não é, porque neste caso nós demos, dissemos o quanto seria importante aquilo para a saúde da pessoa, não é, e a pessoa reflectiu que sim que seria e tentou fazer o melhor, tendo confiança em nós, naquilo que estávamos a transmitir, tentou fazer o melhor para melhorar a sua situação.” (l.78-83, f.3, Ed)</p> <p>“É assim acho que a decisão deles tem de se ter sempre em conta, e penso que será..., apesar de nem sempre considerar que seja a decisão melhor, tento sempre influenciar para uma melhor decisão, aquela que tem a ver com o processo de saúde e com o restabelecimento do utente, mas</p>
------------------	---

Reflexão na ação	<p>quando isso não é possível tento respeitar um pouco, a decisão do individuo ou do prestador.” (l.30-34,f.2,Ee)</p> <p>“É isto que faz a diferença em sermos enfermeiros, conseguimos estas pequenas conquistas, que são muito para aquela família, para aquela filha e para aquela doente, portanto foi assim uma experiencia que nos marcou.” (l.93-95, f.3, Ef)</p> <p>“Porque enquanto enfermeiros nem sempre reflectimos sobre aquilo que conseguimos e que fazemos.” (l.101-102, f.4, Ef)</p> <p>“Se nos procuram é porque existe confiança no acto de Enfermagem, nesse tal relacionamento de proximidade, respeito, e sentiu-se à vontade para procurar.” (l.11-12, f.1, Eh)</p>
Ética profissional	<p>“Não foi estabelecido qualquer tipo de toque com os familiares, sendo respeitadas as questões de privacidade e de sigilo durante a reunião.” (l.146-148, f.4, Oa2)</p> <p>“Não foi estabelecido qualquer tipo de toque, sendo respeitadas as questões de privacidade de sigilo durante a reunião.” (l.233-234, f.6, Oa3)</p> <p>“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, apesar de terem havido algumas interrupções com a entrada no quarto da neta de quatro anos.” (l.65-67, f.2, Ob2)</p> <p>“Em nenhum momento da interacção se estabeleceu o toque.” (l.46-47 f.2, Oc1)</p> <p>“No decorrer da reunião houve a tentativa de outros alunos entrarem no gabinete, supostamente para serem atendidos pela enfermeira.” (l.48-49, f.2, Oc1)</p>

Ética profissional	<p>“Durante a interação foram mantidas as questões de privacidade e sigilo, havendo a interrupção da assistente social que também estava a acompanhar o caso.” (l.107-108,f.3, Oc2)</p> <p>“A criança não permitiu o toque, nem quis falar, apesar de a irmã dizer que ele fala muito.” (l.157-158,f.5, Oc3)</p> <p>“Durante a interação foram cumpridas as questões de privacidade e sigilo e não ocorreram interrupções.” (l.159-160,f.5, Oc3)</p> <p>“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções no decorrer da observação.” (l.44-45, f.2, Od1)</p> <p>“Foram cumpridas as questões de privacidade do utente, não tendo havido interrupções de outro nível, a não ser da cuidadora durante a prestação de cuidados.” (l.102-103, f.3, Od2)</p> <p>“Estabeleceu-se unicamente o toque referente ao procedimento técnico.” (l.132, f.4, Od3)</p> <p>“A porta do quarto foi mantida aberta durante a interação, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.” (l.132-134, f.4, Od3)</p> <p>“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não havendo praticamente exposição do corpo a não ser nos locais onde era necessário realizar o procedimento.” (l.23-25,f.1,Oe1)</p> <p>“O toque estabelecido foi exclusivamente o correspondente ao procedimento técnico, foram cumpridas as questões de privacidade.” (l.51-52,f.2,Oe2)</p>
--------------------	---

<p>Ética profissional</p>	<p>“Estabeleceu-se o toque unicamente o referente ao procedimento técnico. Foram cumpridas as questões de privacidade do utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.” (l.97-99, f.3, Oe3)</p> <p>“Estabeleceu-se toque no início e no fim da interação, revelando alguma afetividade entre a enfermeira e a utente, e ainda o referente ao procedimento técnico.” (l.30-31, f.1, Of1)</p> <p>“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, apesar de a porta da rua se ter mantido aberta e ser perto da entrada do quarto, não tendo havido interrupções durante a interação.” (l.31-33, f.1, Of1)</p> <p>“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.” (l.107-108, f.3, Of3)</p> <p>“Estabeleceu-se o toque no princípio da interação antes de iniciar o procedimento técnico, e depois unicamente o inerente a este, foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções.” (l.26-29, f.1, Oh1)</p> <p>“O toque estabelecido foi exclusivamente o correspondente ao procedimento técnico e no início da abordagem quando se retirou o copo do leite, foram cumpridas as questões de privacidade da utente.” (l.55-58, f.2, Oh2)</p> <p>“Estabeleceu-se o toque unicamente o referente ao procedimento técnico.” (l.88-89, f.3, Oh3)</p> <p>“Foram cumpridas as questões de privacidade da utente, não tendo havido interrupções durante a realização do penso.” (l.90-91, f.3, Oh3)</p>
---------------------------	--

TEMA: PROCESSO DE CUIDADOS

DIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Contextual	<p>“Porque chegar lá e abordar as temáticas que até não são as dúvidas daquele grupo, também não estamos a dar a oportunidade a que tomem essa decisão e não vamos de encontro às reais necessidades.” (l.61-63 f.2, Ea)</p> <p>“Programou (a enfermeira) uma data e uma hora, compatível com a presença e de acordo com os técnicos abordados.” (l.24-25, f.1, Oa1)</p> <p>“Antes de o familiar entrar na sala todos os técnicos presentes conversaram e definiram a abordagem a ter na reunião.” (l.40-41, f.2, Oa1)</p> <p>“Os objectivos seriam, validar a avaliação efectuada e obter acordo para se poder avançar com a intervenção na família.” (l.41-42, f.2, Oa1)</p> <p>“Houve portanto, necessidade de definir uma estratégia de abordagem no corredor, onde se acordou que a proposta seria tentar uma família mais interventiva e que pudesse levar a idosa para outro local, nomeadamente para suas casas.” (l.96-99, f.3, Oa2)</p> <p>“O objectivo seria auscultar a opinião da filha em relação às hipóteses de a avó vir a falecer e o avô não ter condições de cuidar do seu pai.” (l.169-170, f.5, Oa3)</p>

Contextual	<p>“Esta estratégia foi delineada pelo telefone aquando a enfermeira A convocou os técnicos para a reunião.” (l.171-172, f.5, Oa3)</p> <p>“Em situação de dificuldade validou-se a existência de contactos telefónicos da SAD e da ECCIC, em local acessível e se o utente sabia usar o telefone.” (l.26-27, f.1, Ob1)</p> <p>“Informou a mãe, pronto, que iria falar comigo e que eu a iria contactar para fazer visita domiciliária, de forma a perceber a situação.” (l.49-50, f.2, Ec)</p> <p>“...(a enfermeira confirmou com uma utente) Que já há mais de um ano que tinha uma relação próxima com esta mãe e com esta criança e que lhe ia às vezes dando chocolates e que não conseguia fazer interacção com aquela criança, não conseguia.” (l.71-73, f.2, Ec)</p> <p>“Para isto foi preciso não só a enfermagem mas outras disciplinas, mas também vários enfermeiros que têm de trabalhar de uma forma, em equipa.” (l.104-105-, f.3, Ec)</p> <p>“Mas aquela colega realmente conseguiu observar e perceber que mesmo sendo o contexto diferente, daquela criança não estar habituada a ir ao centro de saúde, estar dentro de um gabinete, (...), conseguiu ver para além disso e portanto perceber que tinha de haver uma intervenção, que neste momento estamos a tentar, estamos num processo.” (l.129-133, f.4, Ec)</p> <p>“Salienta-se a existência de um contacto prévio com a família, presencial, que decorreu no seu domicílio, onde esta foi informada da sinalização da escola para a equipa de saúde escolar e onde se solicitou a concordância dos pais na intervenção da equipa na escola.” (l.8-10, f.1, Oc1)</p>
------------	--

Contextua	<p>“A enfermeira pertencente à CPCJ foi chamada à escola porque este filho de 11 anos levou para o lanche um pão bolorento, que ia comer não fosse a auxiliar estar atenta à situação, de notar que na semana anterior a criança havia faltado por se encontrar com gastroenterite.” (l.69-71,f.2, Oc2)</p> <p>“Chegadas à escola, a enfermeira e a assistente social da CPCJ, confirmaram a situação.” (l.75,f.2, Oc2)</p> <p>“Observou-se também o estado de extrema magreza em que a criança se encontrava, com fácies triste.” (l.76-77,f.2, Oc2)</p> <p>“Quando questionada acerca do ponto de situação do divórcio, refere tem estado para ir falar com o advogado mas que ainda não foi.” (l.87-88,f.3, Oc2)</p> <p>“Antes de efectuada a visita domiciliária, a enfermeira de família contactou telefonicamente a mãe, a informar da intenção da visita domiciliária da enfermeira da UCCC e para obter o seu consentimento, o que se verificou.” (l.118-120,f.4, Oc3)</p> <p>“A irmã sabia que o objectivo da visita era fazer a avaliação do irmão, apesar da enfermeira ter reforçado e explicado que talvez fosse bom para a criança integrar o Jardim de Infância.” (l.132-133,f.4, Oc3)</p> <p>“Confirmaram-se as suspeitas da enfermeira de família, uma vez que a criança não estabelecia contacto visual, estando sempre a olhar para o computador e respondendo com guinchos e gestos agressivos.” (l.139-141,f.4, Oc3)</p> <p>“A enfermeira continuou a colheita de dados junto do utente percebendo</p>
-----------	---

Contextual I	<p>que este tem dor no pé e que a tosse não o deixou dormir, nem a ele, nem à esposa, durante a noite.” (l.33-35, f.1, Od1)</p> <p>“A equipa tem dúvidas em relação à situação desta cuidadora, uma vez que sabe que: não é familiar; fazia voluntariado no lar onde o utente se encontrava; e supostamente passaram a viver juntos.” (l.64-66, f.2, Od2)</p> <p>“Agora o Sr. estava cada vez mais dependente e a necessitar de cuidados especializados.” (l.66-67, f.2, Od2)</p> <p>“Num breve momento em que a cuidadora não esteve no quarto a enfermeira perguntou ao utente se o têm levantado ao que ele respondeu: “<i>não me levantam...</i>” (sic).” (l.79-80, f.3, Od2)</p> <p>“Antes da interação com o utente a situação foi apreciada pela equipa, por haver suspeita de maus tratos ao idoso, tendo sido definida como estratégia desenvolver uma prestação de cuidados atenta mas discreta, para se conseguir ganhar a confiança da cuidadora.” (l.81-83, f.3, Od2)</p> <p>“A tomada de decisão é assim essa percepção não se consegue numa visita é um trabalho continuado.” (l.24-25, f.1, Ef)</p> <p>“As prioridades também são importantes, por vezes as famílias ou para o doente porque estes ou este podem perceber ou não ter a percepção do que é prioritário e cabe ao enfermeiro transmitir o que é prioritário.” (l.43-45, f.1, Ef)</p> <p>“Assim, houve necessidade de a enfermeira se colocar de joelhos em cima da cama para poder proceder à realização do tratamento da úlcera de pressão do trocanter, a única que ainda mantém.” (l.80-82, f.3, Of3)</p>
--------------	--

	<p>“Situação (retirar a sonda nasogástrica) que a enfermeira acatou, mas reforçou que seria importante tentar e que algum dia ia acontecer.” (l.90-91, f.3, Of3)</p> <p>“Deu-se ênfase ao facto de ter um bacio alto que permite que ela urine quase de pé, tendo de desenvolver “<i>apenas</i>” (sic) o esforço para se levantar da cama.” (l.16-18, f.1, Oh1)</p> <p>“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira no sentido de validar com a filha algumas das situações que ocorreram no intervalo entre as visitas domiciliárias e como esta as resolveu, estando a cuidadora autónoma nos cuidados à mãe.” (l.47-49, f.2, Oh2)</p>
--	--

TEMA: PROCESSO DE CUIDADOS

DIMENSÃO: INTERAÇÃO NO CUIDADO

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Prevenção	<p>“...isto também acontece com os grupos, embora não seja essa a questão, mas se nós numa turma quando fazemos saúde escolar, nós, por vezes, principalmente quando são turmas de gente mais crescida, é importante deixá-los escolher, perceber que dinâmica é que eles preferem e que conteúdo é que preferem ver mais trabalhado, por exemplo a dinâmica da caixa de perguntas, permite ir ao encontro das necessidades reais daquele grupo.” (I.56-61, f.2, Ea)</p> <p>“O diagnóstico estabelecido de Alto Risco de Úlcera de Pressão, não foi validado com o utente, sendo que o objectivo da visita era avaliar o estado geral da utente e prevenir o risco identificado de úlcera de pressão.” (I.22-25, f.1, Ob1)</p> <p>“É uma situação em que numa unidade de saúde familiar uma colega que estava a fazer intervenção no âmbito individual e familiar nessa USF, contactou-me porque se encontrava muito preocupada com uma criança, em que achou que havia algo de alteração em termos do desenvolvimento daquela criança, havia algo que não estaria muito bem, naquela família, contactou-me para que, se seria possível esta criança ser avaliada.” (I.44-49, f.2, Ec)</p> <p>“Eu fui fazer essa avaliação, fiquei muito assustada, pronto, considerei que realmente algo se estava a passar, no âmbito do desenvolvimento daquela criança.” (I.50-52, f.2, Ec)</p> <p>“Nesse dia em casa só estava a irmã adolescente de dezassete anos e</p>

Prevenção	<p>esta mesma criança, e senti que realmente havia algo ali que não estaria bem, com aquela avaliação.” (l.54-56, f.2, Ec)</p> <p>“E fui iniciando o processo socialmente, da importância do desenvolvimento daquela criança, de termos várias ferramentas.” (l.62-63, f.2, Ec)</p> <p>“A interação inicia-se com a enfermeira a referir que a escola se encontra um “bocadinho” preocupada com ele e que por isso solicitou que a enfermeira viesse falar com ele para ver se ele também sentia que algo não estava bem consigo.” (l.16-18, f.1, Oc1)</p> <p>“Ao que a criança respondeu que sim e que ainda “<i>hoje uns colegas lhe tinham colocado a mochila na sanita</i>” (sic), a enfermeira perguntou à criança se esta sabia porque é que os colegas lhe faziam isto, ao que esta respondeu “<i>mais ou menos</i>” (sic).” (l.18-21, f.1, Oc1)</p> <p>“Observou-se que a criança tem noção do problema e das consequências que isso pode ter na sua integração na escola.” (l.34-35, f.1, Oc1)</p> <p>“A enfermeira efectuou a avaliação do desenvolvimento psicomotor com o Teste de Sheridan, que confirmou as alterações.” (l.151-152, f.4, Oc3)</p> <p>“Segundo a enfermeira esta utente tem ausência de dor, mas alguma sensibilidade, havendo por isso alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.” (l.31-33, f.1, Oe2)</p>
	<p>“Era uma senhora que estava a cuidar de um utente que está ligado a um ventilador portátil e que, cada vez que ele baixava a saturação chamava o INEM, e que quando o INEM chegava a própria utente dizia que não ia para o hospital porque achava que não tinha critério para ir para o</p>

Manutenção	<p>hospital que estava bem.” (l.42-45, f.2, Eb)</p> <p>“A utente encontra-se numa cama articulada com colchão de pressões alternadas, na marquise, perto da entrada da porta.” (l.9-10, f.1, Ob1)</p> <p>“A utente encontra-se numa cama articulada com colchão de pressões alternadas, no quarto.” (l.75-76, f.3, Ob3)</p> <p>“Observou-se também que o utente tinha 450 cc de urina num saco de 24h. Encontra-se com uma glicemia de 317 mg/dl 2h e 40 após o pequeno almoço.” (l.22-23, f.1, Od1)</p> <p>“O utente encontra-se em cama articulada com colchão de pressões alternas, com um dos lados da cama encostado à parede, o quarto e a casa encontram-se limpos e arrumados.” (l.10-12, f.1, Od1)</p> <p>“Utente de 84 anos, com PA: 160/70 mm Hg, tem antecedentes pessoais de AVC há 14 anos.” (l.59, f.2, Od2)</p> <p>“A utente está consciente e orientada, deitada em cama articulada, com colchão de pressões alternadas.” (l.13-14, f.1, Oe1)</p> <p>“É uma utente grande dependente com tetraplegia devido a um acidente de viação.” (l.30-31, f.1, Oe2)</p> <p>“Possui cama articulada, com colchão de pressões alternas, mas sem possibilidade de levantar.” (l.33-34, f.1, Oe2)</p> <p>“Quando questionada acerca de como tem passado, a utente responde que se tem desalgaliado muitas vezes porque o balão se rompe.” (l.38-</p>
------------	---

<p>Manutenção</p>	<p>39,f.2,Oe2)</p> <p>“O utente encontra-se numa cama articulada com colchão de pressões alternadas, no quarto.” (l.60-61,f.2,Oe3)</p> <p>“A tia estava visivelmente satisfeita, nada queixosa ao procedimento, que foi bastante rápido.” (l.93-94, f.3, Of3)</p>
<p>Reparação</p>	<p>“É uma utente grande dependente com Úlcera de Pressão instituída.” (l.41-42, f.2, Ob2)</p> <p>“O objectivo da visita domiciliária foi a realização de tratamento à úlcera de pressão.” (l.53, f.2, Ob2)</p> <p>“Refere que ele não tem evacuado.” (l.61, f.2, Od2)</p> <p>“O utente encontra-se muito queixoso ao toque.” (l.61-62, f.2, Od2)</p> <p>“Ah,..., temos uma situação em que uma doente foi operada à anca, tinha incontinência já antes desta situação, mas quando voltou do internamento vinha mais dependente.” (l.49-50, f.2, Ed)</p> <p>“O facto de estar deitada, de ter de passar a usar fralda, fez com que fizesse uma ferida na sacro e também a ferida que já existia da deiscência da sutura da ferida cirúrgica na anca.” (l.50-52, f.2, Ed)</p> <p>“Quando a enfermeira chegou a utente ainda estava deitada, tendo-se levantado naquele momento para ir buscar água morna para se proceder</p>

<p>Reparação</p>	<p>à higienização da pele circundante à fístula.” (l.114-116, f.4, Od3)</p> <p>“E o que é que acontecia, portanto, nomeadamente durante a noite a fralda encharcava e acabava por encharcar os dois pensos, tanto o da sacro como o da ferida cirúrgica.” (l.52-54, f.2, Ed)</p> <p>“Ah..., e realmente a ferida está muito melhor com a questão de ela colocar a arrastadeira ou ir ao bacio, uma outra questão foi o eritema da fralda.” (l.67-68, f.3, Ed)</p> <p>“É um utente totalmente dependente com úlcera de pressão maleolar e sagrada, com risco de agravamento pela imobilidade.” (l.5-6, f.1, Od1)</p> <p>“É um utente diabético que já sofreu uma amputação do membro inferior esquerdo até à coxa.” (l.7-8, f.1, Od1)</p> <p>“O utente apresenta-se com sudorese, mãos frias, expectoração que tem dificuldade em expelir, abdómen distendido e timpanizado, queixoso à palpação.” (l.12-14, f.1, Od1)</p> <p>“O objectivo da visita domiciliária era proceder à realização do tratamento às úlceras de pressão instituídas e à realgiação do utente.” (l.30-31, f.1, Od1)</p> <p>“É um utente dependente, com úlceras de pressão em ambos os calcâneos.” (l.51, f.2, Od2)</p> <p>“Esta visita tem como objectivos, para além de realizar os tratamentos há feridas instituídas, avaliar as condições gerais do utente.” (l.57-58, f.2, Od2)</p>
------------------	---

<p>Reparação</p>	<p>“O utente encontra-se muito queixoso ao toque.” (l.61-62, f.2, Od2)</p> <p>“As feridas instituídas vieram após algum tempo de internamento hospitalar.” (l.73, f.2, Od2)</p> <p>“O utente está com sinais visíveis de desidratação, pálido, descorado e com mucosas secas.” (l.78-79, f.3, Od2)</p> <p>“A sua situação de saúde levou a que tivesse uma fístula abdominal com drenagem de fezes permanentemente, exigindo cuidados diários (as enfermeiras efectuam o penso de manhã e a filha foi capacitada para realizar o penso à noite).” (l.110-112, f.3, Od3)</p> <p>“Refere ainda que, não tem dormido bem por ter reduzido a medicação.” (l.118, f.3, Od3)</p> <p>“E todos juntos conseguimos que aquela senhora, que estava afásica, que não comia, que não bebia a não ser por sonda nasogástrica, conseguimos que ela comesse a comer, conseguimos que ela verbalizasse algumas palavras, conseguimos que ela cicatrizasse a maioria das feridas, neste momento tem apenas uma úlcera de pressão, também já em fase de cicatrização.” (l.52-57, f.2, Ee)</p> <p>“É uma senhora totalmente dependente com uma neoplasia em estágio terminal, integrando por esse motivo a ECCIC.” (l.7-8, f.1, Oe1)</p> <p>“O objectivo da visita domiciliária era realizar o tratamento às úlceras de pressão e proceder à avaliação da pressão arterial.” (l.17-18, f.1, Oe1)</p>
------------------	---

Reparação	<p>“É um utente totalmente dependente com úlcera de pressão instituída, integrando por esses motivos a ECCIC.” (l.58-59, f.2, Oe3)</p> <p>“O objectivo desta visita domiciliária era realizar tratamento às úlceras de pressão instituídas.” (l.93, f.3, Oe3)</p> <p>“Sendo uma senhora parcialmente dependente, tem uma neoplasia da mama esquerda com ulceração, integra por esse motivo a ECCIC.” (l.5-6, f.1, Of1)</p> <p>“É uma utente obesa com elefantíase dos membros inferiores e úlceras venosas crónicas, sendo o objetivo da visita realizar o tratamento às feridas.” (l.38-40, f.2, Of2)</p> <p>“É uma senhora totalmente dependente, com úlcera de pressão no trocanter, integra por esses motivos a ECCIC.” (l.59-60, f.2, Of3)</p> <p>“Sendo uma senhora parcialmente dependente, com neoplasia do pancreas, existem úlceras de pressão que obrigam a tratamentos diários, integrando por esse motivo a ECCIC.” (l.5-7, f.1, Oh1)</p> <p>“A utente encontra-se pálida, descorada, extremamente magra e com fácies de dor.” (l.10-11, f.1, Oh1)</p> <p>“Refere que já tomou o pequeno-almoço, mas que sente muita dor de cabeça.” (l.11-12, f.1, Oh1)</p> <p>“A enfermeira avaliou a PA: 100/65 mm Hg, com pulso arritmico.” (l.12-13, f.1, Oh1)</p>
-----------	--

Reparação	<p>“Verificou-se também durante a realização do tratamento que a utente tinha desenvolvido um eritema bastante acentuado da fralda, facto que foi associado ao tipo de fraldas.” (l.19-20, f.1, Oh1)</p> <p>“É uma utente parcialmente dependente, diabética com pequenas ulcerações nas pernas edemaciadas.” (l.35-36, f.1, Oh2)</p> <p>“É uma senhora de 75 anos com ferida evolutiva de neoplasia mamária, consciente e orientada no tempo e no espaço, que se levanta por períodos, integra por esses motivos a ECCIC, o objectivo desta visita é realizar o tratamento à ferida.” (l.63-65, f.2, Oh3)</p>
Relação	<p>“A interacção foi conduzida tendo em conta os princípios da relação de confiança (respeito, aceitação e empatia), mesmo quando o neto demonstrou um tom agressivo e o ambiente na sala ficou “tenso”.” (l.144-146, f.4, Oa2)</p> <p>“Sei que estabeleço uma boa relação, com o indivíduo e com a família, principalmente com a família, que são os primeiros que nós encontramos para chegar depois ao utente.” (l.4-5, f.1, Eb)</p> <p>“Que tenho muito boa relação, com a família e com o utente.” (l.8, f.1, Eb)</p> <p>“Isso quer dizer que com a relação que estabeleço obtenho resultados e o feedback que recebo desses utentes é muito satisfatório.” (l.8-10, f.1, Eb)</p> <p>“Dou sempre um bom espaço à comunicação.” (l.20-21, f.1, Eb)</p> <p>“Deixá-los falar por vezes de coisas que posso achar que não tem qualquer significado e depois com o manter da conversa consigo obter bons resultados e boas informações de coisas que se calhar eu não iria</p>

Relação	<p>valorizar.” (l.21-23, f.1, Eb)</p> <p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia e observa que a utente está afásica, responde a ordens simples com acenos de cabeça.” (l.8-9, f.1, Ob1)</p> <p>“Durante a observação posicionou-se posteriormente em relação à utente, frente a frente com o marido, havendo sempre contacto visual entre ambos.” (l.31-33, f.1, Ob1)</p> <p>“A enfermeira perguntou como a utente tem passado, ao que a filha respondeu que tem passado mais ou menos, que come pouco e que desta vez não foi preciso mudar o penso.” (l.46-47, f.2, Ob2)</p> <p>“Durante a observação posicionou-se, frente a frente com a filha e na lateral da utente, havendo sempre contacto visual entre ambas.” (l.61-63, f.2, Ob2)</p> <p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo boa tarde.” (l.75, f.3, Ob3)</p> <p>“Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação à utente, frente a frente com o filho, havendo sempre contacto visual entre ambos.” (l.86-88, f.3, Ob3)</p> <p>“A enfermeira apresentou-se e foi cumprimentada com dois beijos na face, de forma atenciosa e cordial.” (l.122-123, f.4, Oc3)</p> <p>“Durante a observação posicionou-se lateralmente em relação ao utente, olhando-o de frente, havendo sempre contacto visual entre ambos.” (l.42-44, f.2, Od1)</p> <p>“Durante a observação posicionou-se, frente a frente com a cuidadora e</p>
---------	--

<p>Relação</p>	<p>na lateral da utente, havendo sempre contacto visual entre ambos.” (l.98-100, f.3, Od2)</p> <p>“Apesar de permitir a comunicação verbal do utente cuidado, tal quase não foi possível devido à interpelação constante da cuidadora.” (l.100-101, f.3, Od2)</p> <p>“A enfermeira entrou, depois dos cumprimentos cordiais e foi directa ao quarto da utente.” (l.36-37, f.1, Oe2)</p> <p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo boa tarde.” (l.60, f.2, Oe3)</p> <p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia ao marido, com um aperto de mão.” (l.10, f.1, Of1)</p> <p>“Vai conversando com a utente, que se revela conformada com a sua situação de saúde, ao mesmo tempo que comenta o programa da manhã que passa na televisão e que ela tanto gosta de ver.” (l.13-15, f.1, Of1)</p> <p>“À entrada na casa a enfermeira é recebida pela filha da utente, com um cumprimento cordial, a que esta respondeu.” (l.37-38, f.2, Oh2)</p> <p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia.” (l.66, f.2, Oh3)</p> <p>“...na relação que estabeleço com o indivíduo ou com a família, a primeira fase é ao nível de perceber o que é que a pessoa pretende, ou a família, depois dar as informações, as hipóteses, as alternativas que existem, pronto.” (l.4-6, f.1, Ea)</p> <p>“Não houve expressão verbal ou mímica de pensamentos ou emoções</p>
----------------	--

Relação	<p>pela enfermeira.” (l.67-68, f.2, Oa1)</p> <p>“Dar-lhe sempre um estímulo, dizer-lhe que está tudo bem, que fez tudo bem e que não há razão para ficarem ansiosos.” (l.61-63, f.2, Eb)</p> <p>“Isto significa uma relação de empatia, satisfação e saber que além de ser enfermeira também sou humana e também consigo compreender e estar no local daquela senhora e fazer uma relação de empatia.” (l.68-70, f.2, Eb)</p> <p>“Já tive dificuldade em sair dessa relação, porque fiquei muito agarrada, mas neste momento como a vejo muito mais capacitada, muito menos ansiosa eu já consigo pôr-me no lugar dela e conseguir sair e deixá-la bem.” (l.70-72, f.2, Eb)</p> <p>“Coisa que no início não acontecia, eu sofria muito, quando saía daquela casa.” (l.72-73, f.2, Eb)</p> <p>“Apesar de a utente se encontrar afásica foi sempre tentando estabelecer relação com esta, utilizando expressões como: “<i>agora vamos virar</i>”, “<i>está a doer, estamos quase a terminar</i>”.” (l.63-65, f.2, Ob2)</p> <p>“Utilizou uma linguagem compreensiva e de proximidade permitindo a expressão da criança, sem verbalizar os seus próprios sentimentos ou emoções.” (l.41-43, f.2, Oc1)</p> <p>“A relação tem de ser facilitadora para essa mesma tomada de decisão e para a prestação de cuidados.” (l.6-7, f.1, Ec)</p> <p>“Houve sempre contacto visual por parte da enfermeira, embora nem sempre a criança o fizesse, pois baixava frequentemente os olhos para as</p>
---------	---

Relação	<p>mãos apoiadas na mesa.” (l.45-46, f.2, Oc1)</p> <p>“Primeiro temos de perceber toda a envolvimento do prestador de cuidados que existe sempre no domicílio, para o doente ser cuidado no domicílio é obrigatório ter um prestador de cuidados, primeiro tentar perceber toda a envolvimento do prestador com o doente e ir passo a passo, acho que é mesmo assim passo a passo, tentar ao compreender aquela unidade familiar, entrarmos um bocadinho na, ...ah, conseguirmos criar empatia, no fundo é isso e é por ai que se inicia.” (l.5-10, f.1, Ed)</p> <p>“E tendo uma base forte de uma relação que se conseguiu estabelecer, ao se conseguir criar essa relação de confiança, começa no primeiro impacto, que acho que é o..., acho que é o mais importante, em qualquer relação é o primeiro impacto que nós criamos com as pessoas, e se essa base for sólida, ah, vai permitir uma relação de confiança e a partir daí temos a certeza de que quase vamos conseguir tudo daquela família.” (l.10-14, f.1, Ed)</p> <p>“Tentar perceber as coisas, ouvir o outro e dar-lhes poder também a eles para tomarem essa decisão, não é, e sempre com o nosso olhar profissional, digamos assim, de poder ajudar, não é.” (l.28-30, f.1, Ed)</p> <p>“A minha principal preocupação é realmente estabelecer uma relação de confiança de empatia com todos os prestadores envolventes, o estabelecimento de uma relação de ajuda, para que possa tudo correr da melhor forma.” (l.7-10, f.1, Ee)</p> <p>“Ao aproximar-se da utente a enfermeira estabeleceu contacto visual, baixando-se ao nível da cabeça, disse bom dia, tocou no ombro e perguntou como se sentia a utente hoje, ao que esta respondeu que não tinha dores.” (l.14-16, f.1, Oe1)</p> <p>“Nota-se que existe uma relação de confiança entre a enfermeira e a</p>
---------	---

Relação	<p>utente em virtude do longo tempo de prestação de cuidados, com alguma intimidade (havendo questões acerca dos filhos da enfermeira, ao que esta respondeu).” (l.45-47, f.2, Of2)</p> <p>“Quando se olhou ao espelho (a utente) sorriu e chorou em simultâneo, a enfermeira questionou se o cabelo estava bem assim e se queria colocar batom.” (l.98-99, f.3, Of3)</p> <p>“Ao que a utente acenou positivamente com a cabeça em relação ao batom e verbalizou com dificuldade a palavra café.” (l.99-100, f.3, Of3)</p> <p>“Todos os pedidos foram satisfeitos, ficando a utente visivelmente feliz, especialmente com o sentir o gosto do café na boca.” (l.100-102, f.3, Of3)</p> <p>“Ah, percepciono essa relação que estabeleço como de proximidade, de confiança, respeito de ambas as partes, empatia para com o outro e de liderança conforme o contexto da situação.” (l.4-5, f.1, Eh)</p> <p>“A enfermeira respondeu que a vida é um ciclo, que não está a dar trabalho nenhum, comparando com aquilo em que já ajudou os outros e com aquilo que trabalhou ao longo da sua vida.” (l.74-76, f.3, Oh3)</p>
---------	--

TEMA: PROCESSO DE CUIDADOS

DIMENSÃO: ESTRATÉGIA E ABORDAGEM PARA O RESULTADO

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Liderança	<p>“Quando há vários intervenientes, na comunidade, quem normalmente assume a liderança é o enfermeiro ou o gestor de caso.” (l.20-21, f.1, Ea)</p> <p>“...seria objectivo a filha concordar em pedir a interdição do pai, para poder decidir por ele.” (l.170-171, f.5, Oa3)</p> <p>“Agora que tinha atingido a maioridade, já podia tomar decisões sozinha, e que por não ter vindo a ser envolvida no processo talvez não tivesse a verdadeira noção da gravidade da situação.” (l.181-183, f.5, Oa3)</p> <p>“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira no sentido de validar com a filha algumas das situações que ocorreram no intervalo entre as visitas domiciliárias e como esta as resolveu, introduzindo medidas correctivas.” (l.54-56, f.2, Ob2)</p> <p>“Para mim o sujeito é sempre quem vai tomar a decisão, por isso acaba por ter a liderança na sua decisão.” (l.18-19, f.1, Ec)</p> <p>“Estamos numa situação... mas eu acho que a liderança está do lado do sujeito de cuidados.” (l.20, f.1, Ec)</p>

Liderança	<p>“Sim, normalmente sou eu (enfermeira) que lidero!” (l.13, f.1, Eb)</p> <p>“Mas já tenho tido situações que, para conseguir obter resultados tenho que deixar que o prestador ou o próprio utente lidere, porque senão não consigo resultados positivos.” (l.13-15, f.1, Eb)</p> <p>“É assim respeito sempre ou tento sempre que o espírito de liderança seja tomada pelo principal prestador de cuidados, se não for a família ou algum vizinho ou mesmo as senhoras do apoio domiciliário.” (l.13-15,f.1,Ee)</p> <p>“Eu tento sempre que esse líder seja alguém que passe mais tempo com o utente.” (l.18-19,f.1,Ee)</p> <p>“Eu tento sempre que a liderança seja efectuada pelo utente ou por aquele que lhe está mais próximo.” (l.21-22,f.1,Ee)</p> <p>“O momento de contacto foi liderado, com manifestação de poder, pela enfermeira no sentido de esta ser detentora de saber, na interacção com o marido da utente alvo.” (l.14-15, f.1, Ob1)</p> <p>“A enfermeira deu orientações no sentido de minimizar alguns dos riscos que encontrou, dando ordens, por exemplo: verificou que a utente tinha o cabelo oleoso, verificando que o champô que existia era para cabelos normais, deu ordem para ser comprado um champô para cabelos oleosos, ao que o marido respondeu que sim, que ia comprar, apesar de referir que desde sempre a senhora tinha o cabelo oleoso.” (l.15-20, f.1, Ob1)</p> <p>“O momento de contacto foi liderado, com manifestação de poder, pela enfermeira, não tendo havido praticamente diálogo com o filho durante o procedimento técnico.” (l.78-79, f.3, Ob3)</p>
-----------	---

Liderança	<p>“Enquanto que o enfermeiro vai estar a liderar o processo em conjunto.” (l.19, f.1, Ec)</p> <p>“Eu penso que sim, não tanto, na liderança de uma só..., eu penso que o enfermeiro lidera, lidera no sentido de conduzir (riso) ..., não no sentido de impor.” (l.17-18, f.1, Ed)</p> <p>“A enfermeira deu orientações no sentido de minimizar alguns dos riscos que encontrou, dando ordem no sentido de que a idosa fosse mobilizada de duas em duas horas e explicando como se deveriam colocar as almofadas de protecção.” (l.79-82, f.3, Ob3)</p> <p>“Todo o contacto foi liderado pelo enfermeiro, com manifestação verbal de poder: “ou o seu marido sai lá de casa ou saem as crianças!”.” (l.88-89, f.3, Oc2)</p> <p>“No que se refere à comunicação interpessoal a enfermeira adoptou uma postura agressiva e impositória, frente a frente com a mãe.” (l.103-104, f.3, Oc2)</p> <p>“Utilizou linguagem clara e simples, permitindo a comunicação expressiva das emoções da senhora, mas salientando que, os técnicos tudo farão, em virtude do superior interesse da criança, se a situação no agregado não se modificar.” (l.104-106, f.3, Oc2)</p> <p>“O momento de contacto foi liderado, com manifestação de poder, pela enfermeira no sentido ter tomado a iniciativa de ligar à filha do utente.” (l.26-27, f.1, Od1)</p> <p>“Partiu-se do princípio que a situação constituía um problema de saúde para o utente e não se questionou em momento nenhum se este queria ir ao centro de saúde.” (l.31-33, f.1, Od1)</p>
-----------	---

Liderança	<p>“A enfermeira não teceu qualquer tipo de comentário, referiu apenas que é muito importante que consiga dormir durante a noite para que de dia possa estar bem psicologicamente, sem apresentar alternativas.” (l.118-121, f.3, Od3)</p> <p>“Eu penso que em todas as situações tem de haver alguém que lidere a situação, em tudo tem que haver um líder.” (l.17-18,f.1,Ee)</p> <p>“Porque há determinadas decisões importantes, que é necessário serem tomadas, se não forem tomadas por uma pessoa que lidere vai ser difícil conseguirmos atingir algum objectivo, se houver várias pessoas que queriam tomar essa posição dificilmente vamos conseguir chegar a um objectivo” (l.19-21,f.1,Ee)</p> <p>“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira.” (l.17,f.1,Oe1)</p> <p>“A sensação que eu tenho, em termos gerais dos cuidados que presto é que as famílias, no geral depõem no enfermeiro essa liderança, é a minha percepção em termos gerais, não é em todas as famílias...” (l.12-14, f.1, Ef)</p> <p>“Portanto quando eles assumem, aprendem e demonstram que aprenderam, acabam por ser eles a liderar, no fundo, acabam eles depois por ser donos do “conhecimento”, que foram adquirindo no trabalho conjunto.” (l.30-32, f.1, Ef)</p> <p>“Normalmente quando, fazendo ensinios à família, penso, pronto faz parte do enfermeiro liderar essa situação.” (l.7-8, f.1, Eh)</p> <p>“No demonstrar como se faz algo, dar exemplos, mostrar situações, fazer a pessoa pensar, reformular perguntas para ver se vai ao encontro daquilo que se quer, não é no fundo para depois podermos avaliar posteriormente os resultados, porque se não fizermos essa liderança depois também não há</p>
-----------	---

Liderança	<p>uma continuidade, nesse aspecto, pronto.” (l.16-19, f.1, Eh)</p> <p>“Neste sentido a enfermeira recomendou que se comprassem fraldas de outras marcas sugerindo inclusivamente alguns nomes, justificando que apesar de serem mais caras <i>“são muito melhores para a pele”</i> (sic).” (l.20-23, f.1, Oh1)</p> <p>“A casa está limpa e bem cuidada e o procedimento é realizado ali mesmo onde a utente se encontra, mesmo esta estando renitente a que lhe tirem o copo do leite da mão.” (l.43-44, f.2, Oh2)</p> <p>“A enfermeira incentivou a abertura da janela, até porque era importante ver a claridade e a luz do dia, <i>“porque a Primavera está a chegar e começa a haver a alegria do sol”</i> (sic).” (l.77-79, f.3, Oh3)</p>
Negociação	<p><i>“...estou muito preocupada, porque estão a passar os 90 dias e se entretanto não encontrarmos alternativas e respostas, não sei como vai ser, vá lá faz lá esse esforço e vem à reunião!”</i> (importante mencionar que esta conversa foi tida perante outros técnicos ali presentes conhecedores da situação e nenhum deles comentou nenhuma das duas posturas.” (l.29-33, f.1, Oa1)</p> <p>“Não houve acordo, houve o <i>“consenso possível”</i> segundo a enfermeira A, e o compromisso entre os técnicos presentes e os familiares...” (l.137-138, f.4, Oa2)</p> <p>“A enfermeira A referiu que as propostas eram muito pertinentes, mas que seria fundamental perceber se a pessoa que ficasse as 24h era idónea, e que não seria fácil arranjar uma pessoa que quisesse fazer esse trabalho, também havia a necessidade de envolver o avô neste processo uma vez que este tem sido renitente a este tipo de ajudas.” (l.207-210, f.6, Oa3)</p> <p>“Tendo em conta todo o contexto e a necessidade de avaliar a criança longe</p>

<p>Negociação</p>	<p>do agregado familiar (que confirmou à assistente social que o pão tinha vindo do jardim de infância da irmã na semana anterior), a enfermeira propôs que a criança não voltasse para casa nos próximos dias e perguntou se havia alguém amigo que pudesse acolhe-lo.” (l.94-97,f.3, Oc2)</p> <p>“Muitas vezes damos opções para que a pessoa possa fazer a melhor escolha e às vezes também temos de negociar, não é.” (l.31-32, f.2, Ed)</p> <p>“Acho que foi aqui um grande negociar entre a família, chamar a atenção que assim não iria cicatrizar tão rápido, ah... pronto eles compreenderem tudo isto e conseguirmos passo a passo, que fizessem alguma coisa para melhorar a situação, mas claro isto, nós vamos todos os dias e todos os dias batalhamos um bocadinho, um bocadinho, um bocadinho e temos conseguido resultados.” (l.72-76, f.3, Ed)</p> <p>“Eu digo ou tento explicar o que será melhor, mas também espero sempre um feedback do outro lado, não chego lá, não imponho, “<i>tem de ser assim!</i>”, normalmente não costumo fazer isso, tento que haja um... que se chegue a um acordo entre ambos, o que é que é melhor para aquela situação e coloco sempre essa pessoa a pensar junto comigo.” (l.23-27,f.1,Ee)</p> <p>“Se chego lá e digo, isto tem de ser feito assim e assim, vai ser difícil o cumprimento da outra parte, por isso tem de haver sempre uma negociação com o principal líder.” (l.40-42,f.2,Ee)</p> <p>“É mais por negociação, para atingir determinado tipo de objectivos, daí eu ter dito que era um trabalho continuado, não se consegue numa visita nem em duas, depende também da pessoa, da família, é um trabalho..., é um percurso, é um caminho, é um trabalho continuado, sempre por objectivos, e por outro lado dar estímulo positivo naquilo que já foi conseguido.” (l.37-39, f.2, Ef)</p> <p>“O momento de contacto foi liderado, pela enfermeira, usando a negociação no sentido de que vão sendo dados alguns alimentos líquidos ou semi-</p>
-------------------	--

<p>Negociação</p>	<p>pastosos que a senhora goste pela boca.” (l.84-85, f.3, Of3)</p> <p>“É assim a quando da prestação de cuidados, tentamos sempre um processo de negociação, para saber, pronto, o que é que a outra pessoa quer, o que é que nós pretendemos que a pessoa faça, entre aspas, e perguntar sempre à pessoa, portanto a pessoa deve ser..., os cuidados devem ser centrados na pessoa, ou na família, pronto devem ser sempre.” (l.25-28, f.1, Eh)</p> <p>“Relativamente ao negociar com a família depende da situação em si, do contexto familiar, e há sempre pessoas que necessitam de... mais informação, de mais..., há situações mais fáceis de negociar outras mais difíceis.” (l.31-33, f.2, Eh)</p> <p>“Cabe ao enfermeiro, nessa medida avaliar e distinguir em que medida é que a pessoa ou família está receptiva à negociação, porque há famílias que estão mais receptivas à negociação do que outras.” (l.33-35, f.2, Eh)</p>
<p>Trabalho de equipa</p>	<p>“Portanto, não é a decisão dos técnicos, mas os técnicos dão as hipóteses que existem e com a família encontrar um projecto de vida para aquela pessoa, para aquela família.” (l.54,55,56, f.2, Ea)</p> <p>“A enfermeira A, de forma cordial, tentou aliviar o clima de tensão, referindo que família e técnicos têm de saber unir esforços e trabalhar em conjunto, ser uma verdadeira equipa, sabendo antever os problemas, uma vez que é previsível que a situação vá piorar, nessa circunstância deu hipótese às familiares do utente de proporem alternativas.” (l.194-197, f.5, Oa3)</p> <p>“E daí que, depois com todos estes dados, realmente, constatou-se que a primeira etapa seria ser avaliada pela psicologia e avaliada também pela terapia ocupacional, marcámos uma nova visita domiciliária.” (l.73-76, f.2, Ec)</p>

<p>Trabalho de equipa</p>	<p>“Tanto que depois quando foram outros técnicos da equipa avaliar, não é se não, mas confiam em mim sabem que eu não estava a exagerar, o que eu falei na reunião foi aquilo que realmente eu vi, aquilo que observei, aquilo que registei, mas pronto foi tão diferente... e isto vai ter um impacto, realmente, na vida e no desenvolvimento daquela criança.” (l.100-105, f.3, Ec)</p> <p>“Ainda hoje a minha colega veio ter comigo porque tinha estado com a educadora, e disse: “Olha, diz que aquela criança não tem nada a ver!”... e eu disse: pois não, e isso devemos-lo a ti, foste tu que viste e que fizeste uma referenciação desta situação, de forma a que ela pudesse ser avaliada e que neste momento esteja a ser trabalhada.” (l.115-118, f.3, Ec)</p> <p>“A integração desta criança não vai ser jamais como seria se não houvesse esta intervenção, é isto que faz a diferença e temos que realmente investir, agora temos de ir sendo os olhos e de dar continuidade.” (l.124-127, f.4, Ec)</p> <p>“E aqui houve algo que eu achei fenomenal, e acho que temos de valorizar muito, ainda hoje tive essa oportunidade, no dia de hoje, de valorizar a minha colega porque ela veio ter comigo e disse-me: “Olha, estive com a educadora (porque esta criança neste momento tem também uma vertente educativa e pedagógica, depois formulámos em equipa, equipa que também integra a família, a questão, a mãe, neste momento achou que ainda não estava na altura de ela integrar o jardim e o ensino pré-escolar, e depois foi negociado e colocada a hipótese, que a mãe aceitou, de ir uma educadora a casa da intervenção precoce uma hora por semana para estar em interacção com esta criança no âmbito pedagógico).” (l.107-115, f.3, Ec)</p> <p>“Porque às vezes é mesmo necessário haver um envolvimento de ambas as partes e o utente também sentir que tem ali alguém que se preocupa com ele e que não estamos ali para impor nada, não é, estamos ali para ajudar.” (l.44-46, f.2, Ed)</p> <p>“É assim, como disse à pouco, para conseguirmos atingir algo de bom para aquele utente é necessário haver uma cooperação de todos.” (l.39-40, f2, Ee).</p>
---------------------------	--

	<p>“E foi um trabalho que conseguimos com a ajuda de todos.” (I.57,f.2,Ee)</p> <p>“Dai ser um trabalho contínuo ao longo do tempo, continuado e sempre pela negociação e na valorização positiva, não é daquilo que foi conseguido, sempre no sentido da parceria, não do enfermeiro distante, se calhar no início podia parecer um enfermeiro mais autoritário, mas depois que essa ideia se vá esbatendo e que as pessoas consigam assumir as conquistas que tiveram e aquilo que conseguiram e o enfermeiro passa a estar mais como parceiro lado a lado, e não como uma pessoa tão distante como no início da relação.” (I.45-51, f.2, Ef)</p>
<p>Mediação</p>	<p>“...quem está mais próximo daquela família, que consegue, pronto se é uma família que recebe intervenção de várias instituições ou de vários profissionais, o enfermeiro é aquele que, tendo a sua visão mais holística, que consegue ser ali o “pivô” de articulação entre os vários profissionais ou até entre as várias instituições da comunidade que têm intervenção naquela família, faz a ponte e a articulação.” (I.21-26,f.1, Ea)</p> <p>“...pelo que “matando dois coelhos de uma cajadada” (citando a enfermeira A), se faz a reunião e se tentam convencer os técnicos da necessidade urgente de intervir neste agregado familiar...” (I. 18-20, f.1, Oa1)</p> <p>“A enfermeira, isoladamente e em surdina, abordou técnico a técnico, necessário para a intervenção na família.” (I.23-24, f.1, Oa1)</p> <p>“É de referir que esta reunião foi marcada, pela enfermeira A, em virtude da urgência da situação, em horário pós-laboral, para que a família pudesse estar presente.” (I.88-89, f.3, Oa2)</p> <p>“Após a intervenção de vários técnicos incluindo a psicóloga, foi possível fazer entender as familiares de que não estavam ali para ser julgadas, mas</p>

Mediação	<p>sim para serem parceiras nos cuidados.” (l.212-214, f.6, Oa3)</p> <p>“Mas vamos partilhar essa tomada de decisão.” (l.23, f.1, Ec)</p> <p>“Por isso, ainda hoje tive esta oportunidade de dizer, a enfermagem necessita disto de trabalharmos em equipa, de darmos continuidade e de conseguirmos resultados, porque esta criança no dia em que integrar a escola, hoje já é mais feliz, integrar a escolaridade no 1º ciclo iria ser muito problemático para uma criança que estava num processo de antisocialização, ai já não podia ser o querer ou não querer porque o ensino é obrigatório, ele teria que ir, isto iria ser de muito sofrimento, de muitos custos e de muita infelicidade para aquela família.” (l.118-124, f.3, Ec)</p> <p>“A enfermeira tentou que a criança fosse parceira na resolução do problema, salientando que a mudança de algumas atitudes teria de partir dele.” (l.36-37, f.1, Oc1)</p> <p>“Confrontados frente a frente com os técnicos, mãe e filho, esta chorou mas assumiu sempre que tinha colocado o pão do filho naquela manhã na mochila, olhando para a criança e obrigando-o a confirmar o que estava a dizer.” (l.79-81, f.3, Oc2)</p> <p>“Foram ambos levados para a segurança social e separados em gabinetes diferentes, tendo a enfermeira ficado com a mãe e a assistente social com o filho.” (l.83-84, f.3, Oc2)</p> <p>“Foi escrita uma carta de referência para o centro de saúde, explicando a situação clínica do utente, e o motivo pelo qual considerava importante o senhor ter avaliação médica.” (l.38-40, f.2, Od1)</p> <p>“Informou-se ainda a cuidadora que se iria contactar o médico de família no sentido de este poder realizar uma visita domiciliária, para avaliação clínica</p>
----------	--

Mediação	<p>da obstipação e da hipertensão arterial.” (1.90-91, f.3, Od2)</p> <p>“Foi assim uma senhora que nos surpreendeu muito, pela positiva, mas também foi um trabalho contínuo e andámos lá muitos meses, foi um trabalho muito..., ela não queria sequer o apoio de ninguém, de nenhuma instituição, portanto era uma pessoa renitente a tudo, portanto foi uma grande conquista, e sobretudo para ela como filha, penso que ela como filha se sentiu melhor.” (1.85-89, f.3, Ef)</p> <p>“A casa está limpa e arrumada, mas a dificuldade em prestar cuidados à utente é grande em virtude do tamanho da cama (aliás, segundo a enfermeira tem sido uma “luta”(sic) entre o sobrinho e as auxiliares do ADI, pois estas têm vindo a debater a necessidade de uma cama articulada, mas o sobrinho considera que a tia está melhor naquela, tendo as enfermeiras vindo a ser mediadoras neste conflito latente, pois consideram que a senhora está bem cuidada e com excelentes progressos, não havendo necessidade de insistir em tal situação).” (1.74-80, f.3, Of3)</p>
----------	---

TEMA: AMBIENTE DE DESENVOLVIMENTO DE CUIDADOS

DIMENSÃO: ESPAÇO FÍSICO

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Domicilio	<p>“Existem descrições pelos enfermeiros cuidadores que verbalizam más condições de salubridade, com humidade, habitação degradada (havendo mesmo enfermeiros que dizem haver risco para si próprios cada vez que vão prestar cuidados à idosa), e excrementos de rato visíveis em várias partes da casa.” (1.79-83, f.3, Oa2)</p> <p>“Os enfermeiros da equipa de cuidados continuados, em pleno Inverno, necessitam abrir a janela, para arejar o quarto onde esta idosa se encontra e são prestados os cuidados, pois senão <i>“o ar fica irrespirável.”</i> (1.84-86, f.3, Oa2)</p> <p>“A enfermeira desta equipa ali presente referiu ainda que <i>“se nós deixarmos algum material aberto, como por exemplo uma ligadura, na vez seguinte ela está cheia de bolor...”</i> (1.86-88, f.3, Oa2)</p> <p>“Desta vez os cumprimentos acontecem no quintal, onde se verifica que para além da filha cuidar da mãe também tem uma neta de quatro anos ao seu cuidado.” (1.44-45, f.2, Ob2)</p> <p>“O espaço é exíguo, sendo praticamente ocupado pela cama articulada com colchão de pressões alternadas, encostada a um dos lados da parede junto à janela e do lado oposto um estreito corredor de passagem.” (1.50-52, f.2, Ob2)</p>

<p>Domicilio</p>	<p>“Naquele dia também saliento que não vi brinquedos, acho que, pronto, a única peça de brincar que eu vi naquela casa foi um computador.” (l.60-62, f.2, Ec)</p> <p>“Nessa nova visita quando chegámos a criança que eu vi na primeira visita era uma nova criança, o ambiente e o contexto da habitação estava completamente diferente.” (l.77-79, f.2, Ec)</p> <p>“Era uma casa onde já havia brinquedos, onde havia até um aquário com um peixe, toda a sala tinha sido alterada e com alguma facilidade conseguimos estabelecer uma relação.” (l.79-81, f.3, Ec)</p> <p>“Esta avaliação tinha como objectivo confirmar a informação veiculada pela enfermeira de família que referia que o filho mais novo do casal, de quatro anos de idade, apresentava desenvolvimento cognitivo alterado e risco de exclusão social, no sentido de vir a integrar o IPC.” (l.114-117, f.4, Oc3)</p> <p>“A casa está limpa e arrumada, a criança em questão encontra-se na sala a jogar computador.” (l.123-124, f.4, Oc3)</p> <p>“Na sala não se visualizaram outro tipo de brinquedos.” (l. 141, f.4, Oc3)</p> <p>“Porque embora ande de andarilho, a casa não tem condições, a casa de banho é externa à casa e tem alguns degraus portanto não tinha condições para que ela pudesse ir à casa de banho.” (l.65-67, f.3, Ed)</p> <p>“A entrada para a casa é efectuada pela cave, existem objectos decorativos de visível valor mas cobertos de pó, cheirando a casa muito a fumo de tabaco.” (l.69-70, f.2, Od2)</p>
------------------	---

<p>Domicilio</p>	<p>“O quarto onde o utente se encontra é pequeno tem uma janela por cima da sua cabeceira.” (l.70-71, f.2, Od2)</p> <p>“Encontra-se deitado numa cama e colchão vulgares, de corpo e meio, visivelmente pequenos para o seu metro e oitenta de altura.” (l.71-73, f.2, Od2)</p> <p>“Esta foi referindo que se vai mudar para uma casa no Cartaxo com mais espaço, para poder dar ao utente os cuidados que ele necessita.” (l.76-78, f.2, Od2)</p> <p>“O quarto está limpo, mas o espaço de circulação é mínimo.” (l.114, f.3, Od3)</p> <p>“Acolheram-na em casa.” (l.50,f.2,Ee)</p> <p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia, esperando que a prestadora informal de cuidados a encaminhasse para o quarto.” (l.10-11,f.1,Oe1)</p> <p>“O ambiente está limpo, tendo o chão do quarto acabado de ser lavado, cheira a desinfectante.” (l.11-12,f.1,Oe1)</p> <p>“O quarto é amplo, estando o espaço bem distribuído e arrumado.” (l.46,f.2,Oe2)</p> <p>“O quarto é amplo, e a cama encontra-se centrada com a parede, permitindo a passagem em ambos os lados.” (l.77-78,f.3,Oe3)</p> <p>“Em termos de espaço tínhamos um quarto onde não havia cama articulada e havia muita renitência em ter a cama articulada, por exemplo o</p>
------------------	--

Domicilio	<p>colchão: <i>“porque é que a minha mãe precisa de um colchão?”</i>, portanto houve todo um conjunto de ajudas técnicas que tiveram de ser trabalhadas.” (l.56-59, f.2, Ef)</p> <p>“A utente vive sozinha com o marido.” (l.7, f.1, Of1)</p> <p>“No momento de chegada a utente ainda se encontrava deitada, não havia tomado pequeno almoço, tinha a janela fechada e a televisão ligada.” (l.8-9, f.1, Of1)</p> <p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo boa tarde.” (l.73, f.2, Of3)</p> <p>“A enfermeira entra no domicílio dizendo bom dia e observa que a utente está deitada na cama que se encontra na sala.” (l.8-9, f.1, Oh1)</p> <p>“A utente encontra-se sentada à entrada na porta da sala a ver televisão e a tomar o pequeno almoço (um copo de leite de ½ l com cereais e pão com manteiga).” (l.38-39, f.2, Oh2)</p>
Escola	<p>“Esta observação decorre na escola no Gabinete de Apoio ao Aluno, tendo tido uma duração de cerca de meia hora.” (l.3-4, f.1, Oc1)</p> <p>“A escola alertou a equipa de saúde escolar de que este aluno estaria a ser alvo de exclusão social e de discriminação na turma.” (l.6-7, f.1, Oc1)</p> <p>“Tendo, estes (pais) concordado que a criança se reunisse com o enfermeiro no dia em que este estava no Gabinete de Apoio ao Aluno.” (l.10-12, f.1, Oc1)</p>

	<p>“Esta observação decorre na escola do 1º ciclo depois de um alerta desta para a CPCJ.” (l.53,f.2, Oc2)</p>
<p>Rede Comunitária</p>	<p>“Ah, já tivemos a experiência de fazer reuniões, que nós chamamos as conferências familiares, com os vários profissionais envolvidos, às vezes até com profissionais dos outros sectores, a área social ou da educação, ou da autarquia, quando a autarquia também está envolvida, e em conjunto, ah tomarmos uma decisão.” (l.50-54 f.2, Ea)</p> <p>“À hora de início da reunião estavam presentes (todos os técnicos que tinham sido convocados), a enfermeira A, o representante da família, o representante da Santa Casa da Misericórdia, da Segurança Social e da Conferência de São Vicente de Paulo.” (l.37-39, f.1, Oa1)</p> <p>“À hora de início, estavam presentes (todos os técnicos que tinham sido convocados), a enfermeira A, os representantes da família: dois netos (um deles a neta cuidadora) e uma bisneta da idosa em questão, psicóloga da equipa da UCCC, enfermeira de família, assistente social do centro de dia local, e da segurança social e uma das enfermeiras da equipa de cuidados continuados.” (l.91-95, f.3, Oa2)</p> <p>“Na reunião estavam também presentes, a enfermeira A, a psicóloga da UCCC, a assistente social do centro de dia e a assistente social da segurança social.” (l.167-168, f.5, Oa3)</p> <p>“Salienta-se também o envolvimento da família, além da escola, no processo.” (l.35-36, f.1, Oc1)</p> <p>“Contudo, após a sinalização e a colheita de dados junto das auxiliares da SAD, considerou-se que o marido sozinho não reunia condições para cuidar da esposa sozinho.” (l.21-22, f.1, Ob1)</p> <p>“Que passam pelo brincar, pela socialização, pelo sair de casa, ah... entretanto considerei que seria uma criança com critério para integrar uma equipa de intervenção precoce, que havia algo que não estava bem ao</p>

<p>Rede Comunitária</p>	<p>nível da linguagem e da comunicação, que teria de ser avaliada de uma forma multidisciplinar, não só por enfermagem mas também por outras disciplinas.” (l.63-67, f.2, Ec)</p> <p>“Nesta situação levei a situação à Intervenção Precoce, estivemos a discutir o caso com os dados que eu tinha observado, e com os dados que já tinha relativamente à anamnese.” (l.67-69, f.2, Ec)</p> <p>“E era numa reunião de rendimento social de inserção que se encontravam os técnicos, nomeadamente a enfermeira, quando a escola deu o alerta.” (l.56-57, f.2, Oc2)</p> <p>“Era uma utente... a utente era “apenas” sobrinha do casal, não era portanto um familiar directo eram os sobrinhos que eram os principais prestadores de cuidados, recorreram à ajuda de uma SAD” (l.50-52, f.2, Ee)</p> <p>“Tem apoio domiciliário integrado e já usufruiu de fisioterapia, durante algum tempo, até chegar ao “limite” de reabilitação possível.” (l.44-45, f.2, Oe2)</p> <p>“Esta observação durou cerca de trinta minutos, foi sinalizada pelo serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia do Cartaxo, existindo prestação de cuidados há sete meses.” (l.55-56, f.2, Oe3)</p>
-----------------------------	---