

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

PARA UMA DIDÁCTICA DA APRENDIZAGEM EM  
CUIDADOS CONTINUADOS.

UM CONTRIBUTO

Candidatura ao concurso para atribuição do Título de Especialista da carreira docente do Ensino Superior Politécnico, na Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém, de acordo com Decreto-Lei nº 206/2009 de 31 de Agosto de 2009

Marta Maria Gonçalves Rosa

SANTARÉM  
JANEIRO, 2011

A todos os que contribuíram para a  
consecução deste trabalho, em especial  
aos meus amigos.

## **CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSD – Cuidados de saúde diferenciados

CSP - Cuidados de saúde primários

DL – Decreto-lei

DR – Diário da República

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

## SUMÁRIO

f.

0 – <u>INTRODUÇÃO</u> .....	9
1 – <u>MOTIVAÇÕES PESSOAIS</u> .....	12
2– <u>NOVOS DESAFIOS NO CONTEXTO FORMATIVO</u> .....	14
3– <u>PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS</u> .....	19
4 - <u>UM ESTUDO DE CASO NA RNCCI</u> .....	25
4.1 – <u>CONHECIMENTO DA REALIDADE</u> .....	25
4.1.1– <u>Enquadramento legal da RNCCI– Contexto Macrossistemico</u> .....	27
4.1.2 – <u>Unidade Média Duração e Reabilitação em estudo – Contexto Exossistemico</u> .....	37
4.1.3– <u>Inter-relação entre pares – Contexto Mesossistémico</u> .....	44
4.1.4 - <u>Processo de Cuidar em Enfermagem – Contexto Microssistemico</u> .....	45
4.2 – <u>ANÁLISE DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS</u> .....	52
5 - <u>ROTEIRO PARA APLICABILIDADE PEDAGÓGICA</u> .....	64
6 - <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u> .....	68
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	69
<u>ANEXOS</u> .....	75
Anexo I – Autorização para a realização do estudo .....	76
Anexo II – Guião de entrevista à directora da unidade em estudo.....	78
Anexo III – Guião de observação e análise documental.....	83
Anexo IV – Inquérito de caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros .....	88
Anexo V – Tabelas de caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros.....	93
Anexo VI – Questionário aos enfermeiros da unidade.....	96
Anexo VII – Grelha de categorização .....	102
Anexo VIII – Protocolo de pesquisa .....	105

## ÍNDICE QUADROS

f.

Quadro nº 1 - Grelha das aprendizagens de base segundo Grand'Maison .....	20
Quadro nº 2 – Tipologias da RNCCI e a sua caracterização, de acordo com DL nº 101/ 2006 de 6 Junho .....	34
Quadro nº3 – Paralelismo entre processos de cuidados e objectivos da prestação de cuidados de enfermagem na RNCCI.....	46
Quadro nº 4 – Grelha de análise .....	55

## ÍNDICE GRÁFICOS

f.

Gráfico nº 1 - Utentes internados na unidade em estudo por ano e entidade de referenciação .....	39
Gráfico nº 2 - Utentes internados na unidade em estudo por género nos anos 2008 e 2009.....	40
Gráfico nº 3 - Utentes internados na unidade em estudo por género e grupo etário nos anos 2008 e 2009 .....	41
Gráfico nº 4 - Distribuição das patologias mais frequentes dos utentes internados na unidade em estudo nos anos 2008 e 2009.....	42
Gráfico nº 5 - Distribuição do número de meses de internamento na unidade em estudo nos anos 2008 e 2009.....	43
Gráfico nº 6 - Situação clínica dos utentes após internamento na unidade em estudo nos anos 2008 e 2009.....	43
Gráfico nº 7 - Destino dos utentes após alta da unidade em estudo nos anos 2008 e 2009 .....	44
Gráfico nº 8 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo por género e grupo etário .....	48
Gráfico nº 9 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo situação conjugal .....	48
Gráfico nº 10 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo as suas habilitações.....	49

Gráfico nº 11- Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo a sua categoria profissional.....	50
Gráfico nº 12 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo anos de serviço em CSP e CSD .....	51
Gráfico nº 13 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo antiguidade no serviço .....	51

## ÍNDICE FIGURAS

	f.
Figura nº 1 - Paralelismo entre a teoria sistémica de Bronfenbrenner e organização pedagógica de Grand' Maison.....	23
Figura nº 2 – Enquadramento do conhecimento da realidade tendo em conta a perspectiva bio ecológica de Bronfenbrenner .....	27
Figura nº 3 – Esquema de análise face às necessidades identificadas.....	63

## 0 – INTRODUÇÃO

A educação surge na sociedade como instrumento capaz de construir um sistema de valores, permitindo também a aquisição de conhecimentos e capacidades necessárias ao exercício da cidadania. Perante o mundo em constante mutação, além de responder às motivações, interesses e desejos internos de cada indivíduo, pretende responder às exigências, conjectura e pressões do ambiente em que se desenvolve.

Rosnay (1984), autor associado às teorias de tendência sistémica e ecológica, preconiza uma teoria sistémica da educação, onde a visão integrada e global do mundo estão presentes. Considera-se o homem numa abordagem multidimensional, integrando-se os saberes tendo em conta sempre os conhecimentos a adquirir e os factos observados.

Toffler (1984) refere que à educação compete o desenvolvimento da capacidade de adaptação à mudança, supondo-se desta forma uma interacção constante entre a escola como agente formativo e a comunidade.

Pimenta (2005) apresenta a perspectiva de que a educação, não só retrata e reproduz a sociedade, mas também projecta a sociedade desejada. Por isso, vincula-se profundamente ao processo civilizatório e humano. A autora complementa o seu pensamento com o de que enquanto prática pedagógica, a educação tem historicamente, o desafio de responder às solicitações que os contextos lhes colocam.

Para isso, como diz Correia (1995), as escolas enquanto contexto formativo devem relacionar-se com os contextos de trabalho e os sistemas de formação serem cada vez mais permeáveis à lógica do trabalho para que os contextos de trabalho se tornem qualificantes. A articulação entre os dois locais de formação (escola e trabalho) deve realizar-se através de

processos de informação e avaliação constantes, resultando um processo de influência mútua, em que a teoria tem repercussões na prática e as práticas influenciam e actualizam o processo de ensino/aprendizagem.

Conhecendo melhor a realidade contextual onde se desenvolve, a escola identificará os problemas e poderá fazer uma aproximação entre os conteúdos programáticos e os problemas mais sentidos na prática.

É importante que os enfermeiros da prática e os das escolas estabeleçam relações e desenvolvam reflexões inerentes aos cuidados de enfermagem reais. Os saberes práticos são fundamentais à teoria “porque a teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega” (Rebelo, 1996, p.16).

É neste sentido, da capacidade de articulação de saberes que se coloca um dos grandes desafios à disciplina de enfermagem, que é dar sentido ao que os enfermeiros fazem nas suas práticas, na sua tomada de decisão. A investigação e o recurso a uma prática baseada na evidência constituem-se ferramentas fundamentais na construção desse sentido. A construção do saber em enfermagem exige que não se dissocie os actores da prática dos actores da formação, pois é assim que se vão transformando as identidades, na relação dos profissionais e campos do conhecimento. Estamos cientes que a divulgação da evidência científica das intervenções ou resultados dos cuidados de enfermagem facilitarão a análise das práticas de cuidados e dar-lhe-ão visibilidade.

É dentro desta perspectiva sistémica da educação, onde se integra uma visão integrada e global do mundo e se pretende desenvolver a perspectiva do relacionamento aberto com a comunidade, que se desenvolverá este trabalho.

Assim, resultante de uma solicitação da titular Unidade Curricular de Opção Intervenção em Cuidados Continuados II, do 4º ano do Curso de Enfermagem – 1º ciclo, para participar na preparação da mesma, no que se refere aos conteúdos inerentes ao processo de desenvolvimento e actualização na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

(adiante designada por RNCCI), interligado com um dos objectivos desta Unidade Curricular: Analisar as competências do enfermeiro nos diferentes contextos da RNCCI.

Assim, de acordo com uma perspectiva de articulação teórico prática já iniciada aquando da Opção I no 3º ano, propomo-nos desenvolver uma metodologia de estudo de caso, que entendemos como uma estimulante estratégia de ensino aprendizagem, partindo de um dos contextos já contemplado como contexto de observação dos estudantes - Unidade de Média Duração e Reabilitação do distrito de Santarém (Autorização para realização do estudo - anexo 1), tendo como objectivo identificar a perspectiva dos enfermeiros face à necessidade de actualização de algumas práticas inerentes ao desenvolvimento do processo de cuidados numa unidade de média duração e reabilitação.

Pretendemos deste modo a aproximação entre os conteúdos programáticos e os problemas mais sentidos na prática.

Iniciaremos o trabalho reflectindo acerca das nossas motivações pessoais para a área dos Cuidados Continuados, seguindo-se uma apresentação da escola enquanto contexto formativo, tendo em conta a implementação ao processo de Bolonha. Em continuidade, assumimos como base conceptual do processo de ensino aprendizagem em Cuidados Continuados uma teoria ecossocial de educação, com enfoque à perspectiva bio-ecológica de Bronfenbrenner (2002), sob a qual desenvolveremos a abordagem ao contexto *do mundo real* em estudo, utilizando a estratégia de estudo de caso, assumido como estímulo que pode ser utilizado para um conhecimento daquela realidade no se refere à necessidade de actualização de algumas práticas inerentes ao desenvolvimento do processo de cuidados, numa perspectiva de integração destes conteúdos na unidade curricular – Intervenção em Cuidados Continuados II, do Curso de Enfermagem.

Finalizaremos este trabalho com a reflexão sobre algumas orientações pedagógicas visando a aprendizagem neste âmbito.

## 1 – MOTIVAÇÕES PESSOAIS

O interesse por esta área decorre de um percurso reflexivo iniciado aquando do desenvolvimento de funções enquanto enfermeiro de cuidados gerias em contexto de Cuidados de Saúde Primários, onde a área de eleição na prática diária se centrava no cuidado ao idoso e sua família.

O desenvolvimento do mestrado em Saúde Pública, surge como oportunidade de solidificação de conhecimentos já existentes no sentido do desenvolvimento de capacidades para a prática diária, essencialmente no que se refere ao cuidar do idoso/ família em contexto domiciliário.

As actividades pedagógicas enquanto assistente de 1º triénio na Escola Superior de Saúde de Santarém, têm vindo a desenvolver-se em diversas áreas do conhecimento: na área da saúde do idoso, de uma forma transversal a todas as nossas participações, retro alimentada pelo conhecimento já adquirido em termos da prática clínica em contexto de prestação de cuidados de enfermagem; na área temática referente aos cuidados continuados em unidades curriculares teóricas e de estágio, onde esta se desenvolve. Para o desenvolvimento da nossa actividade docente, valorizamos o aprofundamento e actualização de conhecimentos através de pesquisas e acções formativas, nomeadamente através da Pós Graduação em Cuidados Continuados, onde o interesse por esta área da prestação de cuidados se foi consolidando, potenciando conhecimentos teóricos e práticos capazes de ampliar significativamente a nossa compreensão e capacidade de intervenção na formação de estudantes nesta área; também a Pós Graduação em Formação e Supervisão Pedagógica se constituiu como

elemento facilitador para o desenvolvimento de processos de aprendizagem e promoção de desenvolvimento pessoal e profissional nos estudantes.

Importa salientar no âmbito deste trabalho a forma como a Escola Superior de Saúde de Santarém considerou a área temática Cuidados Continuados enquanto novo desafio formativo numa constante adaptação aos contextos macrossistémicos de aprendizagem, na adaptação dos conteúdos e a sua organização face à realidade actual.

## 2 – NOVOS DESAFIOS NO CONTEXTO FORMATIVO

A Escola foi criada pelo DL n.º 243/73, de 16 de Maio, com a designação de Escola de Enfermagem de Santarém, passando a designar-se Escola Superior de Enfermagem de Santarém de acordo com a portaria n.º 821/89, de 15 de Setembro, tendo sido a 4 de Novembro de 1999 que foram aprovados os seus Estatutos pelo Despacho Normativo n.º 53/99.

Na sequência da Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de Dezembro e já no quadro da aprovação da Lei n.º 26/2000, de 23 de Agosto, a Escola transitou para a tutela exclusiva do Ministério da Educação e foi integrada no Instituto Politécnico de Santarém, pelo Decreto-Lei n.º 99/2001, de 28 de Março. Através do Despacho n.º 14571/2003 (2.ª Série) publicado no DR, n.º 170, de 25 de Julho, foram homologadas as alterações aos Estatutos da Escola que decorreram da referida integração.

Com a publicação do Despacho Normativo n.º 56/2008, de 23 de Outubro, que homologou os Estatutos do Instituto Politécnico de Santarém, a Escola passa a designar-se Escola Superior de Saúde de Santarém tendo sido publicados os seus estatutos no Despacho n.º 14812/ 2009 do DR 2ª Série n.º 125 de 1 de Julho de 2009.

Assim, a Escola Superior de Saúde de Santarém enquanto unidade orgânica do Instituto Politécnico de Santarém, é responsável directa pelo desenvolvimento da actividade académica de ensino, investigação e formação, ao serviço da sociedade, empenhada na qualificação de alto nível dos cidadãos, destinada à produção e difusão do conhecimento, criação, transmissão e difusão do saber de natureza profissional, da cultura, da ciência, da tecnologia, da investigação orientada e do desenvolvimento experimental, relevando a centralidade no estudante e na comunidade envolvente, num quadro de referência

internacional.

Desenvolve a sua actividade no domínio da saúde, no âmbito da formação e aprendizagem ao longo da vida, da investigação, da difusão e transferência de conhecimentos e da participação em redes de cooperação, nacionais, estrangeiras e internacionais, visando os seguintes fins:

- a) Assegurar a formação e a aprendizagem ao longo da vida dos cidadãos nas dimensões humana, cultural, científica, pedagógica e técnica de alto nível que os habilite para o desenvolvimento das competências que lhe são conferidas;
- b) Realizar investigação orientada e desenvolvimento experimental, nomeadamente no domínio científico da saúde;
- c) Organizar e participar em projectos de cooperação de âmbito cultural, científico e técnico com entidades públicas ou privadas, nacionais, estrangeiras ou internacionais;
- d) Prestar serviços à comunidade numa perspectiva de valorização e promoção recíprocas e de desenvolvimento da região onde está inserida. (ESSaúde, 2009)

A educação e a prática de enfermagem têm acompanhado nas últimas décadas a evolução da sociedade pelo que, a concretização dos objectivos do Processo de Bolonha pela Escola Superior de Saúde de Santarém, foi um desafio mas também uma consolidação de actividades já anteriormente realizadas.

Assim, com a publicação do DL n° 42/2005 de 22 de Fevereiro, do Despacho n° 10543/2005 (2ª série) de 11 de Maio, de Despacho n° 7287 – A/2006 (2ª série) de 31 de Março e do DL n° 74/2006 de 24 de Março, a Escola efectuou a adequação do Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem tendo obtido o Registo n° R/B-AD-736/2006 publicado no DR pelo Despacho n° 2834/2007 de 23 de Fevereiro e que entrou em funcionamento no ano lectivo 2006/2007 conforme o previsto no n° 1 do artigo 82º do DL n° 74/2006 de 24 de Março. Adequou-se a formação ao novo paradigma visando a reorganização do ciclo de estudos em funcionamento de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo DL n° 74/2006, nomeadamente nas alíneas do n° 2 do artigo 61º, no sentido da construção de um Espaço Europeu de Ensino Superior.

De acordo com os pressupostos legais e tendo por base critérios centrados nas competências que os estudantes devem possuir ao finalizar a sua formação inicial, o Curso de

Enfermagem, - 1º ciclo, tem a duração de 4 anos, 240 ECTS. Para além disso e atendendo à Directiva da União Europeia - Directiva nº 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro (Jornal Oficial nº L255, de 30 de Setembro de 2005), 50% dos ECTS (120), são de ensino clínico em diferentes contextos da prestação de cuidados.

Sustentado numa visão humanista da saúde e da educação, o plano de estudos do Curso de Enfermagem, articula-se numa estrutura coerente de desenvolvimento progressivo de complexidade em que os estudantes conduzem a sua própria formação para o desenvolvimento de competências, com particular relevo das específicas para o exercício profissional. Tem uma estrutura do tipo modular e um modelo de formação assente num processo de alternância - aprendizagem teórica, teórico-prático e de prática clínica – que converge nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, definido pela Ordem dos Enfermeiros.

Estruturado por uma área científica de base, a Enfermagem sustenta-se em áreas científicas complementares como as Ciências Sociais e Humanas, as Ciências Biomédicas e a ética e a Deontologia.

O plano de estudos está assim organizado em unidades curriculares anuais com o estatuto de inscrição obrigatória e de opção, estas no 3º e 4º ano do curso.

O Curso de Enfermagem – 1º Ciclo da Escola Superior de Saúde de Santarém tem um plano de estudo inovador, adaptado às novas realidades do mercado de trabalho e baseia-se, sobretudo na aprendizagem (aquisição e utilização de conhecimentos, práticas e comportamentos) com ênfase na pesquisa e utilização crítica do conhecimento com vista à resolução de problemas.

A Escola Superior de Saúde de Santarém constitui-se assim como órgão nobre no desenvolvimento do conhecimento científico e na sua divulgação, quer pela criação de linhas de investigação, quer pela utilização de outras áreas do conhecimento multidisciplinar, cuja missão é a construção de uma identidade própria, com base na

excelência formativa para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem. Enquanto entidade formativa de excelência, tem como preocupação acompanhar o desenvolvimento do conhecimento científico, assim como a realidade político organizacional do país, considerando-os enquanto base estrutural a nível da formação pré e pós graduada.

A temática Cuidados Continuados, emergente e actual face à realidade do País, é considerada pela Escola Superior de Saúde de Santarém enquanto novo desafio formativo, sendo contemplado quer a nível da formação inicial - Curso de Enfermagem 1º Ciclo, quer a nível da formação pós graduada - Curso de Mestrado em Enfermagem 2º Ciclo, nas quais temos vindo a colaborar.

Face à nossa experiência enquanto enfermeiro de cuidados gerias e pela formação pós graduada efectuada, já referenciada anteriormente, temos vindo a ser solicitados a colaborar nesta área formativa – cuidados continuados, a nível do 1º e 2º Ciclos do ensino de enfermagem na Escola Superior de Saúde de Santarém.

No curso de Mestrado em Enfermagem 2º Ciclo esta temática – Cuidados Continuados, surge enquanto Unidade Curricular de opção, na qual participamos na leccionação de conteúdos teóricos, existindo ainda o desenvolvimento de dois ensinamentos clínicos nesta vertente.

O plano de estudos do curso de enfermagem 1º ciclo, no 2º ano do curso, contempla na Unidade Curricular Enfermagem II, no 2º bloco, a área temática Cuidados Continuados, assim como a realização de um estágio em Cuidados de Saúde Primários nesta vertente, no qual acompanho pedagogicamente estudantes na realização do mesmo.

Desde a reestruturação do plano de estudos do Curso de Enfermagem 1º Ciclo, na Escola Superior de Saúde de Santarém, será a primeira vez, no ano lectivo 2010/ 2011 que se iniciará a Unidade Curricular de opção - Intervenção em Cuidados Continuados I no 3º ano, com continuidade no 4º ano do curso - Intervenção em Cuidados Continuados II,

constituindo-se estas como oportunidade de desenvolvimento de capacidades, conducentes à consolidação das competências transversais (Essaude, 2008) adaptáveis às necessidades de desenvolvimento e aprofundamento de áreas de interesse dos alunos, sendo acerca do desenvolvimento desta unidade curricular que se enquadra este trabalho.

### 3 – PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS

Qualquer teoria educacional se centra em função de quatro elementos: o sujeito, os conteúdos, a sociedade e as interações pedagógicas dependendo do enfoque dado em cada um desses mesmos elementos.

Na diversidade da forma de categorização dos discursos e práticas educacionais relacionadas com a descrição de teorias por vários autores, identificamo-nos com a categorização proposta por Bertrand (2001) em sete categorias: *espiritualista, personalista, psicocognitiva, tecnológica, sóciocognitivista, académica e social*.

Destas salientamos as *teorias sociocognitivas e sociais*. As primeiras associam os factores culturais e sociais à construção do conhecimento, enquanto interações da pedagogia e da didáctica. Entende-se que a criação de situações pedagógicas interactivas propicia a valorização de experiências socioculturais anteriores sendo estas essenciais à organização do ambiente educativo. Nesta visão construtivista do saber é realçada a importância que os conhecimentos prévios dos estudantes e as estratégias que lhes permitem tomar consciência dos seus próprios conhecimentos têm (Leite e Fernandes, 2003). Neste processo de construção do saber, depreende-se a forte relação existente entre este e as situações sociais, sendo o conhecimento e a aprendizagem processos de construção social. Assim, a organização de actividades de interacção educativa devem, entre outras, permitir que o estudante estabeleça relações entre os novos conteúdos e os conhecimentos prévios, assim como permitir o desenvolvimento de competências de aprender a aprender que lhes permita ser cada vez mais autónomo (Leite et al 2003).

Enfatizamos ainda as teorias sociais onde a educação é valorizada enquanto elemento privilegiado na reconstrução da sociedade e cuja principal missão surge como a preparação

dos alunos para a descoberta de soluções, pois assenta no princípio de que a educação deve permitir resolver os problemas sociais, culturais e ambientais (Bertrand, 2001).

Para os autores destas teorias, a educação participa na transformação do real, e educar é favorecer a emergência de novos fenómenos de transformação do real.

Dentro das *Teorias Sociais*, existem as *Teorias Ecossociais da Educação*. Jacques Grand'Maison propõe uma teoria da educação enraizada no concreto e no real e defende o desenvolvimento de uma grelha pedagógica dos actos fundamentais da educação no que se refere à estratégia pedagógica a adoptar. (Quadro nº1)

Quadro nº 1 - Grelha das aprendizagens de base segundo Grand'Maison

Categorias	Definição
Saber - fazer	Recurso a aprendizagem técnica; ligada à realidade; supressão da dicotomia entre trabalho manual e intelectual
Saber - pensar	Escola como local privilegiado no desenvolvimento pelo gosto da reflexão séria autónoma e exigente
Saber - viver	Educar para a liberdade com aprendizagens sustentadas da responsabilidade das pessoas
Saber - partilhar	Necessário que escola ensine os jovens a ultrapassar os interesses individuais para aceder aos da comunidade
Saber - dizer	Propor uma cultura próxima das pessoas, vivência e reflexão.

Fonte: Adaptado de Bertrand (2001)

No que se refere à organização pedagógica, o autor refere que a pedagogia ajudará a interpretar a experiência da situação, a vida real (Bertrand, 2001). Assim propõe um percurso base, tendo em conta que a escola é inseparável do indivíduo, do grupo e do meio e que é necessário trabalhar em redes quotidianas de relações de um indivíduo com o seu meio, sendo que estas se articulam em três planos de experiências:

- Espontâneas – As redes das pessoas em relação, de lugares e momentos privilegiados, de actividades e de centros de interesse

- Estruturadas – As redes de pertença (organismos, instituições), as redes de poder e de liderança, de técnicas utilizadas
- Significadas – símbolos e afins, ideologias, as redes de palavras e de expressões chave, de sinais do dia-a-dia, de tendências (valores, ideologias, políticas).

Como se depreende do anteriormente exposto, o comportamento humano não pode ser interpretado à margem do contexto em que surge. A interação entre pessoa e ambiente constitui o foco principal de atenção da psicologia da educação baseado no conceito interaccionista. Esta perspectiva ecológica exige a análise dos contextos e das relações estabelecidas entre eles. Só assim é possível chegar a uma compreensão do funcionamento e desenvolvimento dos seres humanos.

Bronfenbrenner é o representante mais reconhecido da psicologia ecológica e segundo ele, o contexto no qual as pessoas se desenvolvem é constituído por uma série de sistemas funcionais ou estruturas concêntricas e encaixadas umas nas outras. Com base na perspectiva ecológica, o conceito de contexto transcende a sua descrição. O que interessa é o contexto compreendido, a forma como o indivíduo compreende o contexto em que actua. Assim, podem distinguir-se diferentes sistemas contextuais (Bronfenbrenner e Morris, 1999):

**Microsistema:** Padrão de actividades, papéis sociais e relações interpessoais experimentados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente face-a-face com características físicas, sociais e simbólicas particulares que convidam, permitem ou inibem a integração sustentada em actividades progressivamente mais complexas em interacção com o meio ambiente.

**Mesosistema:** Inclui as interligações e processos que acontecem entre dois ou mais ambientes que contém a pessoa em desenvolvimento. É focada atenção especial nos efeitos sinérgicos criados pela interacção instigativa do desenvolvimento ou características inibitórias e os processos presentes em cada ambiente.

Exossistema: Envolve as ligações e os processos que têm lugar entre dois ou mais ambientes, sendo que pelo menos um deles não contenha a pessoa em desenvolvimento, mas no qual acontecem eventos que podem influenciar processos dentro do ambiente imediato que contém a pessoa.

Macrossistema: Padrão externo de microsistemas, mesossistemas e exossistemas característicos de uma determinada cultura, sub-cultura ou outro contexto social maior, com um particular referencial desenvolvimentista-investigativo para o sistema de crenças, recursos, riscos, estilos de vida, estruturas, oportunidades, opções de vida e padrões de intercâmbio social que estão incluídos em cada um desses sistemas. Refere-se às correspondências em forma e conteúdo dos sistemas de ordem menor que existam ou poderiam existir, ao nível da subcultura ou da cultura na sua totalidade, juntamente com qualquer sistema de crenças ou ideologia que sustente estas correspondências.

Cronossistema: corresponde à dimensão temporal no contexto da vida. Partindo do parâmetro temporal em termos individuais, pode-se afirmar que uma dada situação em diferentes contextos têm significados e importância diferentes nas diferentes idades das pessoas.

Existe um paralelismo claro entre a abordagem e perspectiva de Grand'Maison, no que se refere às relações do indivíduo com o seu meio e a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (Figura nº 1).

No contexto microsistêmico, tendo o estudante como centro da nossa atenção, este desenvolve-se e interage segundo experiências espontâneas. Já a nível do contexto exossistêmico, as experiências pelas quais passa, são estruturadas, pois possui grupos de pertença, coexistindo um ou mais ambientes em relação, podendo ser indirectamente influenciado por eles.

Continuando este paralelismo, as experiências significadas, desenvolver-se-ão mais a nível macrosistémico, pois neste envolve-se um padrão externo de relações culturais ideologias e valores.

Figura nº 1 - Paralelismo entre a teoria sistémica de Bronfenbrenner e organização pedagógica de Grand' Maison



Adaptado de Bronfenbrenner e Morris, 1999

Todas estas relações e interacções de um indivíduo, neste caso de um estudante com o seu meio, ocorrem num determinado espaço temporal, denominado de cronossistema, não podendo deixar de realçar a inter relação de todos estes sistemas uns com os outros.

Os princípios psicopedagógicos que temos vindo a referenciar assentam numa perspectiva sistémica sob a qual pretendemos simultaneamente ajudar os estudantes a construir conhecimentos e desenvolver processos de cuidados no âmbito da RNCCI.

Deste modo e em consonância consideramos a teoria de enfermagem de Neuman (1995), como a mais adequada na aproximação dos estudantes aos contextos, uma vez que esta autora considera a interacção com todas as variáveis que interagem com as pessoas no seu

ambiente, numa articulação e relação constantes e dinâmicas contextualizando-se assim o foco de atenção deste estudo na disciplina de enfermagem, cujo corpo de conhecimentos se constrói a partir de uma cooperação constante entre processos de ensino aprendizagem e mobilização de saberes em contextos da prática.

Assim todos os fenómenos inerentes à pessoa e ao ambiente, contexto onde esta se encontra, são de fulcral relevância para a enfermagem, pois permitem um conhecimento mais aprofundado da situação da mesma, das suas capacidades, necessidades e potencialidades, no sentido do planeamento e desenvolvimento de acções para e com as pessoas a cuidar.

Da globalidade do referenciado, o processo de cuidar em enfermagem é entendido como as interacções estabelecidas entre enfermeiro e pessoa, família ou comunidade, com a finalidade de melhorar ou manter as potencialidades identificadas, no seu processo de saúde/doença.

Para tal, todo este processo pressupõe a singularidade da pessoa e o reconhecimento de que esta é capaz de reconhecer as suas necessidades e que tende a equilibrá-las.

O processo de cuidados de enfermagem é entendido por Amendoeira (1999), como um processo de interacção, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhes permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado, que ele próprio executa.

“...O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades das pessoas, distancia-se do trabalho estandardizado (tarefa), assume essencialmente as características de trabalhador técnico-intelectual. A utilização de um “saber” adaptado à singularidade da situação – problema e das pessoas com quem está em interacção, torna-se na única forma de conhecimento reconhecida e não dependente de outros...” (Amendoeira, 2006, p.26).

Particularizando no objectivo major do desenvolvimento do nosso trabalho, consideramos a possibilidade de analisar o contexto em estudo, num movimento de articulação com a perspectiva sistémica apresentada em epígrafe.

#### 4 - UM ESTUDO DE CASO NA RNCCI

A estratégia que desenvolvemos, partindo de um dos contextos já contemplado como contexto de observação dos estudantes - Unidade de Média Duração e Reabilitação do distrito de Santarém, já anteriormente referido, pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes consideradas essenciais para a aprendizagem dos estudantes. Enquanto estratégia de ensino, o estudo de caso permitirá ao estudante aprender a partir de situações do mundo real captando do contexto em estudo a variedade de influências presentes.

Assim preparamos este estudo de caso, seleccionando o contexto, analisando-o segundo uma perspectiva bio-ecológica focalizando-nos no objectivo de identificar a perspectiva dos enfermeiros face à necessidade de actualização de algumas práticas inerentes ao desenvolvimento do processo de cuidados numa unidade de média duração e reabilitação (Ferreira e Serra, 2009).

##### 4.1 – CONHECIMENTO DA REALIDADE

A partir da contextualização macro, exo, meso e microssistémica efectuada, analisamos o ambiente envolvente aos processos de cuidados na unidade em estudo - unidade de média duração e reabilitação, utilizando observação, entrevista e questionário, este focalizado na perspectiva dos enfermeiros face à necessidade do recurso a uma prática clínica baseada na evidência, no sentido do desenvolvimento de uma enfermagem avançada às pessoas em processos de doença nos diferentes contextos da RNCCI.

Assim, consideramos de acordo com (Bronfenbrenner, 2002):

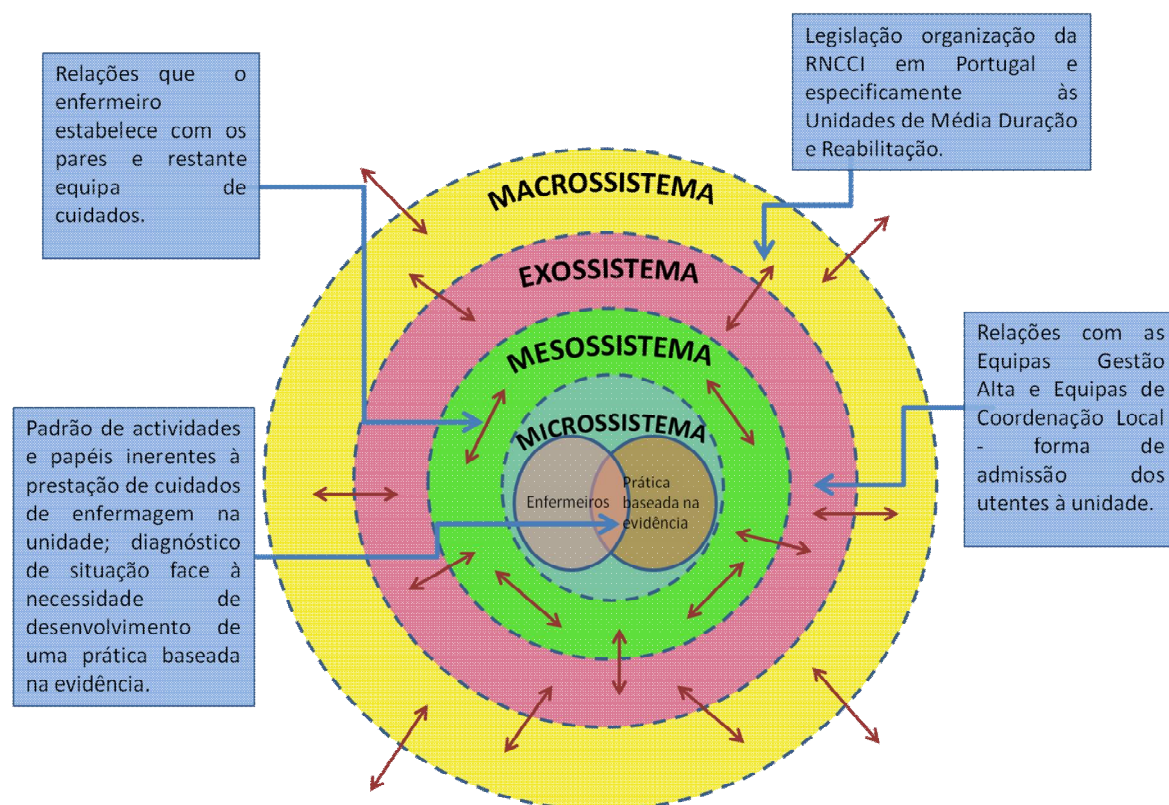
No macrossistema, nível externo, englobamos a missão, valores e cultura, assim como legislação nacional referente à organização da RNCCI em Portugal e especificamente às Unidades de Média Duração e Reabilitação.

A nível exossistémico considera-se um ambiente em que não envolve a pessoa como um participante activo, mas no qual ocorrem eventos que afectam, ou são afectados, por aquilo que acontece” (Bronfenbrenner, 2002, p.21), sendo neste contexto consideradas as relações estabelecidas com as Equipas Gestão Alta e Equipas de Coordenação Local, como forma de admissão dos utentes à unidade em estudo.

No mesossistema, são consideradas as interacções entre dois ou mais ambientes nos quais o enfermeiro, participa activamente, sendo considerado neste caso as relações que estabelece com os pares e restante equipa de cuidados, considerando-se a família como membro integrante da mesma.

No microsistema, nível mais interno, o enfermeiro desenvolve um padrão de actividades e papéis inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, sendo a este nível que se efectuará o diagnóstico face às necessidades do recurso a uma prática clínica baseada na evidência, no sentido do desenvolvimento de uma enfermagem avançada às pessoas em processos de doença.

Figura nº 2 – Enquadramento do conhecimento da realidade tendo em conta a perspectiva bio ecológica de Bronfenbrenner



#### 4.1.1 – Enquadramento da RNCCI no Sistema de Saúde Português – Contexto Macrossistemico

Face aos objectivos do nosso estudo e considerando a RNCCI enquanto contexto macrossistemico da abordagem bio ecológica considerada por nós, surge agora a necessidade de enquadrar esta área temática face à realidade actual do país, referindo-nos ao seu enquadramento no Sistema de Saúde português.

A filosofia e princípios inerentes ao Sistema de Saúde Português têm vindo a alterar-se nas últimas décadas, relacionando-se este facto com tendências económicas, políticas e sociais que o país tem vindo a atravessar. Proponho agora, de forma breve contextualizar o

surgimento da RNCCI, tendo em conta determinados marcos da evolução do Sistema de Saúde:

**1971** – DL n.º 413/ 71, com prioridades estabelecidas no que se refere à promoção da saúde e prevenção da doença (“Reforma de Gonçalves Ferreira”).

**1976** - Na Constituição da República Portuguesa, artigo n.º 64, foi consagrado o direito à saúde. No n.º 1 deste artigo é determinado que todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

**1979** - Criado o Serviço Nacional de Saúde (DL n.º 56/79 de 13 de Outubro) com a finalidade de garantir à população o acesso universal, compreensivo e gratuito aos cuidados de saúde.

**1990** - Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, base XXIV) os cuidados de saúde passam a ser tendencialmente gratuitos e os pagamentos ou co-pagamentos são estabelecidos tendo em atenção as condições económicas e sociais dos utentes e o Serviço Nacional de Saúde passa a ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

**1993** - Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (DL n.º 11/93 de 15 de Janeiro, artigo 4) reduziu para 5 as Regiões de Saúde, conferindo-lhes a máxima autonomia e competência para coordenar a actividade de todos os Serviços de Saúde, incluindo pela primeira vez os hospitais.

**1994** - Despacho n.º 24/94 de 9 de Junho, definem-se as normas de articulação provisória entre Hospitais e Centros de Saúde. As áreas de articulação, definidas no n.º 3, são a prestação de cuidados de saúde, formação e investigação, tendo por objectivo desenvolver mecanismos de comunicação entre os serviços, de modo a facilitar a circulação da informação e o acesso do utente.

**1997/ 1998** - (Lei n.º 127-A/97, de 20 de Dezembro, Grandes Opções do Plano Nacional para 1998) Consolidação da articulação entre os diferentes serviços prestadores de cuidados

através da institucionalização das unidades funcionais de saúde é uma das medidas que o Ministério da Saúde se propõe desenvolver em 1998.

Consolida-se nesta fase a importância da articulação de registos e continuidade de cuidados entre profissionais de saúde e em especial de enfermeiros, privilegiando-se e dando-se corpo às equipas de gestão de altas hospitalares, com essencial relevância para a integração das equipas de prestação de cuidados, nomeadamente de enfermagem, nos Centros de Saúde.

Desta articulação cada vez mais solidificada entre a área hospitalar, centros de saúde e componente social, onde se privilegia cada vez mais a integração comunitária e promoção de saúde a nível das pessoas e em especial das mais idosas, ao invés da perspectiva institucional surge neste contexto através da Comissão Nacional para a Política da 3ª Idade cria o Programa de Apoio Integrado a Idosos - PAII (Despacho Conjunto - Ministério do Emprego e Segurança Social e da Saúde de 1/7/1994 – DR n.º 166, de 20/07/94).

Pretendendo dar continuidade à resposta de necessidades de apoio social e de saúde, verificadas na sociedade Portuguesa, no que se refere principalmente às pessoas idosas, os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade, através de um despacho conjunto n.º 407/98, aprovaram, orientações que regulam a intervenção articulada de apoio social e dos cuidados de saúde continuados, para pessoas em situação de dependência. Através deste documento o Governo criou as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados que assegura sobretudo, a prestação de cuidados de saúde (de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e outras), a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas, promovendo a autonomia das pessoas, melhorando o acesso a ajudas técnicas adequadas, entre outras, privilegiando-se a prestação de cuidados no domicílio. Neste documento, é ainda realçada a importância de se envolverem prestadores de cuidados informais (vizinhos e família) nos cuidados prestados no domicílio, bem como a importância de se promover a sua formação e

treino adequados às situações. Depreende-se aqui o papel da enfermagem na concepção e operacionalização deste programa, pois revela em si a sua essência.

Porém e face a exigências emergentes referenciadas no documento Saúde um Compromisso – Uma estratégia para o virar do século (1997, p.16), decorrentes de estudos realizados em Portugal que evidenciavam alguns problemas respeitantes ao Sistema de Saúde, tais como: A deficiente articulação entre os vários níveis de cuidados e a debilidade dos cuidados de saúde continuados, especialmente aos idosos; (...) foi criada nova legislação: pelo DL n.º 156/99 estabeleceu-se o regime dos Sistemas Locais de Saúde e pelo DL n.º 157/99 estabeleceu-se o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde – “Centros de Saúde de 3ª Geração”. Nestes documentos é posta em evidência uma nova gestão institucional rigorosa e uma hierarquia técnico - assistencial no sentido de influenciar positivamente o desempenho dos profissionais e das equipas de que fazem parte, numa base de autonomia e auto- responsabilização.

Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE), pois o DL n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, já havia aprovado nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, alterado a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibilizado a contratação de bens e serviços pelos hospitais.

São também reestruturados os cuidados de saúde primários, através do DL n.º 60/2003, de 1 de Abril que cria a rede de cuidados de saúde primários. Para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro

fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova rede assume-se, igualmente, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Traduz a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam co-existir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos.

O Programa do XVII Governo Constitucional (2005 – 2009), definiu grandes opções na área da saúde, nomeadamente no capítulo II, ponto V – Saúde um bem para as pessoas, onde no item mais e melhor saúde põem em evidência o envelhecer com saúde. Refere ainda que é necessário intervir: Promovendo a criação de serviços comunitários de proximidade, sob a forma de parcerias entre centros, extensões de saúde e instituições de apoio social; Articulando centros de saúde, hospitais, cuidados continuados e instituições de apoio social; Desenvolvendo nos hospitais capacidade para reabilitação imediata do paciente crónico e idoso logo após o episódio agudo e a sua reinserção na família; Planeando correctamente os equipamentos de cuidados continuados, a fim de prevenir lacunas e redundâncias e incentivando o desenvolvimento de cuidados paliativos; Reactivando os cuidados de saúde no domicílio; Reforçando o apoio à família através de internamento temporário, apoio domiciliário de saúde.

O Plano Nacional de Saúde (2004 – 2010), guia de acção que define estratégias, prioridades e metas a alcançar pelas instituições do Ministério da Saúde para o período de 2004 – 2010, nas estratégias para obter mais saúde para todos e numa abordagem centrada na família e ciclo de vida, propõe a existência do desenvolvimento de estratégias e intervenções no sentido da existência de um envelhecimento activo. Desta premissa surge o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Este pretende contribuir para a promoção de um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. Pretende ainda que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação activa na promoção da sua

própria saúde, autonomia e independência. Tem como grande objectivo a obtenção de ganhos em anos de vida com independência e como pilares fundamentais: Promoção de um envelhecimento activo e saudável, ao longo de toda a vida; Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas. Partindo desta premissa descrita anteriormente, surge através do DL n.º 101/2006, de 6 de Junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, sendo definida como:

“Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na **recuperação global** entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa **promover a autonomia** melhorando a funcionalidade da pessoa em **situação de dependência**, através da sua **reabilitação, readaptação e reinserção** familiar e social.”

A aplicabilidade deste DL é apenas posto mais em evidência quando surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários (o DL n.º 298/2007, de 22 de Agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objectivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados), assim como com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS (através do DL n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Este decreto-lei surge, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Estes aspectos fazem antecipar os problemas a nível da economia de uma sociedade, assim como as necessidades quer sociais, quer a nível dos cuidados de saúde que advém deste mesmo envelhecimento populacional.

A finalidade da RNCCI é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes. Implica o trabalho integrado e pró-activo de equipas de saúde e de apoio social com

o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências.

A prestação de cuidados na Rede prevê uma abordagem pluridimensional orientada para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos utentes e família.

Assim a coordenação da RNCCI a nível nacional é definida em termos de constituição e competências pelos Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde, articulando com equipas de coordenação a nível regional (com representantes de cada uma das cinco administrações regionais de saúde e dos centros distritais de segurança social). Estas equipas coordenadoras regionais, articulam com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da rede (artigo 10º - DL nº101/2006 de 6 Junho). As equipas de coordenação local articulam com a coordenação a nível regional, assegurando o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência. (artigo 11º - DL nº 101/ 2006 de 6 Junho).

A tipologia de serviços oferecidos pela RNCCI constitui-se em Unidades de internamento e em Unidades de Ambulatório, Equipas hospitalares e Equipas domiciliárias (Quadro nº2).

Quadro nº 2 – Tipologias da RNCCI e a sua caracterização de acordo com DL nº 109/ 2006 de 6 Junho

Tipologia da rede		Caracterização
Unidade de internamento	Unidade de convalescença	Unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.
	Unidade de média duração e reabilitação	Unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável
	Unidade de longa duração e manutenção	Unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
	Unidade de cuidados paliativos	Unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.
Unidade de ambulatório	Unidade de dia e de promoção da autonomia	A unidade de dia e de promoção da autonomia é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
Equipas hospitalares	Equipa de gestão de altas	Equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.
	Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos	Equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.
Equipas domiciliárias	Equipas de cuidados continuados integrados	A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.
	Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos	A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro

Dado que o âmbito do nosso trabalho se circunscrita em termos contextuais a uma Unidade de Média duração e Reabilitação parece-nos pertinente aprofundá-la com maior especificidade, segundo o DL nº 101/ 2006 de 6 Junho e a a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), estrutura criada para conduzir e operacionalizar a implementação efectiva dos Cuidados Continuados.

Como já referenciado anteriormente, a unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, que se caracteriza por funcionar num espaço físico próprio, que presta cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

Pretende-se, com este tipo de unidades, responder a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde e:

- Evitar permanências desnecessárias em hospitais de agudos;
- Contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos;
- Reduzir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença e de longa duração;
- Promover a reabilitação e a independência dos utentes. (UMCCI, 2010)

O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

Os utilizadores das unidades de média duração e reabilitação são doentes oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados.

Os cuidados a prestar nas Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação destinam-se, fundamentalmente, à reabilitação, manutenção e apoio social e à rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida, em condições da maior autonomia possível, promovendo o treino de funções cognitivas, sensoriais, e motoras, ressocialização e actividades sócio-ocupacionais.

Em termos de serviços, devem dispor de:

- Serviços médicos presenciais, pelo menos duas vezes por semana, com revisão semanal do plano terapêutico;
- Serviços de enfermagem;
- Serviços de reabilitação diários;
- De ajuda à interacção entre o utilizador e a família, promovendo a participação dos familiares ou outros directos conviventes ou voluntários organizados;
- Serviços de desenvolvimento de actividades lúdico-ocupacionais;
- Preparação da alta e respectivo encaminhamento; (UMCCI, 2010)

Estes serviços são assegurados por uma equipa técnica multidisciplinar das áreas da saúde e da acção social, determinada pela natureza dos cuidados que presta e tendo em conta o fim a que se destina. Cada equipa multidisciplinar, no âmbito das Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação, deve ser constituída, pelos seguintes profissionais de saúde:

- Médico;
- Enfermeiro;
- Fisioterapeuta;
- Terapeuta ocupacional em tempo parcial;
- Psicólogo clínico em tempo parcial;
- Nutricionista em tempo parcial;
- Auxiliares de acção médica.
- Técnico de serviço social
- Pessoal com perfis profissionais que garantam o funcionamento dos componentes logísticos da Unidade de Convalescença (serviços internos ou de *outsourcing*). (UMCCI, 2010)

Para cada doente admitido na Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação deve ser constituído um processo que integre os componentes administrativos, sociais e clínicos, compreendendo:

- Diagnóstico das necessidades clínicas e sociais;
- Plano individual de intervenção, expressando os cuidados a prestar de acordo com os objectivos a atingir;
- Consentimento Informado;
- Registo sistemático dos cuidados prestados por cada elemento interventor, datado e rubricado;
- Avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção;
- Nota de alta. (UMCCI, 2010)

O funcionamento de cada Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação processa-se de acordo com regras a definir num Regulamento Interno que cada Unidade deve elaborar que deve conter: Critérios de admissão e de alta dos utilizadores;

Definição das competências e funções de cada um dos profissionais e outros prestadores; Horários de funcionamento; entre outras informações da especificidade de cada instituição.

A admissão em Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação é efectuada pela intervenção da Equipa Coordenadora Local mediante determinados critérios definidos para, esta tipologia. São eles:

- Necessidade de controlo de sintomas difícil de realizar no domicílio;
- Necessidade de cuidados de reabilitação que exijam internamento, para melhoria e/ou manutenção de capacidades;
- Necessidade de cuidados de manutenção que exijam internamento;
- Necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais.
- Impossibilidade, por ausência de recursos sócio-familiares, de uma pronta reinserção na comunidade. (UMCCI, 2010)

A preparação da alta da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação compete à Equipa da Unidade e obedece a um processo sistemático que garanta a continuidade de tratamento e apoio, se necessário, noutros níveis da rede de cuidados continuados integrados. Os utentes atingem os critérios de alta da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação quando: se concretizam os objectivos clínicos e de reabilitação para si delineados; existe necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação; exista necessidade de resposta isolada do âmbito da saúde ou de apoio social.

#### 4.1.2 - Unidade Média Duração e Reabilitação em estudo – Contexto Exossistémico

Considerando-se como contexto exossistémico a unidade em estudo e as relações estabelecidas com as Equipas Gestão Alta e Equipas de Coordenação Local, como forma de admissão dos utentes à unidade, torna-se essencial fazer a sua caracterização

no que se refere essencialmente aos serviços oferecidos, estrutura orgânico funcional, assim como critérios de admissão.

Assim e no sentido desta caracterização, foi efectuada uma entrevista à directora técnica da Instituição (Anexo 2), assim como consulta de documentos e observação das instalações (Anexo 3). A directora da instituição foi seleccionada para entrevistar, pois devido ao cargo que ocupa possui um conhecimento profundo acerca da organização e funcionamento da mesma. Segundo Quivy e Campenhout (1992, p. 69), um informante chave pode ajudar-nos a melhorar o nosso conhecimento do terreno, expondo-nos não só os resultados dos seus trabalhos, mas também os procedimentos que utilizam.

As unidades de média duração e reabilitação são unidades de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. (art. 13º do DL nº 101/2006 de 6 de Junho. Inserida nesta filosofia a unidade em estudo – Unidade de Média Duração e Reabilitação, situa-se no distrito de Santarém, sendo constituída por um edifício construído de raiz para o efeito em 2007.

No que se refere à estrutura do edifício, este tem dois pisos, rés-do-chão e cave que funciona também, na zona de acesso a pessoas ou automóveis como rés-do-chão, pois o edifício encontra-se num terreno desnivelado. No rés-do-chão podemos encontrar os serviços administrativos e de direcção, cozinha, serviço de bar/ refeitório e o serviço de internamento. Na cave, os serviços de apoio ao internamento como depósito de roupas, serviço de acondicionamento de materiais, cabeleireiro/esteticista, sala polivalente, sala de actividades, sala de oração, assim como o serviço de fisioterapia. O acesso entre os pisos é efectuada através de escadas, elevador ou pela zona exterior do edifício.

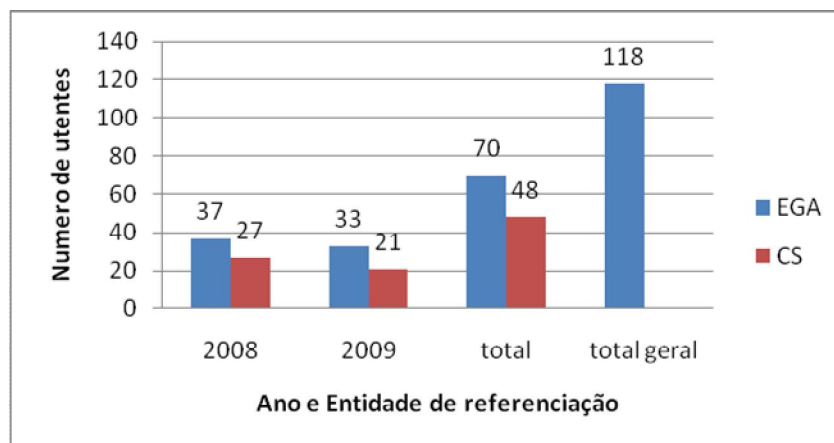
A capacidade da unidade é de 15 utentes. Estes ingressam por intermédio de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou através das equipas de gestão de altas. Porém e face à filosofia das unidades de média duração e reabilitação e segundo o DL n.º 101/2006 de 6 de Junho é solicitada a admissão, preferencialmente pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar.

A proposta de admissão não surge individualmente para cada unidade específica, sendo determinada pela equipa coordenadora local.

Assim e desde a abertura da Unidade, a 5 de Novembro de 2007 e até ao final de 2009, segundo o relatório de actividades da Unidade, foram admitidos 118 utentes, tendo sido agrupados os dois meses de 2007 com o ano de 2008, para realização do relatório.

Pode observar-se pelo gráfico n.º 1 que o maior número de referências teve origem nas equipas de gestão de altas hospitalares, correspondendo a 59,3% (fi = 70) do total de referências efectuadas para a Unidade de Média Duração e Reabilitação. Das equipas dos Centros de Saúde, foram referenciados 48 utentes, o que corresponde a 40,7% das referências efectuadas.

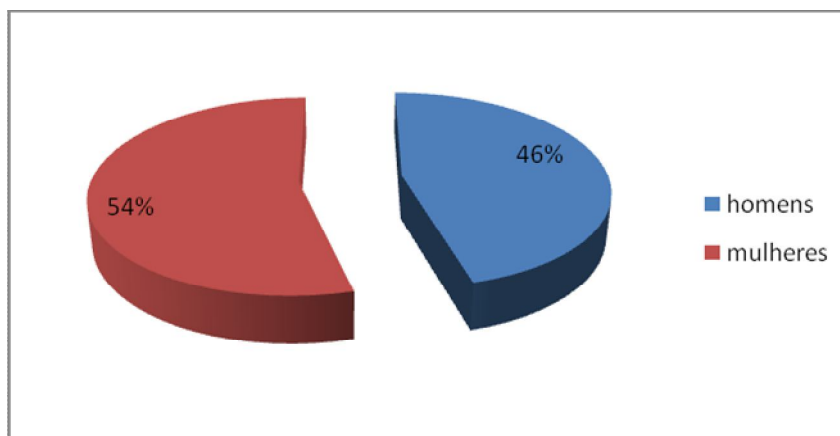
Gráfico n.º 1 - Uteses internados na unidade em estudo por ano e entidade de referência



Fonte: Relatórios Anuais da Unidade, 2008 e 2009

No período compreendido desde a abertura da Unidade, Novembro 2007, até final de 2009 e segundo os Relatórios Anuais da Unidade, dos 118 utentes internados, verificou-se a predominância do género feminino, com 54% (fi = 64), em detrimento do masculino com 46% (fi = 54), como se pode observar no gráfico nº 2.

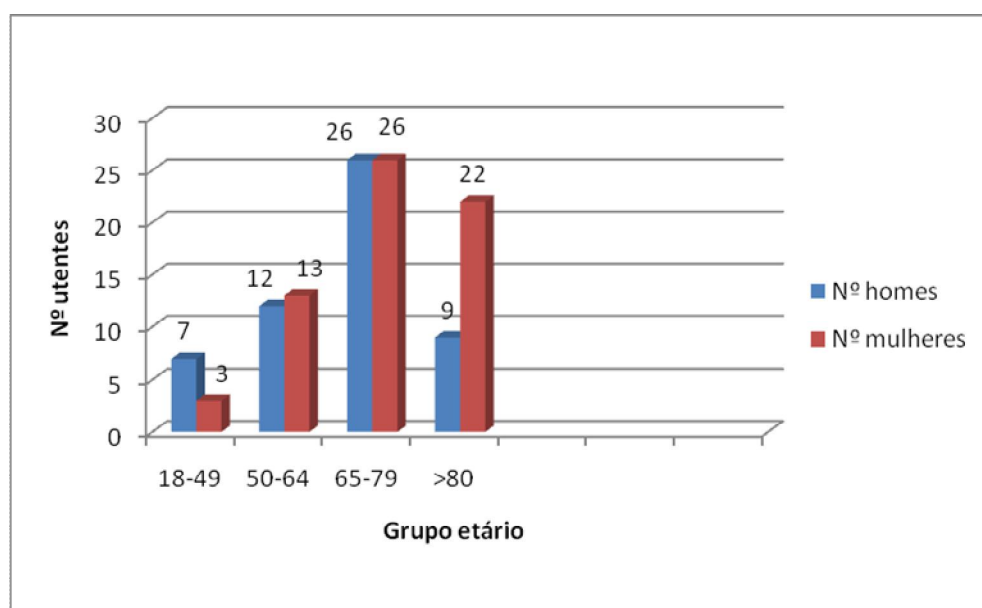
Gráfico nº 2 - Uteses internados na unidade em estudo por género nos anos 2008 e 2009



Fonte: Relatórios Anuais da Unidade, 2008 e 2009

Destes 118 utentes, a predominância em termo de faixa etária situou-se entre os 65 e 79 anos com 52 utentes, 26 do género feminino e 26 do género masculino, o que corresponde a 44% de todos os utentes internados. Logo a seguir encontram-se os utentes com mais de 80 anos, correspondendo a 26,3% (fi = 31) dos utentes internados, correspondendo a 22 utentes do género feminino e apenas 9 do género masculino. Considerou-se os intervalos por faixa etária apresentados, pois são os que constam nos Relatórios Anuais da Unidade.

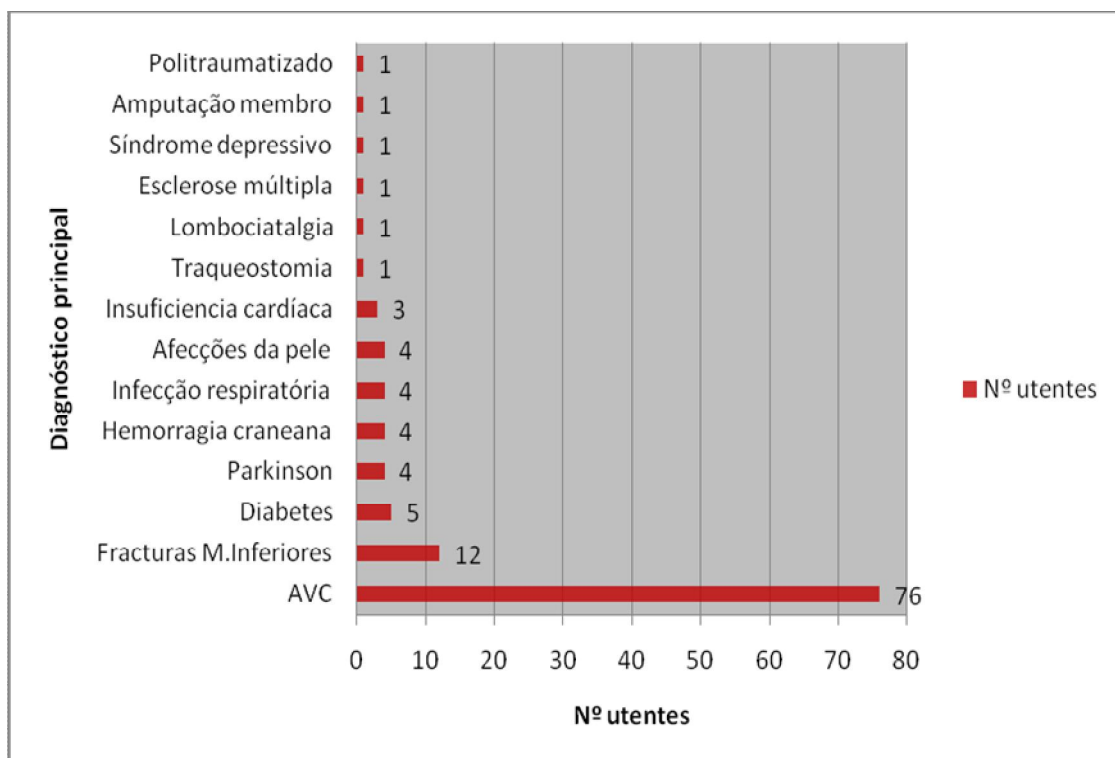
Gráfico nº 3 - Utentes internados na unidade em estudo por género e grupo etário nos anos 2008 e 2009



Fonte: Relatórios Anuais da Unidade, 2008 e 2009

A admissão dos utentes é efectuada através de determinados critérios, definidos através do DL nº 109/ 2006 de 6 Junho, porém e no sentido da caracterização específica desta Unidade, parece-nos pertinente referenciar o diagnóstico principal/ situação clínica segundo o qual os utentes foram referenciados e posteriormente internados nesta unidade. Destaca-se o AVC como principal diagnóstico para a referenciação e internamento apresentando-se como correspondendo a 64,5% (fi = 76) do total. De seguida, mas com um impacto muito menor comparando com a percentagem de utentes com AVC, temos as fracturas de membros inferiores, que correspondem a 10,1% (fi = 12), sendo que as fracturas de colo fémur estão em maior número, chegando ao total de 66,7% deste tipo de fracturas. De seguida e como se pode observar pelo gráfico nº 4, seguem-se patologias como a diabetes, doença de Parkinson, insuficiência cardíaca e outras, porém com percentagens muito menores face ao total de utentes com as patologias já referenciadas.

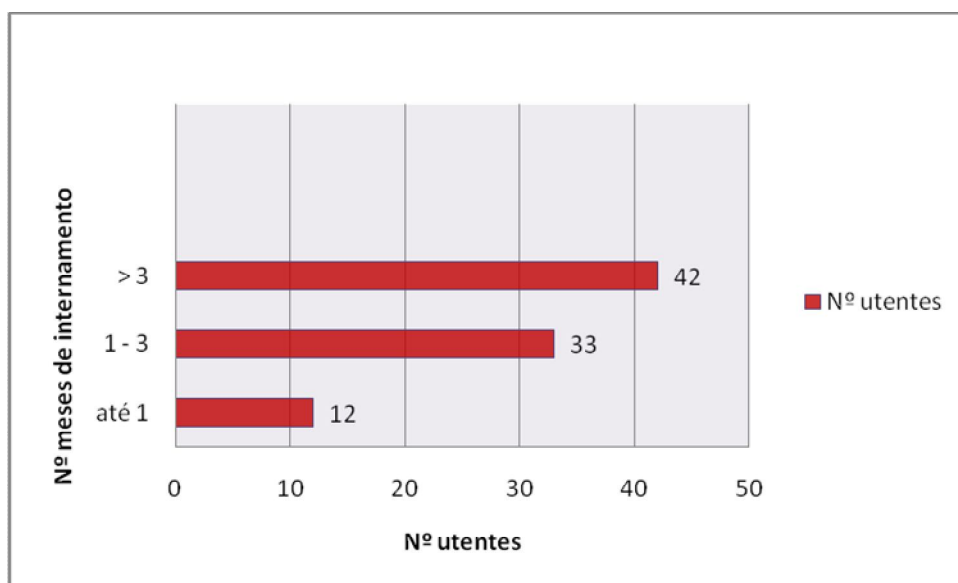
Gráfico nº 4 - Distribuição das patologias mais frequentes dos utentes internados na unidade em estudo nos anos 2008 e 2009



Fonte: Relatórios Anuais da Unidade, 2008 e 2009

O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão, porém, no período compreendido entre 2008 e 2009, segundo os Relatórios Anuais, podemos verificar no gráfico nº 5 que a maior parte dos utentes internados excedeu os 90 dias de internamento (47,7%), existindo apenas 37,5% (fi= 33) dos utentes que se enquadraram na duração de internamento recomendada para este tipo de Unidades. Existiram ainda 13,6% (fi = 12) de utentes que tiveram alta da unidade ainda antes de perfazer um mês de internamento.

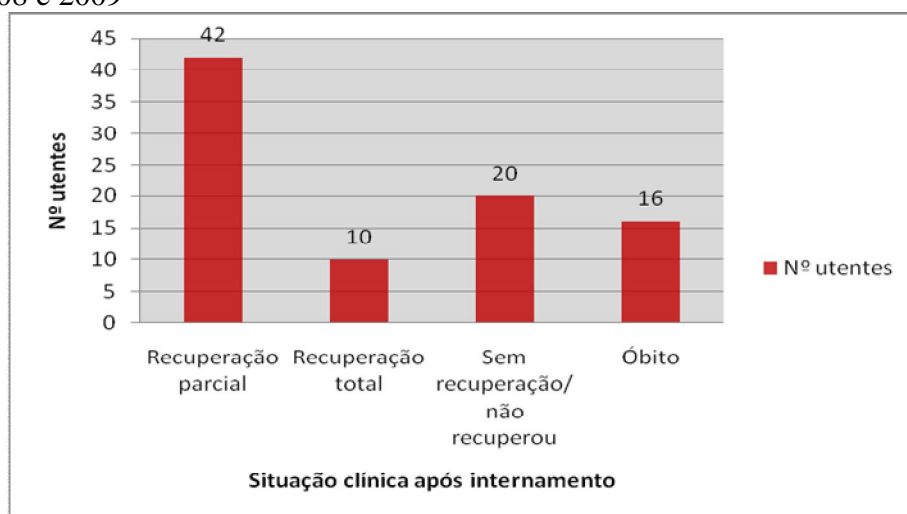
Gráfico nº 5 - Distribuição do número de meses de internamento na unidade em estudo nos anos 2008 e 2009



Fonte: Relatórios Anuais da Unidade, 2008 e 2009

No momento da alta clínica 59,1% (fi = 52) dos utentes apresentavam uma recuperação face ao seu estado aquando do internamento na unidade: 47,7% (fi = 42), apresentavam uma recuperação parcial e 11,3% (fi = 10), conseguiram uma recuperação total. Porém, 22,7% (fi = 20) dos utentes não recuperaram ou não apresentavam potencial de recuperação e 18,2% (fi = 16) faleceram durante o período de internamento.

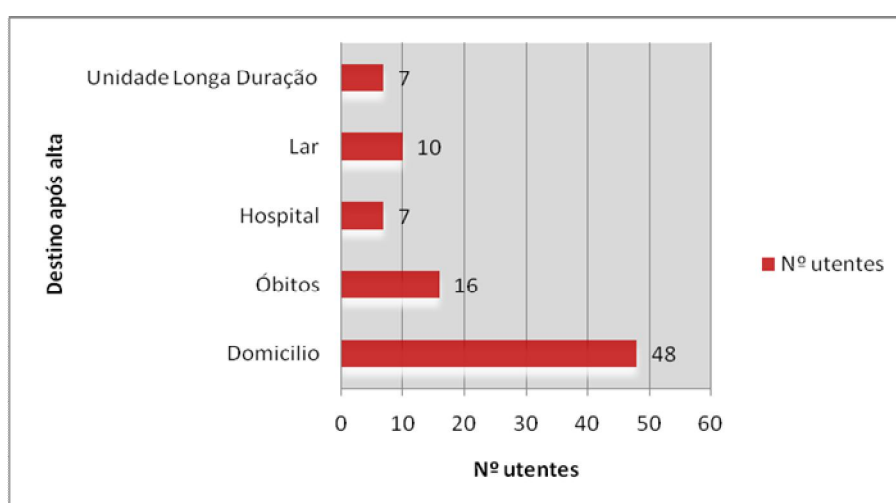
Gráfico nº 6 - Situação clínica dos utentes após internamento na unidade em estudo nos anos 2008 e 2009



Fonte: Relatórios Anuais da Unidade, 2008 e 2009

Após o internamento, os utentes deslocaram-se na sua maioria para o domicílio, representando estes 54,5% (fi = 48), de todos os utentes que obtiveram alta no período em análise, seguindo-se a ida para Lares (11,3%; fi = 10), seguindo-se com percentagens iguais (8%; fi = 7) a transferência para Unidades de Longa Duração e Manutenção ou Hospitais, por agravamento da sua situação inicial de internamento. Existiram ainda 16 utentes (18,2%) que faleceram.

Gráfico nº 7 - Destino dos utentes após alta na unidade em estudo nos anos 2008 e 2009



Fonte: Relatórios Anuais da Unidade, 2008 e 2009

#### 4.1.3– Inter-relação entre pares – Contexto Mesossistémico

Tendo caracterizado a unidade em estudo em termos estruturais e orgânico funcionais, assim como as relações estabelecidas com as Equipas Gestão Alta e Equipas de Coordenação Local e forma de admissão dos utentes à unidade e a sua caracterização global, passamos à caracterização do contexto mesossistémico.

No mesossistema, consideramos as relações que o enfermeiro estabelece com os pares e restante equipa de cuidados, considerando-se a família como membro integrante da mesma.

O enfermeiro como elemento integrante da equipa de prestação de cuidados na unidade, estabelece relações de forma directa com todos os profissionais que aí oferecem os seus serviços. Estas relações estabelecem-se de forma directa ou indirectamente porém sempre com o objectivo major da qualidade, bem-estar e reabilitação dos utentes que têm a seu cargo.

Os serviços oferecidos estão de acordo com o protocolado para uma unidade de Média Duração e Reabilitação. Os cuidados de enfermagem aos 15 utentes da unidade em estudo são prestados, de forma contínua segundo turnos de 8h cada, sendo cada turno assegurado por um enfermeiro. Existem cuidados médicos diários assegurados por dois médicos, cuidados de Fisioterapia prestados por dois fisioterapeutas, Fisiatra, Terapeuta da Fala, Assistente Social, oito Assistentes Operacionais, dois Administrativos, um motorista e vários voluntários. No entanto, não existe psicólogo nem terapeuta ocupacional.

#### 4.1.4 - Processo de Cuidados em Enfermagem – Contexto Microsistemico

Considerando-se como microsistema, o enfermeiro que desenvolve um padrão de actividades e papéis inerentes à prestação de cuidados de enfermagem e contextualizando na área de prestação de cuidados no âmbito da RNCCI, o conselho de enfermagem (2009), define objectivos para prestação de cuidados de enfermagem neste âmbito. Partindo destes, poder-se-á efectuar um paralelismo com o processo de cuidados de enfermagem, enquanto interacção 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 (Amendoeira, 2006). Observa-se nestes objectivos, dimensões como a Conceptualização, organização e registo do

cuidado de enfermagem, assim como a interação no cuidado de enfermagem (Quadro nº 3).

Quadro nº 3 - Paralelismo entre processo de cuidados e objetivos da prestação de cuidados de enfermagem na RNCCI

<b>Dimensões do processo de cuidados (Amendoeira, 1999)</b>	<b>Objetivos da prestação de cuidados de enfermagem na RNCCI (2009)</b>
<b>Conceptualização do cuidado de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar as pessoas, familiares ou outros para a organização de acções de auto-ajuda e/ou voluntariado, sendo o enfermeiro o dinamizador e organizador dos grupos, enquanto como um recurso profissional para às pessoas com dependência e suas famílias;</li> <li>• Assegurar o apoio e o suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados, capacitando-os para a integração do doente no seio da família;</li> <li>• Potenciar a integração do doente no seio da família, contribuindo para a efectividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS;</li> </ul>
<b>Organização do cuidado de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar cuidados, assentes nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação do resultados, visando o cuidado ou o encaminhamento dos clientes, numa estrutura integrada e articulada, em ordem a perseguir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência;</li> </ul>
<b>Interação no cuidado de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar situações de risco potencial e de crise, bem como realizar análise, proposta e implementação de soluções para os problemas encontrados;</li> <li>• Identificar situações de risco potencial e de crise, bem como realizar análise, proposta e implementação de soluções para os problemas encontrados;</li> <li>• Intervir no sentido de procurar criar as condições para a manutenção das pessoas no seu ambiente, gerindo os meios e recursos disponíveis para o acompanhamento em domicílio, na garantia de prestação dos cuidados necessários, com qualidade e em segurança;</li> <li>• Identificar as lacunas ou constrangimentos e realizar planos de intervenção para os suprir, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e sua família ou cuidadores informais;</li> </ul>

Neste contexto microssistémico parece-nos importante caracterizar pessoal e profissionalmente os enfermeiros que desenvolvem actividades na unidade em estudo, assim como o referencial segundo o qual desenvolvem o processo de cuidados em enfermagem neste contexto, fazendo também referência às obrigações definidas para este grupo profissional no regulamento interno da Unidade.

Neste sentido foi elaborado um inquérito, a ser preenchido pelo enfermeiro responsável pela unidade, durante o mês de Agosto 2010 (Anexo 4), pois pareceu-nos ser essa a forma mais facilitadora de centralização da informação. O enfermeiro responsável foi contactado pessoalmente, tendo-se prontificado em colaborar no estudo.

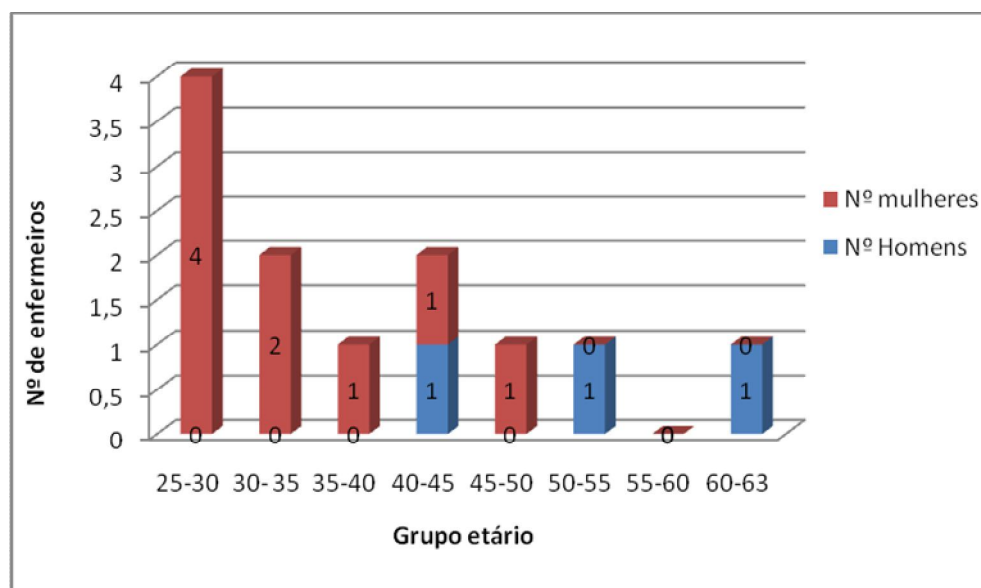
Uma das normas para o preenchimento do inquérito tinha a ver com o anonimato dos enfermeiros.

A seguir encontram-se descritos o tratamento e apresentação dos dados quantitativos, através de gráficos descritivos e explicativos (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990), promovendo uma melhor interpretação dos resultados. Em anexo, encontram-se as tabelas relativas aos gráficos (Anexo 5).

Na altura, do preenchimento do inquérito (Agosto, 2010), o número de enfermeiros da Unidade era de 12, sendo 9 (75 %) do sexo feminino e 3 (25%), do sexo masculino.

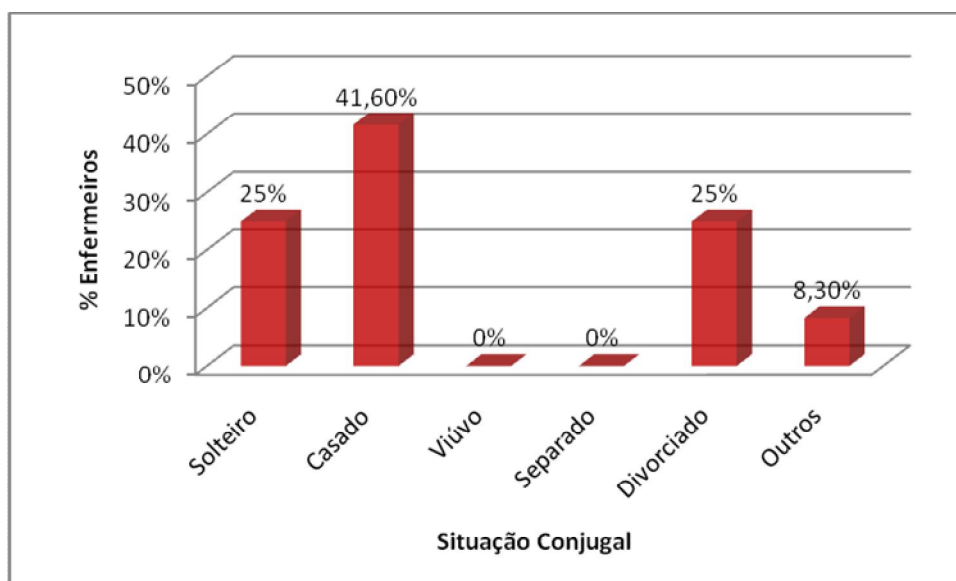
Verifica-se também, pela observação do gráfico n.º 8, que os enfermeiros apresentam idades entre os 25 e os 63 anos de idade, sendo a média das idades de 39 anos. 33,33% de indivíduos têm idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos de idade, sendo esta a classe modal.

Gráfico nº 8 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo por género e grupo etário



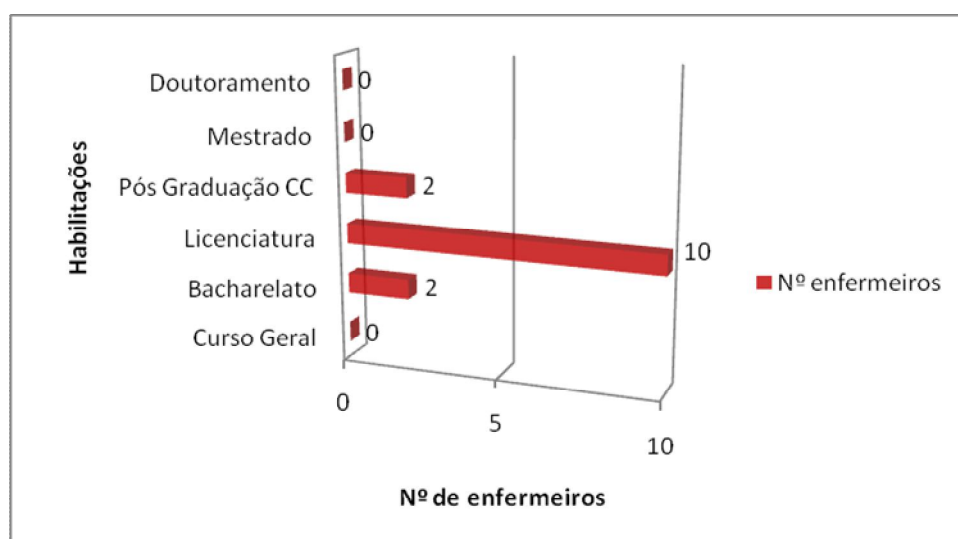
No que diz respeito à situação conjugal, pelo gráfico n.º 9, podemos observar que 41,6% ( $f_i = 5$ ) dos enfermeiros são casados. Apresentando frequências relativas muito inferiores as restantes situações conjugais: 25% ( $f_i = 3$ ) são solteiros, assim como 25% ( $f_i = 3$ ) são divorciados, e 8,3% ( $f_i = 1$ ) vivem em outra situação conjugal, não existindo enfermeiros viúvos ou separados.

Gráfico nº 9 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo situação conjugal



No que se refere às habilitações, podemos observar pelo gráfico n.º 10, que 83,3% (fi = 10) do total de enfermeiros, possuem licenciatura, seguindo-se, por ordem decrescente, os enfermeiros com bacharelato (fri = 16,7% e fi = 2). Não existem enfermeiros com mestrado ou doutoramento. Existem dois enfermeiros que além da licenciatura, possuem pós graduação e especificamente na área dos Cuidados Continuados.

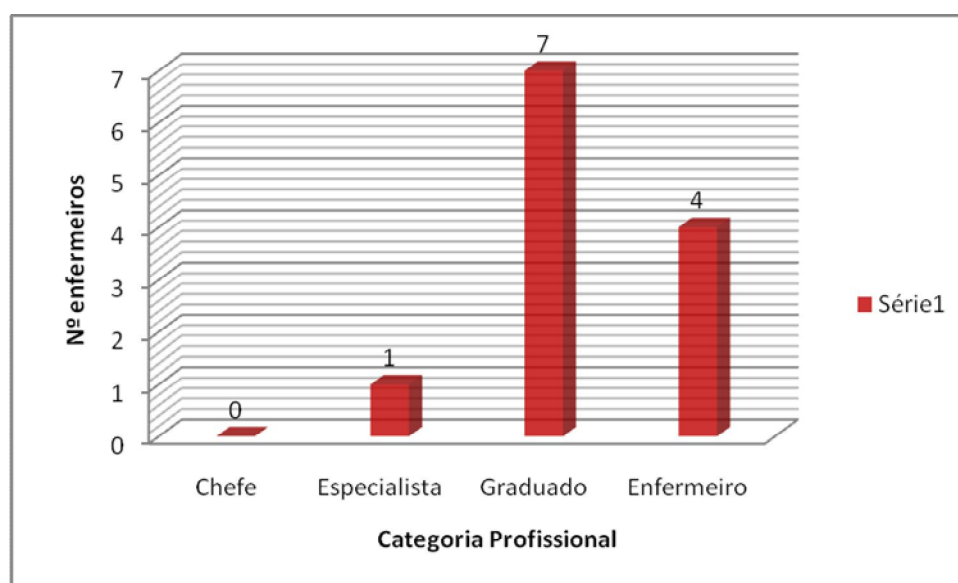
Gráfico n.º 10 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo as suas habilitações



Em relação às categorias profissionais dos enfermeiros da unidade em estudo, poder-se-á dizer que constituem uma distribuição bastante assimétrica, como se pode observar pelo gráfico n.º 11.

Assim, a maior parte dos enfermeiros (fri = 58,33% e fi = 7) são enfermeiros graduados e por ordem decrescente seguem-se os enfermeiros (fri = 33,33% e fi = 4). Apenas um enfermeiro (fri = 8,3%) é especialista, sendo a sua especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica. Não existem enfermeiros com a categoria de enfermeiro chefe na Residência.

Gráfico nº 11- Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo a sua categoria profissional



Em relação aos anos de serviço na profissão, como se pode observar pelo gráfico n.º 12, a classe que apresenta maior percentagem de anos de serviço é a classe [10 - 15 [, com 25% de enfermeiros ( $f_i = 3$ ). Com percentagens semelhantes, 16,2% ( $f_i = 2$ ), encontram-se as classes [0 - 5[, [5 - 10[ e [15 - 20], com dois enfermeiros em cada uma delas.

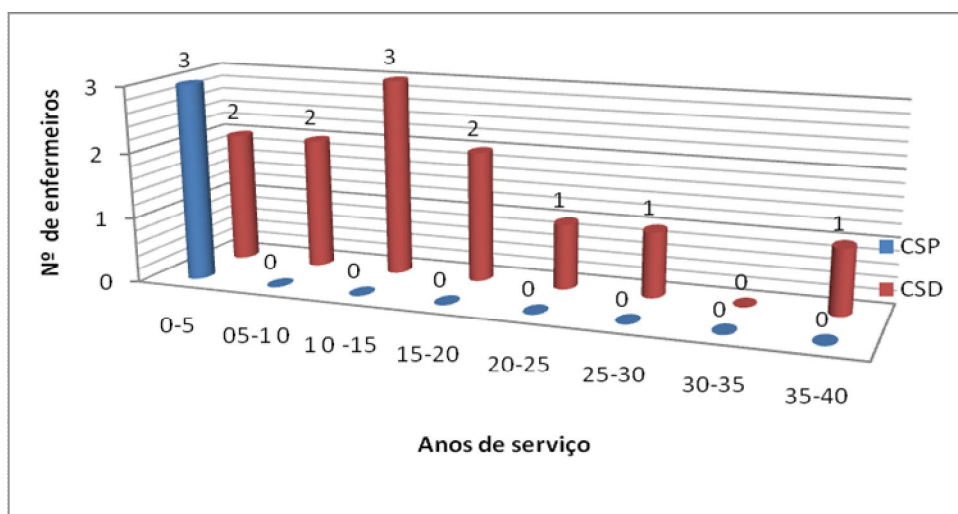
Apresentando valores percentuais inferiores, estão as classes [20 - 25 [, [25 - 30] e [35 - 40], com 8,3% ( $f_i = 1$ ), cada uma.

A classe modal é a que corresponde aos [10 - 15 [anos de serviço sendo a média de anos de serviço de 15,6 anos, sendo o limite inferior de 3 anos e o superior de 38.

Apenas 25% ( $f_i = 3$ ) dos enfermeiros tem experiência no desenvolvimento de actividades no âmbito dos CSP, sendo que apenas 8,3% ( $f_i = 1$ ), desenvolve aí actualmente a sua actividade profissional principal.

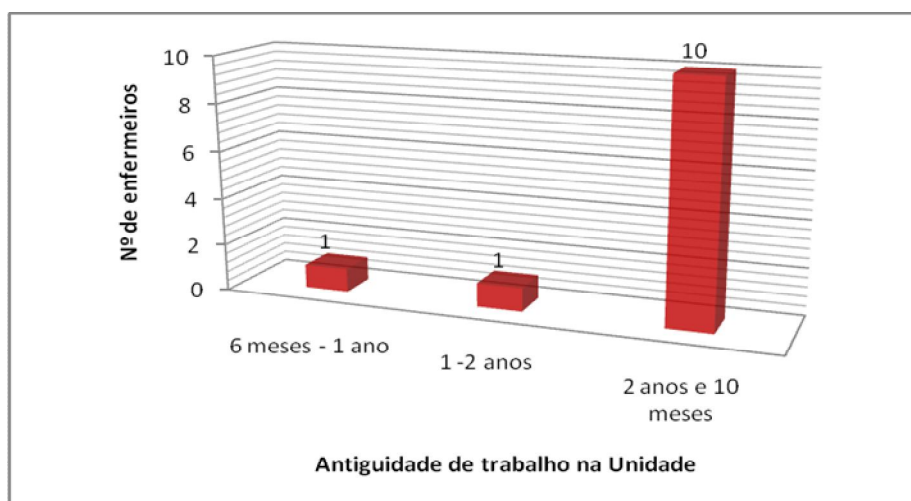
Todos os enfermeiros que prestam cuidados na unidade em estudo, fazem-no como actividade secundária, em regime de prestação de serviços

Gráfico nº 12 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo anos de serviço em CSP e CSD



No que se refere à antiguidade de trabalho na RNCCI, verifica-se que nenhum enfermeiro trabalhou noutra unidade da RNCCI, se não a que desenvolve actividades actualmente. Assim, a maioria dos enfermeiros, 83,3% ( $n = 10$ ) na data de preenchimento do questionário (Agosto, 2010), prestava cuidados na unidade desde o seu início, perfazendo 2 anos e 10 meses. Apenas um enfermeiro desenvolve actividades na unidade no período compreendido, entre seis meses e um ano e outro enfermeiro entre 1 a 2 anos.

Gráfico nº 13 - Distribuição dos enfermeiros da unidade em estudo segundo antiguidade no serviço



Tendo caracterizado os enfermeiros pessoal e profissionalmente a nível microssistémico e sendo a este nível que se efectuará o diagnóstico face às necessidades do recurso a uma prática clínica baseada na evidência, no sentido do desenvolvimento de uma enfermagem avançada às pessoas em processos de doença, parece agora pertinente perceber como os enfermeiros desenvolvem o processo de cuidar a nível deste contexto. Assim, neste contexto de cuidar, e sendo o enfermeiro elemento integrante da equipa de prestação de cuidados no âmbito da garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros desenvolveu um referencial de suporte à tomada de decisão dos enfermeiros, no domínio da sua responsabilidade profissional na implementação da RNCCI. Essencialmente no que concerne às dotações seguras, objectivos na prestação de cuidados, assim como os focos centrais considerados como áreas de atenção essenciais ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem (Referencial do enfermeiro – RNCCI, Conselho de Enfermagem, 2009), sendo a partir destas indicações que os enfermeiros da unidade em estudo prestam os cuidados de enfermagem. Porém e segundo o Regulamento Interno da instituição (2008), são ainda atribuídas ao enfermeiro funções específicas neste contexto:

“Cumpra especificamente à equipa de enfermagem: analisar o relatório médico do doente, estabelecendo para cada caso o programa de cuidados de enfermagem a ser executado; Requisitar ao Director da Residência, atempadamente, os medicamentos necessários, tal como quaisquer outro tratamento que sejam prescritos; Garantir com o pessoal, o conforto, higiene e vigilância que sejam necessários para cada doente; Articular com a equipa médica os moldes de funcionamento que considere mais correctos.”

#### 4.2 – ANÁLISE DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS

A opção pelo instrumento de colheita de dados questionário, centrou-se no facto de este segundo Coutinho (2005), permitir medir atitudes, percepções, opiniões ou o grau de empenho de um grupo de indivíduos. Optou-se pela construção de um questionário

constituído por questões abertas, onde o enfermeiro pudesse ter a liberdade para responder de forma livre, colocando-se ainda um espaço para sugestões ou observações. Pensamos assim ter estimulado o raciocínio do enfermeiro face à problemática em questão.

O questionário (Anexo 6) centrou-se nos focos, considerados áreas de atenção essenciais ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem na RNCCI, segundo a Ordem dos Enfermeiros: Dor, Gerir o regime, Adesão, Auto Cuidado, Prestador de Cuidados, Coping, Stress do prestador de cuidados e Dignificação da morte.

Relativamente a cada um destes focos, cuja definição se encontrava num glossário em anexo construído segundo Cipe  $\beta$ 2, os enfermeiros teriam que escrever de forma livre necessidades de actualização/ investigação relativamente às intervenções de enfermagem que desenvolvem relativas a cada foco na sua prática diária no contexto da Unidade de Média Duração e Reabilitação.

Uma das desvantagens da validade de um questionário reside no facto de este ser interpretado indirectamente e poder não corresponder à realidade, por o indivíduo, neste caso o enfermeiro não interpretar as questões de forma adequada. Este facto foi por nós obviado, pois abordamos pessoalmente os enfermeiros, aquando da realização de um dos seus turnos no período estipulado para o preenchimento do mesmo, apresentando-lhes o questionário e elucidando-os acerca de eventuais dúvidas que pudessem apresentar.

Assim, no período em que se pretendia que os enfermeiros preenchessem o questionário, um dos 12 elementos que constituem a equipa encontrava-se de férias. A nossa população passou desta forma a ser constituída por 11 enfermeiros. Destes foram recolhidos 8 questionários, que correspondem a 72, 7% da população.

De seguida apresentamos a análise efectuada relativamente aos questionários. Para a sua análise recorreremos à análise qualitativa – análise de conteúdo, pois esta constitui-se

como Bardin (2004) refere como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Dos objectivos da análise de conteúdo, salientamos a possibilidade de analisar as características de uma mensagem através da comparação destas mensagens para receptores distintos, pois foi a partir deste que efectuamos a nossa análise. Foi efectuada uma categorização à priori, sendo consideradas como categorias os focos apresentados no questionário e já definidos anteriormente.

Após a realização de uma leitura flutuante dos questionários, do corpus da informação, conclui-se que todas as respostas se constituíam por tópicos de uma ou duas palavras, considerando-se estas as unidades de registo.

Agrupou-se assim a informação de todos os questionários referentes a cada foco/categoria questionado, categorizando-se à posteriori os respectivos temas/dimensões e subcategorias, tendo sido validada esta codificação por peritos externos (Quadro nº 4) (Anexo 7).

Ao analisarmos a perspectiva dos enfermeiros face à necessidade de actualização de algumas práticas inerentes ao desenvolvimento do processo de cuidados numa unidade de média duração e reabilitação, evidenciaram-se duas dimensões fulcrais para os processos de desenvolvimento e actualização neste contexto da RNCCI, nomeadamente no que se refere às **interligações na equipa multidisciplinar** (integradora das categorias: Adesão, Dignificação da morte, Dor e Gerir o Regime) e às **interacções com os prestadores de cuidados** (categorias: Prestador de cuidados, Auto Cuidado, Coping e Stress do Prestador). Esta codificação advém da relação estreita entre as características definidoras dos focos/ categorias em análise e as orientações das unidades de registo identificadas pelos enfermeiros.

Durante a análise apresentada, faremos referência a excertos relevantes para a mesma, sendo utilizados a letra *Q* como código linguístico de identificação, seguida de um número correspondente à codificação efectuada nos questionários.

Quadro nº 4 - Grelha de análise

<b>Tema/ Dimensão</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Interligações na equipa multidisciplinar	Adesão	Optimização nos processos de envolvimento
		Estratégias de interacção e motivação
	Dignificação da morte	Papel formador
		Estratégias de apoio emocional
	Dor	Instrumentalização da avaliação da dor
		Introdução terapias naturais
	Gerir o Regime	Optimização dos padrões de comunicação
Interacções com prestadores de cuidados	Prestador de cuidados	Capacitação para a (re) integração familiar
		Mobilização da interacção de papéis
	Auto Cuidado	Programas e dispositivos formativos
		Estratégias individuais de intervenção
		Uniformização das práticas
	Coping	Organização de acções de auto-ajuda
		Abordagem multidisciplinar
	Stress do Prestador	Promoção da capacidade de resolução de problemas

No que diz respeito à primeira dimensão, e relativamente à primeira categoria – Adesão, emerge da análise do corpus uma clara assunção da relação micro sistema enquanto padrão de actividades e papéis inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, numa Unidade de Média Duração e Reabilitação e mesossistema, na forma como os enfermeiros encaram a família/prestador como membro integrante da equipa visando

uma Optimização nos Processos de envolvimento (sub-categoria), valorizando: o “*Envolvimento do elemento cuidador/ família*” (Q1) (Q6), “*Envolver a família / prestador de cuidados*” (Q4), “*Participação do cuidador nas av’s do utente internado*” (Q3), “*Participação activa pessoal/ família*” (Q5) e o “*Delinear objectivos com os utentes*” (Q2), apontando assim para a importância da inserção da pessoa na tomada de decisão relativamente aos seus processos terapêuticos, premissa indissociável de uma prática baseada na evidência e simultaneamente promotora dos processos de adesão.

No mesmo sentido destaca-se ainda a importância atribuída às Estratégias de interacção e motivação (sub-categoria), nomeadamente quando enfatizam a necessidade de adopção de melhores práticas na “*Intervenção da família na equipa*” (Q7) (Q8), “*Estratégias de motivação*” (Q5) (Q3) e “*Reuniões programadas com equipa/ utentes/ familiares*” (Q2).

No que se refere à categoria Dignificação da morte, os enfermeiros evidenciam a um nível micro o desenvolvimento de papéis formativos neste âmbito valorizando os “*Debates sobre o tema*” (Q2) e “*Formação/ partilha de experiências sobre este tema*” (Q2) como determinantes para a actualização das práticas nesta área; simultaneamente e com o mesmo objectivo, enfatizam num nível mesossistémico, o desenvolvimento de estratégias de apoio emocional (sub-categoria), direccionadas às relações que estabelecem com os pares e restante equipa de cuidados, apontando a “*Relação de ajuda*” (Q1) (Q3) (Q5) (Q6) (Q7) (Q8) e as “*Estratégias de alívio do sofrimento (luto)*” (Q7) (Q8) como fundamentais para melhores práticas relativas às intervenções que visam o trabalho com as reacções e emoções, expressão de sentimentos de perda, aceitação da morte entre outros.

Face à intervenção de enfermagem na dor, surge-nos a Instrumentalização da avaliação da dor (sub-categoria), que se poderá contextualizar numa perspectiva micro e mesossistémica enquanto padrão de actividades desenvolvidas pelo enfermeiro neste

contexto assim como na relação que estabelece com os restantes pares e equipa de cuidados, com a necessidade de actualização acerca de “*Escalas para avaliação da dor*” (Q1) (Q2) (Q4) (Q5) (Q7) (Q8) e a Introdução de terapias naturais (sub-categoria), enquanto “*Estratégias não medicamentosas*” (Q6), “*Técnicas de alívio e controle da dor não medicamentosas, autónomas pela enfermagem*” (Q4) e “*Terapias complementares/alternativas*” (Q1) (Q2) (Q3) (Q5) (Q7) (Q8).

Para a categoria Gerir o regime, que se constitui como um comportamento de adesão, com o propósito do cumprimento de um programa para o tratamento ou prevenção da doença, surge-nos a Optimização dos padrões de comunicação (sub-categoria), evidenciado pela necessidade de actualização/investigação no que se refere ao: “*Plano Individual de Intervenção*” (Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8), “*Reuniões programadas*” (Q2) e “*Uniformização de linguagem (registos)*” (Q2). Revelam-se assim numa relação micro e mesossistémicas claras no que se refere ao desenvolvimento do trabalho do enfermeiro e das suas relações com os pares e restante equipa. Denota-se simultaneamente a influência do contexto macrossistémico enquanto sistema organizativo-legal da RNCCI. Como exemplo contextualizamos o Plano Individual de Intervenção enquanto necessidade macrossistémica. O PII é definido como o “conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais” (UMCCI, 2009), visando a integração de todos os cuidados a prestar multidisciplinarmente. A partir deste, pode ser definido o Plano Individual de Cuidados (PIC), definido como “documento dinâmico baseado na avaliação que orienta a frequência e os serviços de saúde e/ou apoio social que um utente recebe. Tem por objectivo individualizar os cuidados e facilitar a sua continuidade. Da nossa análise, esta necessidade identificada pelos enfermeiros da Unidade, relaciona-se com o facto de não ser ainda adoptada esta metodologia de trabalho multidisciplinar de forma explícita e

metódica. Existe um processo individual do utente (Regulamento interno da instituição, 2008), cuja composição agrega elementos clínicos dos diferentes técnicos (enfermeiros, médicos, assistente social, fisioterapeutas, etc), porém de forma não integrada, contrariando o preconizado para o plano individual de intervenção.

Centrando-nos agora na segunda dimensão **interacções com os prestadores de cuidados**, e na categoria Prestador de Cuidados, são evidenciadas novamente as vertentes micro e mesossistémicas, na interacção do profissional de enfermagem face à responsabilidade ao cuidar do outro identificando-se como sub-categorias a Capacitação para a (re) integração familiar, contextualizada no *“Instruir, treinar e incutir a participação activa do cuidador” (Q3, Q6)*, na *“Formação ao prestador para preparar o regresso a casa” (Q4)*, nos *“Ensinos” (Q1) (Q2) (Q5)*, *“Educação para a saúde” (Q7) (Q8)*, na *“Promoção da cultura do utente” (Q6)* e em *“Estratégias para motivação” (Q5)* e ainda a Mobilização da interacção de papéis (sub-categoria), como necessidade de actualização/ investigação evidenciada no que se refere ao *“Envolvimento do prestador através do trabalho de equipa” (Q4)*, *“Envolvimento da família com vista à alta” (Q6)*, *“Reuniões com equipas e cuidador” (Q3)* e *“Promover reuniões com cuidador para ajudar no envolvimento durante o internamento” (Q1)*.

Em relação à categoria auto-cuidado, enquanto acção realizada pelo próprio com o propósito de satisfazer as necessidades básicas e as actividades de vida, que no contexto de uma UMDR visa a reabilitação, manutenção e apoio social e rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida, em condições da maior autonomia possível, promovendo o treino de funções cognitivas, sensoriais, e motoras, ressocialização e actividades sócio-ocupacionais. Neste âmbito surge a necessidade de actualizar conhecimentos/ investigar acerca de programas e dispositivos de formação (sub categoria), no sentido de *“Relevar a importância junto dos pares e assistentes operacionais restante pessoal e família da importância do autocuidado do utente” (Q6)*

e realização de *“Acções de formação internas ou externas para profissionais sobre o autocuidado dependendo dos deficits motores dos utentes”* (Q2). A formação dos profissionais revela-se fundamental, porém pode verificar-se que além de considerarem que esta pode ser efectuada externamente com outros peritos, o desenvolvimento de uma prática formativa interna, surge como evidente, sendo valorizada também a educação/ formação em serviço por pares, podendo ser esta prática definida como: uma minoria de pares representativos de um grupo que tenta informar e influenciar a maioria, promovendo uma mudança de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos (Svenson, 2001), denotando-se assim a ligação micro e mesossistémica que estes programas e dispositivos de formação traduzem, à qual se alia também a necessidade de estratégias individuais de intervenção (sub-categoria), contextualizadas em *“Ensinos nos auto cuidados tanto utente como cuidador informal/ familiares”* (Q2) (Q5), no *“Incentivar, instruir e treinar o cuidador na realização das av’s do utente”* (Q3), no *“Promover a participação da família/ cuidador”* (Q1) (Q5) e na *“Participação da família como prestador de cuidados (educação para saúde)”* (Q7) (Q8). Subjacente a esta perspectiva, está a orientação para que este tipo de unidades responda a necessidades transitórias da pessoa, visando maximizar os ganhos em saúde, tradutora da influencia do contexto macrosistémico, que remete para a reabilitação, manutenção e apoio social e à rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida, em condições da maior autonomia possível, promovendo o treino de funções cognitivas, sensoriais, e motoras, ressocialização e actividades sócio-ocupacionais.

A necessidade de actualização/ investigação surge também no que se refere à Uniformização das práticas, sendo evidenciado o *“Manual de boas práticas”* (Q1) (Q3) (Q4) (Q5), enquanto recurso a mobilizar.

Neste sentido e na perspectiva de abordagem bio ecológica, podemos enquadrar esta necessidade no âmbito da vertente micro e mesossistémica, pela utilização face aos

papéis e actividades desenvolvidas pelo enfermeiro na prestação de cuidados, assim como a uniformização da linguagem face às relações com pares e outros elementos da equipa de trabalho e macrossitémica, pela vertente integradora e abrangência organizativa e normativa face à uniformização das próprias práticas.

É objectivo da Ordem dos Enfermeiros, a harmonização da linguagem utilizada pelos enfermeiros nos diferentes contextos da RNCCI (O.E, 2009), constituindo-se assim esta necessidade identificada pelos enfermeiros, como actual e pertinente face às indicações proferidas pela Ordem profissional.

A uniformização da linguagem com recurso à utilização da CIPE®, constitui-se particularmente relevante no que respeita aos diagnósticos, às intervenções e aos resultados de enfermagem - por ser uma terminologia de referência e um sistema unificador entre as diferentes linguagens classificadas de enfermagem (OE, 2009), o que possibilitará uma continuidade de cuidados mais efectiva proporcionando um desenvolvimento do auto cuidado do utente mais assertivo, contínuo e integrado. Perante os objectivos delineados no plano individual do utente, o enfermeiro trabalhará em continuidade com o trabalho efectuado pelos seus pares, tendo em conta a linguagem comum utilizada, facilitando desta forma a continuidade de cuidados.

Considera-se que a intervenção do enfermeiro em Cuidados Continuados contribuirá para a formulação de Guias Orientadores de Boa Prática (OE, 2009) e que estes constituirão uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Assim e no contexto do autocuidado, contribuirão para a uniformização da linguagem reforçando a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Relacionado com a categoria coping, entendida como um tipo de adaptação na gestão do stress onde se pretende mobilizar os recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida, emerge a organização de acções de auto-ajuda (sub-categoria)

enquanto necessidade de investigação/ actualização por parte dos enfermeiros, podendo enquadrar-se a micro e mesossistémicamente nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento de actividades do enfermeiros e da sua relação com os seus pares e restantes membros da equipa de saúde.

Para a contextualizar surge o desenvolvimento de “*Relação de ajuda*” (Q1) (Q3) (Q4) (Q5) (Q7) (Q8), como necessidade de actualização/ investigação.

O desenvolvimento desta área é posto em evidência já desde a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, DL n.º 161/96, de 4 de Setembro. De acordo com o mesmo afirma-se no capítulo II, art. 4º que “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...)”, e na alínea 2) (...) que reconhece ao enfermeiro “competência científica, técnica e humana para a prestação dos cuidados de enfermagem (...)” e ainda, no art.º 5 que estes são caracterizados por, terem por “fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente (...)”, e estabelecerem uma “relação de ajuda com o utente (...)”. Para o desenvolvimento da relação de ajuda é necessário o estabelecimento de “*Atitudes terapêuticas e relacionais que incluem as relações interpessoais*” (Q6, Q4).

Identifica-se assim também uma relação ao contexto macrossistémico, pois o Referencial elaborado pela Ordem dos Enfermeiros aponta para a necessidade de que os enfermeiros, estejam capacitados para “assegurar o apoio e o suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados” (OE, 2009).

Ainda na categoria coping surge a sub-categoria: Organização de acções de auto-ajuda, contextualizada no “*Incentivar a expressão de sentimentos, emoções e medos do utente e seu cuidador*” (Q3) e “*Mobilização de experiências anteriores*” (Q5). Para o desenvolvimento do coping, os utentes têm que ser incentivados a entender que são os próprios agentes de mudança face à situação de adaptação com que se deparam. Sendo que o exemplo de momentos e processos de adaptação positivos e saudáveis, são

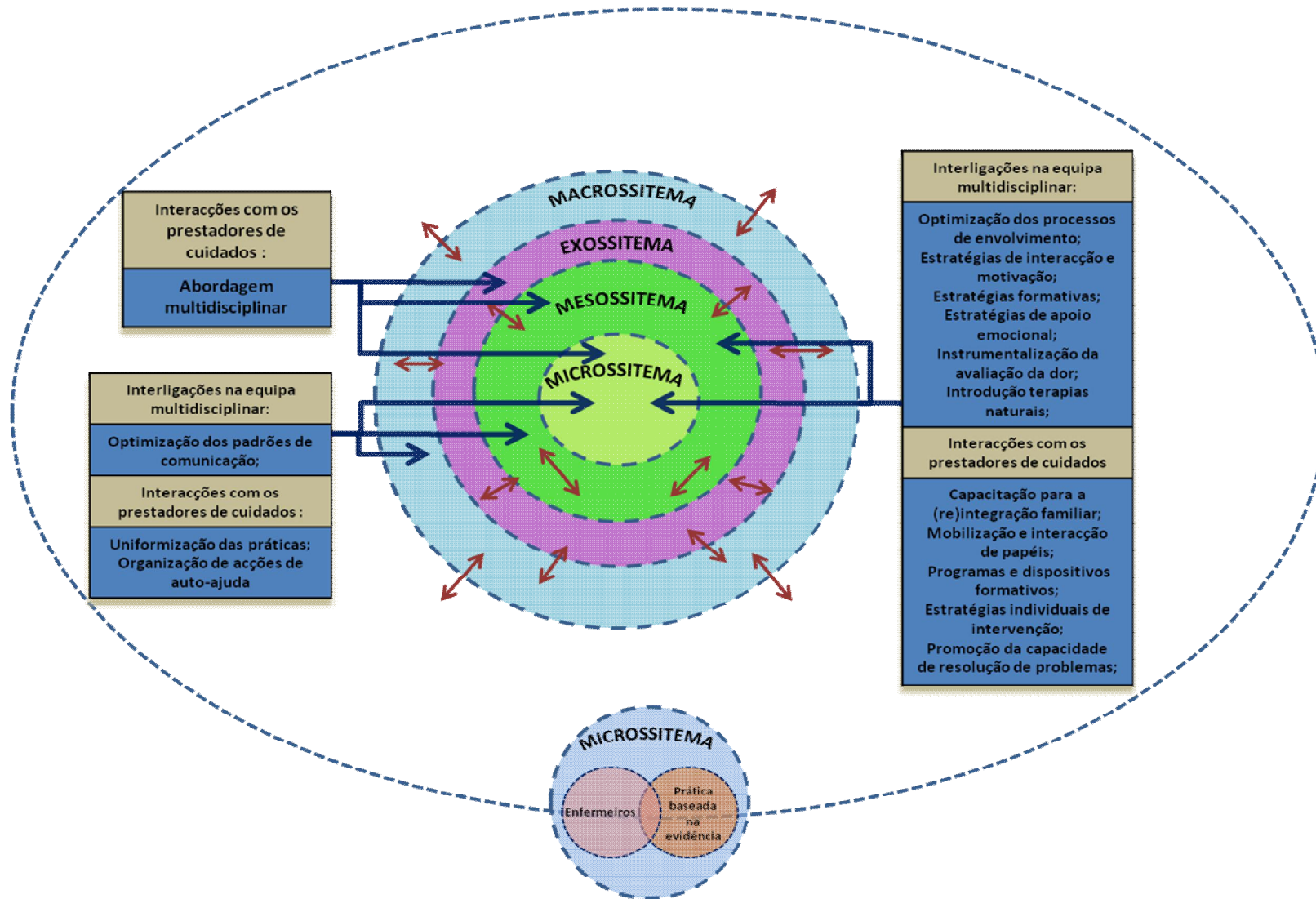
importantes para que este entenda que ainda é capaz, sendo importante a valorização do significado atribuído ao passado. Entende-se assim a estimulação da participação do utente no próprio processo de cuidados de enfermagem como essencial.

Ainda nesta categoria surge a sub-categoria abordagem multidisciplinar, com a necessidade do desenvolvimento de “*Reuniões interdisciplinares*” (Q2) (Q5) (Q7) (Q8) que se enquadra a nível micro e meso enquanto padrão de actividades que o enfermeiro desenvolve e partilha com os seus pares e restante equipa de saúde. Assim como a nível exossistémico, enquanto ambiente que, embora não envolva a pessoa como um participante activo, nele ocorrem eventos que afectam, ou são afectados, por aquilo que acontece, como seja a forma como a equipa multidisciplinar se articula com as Equipas de Coordenação Local e como estas mobilizam critérios de referenciação influentes na forma como o utente acede à unidade. Neste contexto podem assim ser consideradas as relações estabelecidas com as Equipas Gestão Alta e Equipas de Coordenação Local, como forma de admissão dos utentes à unidade.

A admissão em Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação é efectuada pela intervenção da daquelas Equipas mediante critérios definidos para esta tipologia.

No que se refere à categoria stress do prestador, é posto em evidência a necessidade de actualização e investigação na área da promoção da capacidade de resolução dos problemas. Desta forma pode dizer-se que esta necessidade se enquadra em termos bio ecológicos numa perspectiva micro e mesossistémica, pois é contextualizada pela necessidade de “*Implementar medidas individuais junto da família e equipa*” (Q6), “*Estratégias para ultrapassar a situação de stress*” (Q4), “*Relação interpessoal identificando factores de stress*” (Q4), “*Sensibilização para situações de risco*” (Q3), assim como “*Gestão de conflitos*” (Q3).

Figura nº 3 – Esquema de análise face às necessidades identificadas



## 5 - ROTEIRO PARA APLICABILIDADE PEDAGÓGICA

O papel do professor num paradigma de Bolonha perspectiva-se como orientador dos processos de pesquisa, aprofundamento e reflexão visando o desenvolvimento global do estudante, na conciliação com os seus processos de construção pessoal, para a mobilização das competências necessárias ao trabalho autónomo e independente no desenvolvimento dos processos de cuidados com as pessoas.

Nesta lógica e no que se refere aos processos de aprendizagem do estudante relativos às competências do enfermeiro na RNCCI, focalizados na perspectiva de desenvolvimento e actualização nos processos de cuidados nos diferentes contextos, perspectivamos a necessidade de consciencializar o estudante de que o sentido do desenvolvimento de tais aprendizagens se relaciona com ele próprio enquanto futuro profissional e investigador, orientando-o na óptica do *saber – pensar* como filosofia subjacente àqueles processos, podendo mobilizar a pesquisa e reflexão acerca de necessidades identificadas em contextos reais de prestação de cuidados na RNCCI, ampliando assim os seus interesses individuais de formação para dar resposta aos de uma instituição ou comunidade, desenvolvendo desta forma também a dimensão do *saber – partilhar*. A esta dimensão de aprendizagem, associa-se o *saber-dizer* que poderá tornar-se evidente ao possibilitarmos aos estudantes, numa fase posterior, a transmissão dos resultados da sua pesquisa e reflexão ao grupo alvo do contexto em estudo, podendo para tal recorrer-se à estratégia de seminário, ou a outra que ao momento se considere mais adequada para todos os participantes deste processo e que possibilite de igual forma o atingir desta dimensão da aprendizagem.

A dimensão do *saber - fazer* poderia então ser operacionalizada objectivamente, se a partir dos resultados do estudo de caso desenvolvido no contexto em estudo, se construir com os estudantes, tendo por base os processos de aprendizagem já desenvolvidos na unidade curricular de investigação, a necessidade do recurso a uma prática clínica baseada na evidência, no sentido do desenvolvimento de uma enfermagem avançada às pessoas em processos de doença nesse contexto, tendo em conta as necessidades reais por nós identificadas.

A prática baseada em evidências consiste em integrar as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do utente; de acordo com Fortin (1999) a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. Refere também que o aumento de conhecimentos e a autonomia da profissão de enfermagem evolui mais ou menos rápido de acordo com o avanço da investigação em enfermagem. O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

A prática baseada na evidência constitui-se como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada doente (Sackett, 2000). A enfermagem baseada na evidência é assim um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados a prestar, baseado na localização e na integração dos melhores resultados científicos procedentes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática da enfermagem (Toro, 2001). A utilização da evidência leva assim à construção de uma reflexão crítica e construtiva das práticas na enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento dos cuidados mais adaptados em prol da qualidade de vida dos utentes.

Tendo em conta o referido anteriormente emergiu a necessidade de rever sistematicamente a forma como os estudantes aprendem a prática baseada na evidência no curso de enfermagem.

Neste sentido procedeu-se à pesquisa na plataforma EBSCO: (CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; MedicLatina; Academic Search Complete e ERIC), submetendo as seguintes palavras-chave: estudante (student), educação em enfermagem (nursing education), prática baseada na evidência (evidence based practice) e aprendizagem (learn), que se poderão contextualizar na seguinte questão, segundo o formato PICO (Population, Intervention, Comparison e Outcomes):

Os processos educativos em enfermagem (I) contribuem para a aprendizagem da prática baseada na evidência (O) pelo estudante (P)?

Cruzámos a primeira palavra com cada uma das outras e assim sucessivamente, utilizando um friso cronológico de 10 anos (2000 a 2010) e um conjunto de limitadores: Texto completo em PDF; Referências disponíveis; Resumo disponível; Humano e o primeiro autor ser enfermeiro, a 31-12-2010.

Dos diferentes cruzamentos efectuados, resultou um número de artigos, que foram submetidos numa primeira fase à leitura do título e resumo e numa segunda fase com leitura do texto integral, de acordo com os resultados apresentados em anexo, sendo que o cruzamento da globalidade das palavras-chave com recurso à condição “and” resultou num artigo (Anexo 8).

Da análise deste artigo, emerge uma consonância clara com o percurso desenvolvido em diferentes dimensões do nosso estudo, identificando claramente a prática baseada em evidência, como uma das competências de cuidar necessárias para o século XXI e

ênfatizando o uso de evidências na prática como principal estratégia para a melhoria da qualidade dos cuidados (Rolloff, 2010).

As estratégias educacionais nele equacionadas para preparar os estudantes para a prática baseada em evidência (PBE) apontam para o desenvolvimento das suas capacidades para integrar resultados de pesquisas e outras evidências na concepção e prestação de cuidados.

Neste sentido, importa salientar ainda a perspectiva educacional assumida, que refere o construtivismo como fundamental nos processos de aprendizagem relativos à PBE, possibilitando aos estudantes a construção de conhecimentos e significados neste âmbito, através de estratégias de ensino - aprendizagem centradas nos estudantes.

O modelo de desenvolvimento de aprendizagens apresentado, transversal aos quatro anos de formação, equaciona uma proposta curricular de complexidade gradual, visando a consolidação de conhecimentos nesta área.

Para a especificidade do último ano curricular, são delineados três objectivos: Desenvolver pesquisa baseada em evidência tendo por base necessidades identificadas na prática; Avaliar a prática clínica numa perspectiva de PBE; Discutir processos de mudança resultantes da PBE. Observa-se também aqui alguma coerência face à proposta por nós apresentada que remete para um trabalho de identificação das necessidades de desenvolvimento de uma PBE num contexto real, posteriormente analisados pelos estudantes do quarto ano à luz da evidência científica mais actual, procurando identificar processos de mudança resultantes da pesquisa efectuada, posteriormente discutidos e analisados com todos os participantes neste processo (estudantes, professores e enfermeiros) num processo de retro-alimentação entre a vertente académica e a prática clínica.

## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos com este trabalho ter encontrado subsídios para o percurso formativo dos estudantes no que diz respeito à temática dos Cuidados Continuados, na qual se evidencia a necessidade de utilização da PBE.

O objectivo a que nos propusemos permitiu-nos simultaneamente um crescimento enquanto pessoa e educador, constituindo-se como mais um pequeno passo no nosso processo contínuo de desenvolvimento.

O caminho que foi desbravado na realização deste trabalho era um caminho novo para nós, porém é um caminho que abre outros caminhos, que abre outras opções e que nos coloca desafios no desenvolvimento da nossa prática pedagógica.

No desenvolvimento deste trabalho foram tidas em conta todas as questões éticas inerentes à salvaguarda do anonimato do contexto de pesquisa e dos participantes do estudo tendo os participantes sido informados de todos os procedimentos e objectivos deste trabalho. Os resultados obtidos através dos instrumentos de colheita de dados utilizados são de utilização exclusiva para este trabalho não sendo extrapolados a outros contextos de prestação de cuidados.

Ao terminar este trabalho deparamo-nos com a impossibilidade de avaliar o grau de concretização das sugestões que apresentamos contudo consideramos que foram lançadas algumas *sementes* que o tempo se encarregará de fazer proliferar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J (1999). Registos de Enfermagem. Possível influência de um modelo teórico de enfermagem na elaboração das notas de evolução. Lisboa. SEP

Amendoeira, J. (1999). A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?. Um estudo etnosociológico. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova. Mimeografia (Não publicado)

Amendoeira, J. (2000). Do meu doente aos doentes do serviço. Aprender o cuidado de enfermagem na interdisciplinaridade. Dissertação de provas públicas para professor coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Mimeografia (não publicado)

Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. Coimbra. Revista Sinais Vitais, 67, 19-27pp.

Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo. 3º Ed. Lisboa: Edições 70.

Bertrand, Y. (2001). Teorias Contemporâneas da educação. Lisboa: Instituto Piaget.

Bronfenbrenner, U.; Morris, P. (1999). The Ecology of developmental Process. In: W. Damon & R.M. Lerner.(Eds), Handbook of Child Psychology, 1, Theoretical Models of Human Development, pp. 993-1028. New York: Wiley.

Bronfenbrenner, U. (2002). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artmed.

- Candeias, F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Revista de Saúde Pública, 2, pp. 209 – 213.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2000). CIPE/ICNP® Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Correia, J. (1995). A escola enquanto organização qualificante: conferência apresentada no 2º Workshop sobre o tema “Actores, contextos e práticas da formação em enfermagem: que problemas?”. Organização do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde. Coimbra: E S E B Barreto, 29/11/1995.
- Coutinho, C. (2005). Percurso da Investigação em Tecnologias Educativas em Portugal. Braga: Universidade do Minho.
- Ferreira, M. ; Serra, F. (2009). Casos de estudo – Usar, Escrever e Estudar. Lousã: LIDEL - Edições Técnicas Lda
- Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência
- Leite, C. ; Fernandes, P. (2003). Avaliação das aprendizagens dos alunos – Novos contextos, novas práticas. 2ª ed. Porto: Edições ASA
- Lessard-Hébert, M. ; Goyette, G. ; Boutin, G. (1990). Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget.
- McCarthy, M. (1987). Mudanças nos cuidados de saúde e formação dos enfermeiros no Século XXI. Luxemburgo: Comissão das Comunidades Europeias, Comité Consultivo para a Formação no domínio dos Cuidados de Enfermagem
- Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. Third Edition. USA: Library of Congress

Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição.  
Retirado em 23 de Junho de 2010 do web site  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Conselho de Enfermagem: Ordem dos Enfermeiros

Piletti, C. (2006). Didáctica Geral. São Paulo 23ª ed: Atlas

Pimenta, S. ; Ghedin, E. (2005). Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito. 3. ed. São Paulo: Cortez

PORTUGAL, Assembleia da República. Lei n.º 127-A/97. Grandes Opções do Plano Nacional para 1998. “Diário da República”, Lisboa, I Série A, 20 de Dezembro, p. 59

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Lei n.º 56/79. Lei do Serviço Nacional de Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série (15) Setembro, p. 2357

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Lei n.º 27/2002. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de 8 de Novembro

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Lei n.º 48/90. Lei de Bases da Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série (195) 24 de Agosto 1990, p. 3452

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 39/2002. A alteração das normas que regem a gestão hospitalar e a transformação do estatuto jurídico dos hospitais. “Diário da República”, Lisboa, I Série (48) 26 de Fevereiro 2002, p. 1623

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 298/2007. Regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar. “Diário da República”, Lisboa, I Série, 22 de Agosto, pp. 5587

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008. Estabelecimento do regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série, 22 de Fevereiro, pp. 1182

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº101/2006. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. “Diário da República”, Lisboa, I Série A (109) 6 Junho. 2006.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 11/93. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série A (12) 15 de Janeiro 1993, p. 122

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Despacho n.º 24/94. Normas de articulação provisória entre hospitais e centros de saúde. “Diário da República”, Lisboa, II Série (133) 9 de Junho, p. 5703

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. “Diário da República”, Lisboa, I Série (205) 4 de Setembro, p. 2959

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 156/99. Estabelece o regime dos Sistemas Locais de Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série (108) 10 de Maio, p. 2421

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 157/99. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série (271) 20 de Novembro, p. 2424

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 60/2003. Cria a Rede de cuidados de saúde primários. “Diário da República”, Lisboa, I Série A(77) 1 de Abril, p. 2118

PORTUGAL. Ministério do Emprego e Segurança Social e da Saúde. Despacho conjunto n.º166/94. Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) .“Diário da República”, Lisboa, II Série 166/98, 20 Julho 1994, p. 8328

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 60/2003. Cria a Rede de cuidados de saúde primários. “Diário da República”, Lisboa, I Série A(77) 1 de Abril, p. 2118

Quivy, R. ; Campenhoudt, L. (2003). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 3ª ed. Lisboa : Gradiva.

Rebello, M. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais. Sinais Vitais. 9, Nov. pp. 13-18.

Unidade em estudo (2008)\* Relatório Utentes Inscritos no período de 1 de Novembro 2007 a 1 Novembro 2008.

Unidade em estudo (2010)\*. Relatório Utentes Inscritos no ano de 2009.

Unidade em estudo (2008)\*. Regulamento Interno.

Rosnay, J. (1984). Os caminhos da vida. Coimbra: Livraria Almedina

Sackett, L. ; Straus. S. ; Richardson, S. ; Rosenberg, W. ; Haynes, R. (2000). Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Chuechill Livingstone

Svenson, G. R. (2001). Os Jovens e a Prevenção da SIDA- Guia Europeu de Educação pelos pares. Lisboa: Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.

Teixeira, G. (2005). O professor: saberes e práticas docentes. Retirado em Agosto 2010 do Web site <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=16&texto>

Toffler, A. (1984). A Terceira vaga. Lisboa: Livros Brasil

Toro, A. (2001). Enfermería basada em la evidencia: como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundacion Index

---

\* Omissa a identificação da unidade por questões éticas.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). Glossário – Rede Nacional de Cuidados Integrados. Lisboa: Cuidados continuados Saúde e apoio Social.

Yin, R. (2007). Estudo de caso – Planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **Autorização para realização do estudo**

**De :** [lahs.geral@mail.telepac.pt](mailto:lahs.geral@mail.telepac.pt) [ + ] **Data :** Tue, 24 Aug 2010 15:34:17 +0100

**Para :** [marta.rosa@essaude.ipsantarem.pt](mailto:marta.rosa@essaude.ipsantarem.pt) [ + ]

**Assunto :** Pedido de autorização para realização de estudo

Boa Tarde,

Vimos informar que o pedido de autorização para realização de estudo nesta Unidade de Saúde, foi aceite pela Direcção da Liga dos Amigos do Hospital de Santarem.

Com os melhores cumprimentos,

LAHS

## **ANEXO II**

### **Guião de entrevista à directora da unidade em estudo**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**GUIÃO DE ENTREVISTA**

**Data:** 3 de Setembro 2010

**Hora início:** 15h

**Hora Términus:** 16h

**Duração:** 60'

**Local:** Unidade em estudo

**Objectivo:** Conhecer a estrutura orgânico-funcional da unidade em estudo

**Entrevistado** – Director da Unidade

**Entrevistador:** Marta Rosa

“**A unidade de média duração e reabilitação** é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.”

(DL nº 101/ 2006 de 6 Junho)

**Legitimação da entrevista:**

- Explicação dos objectivos da entrevista
- Reforço da importância da participação da Sr.ª Directora
- Solicitar a autorização para efectuar registo em suporte de papel

ITENS A ABORDAR		INDICADORES	OBSERVAÇÃO
Caracterização Global da Unidade	Órgãos dirigentes da instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direcção da instituição:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Director geral</li> <li>- Área de enfermagem</li> <li>- Área médica</li> </ul> </li> </ul>	Omisso no trabalho face à necessidade de confidencialidade da identidade
	Recursos Humanos	<p><b>Técnicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº enfermeiros</li> <li>• Nº Médicos</li> <li>• Nº pessoal auxiliar</li> <li>• Outros técnicos</li> <li>• “Ligação com a instituição”</li> <li>• Voluntários</li> </ul>	Enfermeiros – 12 + enfº Chefe Médicos – 2 Fisiatra - 1 Fisioterapeutas – 2 Terapeuta da fala – 1 Dietista - 1 Assistente Social – 1 Auxiliares – 8 Administrativas – 2 Motorista – 1 Voluntários da Liga - Vários
	Capacidade da Unidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº Camas disponíveis</li> </ul>	15 Camas + Quarto privado com 1 cama

ITENS A ABORDAR		INDICADORES	OBSERVAÇÃO
Caracterização Global da Unidade	Avaliação das actividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto – avaliação</li> <li>• Avaliação externa</li> </ul>	<p>Visitas regulares da ECR – LVT e da ECL – Santarém;</p> <p>Avaliação pelo IQS;</p>
	Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidades responsáveis pelo financiamento</li> <li>• Participação do utente</li> </ul>	<p>Ministério da Saúde</p> <p>Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social</p> <p>Utente</p>
Referenciação	Admissão na unidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposta das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.</li> <li>• Equipa coordenadora local.</li> </ul>	<p>Equipas Gestão Altas</p> <p>Equipas Coordenadora Local</p>
	Mobilidade na rede	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposta para Unidade de Longa Duração</li> <li>• Preparação da alta</li> <li>• Envolvimento dos familiares</li> </ul>	<p>Efectuada com base em relatório específico face às necessidades apresentadas pelo utente.</p> <p>A alta do utente é iniciada aquando da sua entrada na unidade.</p> <p>É valorizado o envolvimento dos familiares, no processo de reabilitação e alta da unidade. Antes do utente ingressar na unidade, privilegia-se uma visita dos mesmos à instituição.</p>

ITENS A ABORDAR		INDICADORES	OBSERVAÇÃO
Processo de recuperação/ Reabilitação	Serviços prestados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados médicos diários;</li> <li>• Cuidados de enfermagem permanentes;</li> <li>• Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;</li> <li>• Prescrição e administração de fármacos;</li> <li>• Apoio psicossocial;</li> <li>• Higiene, conforto e alimentação;</li> <li>• Convívio e lazer.</li> </ul>	Os serviços prestados, estão de acordo com o protocolado para uma unidade de média duração e reabilitação, no entanto, não têm psicólogo, nem terapeuta ocupacional, mas têm dietista.
	Instrumentos utilizados (devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da Rede)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo individual de cuidados</li> <li>• Instrumento de avaliação biopsicossocial</li> </ul>	<p>Cada utente tem um processo específico, que complica as informações clínicas dos diferentes técnicos, de forma individual.</p> <p>Utiliza-se o IAI, como instrumento de avaliação biopsicossocial</p>

**ANEXO III**

**Guião de observação e análise documental**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**GUIÃO DE OBSERVAÇÃO**

**Data:** 3 de Setembro 2010

**Hora início:** 16h

**Hora Términus:** 17h

**Duração:** 60'

**Local:** Local: Unidade em estudo

**Objectivo:** Conhecer a estrutura orgânico-funcional da unidade em estudo

**Observador:** Marta Rosa

“**A unidade de média duração e reabilitação** é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.”

(DL nº 101/ 2006 de 6 Junho)

DADOS A COLHER		INDICADORES	OBSERVAÇÃO
Caracterização Global da unidade	Objectivos/ Finalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectivo (s) da Unidade</li> <li>• Finalidade (s)</li> </ul>	Colheita de dados efectuada a partir do Regulamento Interno, fornecido aquando do dia de observação.
	Espaço Físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalações de prestação de cuidados: Unidade de internamento Instalações sanitárias e outras</li> <li>• Instalações de apoio/ logística: Secção administrativa Órgãos dirigentes</li> </ul>	Observação das referidas instalações, aquando da visita guiada efectuada pela Directora da
	Taxa de ocupação da Unidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de dias de internamento (previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão)</li> </ul>	Média de dias de internamento – dados colhidos através da consulta do relatório anual de actividades da unidade de internamento.
	Avaliação das actividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto – avaliação</li> <li>• Avaliação externa</li> </ul>	Relatório anual de actividades (2007/2008)

DADOS A COLHER		INDICADORES	OBSERVAÇÃO
Caracterização Global da unidade	Admissão na unidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposta das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.</li> <li>• Equipa coordenadora local.</li> </ul>	<p>Contacto com registos da plataforma da rede: utentes referenciados para a unidade; registos de admissão e de avaliação.</p> <p>Contacto com o guião de acolhimento da Unidade.</p>
	Mobilidade na rede	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposta para Unidade de Longa Duração</li> <li>• Preparação da alta</li> <li>• Envolvimento dos familiares</li> </ul>	<p>Consulta de processo de utente com alta clínica: relatório médico, enfermagem, assistente social e fisioterapia.</p> <p>Sem oportunidade de observar processo de proposta para Unidade de Longa Duração, assim como o envolvimento efectivo dos familiares.</p>
Processo de recuperação/ Reabilitação	Serviços prestados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados médicos diários;</li> <li>• Cuidados de enfermagem permanentes;</li> <li>• Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;</li> <li>• Prescrição e administração de fármacos;</li> <li>• Apoio psicossocial;</li> <li>• Higiene, conforto e alimentação;</li> <li>• Convívio e lazer.</li> </ul>	<p>Prestação de cuidados de enfermagem;</p> <p>Cuidados de fisioterapia;</p> <p>Administração de fármacos, por sistema de unidose – a ser implementado actualmente;</p>

DADOS A COLHER		INDICADORES	OBSERVAÇÃO
Processo de recuperação/ Reabilitação	Instrumentos utilizados (devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da Rede)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo individual de cuidados</li> <li>• Instrumento de avaliação biopsicossocial</li> </ul>	<p>O registo de admissão;  As informações de alta;  Instrumento de colheita de dados/avaliação inicial em elaboração.</p> <p>O diagnóstico das necessidades da pessoa em situação de dependência;  (O plano individual de intervenção; O registo de avaliação semanal e eventual aferição – em elaboração)</p>

## **ANEXO IV**

### **Inquérito de caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

Na continuidade do exercício de funções docentes na Escola Superior de Saúde de Santarém e atendendo à nossa experiência profissional nesta área e à nossa formação Pós graduada em Cuidados Continuados, fomos solicitadas a colaborar numa Unidade Curricular de Opção (Intervenção em Cuidados Continuados II), que decorre no 4º ano do curso.

A nossa participação centrar-se-á na abordagem de conteúdos inerentes ao *processo de desenvolvimento e actualização na RNCCI*, nomeadamente na dimensão da actualização, interligada com um dos objectivos desta UC: *Analisar as competências do enfermeiro nos diferentes contextos da RNCCI*, que a titular pretende desenvolver introduzindo com os estudantes a necessidade do recurso a uma prática clínica baseada na evidência, no sentido do desenvolvimento de uma enfermagem avançada às pessoas em processos de doença nos diferentes contextos da RNCCI.

Para operacionalização deste objectivo, decidimos em harmonia com a titular da UC, utilizar uma perspectiva de articulação teórico prática, partindo de um contexto real de cuidados.

O contexto por nós seleccionado foi esta Unidade de Média Duração e Reabilitação, pela acessibilidade, conhecimento e relação já construídos com o mesmo aquando da realização do meu Estágio de Pós-Graduação em Cuidados Continuados.

Para atingir os objectivos pretendidos com o nosso estudo, gostaríamos de numa primeira fase, caracterizar os enfermeiros da Unidade (a nível pessoal e profissional), e numa segunda fase do estudo realizar um diagnóstico de situação face à necessidade de

desenvolvimento de uma prática de enfermagem baseada na evidência, numa unidade de média duração e reabilitação.

Este diagnóstico constituirá o estímulo para desenvolver com os estudantes de enfermagem na Unidade Curricular referida em epígrafe, a necessidade do recurso a uma prática clínica baseada na evidência, no sentido do desenvolvimento de uma enfermagem avançada às pessoas em processos de doença nos diferentes contextos da RNCCI, assumindo-se desde já a divulgação dos resultados dos trabalhos desenvolvidos pelos estudantes junto dos enfermeiros participantes neste estudo.

Pretende-se que a grelha seja preenchida pelo **enfermeiro(a) responsável pelo serviço de enfermagem na unidade, no período que decorre entre 25 Agosto e 4 de Setembro de 2010.**

#### **Instruções de preenchimento:**

- ◆ **A grelha deve ser preenchida, seguido a ordem alfabética do nome dos enfermeiros, por uma questão de facilidade de estruturação dos dados, pois a confidencialidade dos seus nomes será eticamente mantida. Deve ser assinalando com um X, a opção pretendida (Sexo; *Situação conjugal* – facultativo; *Habilitações profissionais*; *Categoria profissional*; *Local de trabalho* (se não for tempo inteiro na UMDR), **excepto no que se refere a: outras habilitações profissionais na área dos Cuidados Continuados, Regime de trabalho, assim como o local de trabalho se não for a tempo inteiro na RNCCI e se não se referir à área dos Cuidados de Saúde Primários ou Diferenciados, que deve ser por extenso.****

- ◆ **Em relação à idade, este campo deve ser preenchido com números inteiros. Em relação aos anos de serviço e antiguidade de trabalho na RNCCI, estes campos devem ser preenchidos com números inteiros, sendo desejável apresentar anos e meses (Exemplo: 2 A + 3M)**

Agradeço desde já a disponibilidade e a colaboração,

Assistente 1º Triénio

Marta Rosa

GRELHA DE IDENTIFICAÇÃO

Enfermeiro (ordem alfabética)	Caracterização pessoal						Caracterização profissional																				
	Sexo		Idade	Situação conjugal					Anos serviço		Habilitações					Categoria Profissional		Regime de trabalho na UMDR	Local de trabalho (Se não a tempo inteiro na UMDR)		Antiguidade trabalho RNCCI						
	M	F		Solteiro	Casado	Víuvo	Separado	Divorciado	Outros	CSP	CSD	Curso Geral	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	Formação específica área CC. EX: Pós Graduação CC (especificar)	Chefe	Especialista	Graduado	Enfermeiro	Contrato de trabalho (especificar)	CSP	CSD	Outro (especificar)	UMDR em estudo	Outros
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											

## **ANEXO V**

### **Tabelas de caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros**

**CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DA UNIDADE  
EM ESTUDO**

**Tabela n.º 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo e idade**

<b>GRUPO ETÁRIOS</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
[25 - 30[	4	0
[30 - 35[	2	0
[35 - 40[	1	0
[40 - 45[	1	1
[45 - 50[	1	0
[50 - 55[	0	1
[55 - 60[	0	0
[60 - 65[	0	1
Total	9	3
Total geral	12	

**Tabela n.º 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a sua situação conjugal**

<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Solteiro	3	25
Casado	5	41,6
Viúvo	0	0
Separado	0	0
Divorciado	3	25
Outros	1	8,3
Total	12	100,0

**Tabela n.º 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo as suas habilitações**

<b>HABILITAÇÕES</b>	<b>Fi</b>
Curso geral	0
Bacharelato	2
Licenciatura	10
Pós-graduação	2
Mestrado	0
Doutoramento	0
Total	12

**Tabela n.º 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo as suas categorias profissionais**

<b>CATEGORIAS PROFISSIONAIS</b>	<b>Fi</b>
Enfermeiro	4
Enfermeiro Graduado	7
Especialista	1
Chefe	0
Total	12

**Tabela n.º 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo antiguidade de trabalho na Unidade**

<b>ANTIGUIDADE NA UNIDADE</b>	<b>Fi</b>
6 meses - 1 ano	1
1 -2 anos	1
2 - 3 anos	10
Total	10

## **ANEXO VI**

### **Questionário aos enfermeiros da unidade em estudo**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

QUESTIONÁRIO

Na continuidade do exercício de funções docentes na Escola Superior de Saúde de Santarém e atendendo à nossa experiência profissional nesta área e à nossa formação Pós graduada em Cuidados Continuados, fomos solicitadas a colaborar numa Unidade Curricular de Opção (Intervenção em Cuidados Continuados II), que decorre no 4º ano do curso de enfermagem – 1º ciclo.

A nossa participação centrar-se-á na abordagem de conteúdos inerentes ao *processo de desenvolvimento e actualização na RNCCI*, nomeadamente na dimensão da actualização, interligada com um dos objectivos desta UC: *Analisar as competências do enfermeiro nos diferentes contextos da RNCCI*.

Para operacionalização deste objectivo, utilizaremos uma perspectiva de articulação teórico prática, partindo de um contexto real de cuidados.

O contexto por nós seleccionado foi esta Unidade de Média Duração e Reabilitação, pela acessibilidade, conhecimento e relação já construídos com o mesmo aquando da realização do estágio de Pós-Graduação em Cuidados Continuados.

Numa primeira fase pretendemos caracterizar os enfermeiros da Unidade, com recurso a variáveis sócio demográficas e profissionais, e numa segunda fase pretendemos realizar um diagnóstico de situação com o objectivo de identificar a perspectiva dos enfermeiros face à necessidade de

desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, inerente ao processo de cuidados numa unidade de média duração e reabilitação.

O resultado deste estudo permitirá desenvolver com os estudantes de enfermagem na Unidade Curricular referida em epígrafe, a necessidade do recurso a uma prática clínica baseada na evidência, suportada numa enfermagem avançada às pessoas em processos de doença nos diferentes contextos da RNCCI.

O questionário, foi desenvolvido a partir das áreas de atenção consideradas centrais pela Ordem dos Enfermeiros (2009), para o desenvolvimento de actividades do enfermeiro na RNCCI e é constituído por questões abertas, existindo no final um espaço para observações/ sugestões.

O preenchimento deverá ser efectuado por cada enfermeiro da unidade, não sendo necessária a sua identificação em nenhuma das folhas referentes ao mesmo. Assim a confidencialidade da identidade dos participantes será salvaguarda.

Será agendado com cada enfermeiro, mediante o seu horário o preenchimento do questionário, assim como a sua recolha, no período de 25 Agosto a 4 de Setembro.

Agradecemos desde já a disponibilidade e a colaboração.

Assistente 1º Triénio

Marta Rosa

## QUESTIONÁRIO

**Objectivo:** Identificar a perspectiva dos enfermeiros face ao desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, inerente ao processo de cuidados numa unidade de média duração e reabilitação.

**Destinatários:** Enfermeiros que prestam cuidados na unidade em estudo.

**Período de Preenchimento:** 25 Agosto a 4 de Setembro

Face aos focos apresentados de seguida, considerados como áreas de atenção essenciais ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem na RNCCI, segundo a Ordem dos Enfermeiros (Glossário em anexo – Cipe β2) refira, que característica identifica nas intervenções de enfermagem inerentes a cada um desses focos, no que se refere à necessidade de actualização/ investigação.

<b>Áreas de atenção centrais da enfermagem na RNCCI (OE, 2009)</b>	<b>Identificação de características face às intervenções de enfermagem por foco em UMDR - necessidade de actualização/ investigação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Adesão</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Auto Cuidado</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coping</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dignificação da Morte</li></ul>	

Áreas de atenção centrais da enfermagem na RNCCI (OE, 2009)	Identificação de características face às intervenções de enfermagem por foco em UMDR - necessidade de actualização/ investigação
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir o regime</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestador de Cuidados</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress do prestador de cuidados</li> </ul>	

**Observações / Sugestões:**

---



---



---



---



---

## Glossário<sup>1</sup>

**Comportamento de Adesão** - Tipo de comportamento de procura de saúde com as características específicas: acção auto-iniciada para promover o bem estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos.

**Auto cuidado** - Tipo de acção realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida.

**Coping** - Tipo de adaptação com as características específicas: disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protectores que o defendem contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.

**Dignificação da morte** - Tipo de prantear (trabalho de luto) com as características específicas: sentimentos de pena, sofrimento e desprendimento da vida que se processam através do pranto e nojo sobre a sua própria morte eminente, trabalhando conscientemente com as reacções e emoções, expressando sentimentos de perda, aceitação da morte, partilha das perdas com as pessoas significativas, exprimindo as expectativas sobre o fim eminente da morte.

**Dor** - Sensação com as características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por exigência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tónus muscular, variação da apatia à rigidez, comportamento auto protector, estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração marcado por gemidos, choro, andar a passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou actividades (...)

**Gestão do regime terapêutico** - Tipo de comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária.

**Papel do prestador de cuidados** – Tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família.

**Stress do prestador de cuidados** - Tipo de coping com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados.

---

<sup>1</sup> Definição dos focos da prática de enfermagem, segundo Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão Beta 2

**ANEXO VII**

**Grelha de categorização**

<b>Dimensão</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub-categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
Interligações e processos na equipa multidisciplinar	Adesão	Optimização nos processos de envolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvimento do elemento cuidador/ família (Q1) (Q6)</li> <li>• Envolver a família / prestador de cuidados (Q4)</li> <li>• Participação do cuidador nas av's do utente internado (Q3)</li> <li>• Participação activa pessoal/ família (Q5)</li> <li>• PII (Q5) (Q4) (Q2) (Q6) (Q1)</li> <li>• Delinear objectivos com os utentes (Q2)</li> <li>• Sensibilização das assistentes operacionais (Q5)</li> </ul>
		Estratégias de interacção e motivação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenção da família na equipa (Q7) (Q8)</li> <li>• Estratégias de motivação (Q5) (Q3)</li> <li>• Reuniões programadas com equipa/ utentes/ familiares (Q2)</li> </ul>
	Dignificação da morte	Papel formador	• Debates sobre o tema (Q2) Formação/ partilha de experiências sobre este tema (Q2)
		Estratégias de apoio emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação de ajuda (Q1) (Q3) (Q5) (Q6) (Q7) (Q8)</li> <li>• Estratégias de alívio do sofrimento (luto) (Q7) (Q8)</li> </ul>
	Dor	Instrumentalização da avaliação da dor	• Escalas para avaliação da dor (Q1) (Q2) (Q4) (Q5) (Q7) (Q8)
		Introdução terapias naturais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégias não medicamentosas (Q6)</li> <li>• Técnicas de alívio e controle da dor não medicamentosas, autónoma pela enfermagem (Q4)</li> <li>• Terapias complementares/alternativas 1,2,3,5, (Q7) (Q8)</li> </ul>
	Gerir o Regime	Optimização dos padrões de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PII (Q1) (Q2) (Q3) (Q4) (Q5) (Q6) (Q7) (Q8)</li> <li>• Reuniões programadas (Q2)</li> <li>• Uniformização de linguagem (registos) (Q2)</li> </ul>

<b>Tema/ Dimensão</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub-categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
Interacções com prestadores de cuidados	Prestador de cuidados	Capacitação para a (re) integração familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação ao prestador para preparar o regresso a casa (Q4)</li> <li>• Instruir, treinar e inculir a participação activa do cuidador (Q3, Q6)</li> <li>• Ensinos (Q1) (Q2) (Q5) Educação para a saúde (Q7) (Q8)</li> <li>• Estratégias para a motivação (Q5)</li> <li>• Promoção da cultura do utente (Q6)</li> </ul>
		Mobilização da interacção de papéis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões (Q2) Reuniões com equipas e cuidador (Q3) Promover reuniões com cuidador para ajudar no envolvimento durante o internamento (Q1) Promover a sua participação activa/ reunião (Q5)</li> <li>• Envolvimento do prestador através do trabalho de equipa (Q4)</li> <li>• Envolvimento da família com vista à alta (Q6)</li> </ul>
	Auto Cuidado	Programas e dispositivos formativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevar a importância junto dos pares e assistentes operacionais restante pessoal e família da importância do autocuidado do utente (Q6)</li> <li>• Acções de formação internas ou externas para profissionais sobre o autocuidado dependendo dos deficits motores dos utentes (Q2) )</li> </ul>
		Estratégias individuais de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinos nos autocuidados tanto utente como cuidador informal/ familiares(Q5) (Q2)</li> <li>• Incentivar, instruir e treinar o cuidador na realização das av's do utente (Q3)</li> <li>• Promover a participação da família/ cuidador (Q1) (Q5)</li> <li>• Participação da família como prestador de cuidados (educação para saúde) (Q7) (Q8)</li> <li>• Definir objectivos e intervenção (Plano individual)(Q5)</li> <li>• Mobilização de estratégias adaptativas (Q5)</li> </ul>
		Uniformização das práticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de boas práticas (Q5)</li> <li>• Promover a autonomia (Q1) (Q3) (Q4) (Q5)</li> </ul>
	Coping	Organização de acções de auto-ajuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atitude terapêuticas e relacionais que incluem as relações interpessoais (Q6, Q4)</li> <li>• Relação de ajuda (Q1, Q3, Q4, Q5, Q7, Q8)</li> <li>• Incentivar a expressão de sentimentos, emoções e medos do utente e seu cuidador (Q3)</li> <li>• Mobilização de experiências anteriores (Q5)</li> </ul>
		Abordagem multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião interdisciplinar (Q2, Q5, Q7, Q8)</li> </ul>
	Stress do Prestador	Promoção da capacidade de resolução de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar medidas individuais junto da família e equipa (Q6)</li> <li>• Estratégias para ultrapassar a situação de stress (Q4)</li> <li>• Relação interpessoal identificando factores de stress (Q4)</li> <li>• Reuniões (Q2)</li> <li>• Sensibilização para situações de risco (Q3)</li> <li>• Gestão de conflitos (Q3)</li> </ul>

**ANEXO VII**  
**Protocolo de pesquisa**

## PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DOS ARTIGOS

**Conceitos:** Prática baseada na evidência (**Evidence based practice**), educação em enfermagem (**Nursing education**) e estudante (**Student**) e aprendizagem (**Learn**), que se poderão contextualizar na seguinte questão, segundo o formato PICO (Population, Intervention, Comparison e Outcomes), tal como se pode observar no quadro nº 1:

Os processos educativos em enfermagem (I) contribuem para a aprendizagem da prática baseada na evidência (O) pelo estudante (P)?

Quadro nº 1 - Critérios para a formulação da questão de investigação

Esquema referência	Dicas construção	Especificações em estudo	Palavras chave
P	Quem foi estudado?	Estudante	✓ <b>Student</b> ✓ <b>Nursing education</b> ✓ <b>Evidence based practice</b> ✓ <b>Learn</b>
I	O que foi feito?	Processos educativos em enfermagem	
C	Existe comparação	—	
Ô	Resultados/ efeitos ou consequências	Aprendizagem da prática baseada na evidência	

As palavras-chave que contextualizam a pergunta PICO foram validadas na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> de forma a verificar a sua fiabilidade científica, sendo então consideradas para a pesquisa:

**Student, Nursing education, Evidence based practice e Learn.**

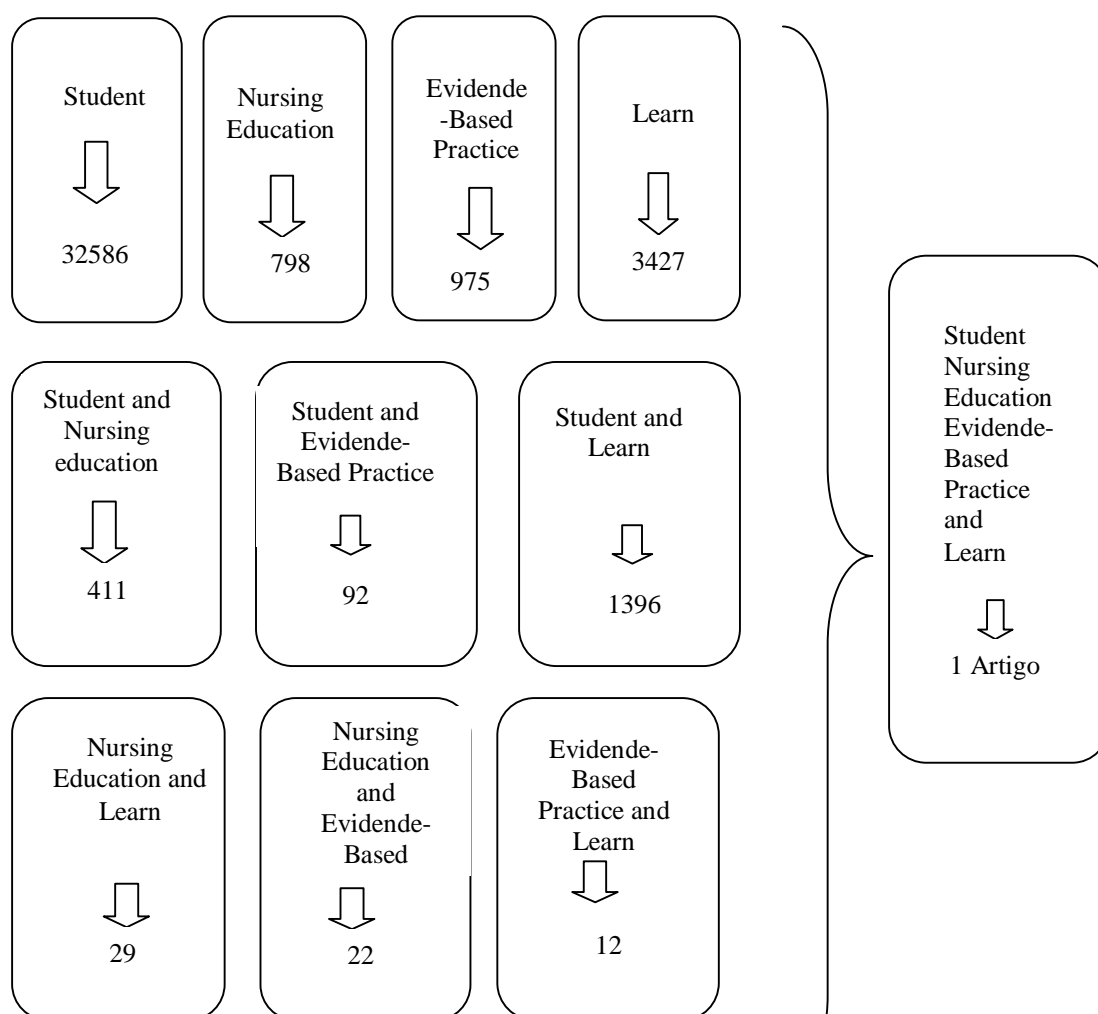
**Material e método:** As bases de dados nas quais foi feita a nossa pesquisa através da plataforma EBSCO foram as seguintes: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Nursing & Allied Health

Collection: Comprehensive; British Nursing Index; MedicLatina; Academic Search Complete e ERIC.

Foram pesquisados artigos científicos publicados entre 2000 e 2010, com os seguintes critérios: Texto completo em PDF; Referências disponíveis; Resumo disponível; Humano e o primeiro autor ser enfermeiro, a 31-12-2010.

### Resultados:

**Total de textos apenas com limitadores: 522199 Artigos**



**No cruzamento de todas as palavras-chave obtivemos um artigo:**

**Título:** A constructivist model for Teaching Evidence-Based Practice

**Autor:** Mary Rolloff

**Fonte:** Nursing Education Perspectives; Sep/Oct2010, Vol. 31 Issue 5, p290-293, 4p