

Escola Superior de Enfermagem do Porto

1º Mestrado em Sistemas de Informação em Enfermagem

***Modelo Clínico de Dados de Enfermagem***

***A Pessoa Dependente para se Erguer, Virar ou Transferir***

**Dissertação**

Olinda Maria Lopes Dias Vieira Mendes

Orientado por:

Professor Doutor Abel Paiva e Silva

Professora Doutora Maria Antónia Paiva e Silva

**Porto, 2013**



## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Abel, por me ter deixado partilhar com ele uma visão da enfermagem do futuro.

À professora Maria Antónia, sem a qual este projeto teria sido muito mais difícil de concretizar.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, pelo seu acolhimento e ideias inovadoras.

Aos professores responsáveis por este primeiro Mestrado de Sistemas de Informação em Enfermagem, pelo apoio, perseverança e saber, presentes na sua orientação.

Aos peritos que participaram no grupo de discussão, pois disponibilizaram o seu tempo e sabedoria.

Aos colegas de mestrado por partilharem comigo as suas perspetivas e preocupações.

Às instituições de saúde que aceitaram participar neste projeto.

Ao meu marido e filhos porque me apoiaram incondicionalmente.

E por último, mas não menos importante, à presença e incentivo dos meus amigos... vocês sabem quem são!...

## **SIGLAS**

**ANA:** Associação de Enfermeiras Americanas

**CIPE:** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**ESEP:** Escola Superior de Enfermagem do Porto

**ICN:** Conselho Internacional de Enfermeiras

**MCD:** Modelo Clínico de Dados

**NANDA:** Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem

**NANDA – I:** NANDA Internacional

**NIC:** Classificação de Intervenções de Enfermagem

**NOC:** Classificação de Resultados de Enfermagem

**OE:** Ordem dos Enfermeiros

**SAPE:** Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**SI:** Sistemas de Informação

**SIE:** Sistemas de Informação de Enfermagem

**SIS:** Sistemas de Informação da Saúde

## RESUMO

Recorremos à documentação de enfermagem referente aos focos do âmbito do autocuidado: *erguer-se*, *virar-se* e *transferir-se*, que são os que se relacionam com a problemática da *pessoa acamada* e que traduzem uma preocupação crescente para os profissionais da saúde e para as famílias.

Estudo de cariz exploratório que visa contribuir para a formalização do conhecimento de enfermagem através da construção de um modelo clínico de dados (MCD) passível de ser incorporado nos sistemas de informação em enfermagem (SIE), bem como contribuir para que os modelos conceituais sejam progressivamente melhor integrados nos SIE em uso.

Método: foi utilizada a técnica de análise de conteúdo da documentação produzida pelos enfermeiros no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), o qual incorpora a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>).

Procedimentos: o corpus de *análise* foi constituído pela documentação extraída do SAPE, referente ao ano de 2011 e associada aos três focos em estudo acima descritos. Usamos o modelo de análise proporcionado pela norma ISO 18104 (Health Informatics, 2003), enquanto modelo de referência orientado pelos conceitos de enfermagem, e a estrutura semântica da CIPE<sup>®</sup>. A partir da análise identificamos os conceitos usados pelos enfermeiros para enunciar diagnósticos e intervenções de enfermagem, que revelaram utilidade clínica após validação por um grupo de peritos.

Conclusão: a realização deste trabalho permitiu-nos propor um modelo clínico de dados, incorporando diagnósticos e intervenções de enfermagem, para os focos do autocuidado *erguer-se*, *virar-se* e *transferir-se*, a partir dos conceitos que estão documentados na prática dos enfermeiros e, a partir deste modelo, evoluir para um outro, promotor de uma conceção de cuidados mais integradora do conhecimento de enfermagem.

*Palavras-chave:* Sistemas Informação Enfermagem; Prática Enfermagem; Modelo Clínico de Dados; Autocuidado.

## ABSTRACT

The authors resorted to nursing documentation related to outbreaks in the scope of self-care: standing up, turning around and moving to another place, which are those that relate to the issue of bedridden person and which reflect a growing concern for both health professionals and families.

This is an exploratory study that aims to contribute to the formalization of nursing knowledge by building a clinical data model (CDM) that can be integrated into nursing information systems (NIS), as well as contribute to the progressive integration of conceptual models in the NIS in use.

Method: the authors undertook a content analysis of the documents produced by the nurses in Nursing Practice Support System (SAPE), which integrates the International Classification for Nursing Practice (ICNP®).

Procedures: the analysis was made to documentation found in the SAPE for the year 2011 regarding the three outbreaks mentioned above. The analytical model provided by ISO 18104 (Health Informatics, 2003) was used as reference model guided by nursing concepts and semantic structure of the ICNP®. From the analysis the authors identified the concepts used by nurses to formulate diagnoses and nursing interventions, which showed clinical relevance after validation by an expert group.

Conclusion: this work allows us to recommend a clinical data model that includes diagnoses and nursing interventions for the rising up, turning over and moving to another place self-care outbreak based on the concepts documented in the practice of the nurses of selected institutions. Thus, it is possible to progress from this model to another one that encourages a concept of care that best includes nursing knowledge.

*Key-words: Nursing Information System; Nursing Practice; Clinical Data Model; Self Care*

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>QUADRO 1:</b> O modelo de 7 eixos da CIPE® .....	22
<b>QUADRO 2:</b> Os focos de atenção em estudo.....	38
<b>QUADRO 3:</b> Enunciados de Diagnósticos e de Intervenções.....	44
<b>QUADRO 4:</b> A caracterização do grupo de peritos.....	50
<b>QUADRO 5:</b> Categorias de análise sobre o conceito usado como juízo associado ao foco de atenção <i>erguer-se</i> .....	54
<b>QUADRO 6:</b> Exemplos de diferentes tipos de enunciados diagnósticos face ao foco de atenção <i>autocuidado erguer-se</i> .....	56
<b>QUADRO 7:</b> Propriedades das subcategorias de análise sobre o conceito Dependência associado ao foco de atenção <i>erguer-se</i> .....	57
<b>QUADRO 8:</b> Categorias de análise sobre o conceito <i>dimensão</i> associado ao foco de atenção <i>erguer-se</i> .....	59
<b>QUADRO 9:</b> Categorias de análise dos conceitos usados como <i>juízo</i> associado ao foco de atenção <i>virar-se</i> .....	63
<b>QUADRO 10:</b> Exemplos de diferentes tipos de enunciados diagnósticos face ao foco de atenção <i>autocuidado virar-se</i> .....	64
<b>QUADRO 11:</b> Propriedades das subcategorias de análise sobre o conceito: Dependência associado ao foco de atenção <i>virar-se</i> .....	65
<b>QUADRO 12:</b> Categorias de análise sobre os conceitos usados como juízo associados ao foco <i>transferir-se</i> nos SIE.....	68
<b>QUADRO 13:</b> Categorias de análise dos conceitos relativos aos graus do juízo do foco <i>transferir-se</i> .....	68
<b>QUADRO 14:</b> Exemplos de diferentes tipos de enunciados diagnósticos face ao foco de atenção <i>autocuidado transferir-se</i> .....	69
<b>QUADRO 15:</b> Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Atender</i> , usados nas intervenções de enfermagem para o foco <i>erguer-se</i> .....	72
<b>QUADRO 16:</b> Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Gerir</i> , usados nas intervenções de enfermagem para o foco <i>erguer-se</i> .....	73
<b>QUADRO 17:</b> Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Informar</i> , usados nas intervenções de enfermagem para o foco <i>erguer-se</i> .....	73
<b>QUADRO 18:</b> Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Executar</i> , usados nas intervenções de enfermagem para o foco <i>erguer-se</i> .....	74
<b>QUADRO 19:</b> Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Determinar</i> usados nas intervenções de enfermagem para o foco <i>erguer-se</i> .....	75

<b>QUADRO 20:</b> Categoria de análise de exemplos de conceitos usados nas intervenções de enfermagem para o foco <i>erguer-se</i> .....	76
<b>QUADRO 21:</b> Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Atender</i> , usadas nas intervenções de enfermagem para o foco <i>virar-se</i> .....	78
<b>QUADRO 22:</b> Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Gerir</i> , usados nas intervenções de enfermagem para o foco <i>virar-se</i> .....	79
<b>QUADRO 23:</b> Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Informar</i> , usadas nas intervenções de enfermagem para o foco <i>virar-se</i> .....	80
<b>QUADRO 24:</b> Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Determinar</i> , usadas nas intervenções de enfermagem para o foco <i>virar-se</i> .....	81
<b>QUADRO 25:</b> Categoria de análise de exemplos dos conceitos usados nas intervenções de enfermagem para o foco <i>virar-se</i> .....	82
<b>QUADRO 26:</b> Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Atender</i> , usadas nas intervenções de enfermagem para o foco <i>transferir-se</i> .....	83
<b>QUADRO 27:</b> Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Gerir</i> , usadas nas intervenções de enfermagem para o foco <i>transferir-se</i> .....	84
<b>QUADRO 28:</b> Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Informar</i> , usadas nas intervenções de enfermagem para o foco <i>transferir-se</i> .....	84
<b>QUADRO 29:</b> Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Executar</i> , usadas nas intervenções de enfermagem para o foco <i>transferir-se</i> .....	85
<b>QUADRO 30:</b> Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo <i>Determinar</i> , usadas nas intervenções de enfermagem para o foco <i>transferir-se</i> .....	85
<b>QUADRO 31:</b> Categoria de análise de exemplos dos conceitos usados nas intervenções de enfermagem para o foco <i>transferir-se</i> .....	86
<b>QUADRO 32:</b> Validação da análise sobre o conceito juízo para os focos em estudo.....	90
<b>QUADRO 33:</b> Enunciados das intervenções de enfermagem referentes aos diagnósticos que tomam como foco de atenção – <i>erguer-se</i> .....	100
<b>QUADRO 34:</b> Enunciados das intervenções de enfermagem referentes aos diagnósticos que tomam como foco de atenção – <i>virar-se</i> .....	101
<b>QUADRO 35:</b> Enunciados das intervenções de enfermagem referentes aos diagnósticos que tomam como foco de atenção – <i>transferir-se</i> .....	102

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> Modelos específicos e Modelos compostos .....	29
<b>FIGURA 2:</b> Os focos de atenção em estudo nas diferentes versões da CIPE e «termos preferidos».....	44
<b>FIGURA 3:</b> Modelo de terminologia de referência para diagnósticos de enfermagem.....	46
<b>FIGURA 4:</b> Modelo de terminologia de referência para intervenções de enfermagem.....	47
<b>FIGURA 5:</b> Esquema temporal das etapas do estudo.....	52
<b>FIGURA 6:</b> Diagrama do MCD referente aos diagnósticos de enfermagem.....	96
<b>FIGURA 7:</b> Conceitos relacionados com os diagnósticos de enfermagem para um MCD inovador.....	108
<b>FIGURA 8:</b> Conceitos relacionados com as intervenções de enfermagem para um MCD inovador.....	109
<b>FIGURA 9:</b> Diagrama de um MCD inovador proposto para os diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados com os focos <i>erguer-se, virar-se e transferir-se</i> .....	111

## INDICE

<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 OS SIE: «DA TRADIÇÃO SCRIPTO AO DISCURSO INFORMO».....	14
1.1.1 <i>Da documentação tradicional - «registos de enfermagem» à documentação da tomada de decisão dos enfermeiros.....</i>	15
1.1.2 <i>A introdução progressiva dos sistemas de linguagem comum.....</i>	16
1.1.2.1 A Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA.....	17
1.1.2.2 A Classificação de Intervenções de Enfermagem – NIC.....	19
1.1.2.3 A Classificação de Resultados de Enfermagem – NOC.....	19
1.1.2.4 As associações entre a NANDA, NIC e NOC.....	20
1.1.2.5 A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® .....	21
1.1.3 <i>O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE.....</i>	23
1.1.4 <i>Os indicadores de qualidade.....</i>	24
1.2 O CONCEITO DE «MODELOS CLÍNICOS DE DADOS» E DE «ARQUÉTIPOS».....	25
1.2.1 <i>Ontologias, Modelos Clínicos de Dados / Arquétipos e Templates.....</i>	26
1.2.2 <i>Modelos Clínicos de Dados: específicos e compostos.....</i>	28
1.2.3 <i>A interoperabilidade entre os sistemas.....</i>	29
1.2.4 <i>A fundação openEHR.....</i>	30
1.2.5 <i>Os Modelos Clínicos de Dados e o desenvolvimento disciplinar.....</i>	31
1.3 A TEORIA DE ENFERMAGEM E A TOMADA DE DECISÃO.....	32
1.3.1 <i>Sinopse sobre a evolução histórica das Teorias e Modelos de Enfermagem.....</i>	32
1.3.2 <i>A Teoria das Transições de A. Meleis.....</i>	34
1.3.3 <i>O Conceito de Autocuidado.....</i>	35
1.3.3.1 <i>Erguer-se, Virar-se e Transferir-se.....</i>	37
1.4 TEMA DA INVESTIGAÇÃO E FINALIDADE DO ESTUDO.....	38
1.5 VISÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO.....	39
<b>2 - MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>41</b>
2.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	41
2.2 OBJETIVOS.....	42
2.3 TIPO DE ESTUDO.....	42
2.4 MATERIAL.....	43
2.5 MÉTODO.....	45
2.5.1 <i>Análise de conteúdo.....</i>	45
2.5.1.1 <i>Da informação documentada nos SIE em uso.....</i>	45
2.5.1.2 <i>Dos discursos produzidos pelo grupo de peritos.....</i>	49
2.5.2 <i>O grupo de peritos.....</i>	49
2.5.2.1 <i>A caracterização do grupo de peritos.....</i>	50
2.5.2.2 <i>A descrição da reunião.....</i>	50

2.5.3 Esquema temporal das etapas do estudo.....	51
2.6 ASPETOS ÉTICOS.....	52
<b>3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>
3.1 A DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NOS SIE EM USO.....	53
3.1.1 <i>Os conceitos usados pelos enfermeiros para enunciar os diagnósticos de enfermagem e as relações entre si.....</i>	<i>53</i>
3.1.1.1 Autocuidado <i>erguer-se</i> .....	53
3.1.1.2 Autocuidado <i>virar-se</i> .....	62
3.1.1.3 Autocuidado <i>transferir-se</i> .....	67
3.1.2 <i>Os conceitos usados pelos enfermeiros para enunciar as intervenções de enfermagem e as relações entre si.....</i>	<i>70</i>
3.1.2.1 Relacionadas com o foco <i>erguer-se</i> .....	71
3.1.2.2 Relacionadas com o foco <i>virar-se</i> .....	77
3.1.4.3 Relacionadas com o foco <i>transferir-se</i> .....	83
3.2 CONTRIBUTOS DO GRUPO DE PERITOS PARA A VALIDAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO E PARA A DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS PARA UM MODELO CLÍNICO DE DADOS.....	87
3.2.1 <i>A 1ª fase do grupo de discussão - validação da análise de conteúdo.....</i>	<i>87</i>
3.2.1.1 Os diagnósticos de enfermagem – juízos e dimensões.....	88
3.2.1.1.1 Síntese sobre o MCD referente aos Diagnósticos de enfermagem.....	95
3.2.1.2 As intervenções de enfermagem.....	97
3.2.1.2.1 Síntese sobre o MCD referente às Intervenções de enfermagem.....	99
3.2.2 <i>A 2ª fase do grupo de discussão - um modelo clínico de dados, promotor de uma conceção de cuidados mais integradora do conhecimento de enfermagem.....</i>	<i>103</i>
<b>4 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>122</b>
ANEXO I: AUTORIZAÇÕES DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARA .....	123
ANEXO II: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO— FOCO ERGUER-SE – JUÍZOS E DIMENSÕES.....	129
ANEXO III: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO— FOCO VIRAR-SE – JUÍZOS E DIMENSÕES.....	136
ANEXO IV: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO— FOCO TRANSFERIR-SE – JUÍZOS E DIMENSÕES.....	143
ANEXO V: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO— FOCO ERGUER-SE – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	150
ANEXO VI: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO— FOCO VIRAR-SE – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	154
ANEXO VII: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO – FOCO TRANSFERIR-SE –INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	160
ANEXO VIII: QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDOA PARTIR DA DISCUSSÃO DO GRUPO DE PERITOS– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	168
ANEXO IX: QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDOA PARTIR DA DISCUSSÃO DO GRUPO DE PERITOS– INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	172
ANEXO X: GRUPO DE PERITOS - NOVO MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS AO AUTOCUIDADO.....	175







## 1 - INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos está, atualmente, muito dependente da informação partilhada entre os vários níveis do sistema de saúde. A informação clínica disponível aos profissionais intervenientes no processo compreende uma ampla gama de aspetos que podem ir desde dados socio demográficos do cliente aos dados da sua situação clínica e o seu percurso no sistema de saúde, até à informação processual de caráter organizativo.

A informação clínica nuclear, em cada episódio de contacto da pessoa com os serviços de saúde, diz respeito aos dados relativos à sua condição clínica do momento, dados esses produzidos pelos diferentes profissionais de saúde envolvidos. Assim, os princípios que asseguram a possibilidade de uma comunicação efetiva de informação entre os diferentes níveis de assistência e, dentro de cada um, entre os seus intérpretes, tornam-se fundamentais. Neste sentido *«os SI devem ser definidos como estruturas sólidas, capazes de reunir, guardar, processar e facultar informação relevante de modo a torna-la acessível e útil para aqueles que a utilizam»* (Sousa, 2006).

Os sistemas de informação em saúde (SIS) têm sido objeto de permanente procura de otimização no sentido de potenciar os seus benefícios quer a nível da gestão de recursos quer como ferramenta promotora da qualidade da assistência.

Nesta perspetiva, também os sistemas de informação em enfermagem (SIE), que são o suporte da documentação de enfermagem, são considerados repositórios de dados passíveis de ser usados como matéria-prima para a formalização do conhecimento de enfermagem e assim, uma importante ferramenta de informação, elemento-chave para a continuidade dos cuidados à pessoa (Pereira, 2009).

Em Portugal nas últimas décadas, a problemática dos SIE tem sido objeto de estudo através de múltiplas perspetivas de abordagem e a sua utilização alargada pelos profissionais de enfermagem tem vindo a tornar visível uma grande parte das decisões dos enfermeiros na sua interação de cuidados com os clientes.

A assunção de que os repositórios de informação podem potenciar a qualidade das práticas dos seus utilizadores e, no caso dos enfermeiros, a inclusão nas suas práticas dos aspetos centrais do conhecimento disciplinar, fez emergir este estudo.

Contudo, perante a grande diversidade de focos de atenção dos enfermeiros que são considerados como objeto da sua tomada de decisão, centramo-nos numa área,

enquanto área de atenção nuclear para os enfermeiros, o Autocuidado: «*atividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*» (CIPE<sup>®</sup>, versão 2, 2011) e neste âmbito, em alguns aspetos mais específicos como sendo o autocuidado *erguer-se, virar-se e transferir-se*.

Consideramo-los relevantes pois traduzem a condição de pessoas que em algum momento, transitório ou mais duradouro, se encontram confinadas de alguma forma ao leito, precisando de ajuda ou sendo totalmente incapazes, de *erguer-se*, de *virar-se* ou de *transferir-se*, constituindo o quadro vulgarmente designado do «*doente acamado*» (Zegelin, 2008).

Ao explorarmos os SIE em uso na atualidade, e assim, focalizados nos conceitos usados pelos enfermeiros para documentar a conceção de cuidados, que toma como foco de atenção estes três aspetos, acreditamos poder dar um contributo para a sistematização do conhecimento usado pelos enfermeiros, criando um modelo clínico de dados.

Modelos clínicos de dados, cuja organização e estruturação da informação esteja apoiada no melhor conhecimento formal disponível, poderão funcionar, não só como agentes de suporte de melhores decisões, mas também como influenciadores de decisões mais congruentes com as necessidades específicas de cada cliente.

Assim, neste capítulo introdutório, iremos começar por referir a evolução da documentação de enfermagem e os conceitos de modelos clínicos de dados / arquétipos, passando em seguida para o enquadramento concetual que suporta esta investigação.

### 1.1 OS SIE: «DA TRADIÇÃO SCRIPTO AO DISCURSO INFORMO»

As tecnologias de informação e comunicações são o suporte da documentação sistemática dos cuidados permitindo o armazenamento de dados referentes aos cuidados de saúde, recursos e resultados, para que possam ser acedidos e analisados pelos profissionais de saúde no sentido de obter um melhor planeamento de estratégias para ajudar a pessoa e a família (CIPE<sup>®</sup>, versão 2.0).

Os SIE são a parte dos sistemas de informação da saúde direcionados para as necessidades de documentação dos enfermeiros (Pereira, 2009).

É fundamental que um SIE possa responder às necessidades de tratamento, gestão e organização da informação, resultante da documentação produzida pelos enfermeiros em relação com os processos envolvidos nos cuidados de enfermagem e emergente dos

modelos em uso. Simultaneamente o SIE deve também ser capaz de perspetivar o desenvolvimento das práticas no sentido dos modelos conceituais expostos (Silva, 2001).

Neste contexto, os SIE constituem-se como ferramentas indispensáveis para a documentação dos cuidados. Fruto da sua alargada utilização em suporte eletrónico, emerge a necessidade destes SIE serem trabalhados de forma a corresponderem às necessidades sentidas pelos seus utilizadores principais, os enfermeiros. A qualidade e a forma como a informação se encontra organizada e disponível aos utilizadores é central na estruturação e desenvolvimento destes sistemas de informação (Goossen, 2010).

Esta necessidade de evolução é progressivamente mais evidente à medida que a utilização dos SIE se vai alargando de forma continuada a um maior número de profissionais. Para os enfermeiros já não basta a utilização de aplicativos que permitam apenas a documentação das suas práticas, procura-se também que facultem a possibilidade de fundamentar a sua tomada de decisão, que sugiram soluções apoiadas em conhecimento produzido pela própria disciplina e apresentem, num formato entendível por todos, os resultados obtidos (Goossen, 2010; Huff, 2010).

### **1.1.1 Da documentação tradicional - «registos de enfermagem» à documentação da tomada de decisão dos enfermeiros**

É conhecimento comum que os enfermeiros sempre se preocuparam com a documentação dos cuidados, independentemente do local onde trabalham ou do tipo de doentes que cuidam. Para Doenges & Moorhouse (1992, cit. Silva, 2001) documentar os cuidados de enfermagem tem por objetivo produzir documentação sobre a sua implementação, promover a continuidade dos cuidados, possibilitar a sua avaliação, facilitar os processos de investigação e otimizar a sua gestão.

Com a evolução da enfermagem no sentido de uma progressiva afirmação da disciplina, também ao nível do exercício profissional emerge a necessidade de uma melhor explicitação dos cuidados prestados (Leal, 2006) e de documentar um leque mais alargado de aspetos relacionados com a resolução de problemas complexos, frequentes na prática de enfermagem (Silva, 2001).

De uma lógica meramente executiva avançou-se assim para uma lógica mais conceitual (Silva, 2001) e a documentação dos cuidados, inicialmente concebida como uma descrição de atividades isoladas, registadas muitas vezes em livro de ocorrências à parte do processo do doente (Leal, 2006), passou-se para uma documentação no processo individual do próprio doente, orientada cronologicamente de forma a apoiar a tomada de decisão do

enfermeiro e as consequências resultantes ou previstas dessa negociação com o seu cliente. A ênfase dada à produção de prova documental da ação realizada passou para a necessidade da construção de informação a ser utilizada no processo de tomada de decisão para facilitar a continuidade de cuidados (Silva, 2001).

### **1.1.2 A introdução progressiva dos sistemas de linguagem comum**

Ao longo dos últimos anos, nesta procura contínua de melhorar a documentação dos cuidados de enfermagem para que esta se constitua uma ajuda efetiva ao exercício profissional dos enfermeiros, verificou-se também que a variabilidade de formas de documentar os cuidados, quer pelo estilo de narrativa de cada enfermeiro, quer pela duplicação de informação ao longo dos diferentes turnos, criava uma enorme dificuldade de interpretação dos conceitos, conseqüentemente pondo em causa a sua utilidade clínica. Esta realidade fez surgir a necessidade de que a documentação de enfermagem fosse compreensível de igual forma pelos profissionais que a ela acedem nos repositórios existentes de uma forma organizada e facilmente acessível.

Ao falarmos de SIE, a assunção de que só comunicamos através da linguagem se todos atribuirmos os mesmos significados aos mesmos significantes enquadrou-se no tema central de discussão das classificações de enfermagem, que se reportam ao conteúdo documentado (Silva, 2001).

A existência e utilização de uma mesma linguagem pelos profissionais de enfermagem é, assim, uma das condições essenciais para a construção de um conhecimento de enfermagem estruturado e formalizado.

O primeiro passo para a uniformização da linguagem dos enfermeiros é precisamente a utilização das terminologias para a documentação dos cuidados, pois um sistema de informação só se torna viável através do uso de uma linguagem classificada. A utilização de uma terminologia demonstrou ser imprescindível para melhorar a comunicação, descrever o cuidado de enfermagem, assegurar a possibilidade de comparação de dados, calcular recursos e estimular a investigação em enfermagem (CIPE®, versão 2.0, 2011).

Nos SIE em uso a explanação da conceção de cuidados dos enfermeiros privilegia a documentação do resultado do processo de diagnóstico - *os diagnósticos de enfermagem* - e a abordagem terapêutica prescrita pelos enfermeiros - *as intervenções de enfermagem*.

O desenvolvimento de terminologias, no sentido da utilização de uma linguagem comum, iniciou-se nos Estados Unidos nos anos 70 do século passado, mas a primeira

classificação de diagnósticos de enfermagem emerge apenas uma década depois e após outras classificações relativas a outros itens da informação tradutores da conceção de cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados de enfermagem. Abordamos em seguida cada uma delas.

#### 1.1.2.1 A Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA<sup>1</sup>

Uma das primeiras terminologias padronizadas utilizadas pelos enfermeiros foi a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem produzida por um grupo de enfermeiras americanas na década de 70. Contudo, e segundo Johnson & Bulechek (2001), o reconhecimento profissional dos diagnósticos de enfermagem só aconteceu em 1980 quando a Associação de Enfermeiras Americanas (ANA<sup>2</sup>) publicou no seu «*Nursing: a Social Policy Statement*» que «*enfermagem é o diagnóstico e tratamento das respostas humanas atuais ou potenciais a problemas de saúde*». Na reformulação desta classificação em 1995, afirma-se também que os diagnósticos facilitam a comunicação entre os prestadores de cuidados e os recetores desses mesmos cuidados e facultam a direção inicial na escolha de tratamento e na avaliação dos resultados obtidos (ANA, 1995; cit. Johnson & Bulechek, 2001).

Estas autoras, em 2001, definem diagnóstico de enfermagem como sendo o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade, a problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais.

O enfermeiro apresenta-se assim definido como um profissional capaz de identificar diagnósticos de enfermagem, levando a uma assistência de enfermagem mais eficiente e com garantias de segurança. Os diagnósticos identificados pelo enfermeiro, com precisão e validade, serão passíveis de orientar uma seleção de intervenções capazes de produzir os efeitos desejados e determinar os resultados de enfermagem esperados (NANDA-I, 2009-2011).

Esta classificação vem a ser um modelo composto por sete eixos que se relacionam e incluem o conceito de diagnóstico, o sujeito a quem ele se refere, o julgamento do enfermeiro sobre o conceito de diagnóstico, a localização, a idade do sujeito, o tempo enquanto duração do diagnóstico e a situação do mesmo enquanto realidade efetiva ou potencialidade para acontecer.

---

<sup>1</sup> North American Nursing Diagnosis Association

<sup>2</sup> American Nurses Association

Existe uma hierarquia na apresentação dos conceitos que se inicia pelo Domínio em que o mesmo se insere, definido como «*uma esfera de atividade, estudo ou interesse*». Dentro deste, e com ele relacionado, encontramos a Classe: «...divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau», e em cada classe, o enunciado do diagnóstico que lhe dá o nome e o define. Assim, cada diagnóstico de enfermagem encontra-se inserido dentro de uma classe, e esta dentro de um domínio mais amplo. Corresponde-lhe uma definição ou enunciado, um código, as características ou manifestações que o definem e os fatores que com ele se encontram relacionados, frequentemente designados como fatores concorrentes (NANDA-I, 2009-2011).

Os diagnósticos de enfermagem, identificados num determinado momento do contacto clínico, apresentam então manifestações ou características definidoras, que variam ao longo do tempo relativamente ao fenómeno retratado no diagnóstico de enfermagem inicial (Silva, 2001). Esta variação permite a verificação dos resultados de enfermagem. Nesta classificação, designam-se por características definidoras, as características dos indivíduos, famílias ou comunidades que são passíveis de observação e verificação, funcionando como indícios ou inferências de doença real ou de estado de saúde e bem-estar (NANDA-I, 2009-2011).

Um enunciado de diagnóstico de enfermagem, atual ou potencial, pode também incorporar a situação ou o problema de saúde que se entende estar associado ao diagnóstico identificado, o que se designa habitualmente como fator relacionado. Estes fatores relacionados oferecem o contexto para as características definidoras e podem ser descritos como antecedentes (NANDA-I, 2009-2011). Por exemplo, dentro do Domínio 4: Atividade / repouso, o enunciado do diagnóstico de enfermagem «*mobilidade no leito prejudicada*» (00091) encontra-se dentro da Classe 2: Atividade / exercício, e para além do código, encontra-se definido como «*limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito*», e é trabalhado a partir de características como a capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro, entre outras e de fatores relacionados como o conhecimento deficiente, a dor ou a força muscular insuficiente (NANDA-I, 2009-2011).

### 1.1.2.2 A Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC<sup>3</sup>

Em 1992 é publicada a primeira edição da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) desenvolvida por uma numerosa equipa de investigadores da Universidade de Iowa – Iowa Intervention Project – apresentando uma linguagem abrangente e *standardizada* capaz de descrever os «*tratamentos implementados pelos enfermeiros*» (McCloskey & Bulechek, 1996). Na altura (1992) compreendia 336 intervenções de enfermagem, na edição de 1996 apresentava já cerca de 433. A última versão inclui mais de 500 intervenções de enfermagem.

Esta classificação apresenta-nos uma organização sistemática das intervenções de enfermagem também por domínios e classes, baseada nas semelhanças entre conceitos dentro de um enquadramento concetual. Define intervenção de enfermagem como «*qualquer tratamento que a enfermeira realiza, baseado num juízo clínico e apoiado em conhecimento científico, para obter resultados em benefício do doente / cliente*», distinguindo intervenções autónomas de intervenções interdependentes e intervenções diretas, as que são prestadas diretamente ao cliente, de intervenções indiretas, as que são executas em função dele mas não de forma direta (McCloskey & Bulechek, 1996).

Cada enunciado de intervenção de enfermagem encontra-se perfeitamente definido e apresenta-se-nos associado ao diagnóstico de enfermagem ao qual pretende dar resolução, sendo acompanhado por um conjunto de atividades sugeridas para a resolução do problema.

### 1.1.2.3 A Classificação de Resultados de Enfermagem - NOC<sup>4</sup>

A Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) surge posteriormente, também desenvolvida pela equipa de investigadores da universidade de Iowa – Iowa Outcomes Project. Preconiza-se que deva ser usada em conjunto com a NANDA e a NIC (Johnson & Maas, 2000).

Os resultados de enfermagem definem o estado de um doente num particular momento do tempo e podem indicar uma melhoria ou uma degradação desse estado comparado com uma avaliação anterior (Johnson & Maas, 2000). Assim, a NOC proporciona a linguagem profissional necessária para que os enfermeiros possam identificar e avaliar os efeitos das suas intervenções. Esta classificação apresenta uma terminologia padronizada,

---

<sup>3</sup> *Nursing Interventions Classification*

<sup>4</sup> *Nursing Outcomes Classification*

adotada internacionalmente, de indicadores para mensuração de resultados decorrentes de intervenções de enfermagem.

À semelhança da classificação referida anteriormente, os conceitos descritos na NOC também se encontram classificados por grandes domínios que vão desde a saúde funcional até à saúde da comunidade, cada um dos quais compostos por várias classes, dentro das quais se enquadram os enunciados dos resultados de enfermagem.

O enunciado de um resultado sensível aos cuidados de enfermagem acompanha-se pela sua definição, faz referência ao domínio e à classe a que pertence e proporciona a escala de medida que se pretende utilizar com os respetivos indicadores. Por exemplo, nesta classificação, quando o resultado esperado é o de que a pessoa consiga iniciar o seu posicionamento, definido como a «*habilidade para mudar a posição do próprio corpo*», o enquadramento aparece no domínio da saúde funcional, na classe da mobilidade e a NOC facilita ainda uma escala que vai desde o conceito dependente – não participa – passando pelo requer assistência de pessoa e equipamento, requer assistência de pessoa, requer assistência de equipamento até ao completamente independente (Johnson & Maas, 2000).

#### 1.1.2.4 As associações entre a NANDA, NIC e NOC

O desenvolvimento das ligações entre as classificações da NANDA e NIC, da NANDA e NOC e da NIC e NOC, precedeu o trabalho de estabelecer a ligação entre as três terminologias de uma forma coerente e sistemática (Johnson & Bulechek, 2001).

Partindo da premissa de que a construção de bases de dados requer uma linguagem comum e uma forma *standard* de organizar os dados, o trabalho de estabelecer estas ligações foi um passo inicial da organização da informação de enfermagem e deu origem à construção de categorias fiáveis de dados para análise (Johnson & Bulechek, 2001).

O vocabulário das classificações da NANDA, NIC e NOC foi aprovado e reconhecido pela ANA e apesar de poderem ser usadas separadamente, quando utilizadas em conjunto representam o âmbito da enfermagem. A sua utilização é efetiva em múltiplos centros clínicos de tratamento de doentes e centros de ensino de enfermagem, nos seus processos de documentação de cuidados prestados ao doente (Johnson & Bulechek, 2001).

Estabelecer as ligações ordenadas entre as três terminologias providenciou um vetor orientador para o modo da sua utilização, facilitando o seu uso.

A documentação de enfermagem sobre os diagnósticos identificados, as intervenções usadas para dar resposta a esses diagnósticos e as respostas do doente,

resultantes das intervenções implementadas, abriram caminho para a criação de sistemas de informação em formato eletrónico (Johnson & Bulechek, 2001).

#### 1.1.2.5 A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE<sup>®</sup>

O Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN<sup>5</sup>), enquanto entidade internacional, desenvolveu esforços no sentido da construção de uma terminologia de enfermagem agregadora das múltiplas já existentes nos diferentes contextos internacionais. Na década de 90, o ICN, apresentou os primeiros resultados do que viria a ser a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>). Este trabalho integrou um vasto grupo de enfermeiros de todo o mundo, e ainda de outros peritos consultores, que durante anos estudaram e investigaram a prática de enfermagem. A primeira versão foi divulgada em 1996 pelo ICN e foi sofrendo sucessivas evoluções baseadas no trabalho e sugestões fundamentadas dos enfermeiros. Atualmente, a CIPE<sup>®</sup> apresenta um estatuto de terminologia formal, dinâmica e em estado de constante evolução, que segue as normas internacionais para as terminologias e que permite aos profissionais de enfermagem a documentação da sua prática clínica, *identificando diagnósticos de enfermagem, prescrevendo intervenções de enfermagem e obtendo resultados de enfermagem*.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2007) definiu os aspetos críticos a incluir na arquitetura dos SIE preconizando a CIPE<sup>®</sup> como o referencial de linguagem utilizar. A última versão traduzida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) é constituída por um modelo de sete eixos designados como fenómenos de enfermagem (CIPE<sup>®</sup>, versão 2.0, 2011).

Fenómeno de enfermagem encontra-se definido como um «*aspeto de saúde relevante para a prática de enfermagem*» (CIPE<sup>®</sup>/ICNP, Beta 2, 2005), e é a partir da combinação entre os conceitos constituintes dos diferentes eixos, ou da utilização de alguns conceitos previamente combinados, que se torna possível descrever os diagnósticos de enfermagem, prescrever as intervenções e avaliar os resultados.

O quadro seguinte apresenta os diferentes eixos que organizam os conceitos da CIPE<sup>®</sup> na sua versão 2.0, bem como a sua definição:

---

<sup>5</sup> *International Council of Nurses*

**QUADRO 1: O modelo de 7 eixos da CIPE<sup>®</sup>**

<b>Eixos: Fenómenos de Enfermagem</b>	<b>DESIGNAÇÃO</b>
<b>FOCO</b>	«Área de atenção relevante para a Enfermagem»
<b>JUIZO</b>	«Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem»
<b>CLIENTE</b>	«Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção»
<b>AÇÃO</b>	«Processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente»
<b>RECURSOS</b>	«Forma ou método de concretizar uma intervenção»
<b>LOCALIZAÇÃO</b>	«Orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção»
<b>TEMPO</b>	«O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência»

CIPE<sup>®</sup> (versão 2.0)

O ICN, no âmbito da CIPE<sup>®</sup>, define diagnóstico de enfermagem como sendo a «designação atribuída pelo enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem» (CIPE<sup>®</sup>/ICNP, Beta 2, 2005).

Verifica-se assim o conceito de tomada de decisão do enfermeiro, enquanto julgamento decorrente do raciocínio diagnóstico, e a sua explicitação.

A OE (2003) refere a este respeito que, no seu exercício autónomo, o enfermeiro deve identificar as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo, família ou comunidade. Esta identificação de necessidades concretiza-se no julgamento clínico do enfermeiro sobre um determinado foco de atenção e é traduzido no diagnóstico de enfermagem.

Assim, os diagnósticos de enfermagem documentados devem obedecer a uma construção sintática precisa, relativa ao cliente específico a que se referem, no sentido de descrever a necessidade de cuidados identificada, orientar a seleção de intervenções capazes de produzir uma modificação positiva no diagnóstico e assim traduzir os resultados de enfermagem.

Uma intervenção de enfermagem define-se de acordo com o ICN como sendo «uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem» (CIPE<sup>®</sup>/ICNP, Beta 2, 2005).

A documentação das intervenções de enfermagem, prescritas e implementadas, enquanto resposta profissional a um ou vários diagnósticos de enfermagem identificados, é condição fundamental para a qualidade e continuidade da assistência de enfermagem e para a avaliação dos resultados obtidos.

Os resultados de enfermagem representam a «*medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem, a intervalos de tempo, após uma intervenção de enfermagem*» (CIPE®/ICNP, Beta 2, 2005), clarificando a importância e a adequação da intervenção implementada.

### **1.1.3 O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE**

É hoje universalmente aceite que os SIE oferecem enormes oportunidades para melhorar a prática clínica e para aumentar a eficácia da abordagem terapêutica decidida e implementada pelos enfermeiros. Existe também consenso relativamente à necessidade de uma linguagem comum, que suporte os conteúdos destes sistemas de informação no processo informatizado (Silva, 2001) pois, a linguagem utilizada para descrever a enfermagem é um aspeto muito importante para a formalização do conhecimento próprio da disciplina e para o seu desenvolvimento.

Neste contexto verifica-se o uso, cada vez mais alargado, da CIPE® pelos enfermeiros de todo o mundo, para descreverem a sua atividade profissional.

A partir do trabalho precursor nesta área, ainda na década de 90, de Silva (1995), e posteriormente do trabalho do mesmo autor (Silva, 2001), foi possível a construção de um modelo de dados para um sistema de informação de enfermagem, que proporcionou a utilização, pelos enfermeiros, de sistemas de informação incorporando a CIPE® enquanto terminologia de enfermagem e uma pré combinação de conceitos classificados, facilitadores da construção dos enunciados dos diagnósticos identificados e das intervenções de enfermagem prescritas.

A combinação destes elementos fundamentais permitiu a evolução da documentação dos cuidados em suporte de papel para essa mesma documentação em suporte eletrónico através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Este sistema permite ao utilizador, neste caso o enfermeiro, documentar o processo de tomada de decisão, identificando os diagnósticos de enfermagem e prescrevendo intervenções de enfermagem. Simultaneamente permite o acesso às prescrições de outros técnicos, nomeadamente do médico, as quais implicam intervenções de enfermagem do domínio interdependente, por exemplo, prescrições medicamentosas e atitudes terapêuticas médicas.

Atualmente, ainda que viável a documentação do processo de enfermagem em suporte de papel utilizando a CIPE®, a sua integração em sistemas eletrónicos veio melhorar

os aspetos associados à produção de dados sobre uma parte muito significativa do exercício profissional dos enfermeiros e à sua acessibilidade, sempre que necessário.

O SAPE torna-se assim o suporte eletrónico da documentação de enfermagem mais usado em Portugal e a sua existência possibilitou a comunicação e a partilha da informação clínica, gerada pelos enfermeiros, entre diferentes níveis de assistência.

A sua utilização iniciou-se em contexto hospitalar sendo posteriormente adaptado à lógica de assistência no âmbito dos cuidados de saúde primários. Os princípios de organização e sistematização da informação documentada e acessível ao utilizador são muito semelhantes, salientando-se a diferença em termos de continuidade do contacto enfermeiro / cliente inerente ao internamento em contexto hospitalar e os contactos periódicos, de frequência variável, entre cliente / enfermeiro no âmbito dos cuidados de saúde primários.

O investimento no desenvolvimento de SIE capazes de dar respostas com melhor qualidade aos profissionais de saúde e às necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos, fez emergir em 2006 (Sousa, 2006) um outro estudo do qual resulta um sistema de partilha entre a informação produzida pelos enfermeiros em contexto hospitalar, relativa ao internamento de um determinado cliente e a informação produzida pelos enfermeiros dos Centros de Saúde. Este sistema permite, assim, o acesso à informação clínica relevante entre contextos diferentes de cuidados de saúde potenciando assim a continuidade de cuidados de enfermagem.

#### **1.1.4 Os indicadores de qualidade**

Na última década, a necessidade sentida pelos enfermeiros de documentar, no SAPE, uma grande variedade de aspetos ligados à sua prática, colocou-nos perante o desafio da importância de um melhor aproveitamento e gestão da informação que produzimos (Pereira, 2009). A possibilidade de dispor de informação apropriada para a produção de indicadores torna-se, assim, fundamental. Esta informação, suportada por conjuntos de dados válidos e fiáveis, revela-se essencial na tomada de decisões baseadas na evidência e na definição de ações estratégicas em saúde (Pereira, 2009).

Um aspeto importante, determinado pela utilização dos SIE informatizados e com uma sistematização da conceção de cuidados de enfermagem, prende-se com esta oportunidade de produzir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que dependem diretamente da quantidade e qualidade dos dados que lhes estão na origem (Pereira, 2009).

Para Sousa (2006) os indicadores *«dão visibilidade quer à natureza das necessidades de cuidados, quer às intervenções implementadas pelos enfermeiros em função do seu processo de tomada de decisão quer aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem»*.

Apesar de se considerar que os indicadores utilizados hoje em dia, na área da saúde, são essenciais na tradução e visibilidade dos ganhos em saúde das populações, Pereira (2009) defende que a necessidade da existência de *«sínteses informativas mais finas orientadas para a singularidade dos cuidados de enfermagem promoverá a qualidade em saúde, por via do desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros»*.

Contudo, a qualidade e comparabilidade destes indicadores deve ter por base *«uma aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de recolha de dados e cálculo daquelas sínteses informativas»* (Pereira, 2009). Contudo, o desenvolvimento de estratégias de cálculo de indicadores, que viabilizem a produção de sínteses informativas a partir da documentação regular, deve contemplar a possibilidade de uma produção automática sem enfatizar o gasto de recursos no procedimento (Pereira, 2009).

Estas questões revelam-se de carácter fundamental e emergem sobretudo quando pensamos em modelos clínicos de dados capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem nos ganhos em saúde das populações (Pereira, 2009).

## 1.2 O CONCEITO DE «MODELOS CLÍNICOS DE DADOS» E DE «ARQUÉTIPOS»

Na saúde em geral e mais especificamente no domínio da informação em saúde, o que hoje é dado adquirido e estado da arte, mantém esse estatuto por pouco tempo. Há por isso uma enorme necessidade de atualização e utilização da melhor evidência científica em cada momento. Esta realidade coloca imensos desafios aos profissionais de saúde que tomam decisões à custa de informação, decisões essas com implicações sobre a saúde das pessoas.

Neste contexto, a problemática da prática baseada na evidência tem vindo a ser cada vez mais referenciada como ferramenta capaz de promover melhores decisões clínicas e assim melhores cuidados de saúde.

Também em enfermagem, a prática baseada na evidência tem vindo a assumir um papel relevante, quer na sensibilização dos profissionais para a necessidade da utilização desse conhecimento, quer nos desenvolvimentos e possíveis reformulações dos SIE em uso.

Perante a complexidade que a incorporação, nos sistemas de informação da saúde, de conhecimento formal atualizado implica, a enfermagem e os enfermeiros têm a responsabilidade de definir, de forma sustentada e rigorosa, o contributo do seu exercício profissional no seio de uma equipa multidisciplinar (Adam, 1991). Torna-se então fundamental que sejam identificados e definidos, pelos enfermeiros, os dados ou a informação que, simultaneamente, integre a melhor evidência científica disciplinar e seja aplicável e potenciadora de melhores práticas de enfermagem. A construção destes conjuntos de dados permitirá aos enfermeiros documentar a suas decisões usando conceitos uniformemente compreensíveis e por isso partilháveis, promovendo a incorporação nos processos de tomada de decisão dos pressupostos teóricos provenientes do conhecimento disciplinar de enfermagem, e por isso mais próximos de responderem às reais necessidades de cada pessoa cliente.

### **1.2.1 Ontologias, Modelos Clínicos de Dados / Arquétipos e Templates**

Os conjuntos de dados com utilidade clínica para os enfermeiros, constituem-se como parte fundamental a incorporar na construção dos modelos clínicos de dados de enfermagem.

Designam-se como arquétipos, modelos de dados altamente relacionados e clinicamente significativos, constituindo-se por partes de conhecimento que indicam como representar conceitos ou informação (Hovenga, Gard & Heard, 2005).

Para Beale & Heard (2003-2007) *«Um arquétipo pode ser considerado como sendo semelhante a uma folha de instruções LEGO® (por exemplo, um trator) que define a configuração das peças LEGO® que compõem um trator. Os arquétipos são flexíveis; um arquétipo inclui muitas variações, da mesma forma que uma instrução LEGO® poderá incluir um número de opções para o mesmo objeto de base».*

Os arquétipos utilizam ontologias, que são conjuntos de conceitos pertencentes a um corpo de conhecimentos específico, e descrevem estruturas complexas de informação que indicam como é que a informação deve ser expressa, o que é obrigatório ou opcional e quais os valores sensíveis para cada dado, definindo, ao mesmo tempo, regras de utilização que necessitem de ser expressas (Hovenga, Gard & Heard, 2005). Podem evoluir com o tempo e mesmo assim continuar *standardizados*.

Uma Ontologia, pese embora contenha em si própria um modelo da realidade e possa ser usada como suporte de apoio à tomada de decisão, por si só, não consegue descrever a estrutura da informação criada no seu contexto operacional, pois estes dados,

como já foi referido anteriormente, têm frequentemente forma arbitrária, local e culturalmente dependente (Beale & Heard, 2003-2007).

Beale & Heard referem-se aos ainda aos arquétipos como modelos de informação no seu contexto, dando origem a dados que respeitam os modelos concetuais e usam corretamente as ontologias estabelecendo uma ponte de ligação entre estas, o *software* e a informação disponibilizada (Ocean Informatics, 2003-2007). Os mesmos autores referem que os sistemas de informação atuais se compõem por uma sequência de **Ontologias, Software e Informação**, mas os sistemas de informação para os quais pretendemos caminhar no futuro devem compor-se por **Ontologias, Arquétipos, Software e Informação**.

Beale (cit. Goossen, 2010) sustenta que arquétipos podem ser colocados no ambiente do registo eletrónico de saúde das pessoas melhorando a interoperabilidade do sistema, o preço do *software* e a qualidade dos cuidados, pois quem possui a melhor informação tem a possibilidade de tomar as melhores decisões.

Estes modelos oferecem, assim, a possibilidade de uma visão estruturada da informação para todos os locais onde essa informação necessite de ser partilhada, pois possibilitam a sua transmissão e utilização mesmo quando é proveniente de sistemas heterogéneos, viabilizando assim a interoperabilidade semântica (Goossen, 2010; Huff, 2010).

A maior motivação para a adoção de modelos na construção das aplicações a utilizar é, precisamente, uma perspetiva da possibilidade de reutilização do conhecimento clínico bem especificado e validado por diversas organizações (Goossen, 2010).

Por outro lado, um *template* é uma especificação que define uma árvore de um ou mais arquétipos e geralmente corresponde aos ecrãs, aos relatórios impressos, ou aos segmentos de informação a ser recebida ou enviada pelo que podem ser usados para definir o conteúdo da mensagem (Beale & Heard, 2003-2007).

Assim, a construção de serviços de terminologia para funcionarem na retaguarda dos SIE devem prever modelos clínicos de dados de enfermagem que utilizem uma ontologia de enfermagem reconhecida internacionalmente e traduzam o conhecimento baseado na evidência e o conhecimento tácito adquirido pela prática e validado pela teoria de enfermagem.

Neste trabalho não fazemos distinção entre os conceitos de arquétipo e de modelo clínico de dados, visualizando-os como se fossem equivalentes, e optamos por adotar preferencialmente a designação de MCD, porque é o conceito mais utilizado na Europa,

nomeadamente nas normas HL7<sup>6</sup>, desenvolvidas pela organização com o mesmo nome que proporciona uma plataforma (e normas relacionadas) para troca, integração, partilha e recuperação de informações de saúde em suporte eletrónico.

### **1.2.2 Modelos Clínicos de Dados: específicos e compostos**

Os modelos clínicos de dados são flexíveis e podem incluir muitas variações levando a um diferenciado número de opções para descrever o mesmo objeto de base.

Um MCD específico refere-se a uma estrutura que relaciona determinados conceitos previamente definidos representando um modelo de dados a ser usado face a um determinado foco de atenção específico como por exemplo a um foco de atenção no domínio do autocuidado o *autocuidado virar-se*.

Um MCD composto mantém os mesmos princípios de estruturação de conceitos mas incorporando vários modelos específicos, na medida em que estes se relacionem.

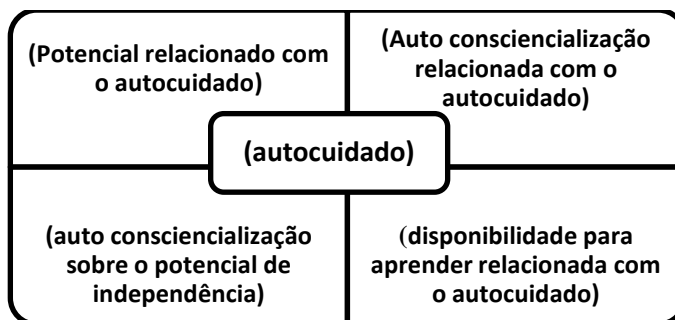
Se tomarmos como exemplo novamente o autocuidado *virar-se*, um modelo composto pode agregar os modelos específicos que com este autocuidado podem estar relacionados.

À semelhança do referido anteriormente, podemos, no caso de um modelo composto, relacionar com o exemplo anterior os modelos específicos relativos aos focos de atenção no âmbito dos processos corporais que podem dificultar o autocuidado *virar-se*, bem como associar-lhe os modelos que se referem às condições pessoais que podem influenciar o curso da transição da pessoa que experiencia uma mudança na forma como se pode *posicionar*. O esquema seguinte ilustra o que acabamos de referir e proporciona-nos a possibilidade de construir vários enunciados de diagnósticos de enfermagem, todos eles relacionados com o foco do autocuidado *virar-se*.

---

<sup>6</sup> Health Level Seven

Figura 1: Modelos específicos e Modelos compostos



Adaptado de Silva (Acendio, 2011)

Tomando ainda como exemplo o foco virar-se verificamos que figura anterior nos revela dois tipos de modelos. O primeiro, específico, traduz o enunciado do diagnóstico de enfermagem relacionado com este autocuidado, por exemplo: «*Dependência parcial para virar-se*», contudo é possível agregar outros enunciados transformando este modelo num modelo composto. Por exemplo:

«potencial para independência total»  
 «auto consciencialização da sua capacidade para virar-se»  
 «auto consciencialização do potencial de independência»  
 «disponibilidade para aprender a técnica de posicionamento»  
 «atitude positiva face ao treino da técnica de posicionamento»

### 1.2.3 A interoperabilidade entre os sistemas

Os dados clínicos necessitam de ser partilhados e reutilizados para poderem servir os objetivos, o que atualmente significa que terá que existir uma partilha eficaz de informação entre os vários sistemas, cada vez mais complexos, que fazem parte do dia-a-dia.

Contudo existem dificuldades que preocupam os profissionais, quer os da saúde que utilizam os sistemas eletrónicos, quer os informáticos que os desenvolvem.

A habilidade dos profissionais de saúde, e dos múltiplos sistemas, para entender os dados clínicos que são partilhados é conhecida como interoperabilidade (Goossen, 2010). A norma ISO/IEC 2382-01 define a interoperabilidade entre os sistemas como a capacidade de comunicar, executar programas ou transferir dados entre várias unidades funcionais sem exigir que o utilizador tenha conhecimento das características únicas dessas unidades. Esta interoperabilidade continua a revelar-se um processo complicado, pois apesar da crescente preocupação com o assunto, os dados clínicos continuam a aparecer em diferentes formatos, mesmo quando pretendem transmitir a mesma informação. É, então,

um problema complexo, a preservação dos significados da informação na saúde, produtos do contexto e do conteúdo das mensagens, sobretudo quando transitam entre os mais variados sistemas (Heard et al, 2003). Múltiplos termos podem referir-se a apenas um conceito, bem como um mesmo termo se pode referir a mais do que uma ideia (Leal, 2006).

Stanley Huff (2011), que também referencia este problema da interoperabilidade dos sistemas, enfatiza a importância da normalização dos dados e da construção de modelos clínicos. Para este autor, se não tivermos modelos, surgem-nos muitas formas de dizer as mesmas coisas e, se os dados não forem comparáveis entre fontes, não podem ser agregados em repositórios e conseqüentemente não podem ser usados.

Os melhores cuidados de saúde, e a partilha da informação que deles resulta, requerem o uso de sistemas informatizados, de apoio à tomada de decisão, que por sua vez só podem ser suportados através da adoção de terminologias *standardizadas* e dados estruturados e codificados. São os modelos clínicos de dados que permitem a estrutura *standardizada* e a terminologia necessária para a tomada de decisão clínica e a análise de dados (Huff, 2011).

#### **1.2.4 A fundação *openEHR*<sup>7</sup>**

Quando falamos em modelos clínicos de dados não podemos deixar de referir a existência da fundação *openEHR* e o seu trabalho neste campo.

Esta é uma fundação independente, sem fins lucrativos e de acesso livre. Tem a finalidade de facilitar a partilha de repositórios de documentação relacionada com a saúde, entre consumidores e clínicos, a partir da implementação de bases *standardizadas* (*openEHR*, 2003-2007).

O seu objetivo é, então, a construção de bases de registos eletrônicos de saúde com interoperabilidade, de modo a que se encontrem disponíveis as melhores informações no âmbito da saúde dos clientes, permitindo aos profissionais a possibilidade de decisões mais adequadas.

Para atingir este objetivo a fundação salienta a importância de trabalhar com modelos clínicos de dados e define-os como segmentos de conhecimento que indicam como representar conceitos ou informação, propondo criar padrões que os permitam representar formalmente. Ao conseguir isto, será possível que as especificações de conceitos clínicos criadas com este formalismo sejam compartilhadas e resultem na

---

<sup>7</sup> *Electronic Health Records*

construção de sistemas de informação em saúde fundamentados em conceitos sólidos e interoperáveis (Nardon, 2008).

### **1.2.5 Os Modelos Clínicos de Dados e o desenvolvimento disciplinar**

A utilização, cada vez mais alargada, de linguagem comum entre os enfermeiros, a consciencialização progressiva da necessidade de aplicação na prática do conhecimento de enfermagem e a relevância atribuída à documentação da tomada de decisão em enfermagem que aumenta a visibilidade de todo este processo, justifica o investimento cada vez mais notório em trabalhos e estudos na área dos SIE.

Também nós, fruto do contexto profissional em que nos inserimos e da nossa integração em grupos de acompanhamento de processos de reformulação dos sistemas de informação de enfermagem em uso nesse mesmo contexto, temos noção das dificuldades do processo e simultaneamente dos benefícios que estes processos envolvem.

Em contexto de exercício profissional, a documentação dos cuidados ou o registo em SIE assume a função legal de documentar a decisão, o requisito de promover a continuidade dos cuidados prescritos e criar informação útil para suportar futuras decisões sobre a saúde do cliente. A comunicação efetiva do documentado implica a compreensão pelo recetor da mensagem de um mesmo significado sobreponível ao que o emissor pretendeu transmitir, isto independentemente do contexto ou cultura vigente. Torna-se assim imprescindível obter uma representação formal do conhecimento de enfermagem que possa ser incorporada em qualquer sistema de informação. Fica claro, neste contexto, a necessidade desta documentação de explanação de decisões, ser clara, válida e reutilizável quando necessário.

Nem todos os SIE em uso podem suportar a tomada de decisão de enfermagem (Silva, 2001) pois não reúnem os requisitos relativos à recolha de dados de forma concordante com o processo de enfermagem. Processo esse que não pode ser de forma alguma confundido com uma representação linear da gestão de informação em enfermagem (Silva, 2001).

Na sociedade altamente tecnológica em que vivemos, a construção de aplicativos informatizados adaptados a esta necessidade dos SIE mostrou-nos a importância de refletir sobre o desafio da construção, da manutenção e da garantia da qualidade dos modelos clínicos de dados que os devem incorporar.

É hoje uma realidade a informática em enfermagem, enquanto área de conhecimento bastante definida, com anos de aplicação e desenvolvimento e que muitas

vezes ajuda a redesenhar a prática do cuidado, garantindo qualidade e segurança aos enfermeiros e aos seus clientes (Marin, 2006).

Assim, a perspectiva da informática na enfermagem pode ser visualizada pelo lado da informática e pelo lado da enfermagem, mas entender este impacto não é uma tarefa isenta de reflexão. Revela-se contudo mais fácil perceber o crescimento que a enfermagem e todas as outras ciências e profissões têm conseguido graças aos avanços tecnológicos que hoje influenciam todos os setores de atividade humana (Marin, 2006).

O grande desafio para a enfermagem do futuro implica saber construir e utilizar na prática diária o conhecimento próprio da disciplina, as ontologias de enfermagem e os modelos clínicos de dados a incorporar sistemas de informação de enfermagem válidos e fiáveis (Silva, 2011).

### 1.3 A TEORIA DE ENFERMAGEM E A TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão em enfermagem relaciona-se diretamente com a escolha de alternativas no caminho a seguir pelo enfermeiro perante o seu cliente e caracteriza-se pela qualidade e pelo impacto das ações baseadas nas decisões tomadas.

O processo de tomada de decisão do enfermeiro encontra-se associado à sua capacidade para combinar o conhecimento disponível, quer da disciplina quer das outras ciências que com ela se relacionam, à própria experiência do profissional e à sua capacidade e disposição para usar o pensamento crítico, sempre inserido e influenciado pelo contexto profissional que envolve essa decisão. Esta problemática da tomada de decisão clínica em enfermagem tem vindo a ser amplamente discutida e estudada, na medida em que o conhecimento disciplinar se vai consolidando e, conseqüentemente, a sua aplicabilidade nas práticas dos enfermeiros torna-se não só um desafio, mas cada vez mais uma prioridade (Silva, 2011).

#### 1.3.1 Sinopse sobre a evolução histórica das Teorias e Modelos de Enfermagem

A procura de uma definição para a enfermagem tem sido propósito de estudo ao longo dos tempos e dado relevo a diferentes pressupostos teóricos de acordo com as várias escolas de pensamento em que se desenvolvem.

Ao referenciarmos esta evolução histórica torna-se fundamental iniciar com Florence Nightingale que, ainda no século XIX, tentou chamar a atenção para o verdadeiro «core» da enfermagem relacionando-o com a saúde, a higiene, o ambiente e o cuidado.

Em meados do século XX foram surgindo diferentes teorias e modelos conceituais que apresentavam conceitos explicativos da realidade do que é ser enfermeiro.

Kérouac e seus colaboradores (Kérouac et al, 2010) analisaram estes modelos e dividiram-nos por escolas de pensamento de acordo com os conceitos centrais que defendem, enriquecendo-nos com um olhar sobre o que é a enfermagem dentro dos contextos em que esse olhar foi produzido.

Assim, para a Escola das Necessidades (de V. Henderson, D. Orem e F. Abdelah) a enfermagem tem como objetivo conseguir para o indivíduo aquilo que ele próprio atingiria se tivesse a força, a vontade e o conhecimento necessários, ou então ajudá-lo a conseguir uma morte serena. O foco desta escola de pensamento centra-se nas necessidades dos doentes, entendidas pelos profissionais de saúde. Para estas teóricas a saúde do indivíduo é o estado de independência face à satisfação das suas necessidades humanas fundamentais e quando a pessoa é dependente, o enfermeiro avalia as suas necessidades e atua substituindo-a, assistindo-a ou orientando-a no sentido de promover a máxima independência possível.

A Escola da Interação (de I. King, I. Orlando, H. Peplau; J. Travelbee, E. Wiendenbach e J. Paterson & L. Zderad) diz-nos que a interação desenvolvida entre o enfermeiro e a pessoa reflete a ação através da qual o enfermeiro avalia as necessidades do indivíduo, efetua um diagnóstico de enfermagem e planeia a sua intervenção. Estas teóricas seguem a ideia de que o processo de cuidados envolve uma parceria entre o enfermeiro e o seu cliente.

Por outro lado, a Escola dos Resultados (de D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy e B. Newman) centra-se nas respostas humanas aos processos de vida e no controlo dos fatores que geram necessidades de adaptação. Para estas teóricas os cuidados de enfermagem têm como objetivo promover a harmonia do indivíduo com o ambiente. A saúde reporta-se assim ao estado de equilíbrio gerado pelos processos de adaptação em resposta a fatores internos ou externos causadores de *stress*.

A Escola do Ser Humano Unitário (de M. Rogers, M. Newman e R. Parse), por seu lado, revela-nos que a enfermagem se focaliza no bem-estar das pessoas tendo em conta o máximo potencial de saúde de cada indivíduo em cada momento e em cada lugar.

A Escola do Cuidar (de M. Leininger, J. Watson e S. Roach) à semelhança da escola das necessidades coloca o cuidar da pessoa como elemento central da enfermagem. Watson, ao enunciar os seus dez fatores do *cuidar*, refere especificamente que um deles deve ser a utilização da técnica de resolução de problemas como método para tomar decisões.

Apesar destas diferentes perspetivas, existe contudo o consenso de que a enfermagem apresenta uma natureza que lhe é muito própria e possui um núcleo central que caracteriza as particularidades quer da disciplina quer da profissão (Silva, 2007) que se encontra sobretudo orientada para a prática de cuidados.

Segundo Schunemam (2008), o objetivo da atenção da enfermagem é cuidar da pessoa considerando-a como um ser com múltiplas necessidades e potencialidades, contribuindo para uma transição saudável e oferecendo condições para que enfrente as mudanças que ocorrem ao longo do processo de vida.

Os enfermeiros existem para proporcionar cuidados de enfermagem às pessoas e neste âmbito as teorias, ao traduzirem um domínio de conhecimento próprio, facultam também uma base de sustentação para o desenvolvimento da ligação entre a teoria e a prática (Silva, 2011).

### **1.3.2 A Teoria das Transições de A. Meleis**

Evoluindo dos conceitos centrais das diferentes conceções de enfermagem, Meleis e os seus colaboradores desenvolveram uma nova teoria reconhecida atualmente pela sua enorme relevância, a Teoria das Transições.

Nos seus trabalhos Meleis & Trangenstein (1994), definiram a enfermagem como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar.

Esta definição desenvolve-se à volta do conceito central de «*transição*», enquanto passagem de uma fase da vida para outra ou mudança de uma condição / estado para outro. Para Meleis, as transições experimentadas pelas pessoas referem-se tanto ao processo como aos resultados da interação da pessoa com o ambiente e podem refletir-se no estado de saúde, no papel relacional, nas expetativas ou habilidades. O foco da enfermagem centra-se, então, nas respostas que a pessoa estabelece perante os seus processos de vida e / ou situação de doença (Meleis et al, 2000). Para estas autoras as condições influenciadoras da qualidade da transição sofrida pela pessoa têm a ver com os significados que a própria lhe atribui, com as suas crenças culturais, com as expetativas que experimenta face à nova situação, com os seus níveis de conhecimento e capacidade e com o ambiente socioeconómico em que se encontra inserida. A transição requer aprendizagem de conhecimentos e alteração de comportamentos por parte de quem as vivencia, e uma adaptação à mudança e ao que ficou diferente, e assim pode ser facilitada com a ajuda profissional do enfermeiro.

Conhecer, antecipar e estar preparado para enfrentar os fatores de mudança, tornarão a transição melhor sucedida. Assim, a pessoa antecipa, experimenta e completa, ao longo do seu ciclo de vida, transições de desenvolvimento, situacionais e eventualmente de saúde / doença, sendo fundamental em todas elas o papel do enfermeiro. Os indicadores de transições bem-sucedidas serão o bem-estar subjetivo, a mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações (Meleis, 2010). A vivência de uma transição deixa a pessoa que a experiencia mais vulnerável, sendo que a transição de uma situação de saúde para a vivência de uma doença constitui uma parte muito significativa das situações das pessoas com que os enfermeiros se deparam no dia-a-dia do seu exercício profissional. Esta situação tem um impacte tanto maior na forma como as pessoas vivem esta mudança, quanto mais limitações implica no que se refere ao «*tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária*» (CIPE<sup>®</sup>, versão 2.0, 2011), isto é, no seu processo de Autocuidado.

### **1.3.3 O Conceito de Autocuidado**

O desenvolvimento do conceito de autocuidado remonta a 1956 e foi iniciado por Dorothea Orem (Petronilho, 2012). Na sua teoria, o autocuidado é entendido como o conceito que engloba todas as ações que cada pessoa empreende no sentido de manter a vida e promover a saúde e o bem-estar.

Para Orem, o autocuidado é um conceito dinâmico, que decorre ao longo do ciclo vital, implicando uma mudança e uma adaptação permanente do ser humano (Hartweg, 1991).

A situação de défice no autocuidado, que é uma das grandes preocupações da enfermagem atual, surge quando as exigências para o desenvolver são maiores do que as capacidades da pessoa, necessitando para isso de ajuda, ou seja tornando-se, de alguma forma, dependente.

Ainda de acordo com a mesma teoria, os profissionais de enfermagem devem oferecer essa ajuda colmatando as necessidades de autocuidado do indivíduo, substituindo-o, assistindo-o ou proporcionando apoio e educação (Hartweg, 1991).

Compreender o significado da vida no processo do cuidado inclui não somente a existência de competências técnicas do profissional mas também a capacidade de compreender o ser humano, a forma como ele se posiciona no mundo, como desenvolve a sua identidade e constrói a sua própria história de vida (Bettinelli et al, 2003).

Collière (1999), embora não especificando o termo autocuidado, afirma que *cuidar*, no sentido de prestar cuidados ou tomar conta, começa por ser um ato individual que prestamos a nós próprios, mas também se transforma num ato de reciprocidade que somos levados a proporcionar a toda a pessoa que apresenta necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais, temporária ou definitivamente.

Assim, cuidar de nós próprios, sintetiza a ideia que está subjacente ao conceito de autocuidado e os conceitos de cuidar e de autocuidado, a que os enfermeiros atribuem tanta importância na sua prática, encontram-se intimamente relacionados revelando-se fundamentais quer na procura da formalização do conhecimento disciplinar da enfermagem, quer no exercício profissional dos enfermeiros.

O fenómeno do autocuidado é, então, entendido não só como a perceção, a capacidade e os comportamentos das pessoas no sentido de promover e manter a saúde e prevenir e gerir as doenças, mas também como um resultado sensível de impacto positivo às terapêuticas de enfermagem (Petronilho, 2012).

O Conselho Internacional de Enfermeiras (CIPE<sup>®</sup>, versão 2.0, 2011) refere o *autocuidado* como sendo uma área de atenção da enfermagem e define-o como «...*Uma atividade executada pelo próprio para tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*».

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2001) no enquadramento concetual dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem refere que «*os cuidados de enfermagem tomam como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa, ao longo do seu ciclo vital, vive e desenvolve, e procuram promover os processos de adaptação face à doença e a independência na realização do seu autocuidado, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente*».

Com a evolução das ciências da saúde, no sentido de proporcionar um prolongamento efetivo da vida humana, a realidade que nos rodeia confronta-nos com a existência de um número, cada vez mais elevado, de pessoas a enfrentar processos de transição que implicam tornar-se *dependente*, ou seja, precisar da ajuda de outra pessoa ou de equipamento, para realizar ou satisfazer as suas necessidades de autocuidado. A experiência de uma transição pode decorrer de episódios de doença ou do próprio envelhecimento, dos quais resultam incapacidades e limitações funcionais para continuar a cuidar de si próprio. Estas situações de dependência podem provocar profundas implicações não só no que diz respeito ao bem-estar da pessoa mas também do grupo familiar em que está inserida.

### 1.3.3.1 Erguer-se, Virar-se e Transferir-se

Esta investigação centra-se no Autocuidado enquanto «...*área de atenção relevante para a prática de enfermagem*» (CIPE<sup>®</sup>) e central no âmbito da disciplina (Petronilho, 2012).

No entanto, enquanto conceito, este é muito abrangente, englobando no seu domínio inúmeros aspetos mais específicos relativos a um conjunto de comportamentos intencionais, que no seu todo, englobam os parâmetros que definem o conceito. Neste sentido tivemos necessidade de estabelecer limites para este estudo e por isso tomámos opções em termos de focos de atenção no âmbito do autocuidado a ser estudados.

Assim, o trabalho de pesquisa partirá de três dos focos de atenção do âmbito do autocuidado que se relacionam com a problemática que nos preocupa e que, em linguagem mais «*corrente*» referem a pessoa «*acamada*». Designamo-la por «*corrente*» pois em rigor «*acamada*» significa que «*está na cama*», sendo que de facto esta situação pode ocorrer sem que necessariamente esteja presente qualquer condição de incapacidade de se erguer ou virar ou transferir. No entanto, em linguagem «*corrente*» entre profissionais da mesma área, não é invulgar ouvirmos esta designação para uma pessoa que tem algum tipo de incapacidade funcional que a impeça de sair da cama. Na prática, o atributo é aplicado arbitrariamente e é ambíguo se o conceito de estar acamado se aplica apenas à pessoa confinada no leito ou também àquela que se levanta por períodos curtos de tempo, ou então à que permanece numa cadeira de rodas (Zeling, 2008).

Relativamente a esta problemática e situando-nos no contexto deste estudo, os SIE em uso incorporam a CIPE<sup>®</sup> numa versão que não é a mais atual, a Beta 2, pelo que se tornou necessário, no caso de evolução ou alteração de algum conceito central ao nosso trabalho, explicitar a sua operacionalização.

No quadro seguinte encontram-se os focos de atenção a ser estudados bem como a sua definição:

**QUADRO 2: Os focos de atenção em estudo**

	Código	CIPE® versão 2.0 (2011)	CIPE® versão Beta 2 (2005)
<b>Focos do domínio do <u>Auto cuidado</u></b>	10017833	<u>Virar-se</u> «...mover e mudar o corpo de um lado para o outro e de frente para trás»	Rodar-se
	10017822	<u>Transferir-se</u> «...mover o corpo deslocando-o entre a cama e a cadeira (1999)»	Transferir-se
	10018755	<u>Erguer-se</u> «...mover-se, modificando a posição do corpo para a vertical»	Pôr-se de pé

(CIPE® versão 2.0, 2011, versão beta 2, 2005)

Estes focos de atenção de enfermagem constituem o ponto de partida deste estudo para, a partir deles, se explorar todos os conceitos usados pelos enfermeiros para nomear e documentar os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem a eles associadas. Neste sentido, o material a ser analisado é constituído pela documentação de enfermagem centrada no *autocuidado erguer-se*, no *autocuidado virar-se* e no *autocuidado transferir-se*.

#### 1.4 TEMA DA INVESTIGAÇÃO E FINALIDADE DO ESTUDO

A utilização de sistemas de informação em enfermagem, desde há alguns anos, tem contribuído para tornar visíveis os resultados da tomada de decisão dos enfermeiros oferecendo-nos uma oportunidade inesgotável de pretextos para desenvolver o conhecimento disciplinar e identificar oportunidades de melhorar as práticas (Pereira, 2009).

Este estudo insere-se neste domínio e procura contribuir para a formalização do conhecimento de enfermagem através da construção de modelos clínicos de dados face à pessoa dependente para se erguer, virar ou transferir.

Pretendemos identificar os conceitos usados pelos enfermeiros quando enunciam diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Sendo a finalidade de um estudo um objetivo mais alargado que pode definir-se como o enunciado declarativo das intenções do investigador (Freixo, 2010), a finalidade deste estudo, na dimensão que a análise e interpretação da documentação existente nos SIE em uso permite é:

***Contribuir para a construção de modelos clínicos de dados relativos aos focos erguer-se, virar-se e transferir-se, a partir da documentação de enfermagem processada no SAPE.***

## 1.5 VISÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO

Pretendemos que este relatório traduza, em termos de organização dos conteúdos em capítulos e subcapítulos, a sequência de etapas correspondente ao percurso de investigação que desenvolvemos.

Após o capítulo introdutório apresentamos a metodologia e as opções tomadas para responder aos objetivos definidos. Neste capítulo, também descrevemos e justificamos as estratégias adotadas para a análise de dados.

No capítulo seguinte descrevemos e analisamos os resultados obtidos. A análise e discussão dos resultados estão organizadas face a cada um dos focos de atenção em estudo. Iniciamos, analisando o material relativo aos diagnósticos de enfermagem e depois às intervenções de enfermagem.

Terminamos o capítulo de discussão dos resultados referindo as duas sínteses emergentes do percurso e que respondem à finalidade deste estudo. A partir do adquirido no grupo de discussão, apresentamos dois modelos clínicos de dados emergentes dos conceitos e as suas relações.



## 2 - MATERIAL E MÉTODOS

A fase metodológica de um estudo de investigação pode ser descrita como a explicação detalhada e rigorosa da ação desenvolvida no método do trabalho (Bello, 2004), devendo incluir todos os elementos que conferem à pesquisa a direção a seguir (Freixo, 2010). É neste capítulo que se explicita o percurso adotado para, da forma mais adequada, encontrar as possíveis respostas para as questões que preocupam o investigador. Incluímos aqui a justificação para o tipo de investigação que foi conduzida, os seus objetivos; uma apresentação do material utilizado, uma explanação das questões éticas envolvidas e ainda uma intenção expressa para o tratamento dos dados obtidos a partir da análise do seu conteúdo e também da análise dos resultados dos consensos provenientes da reflexão do grupo de peritos.

### 2.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Como referimos anteriormente consideramos que a qualidade da informação clínica produzida pelos enfermeiros é decisiva para as decisões a tomar sobre a saúde das pessoas. Do conhecimento da realidade do exercício profissional dos enfermeiros decidimos explorar, a partir da documentação da conceção de cuidados dos enfermeiros, alguns focos de atenção do domínio do autocuidado que traduzem uma parcela significativa da realidade dos doentes quer em contexto hospitalar quer na comunidade.

Entendemos também que a sistematização e estruturação da informação em modelos clínicos de dados que organizam os conceitos envolvidos e significativos para melhor traduzirem a condição das pessoas, neste caso numa situação de doença, é potenciadora de uma melhor compreensão e acessibilidade pelos utilizadores, promovendo assim melhores decisões ou seja melhores cuidados.

A definição de modelos clínicos de dados na área da saúde é da responsabilidade dos profissionais desta área, os peritos deste domínio. São eles que vão manter e garantir a qualidade destes modelos, fazendo uso do conhecimento disponível por cada disciplina.

## 2.2 OBJETIVOS

No sentido de precisar e clarificar a finalidade deste estudo, surge então a necessidade de identificar os objetivos mais específicos da investigação:

- *Identificar os conceitos usados pelos enfermeiros para enunciar os diagnósticos de enfermagem relativos aos focos de atenção de enfermagem: Autocuidado erguer-se / levantar-se; virar-se / posicionar-se e transferir-se.*
- *Identificar as relações existentes entre os conceitos usados para enunciar os diagnósticos de enfermagem relativos aos focos de atenção de enfermagem: Autocuidado erguer-se / levantar-se; virar-se / posicionar-se e transferir-se.*
- *Identificar os conceitos usados pelos enfermeiros para enunciar as intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos de enfermagem no âmbito do Autocuidado: erguer-se / levantar-se; virar-se / posicionar-se e transferir-se.*
- *Analisar as relações entre os itens de informação usados para explanar a conceção de cuidados face aos focos de atenção: Autocuidado erguer-se / levantar-se; virar-se / posicionar-se e transferir-se.*
- *Definir um modelo clínico de dados relativo aos focos de atenção: Autocuidado erguer-se / levantar-se; virar-se / posicionar-se e transferir-se.*

## 2.3 TIPO DE ESTUDO

O raciocínio indutivo, utilizado neste tipo de investigação progrediu no sentido do particular para o geral e este tipo de metodologia desenvolveu-se partindo da análise da realidade para chegar à generalização do conhecimento e à formulação científica. (Freixo, 2010).

Como o que pretendemos é induzir, a partir da documentação do SAPE, um modelo estruturado para representar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem associados aos focos *erguer-se*, *virar-se* e *transferir-se*, realizamos um estudo exploratório, baseado na análise de conteúdo sobre a informação documentada pelos enfermeiros e sobre os consensos obtidos por um grupo de peritos. Pretende-se, assim, isolar e definir conceitos importantes emergentes dessas análises, para depois estabelecer relações no sentido de induzir um modelo clínico de dados relativo a esses focos de atenção de enfermagem.

É também um estudo transversal pois realiza-se apenas num momento de tempo, que diz respeito ao período a que respeitam os dados recolhidos.

## 2.4 MATERIAL

Ao pretendermos realizar uma análise de realidades particulares para a construção de MCD foi necessário identificar os dados a recolher. Os critérios usados para esta identificação prenderam-se com a necessidade da documentação de enfermagem ser processada em sistemas eletrónicos; ter a CIPE<sup>®</sup> incorporada no SIE em uso; serem instituições com um carácter de proximidade física do investigador e, simultaneamente, instituições de grande dimensão de atendimento potencializando assim uma abrangência dos dados a ser analisados. Neste sentido, selecionamos como fonte de dados, as seguintes instituições:

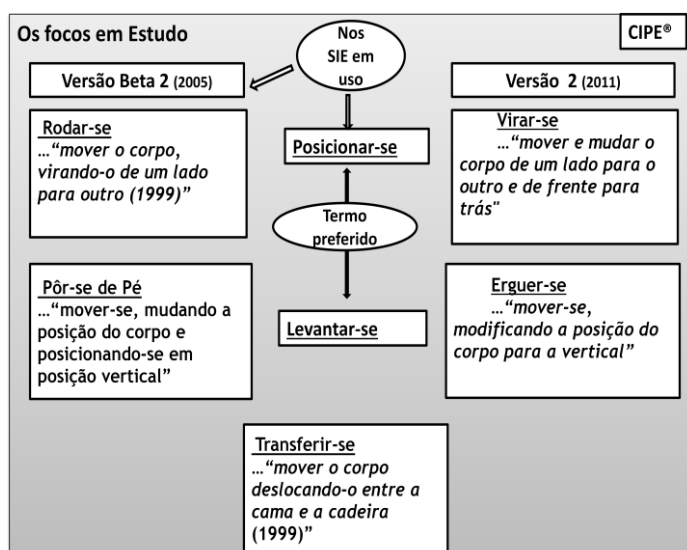
- *Centro Hospitalar de S. João.*
- *Centro Hospitalar do Porto.*
- *ULS de Matosinhos.*
- *Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde.*

Assim, a documentação de enfermagem foi solicitada às instituições para depois ser organizada em base de dados. Neste sentido, foram requeridos, por unidade de cuidados de cada instituição envolvida:

- *Os dados documentados no SAPE referentes aos processos clínicos das pessoas internadas ou com contatos ativos nos centros de saúde, do dia 01 de Janeiro até ao dia 31 de Dezembro de 2011, relacionados com os focos: autocuidado erguer-se, autocuidado virar-se e autocuidado transferir-se.*
- *As tabelas das parametrizações ativas destes focos de atenção relativas à identificação do diagnóstico de enfermagem.*
- *As tabelas das parametrizações ativas das intervenções de enfermagem associadas aos focos de atenção em estudo.*

Após contatos personalizados com os departamentos de informática no início de 2012, solicitamos então os conteúdos documentados no SAPE relacionados com os focos de atenção *pôr-se de pé, rodar-se e transferir-se* (CIPE<sup>®</sup>, Beta 2) e verificamos que os dois primeiros se encontravam acompanhados pelos *termos preferidos* definidos localmente pelos enfermeiros responsáveis pela parametrização do sistema, sendo eles: para o foco *erguer-se* - «*levantar-se*» e para o foco *virar-se* - «*posicionar-se*», tal como podemos verificar na figura seguinte:

Figura 2: Os focos de atenção em estudo nas diferentes versões da CIPE e «termos preferidos»



CIPE® (versão Beta 2; versão 2.0)

Dada a necessidade de delimitação do estudo e no sentido de dar resposta aos objetivos definidos, foram critérios de exclusão para análise:

- A documentação produzida pelos enfermeiros que mesmo relacionada nos SIE com os focos de atenção em estudo, se reporta ao beneficiário ou portador do diagnóstico documentado como «prestador de cuidados» ou o «membro da família prestador de cuidados».
- A documentação referente aos processos de pessoas com idade inferior a dezoito anos.

Do nosso corpus de análise fizeram parte 1513 tipos de enunciados diferentes de diagnósticos de enfermagem e 794 tipos de enunciados diferentes de intervenções de enfermagem. O quadro seguinte mostra-nos a sua disposição.

QUADRO 3: Corpus de análise: tipos de enunciados de diagnósticos e de intervenções de enfermagem

Tipos de enunciados por foco		
Foco	Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<i>Erguer-se</i>	398	138
<i>Virar-se</i>	513	341
<i>Transferir-se</i>	602	315

## 2.5 MÉTODO

Os métodos usados na investigação são os percursos escolhidos por estarem adaptados aos domínios estudados e por isso, num trabalho deste cariz, fizemos uso de duas metodologias específicas para nos ajudar a concretizar os nossos objetivos: *análise de conteúdo* e *validação dessa análise por peritos*.

### 2.5.1 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo constitui-se por um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2009), e pretende tomar em consideração a totalidade de um texto, organizando-o por categorias significativas que permitam a classificação dos elementos constitutivos da mensagem. Foi de acordo com este método que procedemos à análise de conteúdo ao material, quer à informação extraída dos SIE relativo à documentação e parametrização a partir dos sistemas em uso, quer à informação resultante da discussão produzida pelo grupo de peritos.

Fortin (1999) define também este processo como sendo uma operação de decomposição nas unidades de sentido ou de significação que podem ser palavras ou frases.

As categorias são, então, rubricas ou classes onde se reúne um certo número de elementos, as unidades de registo, de acordo com as suas características comuns. Estas categorias devem ser exaustivas, englobando o máximo de conteúdos, mutuamente exclusivas, uma unidade de significação só pode fazer parte de uma categoria e corretamente caracterizadas (Bardin, 2009).

Assim desenvolvemos este processo de análise em duas etapas, primeiro analisando o material presente nos SIE em uso e após analisando os discursos produzidos pelos peritos na procura de critérios de estruturação do modelo clínico de dados em desenvolvimento.

#### 2.5.1.1 Da informação documentada nos SIE em uso

Após leitura inicial do material a ser analisado organizamos a informação de forma a facilitar a análise e sucessiva categorização.

Numa fase inicial e face aos critérios definidos, excluimos o material referente ao cliente «prestador de cuidados» de forma a obter o nosso *corpus de análise*, ou seja, os conjuntos de dados a ter em conta para serem submetidos ao procedimento de análise do seu conteúdo.

Uma reflexão e análise mais aprofundada sobre o *corpus de análise* conduziram à seleção das unidades de contexto e conseqüentemente à análise e categorização. Para a construção das categorias utilizámos, como modelo de análise à priori:

- A CIPE®, como estrutura semântica.
- A norma ISO 18104 para a construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

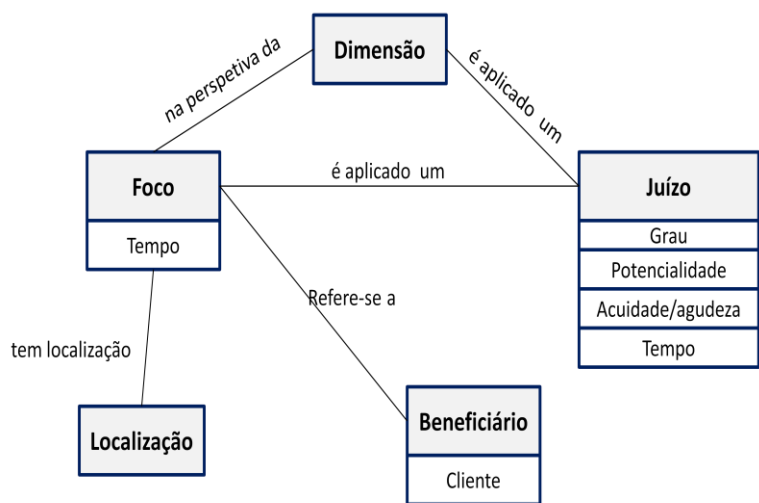
Utilizamos a CIPE® como um modelo de análise dos conceitos documentados nos SIE. Esta opção está relacionada com o facto de nesta classificação estarem contidos os conceitos necessários à descrição dos cuidados de enfermagem.

Suportamos o processo de análise nesta primeira fase, também pela norma ISO 18104 (Health Informatics, 2003) enquanto terminologia de referência orientada pelos conceitos de enfermagem.

As figuras seguintes apresentam-nos os esquemas dos modelos de referência para a construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

**Figura 3: Modelo de terminologia de referência para diagnósticos de enfermagem**

**Diagnóstico de enfermagem**



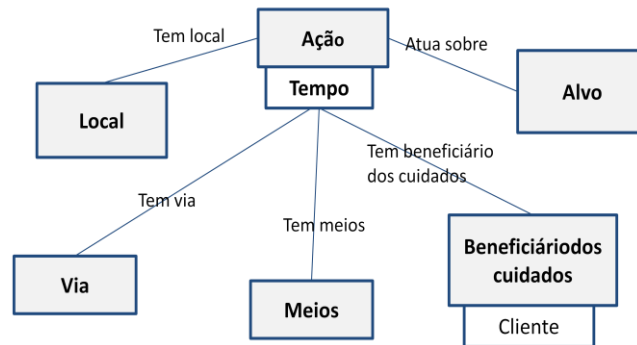
Reference terminology model for nursing diagnoses

© ISO 2003

Adaptado de ISO 18104 (Health Informatics, 2003)

Figura 4: Modelo de terminologia de referência para intervenções de enfermagem

*Intervenção de enfermagem*



*Reference terminology model for nursing actions*

© ISO 2003

Adaptado de ISO 18104 (Health Informatics, 2003)

Este modelo de terminologia para os diagnósticos e intervenções de enfermagem, enquanto *Standard Internacional*, visa:

- *Suportar a definição intencional de diagnóstico de enfermagem e os conceitos das intervenções de enfermagem, que sejam reflexo de uma ampla gama de papéis e cenários de prática.*
- *Facilitar a representação dos diagnósticos de enfermagem e os conceitos das intervenções de enfermagem e suas relações em uma forma adequada para o processamento do computador.*
- *Fornecer uma linguagem para descrever a estrutura do diagnóstico de enfermagem e os conceitos das intervenções de enfermagem para permitir uma integração adequada com outros modelos de terminologia de referência e com modelos de informação (Health Informatics, 2003).*

O modelo de terminologia incorpora conceitos e definições dos mesmos. Relativamente aos conceitos incorporados nos modelos de referência, no que se refere aos diagnósticos de enfermagem, os conceitos estão definidos da seguinte forma:

- **Foco** – *definido como sendo a área de atenção. Pode ser trabalhado em função do tempo.*
- **Juízo** – *definido como sendo a opinião relativa ao foco. Recomenda o uso de descritores que estão qualificados como o grau, a potencialidade, a acuidade ou agudeza e o tempo.*
- **Dimensão** – *definida como sendo a qualidade que proporciona uma perspectiva sobre o foco.*
- **Beneficiário** – *«subject of information», definido como a entidade a que o diagnóstico se refere.*

- **Localização** – definida como a estrutura física que especifica a posição do foco ou do alvo. Pode ser uma parte do corpo, uma estrutura alterada ou um dispositivo.

Relativamente ao modelo de referência para as ações de enfermagem é a seguinte a definição dos conceitos que o constituem:

- **Ação** – é o processo através do qual um serviço intencional é aplicado ao Beneficiário dos cuidados. Pode ser trabalhada em função do tempo.
- **Alvo** – é a entidade que é afetada pela ação de enfermagem ou que proporciona o conteúdo para essa ação.
- **Meios** – são as entidades usadas para desenvolver a ação de enfermagem.
- **Via** – é o caminho pelo qual é conseguida essa ação.
- **Local** – é a estrutura física que especifica a posição do foco ou do alvo.
- **Beneficiário dos cuidados** – é a pessoa, família ou grupo a quem a ação é prestada.

Estes dois modelos permitiram classificar a quase totalidade do *corpus de análise*, no entanto, foi acrescentada uma categoria relativa à enunciação dos diagnósticos de enfermagem, a «*especificação da dimensão*». Este caso particular prende-se com a constatação de informação documentada nos SIE e associada a uma dimensão enquanto «...*quality possessed by an <individual> or <group> which provides a perspective on...focus, and nursing diagnosis*»<sup>8</sup> (ISO 18104, 2003), ausente no modelo de referência mas presente no material em estudo, no sentido de melhor descrever e especificar a **dimensão** sobre a qual o foco é ajuizado. Por exemplo, nos enunciados dos diagnósticos de enfermagem:

«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar no levantar-se não demonstrado»  
 «aprendizagem de capacidade para a utilização da técnica de levante no levantar-se não demonstrado»

Os conceitos presentes nesta categoria da especificação da dimensão seriam as estratégias adaptativas e a técnica de levante.

Assim, cada enunciado de diagnóstico de enfermagem foi analisado na perspetiva do **juízo** que lhe está associado, na perspetiva das **dimensões** envolvidas, isto é, na perspetiva de outros focos com ele relacionados e utilizados para traduzir de forma mais precisa as necessidades dos clientes em cuidados. Da mesma forma, analisaram-se os enunciados das intervenções de enfermagem que lhe estão associadas.

---

<sup>8</sup> *Qualidade do indivíduo ou grupo que proporciona uma perspetiva sobre...focos ou diagnósticos de enfermagem – tradução livre da autora.*

Definindo uma relação como sendo uma ou mais correspondências entre fenómenos (Freixo, 2010), construir um modelo destas relações a partir do que se encontra documentado, é o que se pretende.

Após análise e reflexão sobre as categorias dos dados obtidos, resultaram quadros representativos do processo de análise de conteúdo que foram sujeitos à validação por um grupo de peritos (anexos II a VII).

#### 2.5.1.2 Dos discursos produzidos pelo grupo de peritos

O discurso produzido pelo grupo de peritos foi gravado em áudio, e após transcrito. Face à informação que resultou desta transcrição foi definido o *corpus de análise*, excluindo discursos paralelos e marginais. Seleccionamos as unidades de contexto que respondiam aos objetivos definidos para esta estratégia de análise e em seguida foram geradas categorias e subcategorias, neste caso, sem modelo de análise à priori, por exemplo, no âmbito da reflexão produzida pelos peritos para definição de critérios de organização e sistematização para a construção do modelo de dados.

#### 2.5.2 O grupo de peritos

De acordo, e na sequência do exposto anteriormente, o recurso em termos metodológicos a um grupo de peritos prendeu-se com a necessidade de acrescentar valor empírico, diminuindo a subjetividade inerente a um processo de análise de conteúdo ao material documentado pelos enfermeiros, e expor critérios organizadores do sistema de relações nos modelos clínicos de dados.

Relativamente aos critérios de seleção dos participantes que integram um grupo de discussão destaca-se primeiramente a necessária experiência e conhecimento acerca do tópico em análise, depois, a disponibilidade para se envolver ativa e decididamente no trabalho e por último; a capacidade de comungar do desejo coletivo de construir as melhores soluções e ideias de que forem capazes (Pereira, 2010).

Após auscultação da disponibilidade de um grupo de enfermeiros professores para integrar o grupo de peritos, agendamos uma reunião tendo os envolvidos sido informados dos objetivos da mesma. A reunião realizou-se em Maio de 2013, no dia 20, das 9h às 13h, em sala própria cedida pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Foram os seguintes os objetivos desta abordagem metodológica:

- Validar a análise de conteúdo efetuada à documentação de enfermagem.
- Identificar critérios do sistema de relações entre os conceitos nos modelos clínicos de dados relativos aos focos de atenção em estudo.

#### 2.5.2.1 A caracterização do grupo de peritos

O grupo de discussão foi composto pelo próprio investigador e por cinco peritos docentes da ESEP, doutorados ou em fase final do processo de doutoramento, nas áreas do autocuidado e dos sistemas de informação em enfermagem.

Apresentamos no quadro seguinte os atributos que sustentaram a opção pelos peritos participantes.

**QUADRO 4: A caracterização do grupo de peritos**

<b>«Grupo de peritos»</b>	<b>Formação académica (no momento da participação)</b>	<b>Área de doutoramento</b>
<b>Perito_1</b>	Enfermeiro; Doutoramento em Ciências de Enfermagem (2000)	Sistemas de Informação em Enfermagem
<b>Perito_2</b>	Enfermeiro; Doutoramento em Ciências de Enfermagem (2006)	Sistemas de Informação em Enfermagem
<b>Perito_3</b>	Enfermeiro; Doutoramento em Enfermagem (2011)	Desenvolvimento de competências para a tomada de decisão em enfermagem
<b>Perito_4</b>	Enfermeiro; Mestre em Enfermagem (a aguardar defesa de tese de doutoramento)	Autocuidado
<b>Perito_5</b>	Enfermeiro; Mestre em Enfermagem (em fase de elaboração do relatório de tese de doutoramento)	Autocuidado

#### 2.5.2.2 A descrição da reunião

A reunião iniciou-se com uma clarificação dos objetivos da mesma para não dar a possibilidade de dispersão das ideias.

De seguida o investigador apresentou o tema do estudo de investigação, a sua finalidade e o material sobre o qual recaiu a análise de conteúdo efetuada.

Após esta fase inicial o investigador explicou que os conceitos de autocuidado *erguer-se, virar-se e transferir-se* descritos na CIPE® e a norma ISO18104 foram os modelos utilizados à priori para a construção das categorias.

Foi mostrada de seguida uma representação esquemática dos conceitos de autocuidado com a sua correspondência entre as duas versões da CIPE® utilizadas neste trabalho e uma representação esquemática da norma no que diz respeito aos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Seguidamente o investigador forneceu quadros resultantes da análise da documentação dos enfermeiros e das parametrizações referentes aos focos do autocuidado em estudo, com a respetiva relação entre os vários conceitos. A discussão dos peritos começou nesta fase e prosseguiu até se obter o consenso sobre a validação da análise de conteúdo.

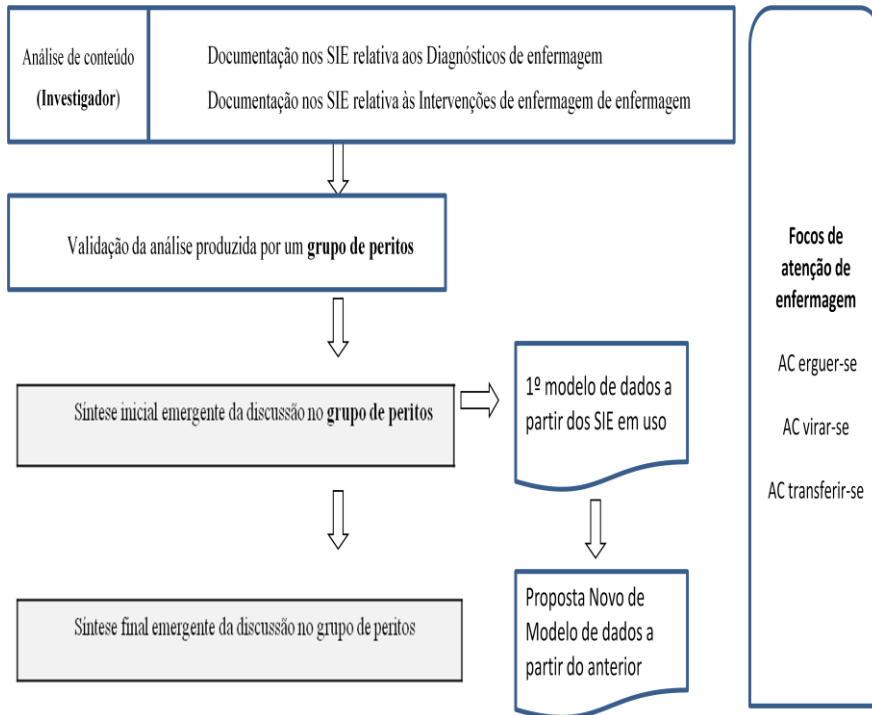
Após, evoluiu-se para a identificação dos critérios dos sistemas de relações entre os conceitos para o modelo clínico de dados novamente até se obter consenso sobre o assunto.

A reunião foi documentada em gravação de áudio com o conhecimento e a autorização de todos os intervenientes com o objetivo de posteriormente o investigador proceder à sua transcrição e respetiva análise de conteúdo.

### **2.5.3 Esquema temporal das etapas do estudo**

Este estudo desenvolveu-se em várias etapas consecutivas, cuja sequência apresentamos na figura seguinte de forma a facilitar a compreensão do capítulo de apresentação e discussão dos resultados.

**Figura 5: Esquema temporal das etapas do estudo**



Pretendeu-se, com as sínteses que emergiram de cada uma das etapas, justificar e clarificar as opções tomadas a seguir.

## 2.6 ASPETOS ÉTICOS

Ao trabalharmos com dados que se reportam aos cuidados de enfermagem é fundamental ter em atenção algumas questões éticas.

Neste sentido, foram contactados os Conselhos de Administração e respetivas Comissões de Ética, das instituições seleccionadas, no sentido de validar os requisitos éticos que contemplamos neste estudo e autorizar a colheita de dados:

- *O material de análise foi organizado em bases de dados sem conterem itens identificativos das instituições, dos enfermeiros ou dos doentes.*
- *Não existem dados pessoais que identifiquem os enfermeiros parametrizadores.*
- *A participação dos peritos no grupo de discussão foi feita de forma voluntária e informada.*
- *A identificação dos participantes no grupo de peritos foi codificada de forma a manter o seu anonimato como é hábito nestes procedimentos.*

### **3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Neste capítulo apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos no decurso deste trabalho de investigação. O capítulo está organizado em função de cada um dos três focos de atenção em estudo: o *autocuidado erguer-se*, o *autocuidado virar-se* e o *autocuidado transferir-se*. O primeiro subcapítulo refere os resultados face aos diagnósticos de enfermagem e o segundo centra-se nas intervenções de enfermagem.

#### **3.1 A DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NOS SIE EM USO**

A abordagem metodológica permitiu-nos responder aos objetivos definidos. Apesar de na definição de cada objetivo referirmos os três focos de atenção associados, apresentaremos os resultados face a cada um dos focos em separado. Iniciamos a apresentação e discussão dos resultados referindo-nos aos diagnósticos de enfermagem, conceitos e suas relações e após centramo-nos nas intervenções de enfermagem.

##### **3.1.1 Os conceitos usados pelos enfermeiros para enunciar os diagnósticos de enfermagem e as relações entre si**

Na análise que apresentamos relativa aos diagnósticos de enfermagem documentados pelos enfermeiros utilizaremos, como referido no capítulo anterior, a CIPE<sup>®</sup> enquanto modelo semântico e a norma ISO 18104 (Health Informatics, 2003) enquanto modelo organizador dos pelos conceitos de enfermagem envolvidos nos enunciados.

###### **3.1.1.1 Autocuidado *erguer-se***

Analisada a documentação de enfermagem no que diz respeito ao foco *autocuidado erguer-se*, verifica-se que, nas sintaxes dos diagnósticos, são várias as opções de documentação do processo de diagnóstico (anexo II). Importa relembrar que nos SIE em uso é frequente alguns dos conceitos classificados na CIPE<sup>®</sup> se encontrarem substituídos por outro conceito, seu sinónimo, e que culturalmente é mais sensível para os utilizadores. Esta

situação está prevista pelo ICN, adotando estes termos a designação de *termo preferido* e assumindo o mesmo código do original classificado. No caso do autocuidado erguer-se verificamos que em alguns dos SIE em uso, o conceito erguer-se 10018755 (CIPE® 2.0) foi substituído pelo termo preferido *levantar-se*.

Quando focalizamos a análise no *juízo* documentado e tradutor da «... *opinião relativa ao foco*» (ISO 18104, 2003) ou da «...*opinião clínica ou determinação relativa ao foco da prática*» (CIPE® 2.0, 2011), verificámos a existência de alguma variabilidade de conceitos.

Apresentamos no quadro seguinte as categorias de análise aos conceitos usados como juízo sobre o foco de atenção em análise:

**QUADRO 5: Categorias de análise sobre o conceito usado como juízo associado ao foco de atenção *erguer-se***

<b>Categoria Juízo</b>	<b>Subcategoria Juízo</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Compromisso/ Comprometido</b>	<b>Comprometido</b>	« <i>levantar-se comprometido em grau moderado.</i> » « <i>compromisso no levantar-se</i> »
<b>Compromisso/ Comprometido</b>	<b>Limitado</b>	« <i>levantar-se limitado em grau elevado</i> »
<b>Compromisso/ Comprometido</b>	<b>Restrito</b>	« <i>levantar-se restrito</i> »
<b>Compromisso/ Comprometido</b>	<b>Interrompido</b>	« <i>levantar-se, interrompido</i> »
<b>Dependência/ Dependente</b>	<b>Dependente</b>	« <i>levantar-se dependente em grau elevado</i> » « <i>Dependência Presente, no levantar-se em grau elevado</i> »

Analisando o significado de cada um dos conceitos à luz da CIPE®, constatamos que alguns dos conceitos estão presentes apenas nas versões mais antigas da classificação e outros já aparecem nas atuais. Assim:

- *Comprometido* é definido como um «Juízo positivo ou negativo: Estado julgado **como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz**» (versão 2.0, 2011) e Compromisso apresenta-se como «...*expor-se ou ficar aberto ao mal, ou colocar-se em perigo*» (versão Beta 2, 2005) e é inexistente na versão 2.0.

- Limitado define-se como a «...afirmação de que um fenómeno de enfermagem está **restringido a um determinado ponto ou nível**» (versão Beta 2, 2005). Inexistente na versão 2.0.
- Interrompido encontra-se definido na versão 2.0 (2011) em relação a «Progressão: **Suspensão temporariamente**».
- Restrito é um conceito que, embora documentado pelos enfermeiros, não encontramos mencionado na CIPE®.

Relativamente aos conceitos: *Comprometido*, *Limitado* e *Interrompido*, verifica-se grande similaridade no que se reporta aos significados. Parece-nos existir alguma redundância nas definições, o que nos faz questionar sobre a sua utilidade clínica. Concretamente, todos eles referem uma leitura negativa no âmbito do foco de atenção - *julgado como alterado, ineficaz, ou negativo* - congruente com a definição do conceito Comprometido (CIPE®, 2011). Mesmo admitindo que no pensamento decisório do enfermeiro tivessem sido usados diferentes dados para suportar esta variabilidade, não encontramos no SIE, no âmbito das intervenções prescritas para estes diagnósticos, abordagens distintas que justifiquem estas diferentes opções, como veremos mais á frente.

No que se refere ao uso do conceito de *Dependência*, o significado refere, não a alteração negativa do foco, como os anteriores, mas sim o efeito dessa alteração na condição da pessoa / cliente, pelo que não se verifica neste caso qualquer sobreposição de significados. Assim, Dependência está definida na versão Beta 2 (2005) como a «...verificação de que alguém está dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda ou suporte», sendo dependente a afirmação dessa definição e não dependente a sua negação, ou então como «*Status - dependente*» na versão 2.0 (2011).

Focando-nos agora na análise e discussão dos resultados orientada para as relações estabelecidas entre os conceitos usados para documentar os diagnósticos de enfermagem constatamos diferentes opções de documentação.

Como já referimos anteriormente, o diagnóstico de enfermagem é um enunciado de um «*julgamento clínico sobre a resposta humana aos problemas de saúde reais ou potenciais, ou aos processos de vida, duma pessoa, família ou comunidade*» (Johnson & Bulechek, 2001). Este raciocínio ou processo mental resulta numa decisão que, no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros, se traduz na documentação do diagnóstico de enfermagem. A precisão deste processo assume particular relevância, sendo uma dimensão crítica para o sucesso dos cuidados (Lunney, 2004) e fundamental para o futuro da assistência de enfermagem baseada em evidência e centrada nas necessidades da pessoa / cliente (NANDA-I, 2009-2011).

Assume-se que o enunciado do diagnóstico, isto é a forma como se faz a explanação do resultado do processo de diagnóstico, é significativamente tradutora do processo de pensamento do enfermeiro para a conceção de cuidados (Silva, 2011).

Contudo, e lembrando a elevada frequência de diferentes tipos de sintaxes encontradas na análise da documentação dos diagnósticos de enfermagem relativos a este foco de atenção, importa referir que esta elevada frequência não corresponde na sua totalidade à variabilidade de conceção de cuidados face a esta condição de autocuidado. A variação de documentação, para além de refletir diferentes perspetivas de conceção de enfermagem sobre o mesmo fenómeno, também se fica a dever a diferentes processos sintáticos que nos SIE são registados como distintos quando, a maior parte das vezes, o significado é exatamente o mesmo.

No SIE, um diagnóstico com duas sintaxes diferentes, fica registado como correspondendo a dois diagnósticos de enfermagem diferentes, quando de facto, se refere ao mesmo diagnóstico de enfermagem identificado duas vezes. Daqui decorre a tão importante normalização dos dados a que os enfermeiros possam ter acesso para construir as suas sintaxes (Huff, 2011) e a construção de modelos de dados que permitam aos sistemas fornecer uma estrutura organizada dos mesmos.

Analisada a documentação dos diagnósticos de enfermagem constata-se que essa documentação revela diferentes formas de associar e relacionar os conceitos. São exemplos de diferentes sintaxes para o mesmo diagnóstico, os que apresentámos:

**QUADRO 6: Exemplos de diferentes tipos de enunciados diagnósticos face ao foco de atenção autocuidado erguer-se**

<b>Foco de atenção - autocuidado erguer-se</b>	
<b>Formas de documentação do diagnóstico de enfermagem</b>	
<b>A</b> Foco + 1 conceito (juízo)	«levantar-se dependente - 1ª levante» «levantar-se dependente ( 1ª levante)» «levantar-se dependente 1ª levante»
<b>B</b> Foco + X conceitos – (outros focos) + juízo sobre o segundo foco	«levantar-se : conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar no levantar-se não demonstrado» «levantar-se: conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar não demonstrado»

A documentação da opinião clínica do enfermeiro, sobre o comportamento intencional da pessoa para «...mover-se, modificando a posição do corpo para a vertical» (CIPE®, versão 2.0, 2011), ou seja sobre o autocuidado erguer-se, assume então duas formas diferentes: uma delas, associando apenas um conceito do eixo do juízo para qualificar o foco, e outra associando outros focos para qualificar o foco de atenção principal.

No primeiro caso, o significado atribuído ao juízo qualificador (*comprometido, dependente, interrompido, limitado, ...*) é o único critério distintivo da natureza do problema.

Esta utilização de apenas um conceito do eixo «juízo» associado ao foco, incorporou, em alguns casos, o grau de manifestação do juízo à luz da CIPE® versão Beta 2 (2005) que, face a todos os termos do eixo juízo, classifica diferentes graus: *grau reduzido, grau moderado, grau elevado e grau muito elevado*. São alguns exemplos, os seguintes enunciados:

«*levantar-se dependente, em grau elevado*»  
 «*levantar-se dependente, em grau moderado*»  
 «*levantar-se dependente, em grau reduzido* »

«*Levantar-se Comprometido, em grau muito elevado*»  
 «*Levantar-se Comprometido, a um nível elevado*»  
 «*levantar-se comprometido em grau moderado.*»  
 «*Levantar-se Comprometido, em grau reduzido*»

Refletindo sobre esta opção de usar diferentes gradientes associados ao juízo, emerge a dúvida sobre a sua interpretação pelos utilizadores da informação, sublinhando-se que a modificação do juízo sobre o diagnóstico de enfermagem é fundamental para a produção de resultados de enfermagem. No entanto, esta tradução de resultados pode não estar suportada por critérios que confirmam a possibilidade de comparabilidade entre diferentes graus do juízo se estes não estiverem claramente e uniformemente definidos pelos utilizadores. Ora, na documentação analisada encontramos definição de alguns gradientes dos juízos, apenas para o juízo *dependência / dependente*, que como já dissemos anteriormente foi o mais utilizado pelos enfermeiros.

**QUADRO 7: Propriedades das subcategorias de análise sobre o conceito Dependência associado ao foco de atenção *erguer-se***

Subcategoria Grau do juízo	Unidades de contexto
Dependente em Grau elevado	« <i>O doente não inicia nenhuma actividade inerente ao autocuidado levantar-se</i> » « <i>A pessoa não inicia nem completa as actividades sem ajuda de pessoas</i> »
Dependente em Grau moderado	« <i>O doente inicia as actividades inerentes ao autocuidado levantar-se, mas não as completa sem a ajuda de pessoas ou equipamentos</i> » « <i>A pessoa inicia as actividades, mas não as completa sem ajuda de pessoas ou equipamento</i> »
Dependente em Grau reduzido	« <i>O doente inicia e completa as actividades inerentes ao autocuidado levantar-se, no entanto, requer orientação e/ou incentivo</i> » « <i>A pessoa inicia e completa as actividades, mas precisa de ajuda de equipamento</i> »

Da análise do quadro anterior, constata-se que cada gradiente está definido de diferentes formas, consoante o contexto a que se reporta, o que pode levar a uma dificuldade acrescida para a comparabilidade efetiva de resultados.

No material relativo aos diagnósticos de enfermagem, e tal como referimos anteriormente, verificou-se uma outra forma de documentação do diagnóstico de enfermagem tomando como foco de atenção - *erguer-se*. Referimo-nos à documentação da opinião clínica do enfermeiro resultante do processo de diagnóstico usando um outro foco de atenção para qualificar o foco inicial, tradutor de uma outra perspetiva de análise do problema.

Este processo é congruente com o conceito de ***dimensão*** definido pela norma ISO18104 (2003). Esta opção revela, assim, um processo de raciocínio diagnóstico integrador de pressupostos concetuais que definem a «*relação terapêutica do enfermeiro caracterizada pela parceria estabelecida com a pessoa/cliente no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel*» (OE<sup>9</sup>, 2001). Todos os focos usados se referem a recursos da pessoa a ser mobilizados para lidar com a situação. São exemplos:

«*aprendizagem de capacidades para se levantar não demonstrado*»  
«*conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar não demonstrado*»  
«*Força de vontade para levantar-se não demonstrada*»  
«*Adaptação não eficaz para levantar-se*»

Esta explanação do processo de raciocínio diagnóstico é congruente com os pressupostos teóricos da disciplina nomeadamente na teoria das transições (Meleis, 2010), cujos pressupostos enfatizam os recursos pessoais tais como, o *conhecimento* e a *força de vontade* como condições pessoais que influenciam o decurso de uma transição.

No caso da utilização de outro foco de atenção para enunciar o diagnóstico de enfermagem, verificou-se que também neste caso os enfermeiros associam um juízo a esse «segundo» foco de atenção. São exemplos das dimensões e juízos associados ao foco *erguer-se*:

---

<sup>9</sup> *Ordem dos Enfermeiros*

**QUADRO 8: Categorias de análise sobre o conceito *dimensão* associado ao foco de atenção *erguer-se***

<b>Categoria Dimensão</b>	<b>Subcategoria Juízo da dimensão</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b><i>Aprendizagem de capacidades/habilidades</i></b>	<b><i>Demonstrado</i> <i>Não demonstrado</i></b>	« <i>aprendizagem de capacidades para se levantar no levantar-se demonstrado</i> » « <i>aprendizagem de capacidades para se levantar não demonstrado</i> » « <i>Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de levante Demonstrado</i> »
<b><i>Conhecimento</i></b>	<b><i>Demonstrado</i> <i>Não demonstrado</i></b> <b><i>Potencial de desenvolvimento</i></b> <b><i>Melhorado</i></b> <b><i>Adquirido/</i> <i>Não adquirido</i></b> <b><i>Percecionado/ não</i> <i>percecionado</i></b> <b><i>Conseguido/</i> <i>Não conseguido</i></b>	« <i>conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar demonstrado</i> » « <i>Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar Melhorado</i> » « <i>Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar Potencial de Desenvolvimento (2.0)</i> » « <i>Conhecimento no levantar-se Adquirido</i> » « <i>Conhecimento no levantar-se Não Adquirido</i> » « <i>Conhecimento no levantar-se Conseguido</i> » « <i>Conhecimento no levantar-se Não Percecionado</i> » « <i>Conhecimento no levantar-se Percecionado</i> »
<b><i>Força de vontade</i></b>	<b><i>Demonstrado</i></b>	« <i>Força de vontade para levantar-se Demonstrado</i> »
<b><i>Adaptação</i></b>	<b><i>Efcaz/Não efcaz</i></b>	« <i>Adaptação Efcaz para levantar-se</i> » « <i>Adaptação não efcaz para levantar-se</i> »
<b><i>Capacidade / Incapacidade</i></b>	<b><i>Potencial de desenvolvimento</i></b> <b><i>Melhorado</i></b> <b><i>Incapacitado/Não</i> <i>Incapacitado</i></b>	« <i>Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar Melhorado</i> » « <i>Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar Potencial de Desenvolvimento (2.0)</i> » « <i>levantar-se incapacitado</i> » « <i>Levantar-se não incapacitado</i> »

Tal como na análise dos resultados centrados nos conceitos relativos ao juízo sobre o foco, analisamos o seu significado e a sua pertinência clínica. Assim:

- ***Aprendizagem de capacidades*** é a «...aquisição do domínio das atividades práticas associada a treino, prática e exercício» (versão 1.0, 2010; versão 2.0, 2011).
- ***Conhecimento*** encontra-se definido como o «...conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação» (versão 1.0, 2010; versão 2.0, 2011).

- **Força de vontade** é a «...disposição para manter e abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências» (versão 1.0, 2010; versão 2.0, 2011).
- **Adaptação** define-se como «Coping - gerir novas situações» (versão 1.0, 2010; versão 2.0, 2011).
- **Capacidade**: «Status» (versão 1.0, 2010; 2.0 2011); e **Incapacidade** encontra-se descrita como uma «...diminuição ou ausência de aptidão ou capacidade física ou mental» (versão 1.0, 2010; versão 2.0, 2011).
- **Aprendizagem de habilidades** é um termo que não encontramos referenciado na CIPE®.

As categorias: *Conhecimento* e *Força de vontade*, enquanto dimensões de análise do foco *erguer-se*, são tradutoras de uma avaliação da condição da pessoa com dificuldades no *erguer-se* mas face à qual o enfermeiro enfatiza na sua opinião clínica não apenas sobre o comportamento em si, mas também face aos recursos pessoais do cliente qualificando-os. Verifica-se assim, utilidade clínica, maior nível expressivo e explícito do julgamento clínico, para além de integração de pressupostos teóricos do conhecimento disciplinar na forma de explanar a tomada de decisão.

Relativamente às categorias: *Aprendizagem de capacidades* e *Capacidade*, colocam-se-nos algumas questões. Como verificamos no quadro anterior, é frequente nos SIE em uso a utilização do conceito *aprendizagem de capacidades* enquanto qualificador do foco em análise. Ora este conceito, tal como a sua definição traduz: «*Aquisição do domínio de atividades práticas ...*» encontra-se centrado no processo de aprender, sendo a aprendizagem a: «*Aquisição de conhecimentos associada ao uso do pensamento consciente e da inteligência*» (CIPE®, versão 2.0) o que, de todo, não nos parece traduzir a intenção do enfermeiro. Aliás, nas situações em que a pessoa cliente tem problemas de aprendizagem é frequente o enfermeiro ou substituí-lo no autocuidado ou capacitar outra pessoa para o fazer como por exemplo, o familiar prestador de cuidados, para que a assistência necessária seja efetiva.

Contrariamente, o foco *Capacidade* definido como «*Status*» (CIPE® versão 1.0; versão 2.0) refere-se de acordo com a mesma classificação à: «*condição da pessoa...*» e agrega como focos mais específicos a condição / capacidade da pessoa para diferentes aspetos do autocuidado como alimentar-se, cuidar da higiene, mobilizar-se, transferir-se, andar, etc. Quando o enfermeiro associa o foco *aprendizagem de capacidades* para *erguer-se* e ajuíza como *demonstrado* ou *não demonstrado*, parece-nos que o seu pensamento diagnóstico se centrou na capacidade funcional da pessoa para se erguer e não no processo de aprendizagem. Quando o processo de diagnóstico se focaliza na ausência ou domínio de

um determinado conteúdo informativo ou conteúdo específico do pensamento, nesse caso o enfermeiro usa de forma adequada, o foco: *Conhecimento*.

O foco *Adaptação*, também foi identificado como dimensão de análise sobre o foco *erguer-se*. O conceito - adaptação - define-se como um processo de *coping*, enquanto disposições para lidar com novas situações (CIPE®, 2011). Ora, a própria definição é agregadora de múltiplas disposições que a serem usadas e potencializadas poderão conduzir a uma adaptação saudável. Quando perspetivamos a ajuda profissional do enfermeiro face às mudanças que podem ocorrer ao longo da vida, centramo-nos nesses recursos pessoais, nessas ferramentas adaptativas, enquanto condições que podem ser potenciadas, melhoradas ou até melhor percebidas pela pessoa de forma a ela própria conseguir mais facilmente lidar com a mudança. Daqui decorre que o conceito *Adaptação* pode quase traduzir o resultado do processo de transição, o que não nos parece congruente com o objetivo de identificar as áreas sobre as quais o enfermeiro pode produzir resultados positivos.

Verificamos, também no quadro anterior, que relacionados com estas dimensões os enfermeiros associam alguns juízos como por exemplo: *demonstrado / não demonstrado; melhorado; potencialidade de desenvolvimento...* Estas diferentes opções, relativas ao juízo sobre as dimensões, permitem-nos perceber duas perspetivas de leitura, uma de constatação de alguma coisa numa perspetiva negativa ou ausente (não demonstrado, não adquirido, não conseguido...) e uma outra que identifica nessa evidência a oportunidade de melhorara condição.

Analisadas as dimensões e discutidas em termos de relevância face à sua utilidade clínica constata-se que sempre que se encontra documentado: *aprendizagem de capacidades, conhecimento, força de vontade*, qualquer uma delas se refere a algo concreto. Neste estudo, tal como referimos antes, designamos estes itens de informação como **especificações das dimensões**. São exemplos:

«para usar equipamento»  
«sobre estratégias adaptativas para se levantar »  
«sobre técnica de levante no levantar-se»  
«força de vontade para levantar-se»  
«estratégias adaptativas para levantar-se»

Analisados os diferentes conceitos e identificadas as diferenças, que apenas se referem a diferentes ortografias ou diferentes significados com o mesmo significante, podemos dizer que as dimensões documentadas se referem em concreto a dois aspetos:

ou ao *foco inicial*, como é o caso de capacidade *para erguer-se* / força de vontade *para erguer-se*, ou então a equipamento ou dispositivo, como por exemplo, conhecimento sobre *dispositivos auxiliares* / capacidade para usar *dispositivos auxiliares*.

Nesta síntese é dispensável, na nossa perspetiva, a utilização dos conceitos: *estratégias adaptativas* e *técnica*. Entendemos que *estratégia adaptativa*, para além de ser um termo não classificado, parece-nos demasiado abrangente. Por outro lado, a utilização de qualquer equipamento – *Recurso* – é também uma estratégia adaptativa. Quando a *estratégia adaptativa* não pressupõe o recurso a um qualquer dispositivo mas a uma forma diferente de fazer algo, pensamos que não é necessário um novo conceito já que o foco em si mesmo refere a forma de levar a cabo o comportamento. Tomando como exemplo, a unidade de contexto:

«Auto cuidado erguer-se: conhecimento sobre estratégias adaptativas para levantar-se não demonstrado»

Constatamos que se pode documentar a mesma opinião clínica diminuindo a diversidade de conceitos usados para a documentar, assim:

«Auto cuidado erguer-se: conhecimento sobre como levantar-se não demonstrado»

Traduziria uma forma menos complicada de dizer a mesma coisa.

#### 3.1.1.2 Autocuidado *virar-se*

Situando agora a análise na documentação dos diagnósticos de enfermagem que tomam como foco de atenção o autocuidado *virar-se*: «*mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás*» (CIPE<sup>®</sup>, 2.0), os conceitos utilizados pelos enfermeiros não variam muito dos usados para o foco anteriormente analisado (anexo III). Também, relativamente a este foco, verificamos que, na quase totalidade do material em análise, o conceito *virar-se* (COD 10017833) é substituído pelo termo preferido *posicionar-se*, mantendo o mesmo código. Apresentamos, no quadro seguinte, alguns exemplos da utilização de cada um dos conceitos do eixo «*Juízo*» associado a este foco:

QUADRO 9: Categorias de análise dos conceitos usados como *juízo* associado ao foco de atenção *virar-se*

Categoria Juízo	Subcategoria Juízo	Unidades de contexto
Compromisso / Comprometido	<b>Comprometido</b>	«posicionar-se comprometido em grau reduzido» «Posicionar-se Não comprometido»
Compromisso / Comprometido	<b>Limitado</b>	«posicionar-se limitado»
Compromisso / Comprometido	<b>Prejudicado</b>	«posicionar-se prejudicado em grau elevado»
Compromisso / Comprometido	<b>Adequado</b> <b>Não Adequado</b>	«posicionar-se adequado» «posicionar-se não adequado»
Compromisso / Comprometido	<b>Interrompido</b>	«posicionar-se interrompido»
Dependência / Dependente	<b>Dependente</b>	«posicionar-se dependente,» «dependência no posicionar-se , em grau elevado»
Dependência ou Compromisso	<b>Não demonstrado</b>	«posicionar-se não demonstrado »

Procedemos à análise dos diferentes significados de cada conceito, no sentido de verificar da utilidade clínica das diferentes opções de utilização do juízo. Assim temos:

- **Prejudicado** que se encontra definido como uma «...afirmação de que um fenómeno de enfermagem está enfraquecido ou lesado» (versão Beta 2, 2005). Inexistente na versão CIPE<sup>®</sup> 2.0.
- **Não Adequado** que é «...a negação de suficiência ou satisfação de alguma coisa ou alguém» (versão Beta 2, 2005), sendo o **adequado** a sua afirmação, ambos inexistentes na versão CIPE<sup>®</sup> 2.0.
- **Não demonstrado** que é a «...negação de que um fenómeno de enfermagem seja evidenciado como um comportamento publicamente observável» (versão Beta 2, 2005), sendo o **demonstrado** a sua afirmação e inexistente na versão CIPE<sup>®</sup> 2.0.
- **Limitado**: «afirmação de que um fenómeno de enfermagem está restringido a um determinado ponto ou nível» (versão Beta 2, 2005). Inexistente na CIPE<sup>®</sup> 2.0.
- **Interrompido**: «Progressão: Suspenso temporariamente.» (CIPE<sup>®</sup>, 2.0)
- **Comprometido**, definido como um «Juízo positivo ou negativo: Estado julgado **como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz**» (versão 2.0, 2011).
- 

Os conceitos *Comprometido*, *Limitado* e *Interrompido*, foram já anteriormente objeto de análise face à sua utilização como juízos para o autocuidado *erguer-se*. O que foi discutido então, tem toda a aplicabilidade para o uso destes, face ao foco *virar-se*.

Os conceitos novos: *Prejudicado e Não adequado* não parecem acrescentar significado ao conceito por nós anteriormente sugerido como agregador de todos estes: *Comprometido*.

A utilização do «*Demonstrado / Não demonstrado*» sugere uma outra reflexão, já que é um conceito que nada descreve ou evidencia sobre o foco de atenção. Podemos, no limite, dizer que a demonstração de algo pressupõe a constatação ou observação da evidência a demonstrar. Neste sentido a não demonstração de *virar-se* significa que a pessoa não se vira, logo é uma condição perfeitamente abrangida pela definição de *Comprometido* «...*negativo, alterado, comprometido ou ineficaz*» (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

Exclui-se nesta análise de redundância concetual, tal como relativamente ao foco anteriormente analisado, o conceito do juízo – *Dependente*, que entendemos ter utilidade clínica no enunciado diagnóstico.

Em síntese parece-nos que os dois juízos: *Compromisso e Dependência* podem obviar à redundância que a diversidade anterior traduz.

Na análise dos enunciados de diagnósticos que tomam como foco o autocuidado *virar-se* constatamos, tal como no foco anterior, a opção de documentação do foco associando apenas um conceito do eixo «*Juízo*», e uma outra opção que associa outros focos para qualificar o foco inicial e assim construir um outro tipo de enunciado para o diagnóstico de enfermagem. São exemplos destas duas opções os diagnósticos de enfermagem que a seguir apresentamos:

**QUADRO 10: Exemplos de diferentes tipos de enunciados diagnósticos face ao foco de atenção *autocuidado virar-se***

<b>Foco de atenção autocuidado <i>virar-se</i></b>	
<b>Formas de documentação do diagnóstico de enfermagem</b>	
<b>A</b>	
Foco + 1 conceito (juízo)	<p>«<i>posicionar-se dependente, em grau muito elevado</i>»            «<i>posicionar-se dependente em grau elevado</i>»            «<i>posicionar-se dependente, em grau reduzido</i>»            «<i>posicionar-se comprometido em grau elevado</i>»            «<i>posicionar-se comprometido em grau moderado</i>»            «<i>posicionar-se prejudicado em grau elevado</i>»</p>
<b>B</b>	
Foco + X conceitos (outros focos) + juízo sobre o segundo foco	<p>«<i>conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar demonstrado</i>»            «<i>aprendizagem de capacidades para a utilização de estratégias adaptativas para se «posicionar não demonstrado»</i>»            «<i>Potencial de Aprendizagem Cognitiva para o uso de estratégias adaptativas para Posicionar</i>»            «<i>Adaptação não eficaz para posicionar-se</i>»            «<i>Potencial de aprendizagem cognitiva para o uso de estratégias adaptativas para posicionar-se ausente</i>»</p>

Relativamente à utilização de gradientes para os conceitos usados como juízo para o foco *virar-se*, à semelhança da análise produzida face ao foco de atenção anterior e excluindo o juízo *dependente*, afigura-se-nos difícil a definição de critérios que confirmem utilidade clínica ao uso de gradientes de juízos que por si só entendemos muito redundantes. Em relação ao juízo *dependente*, este constitui o único juízo acompanhado de definição de critérios tradutores dos diferentes graus de manifestação. Apresentamos a seguir as diferentes definições para cada um dos graus explicitados face ao juízo – *Dependente* nos SIE analisados.

**QUADRO 11: Propriedades das subcategorias de análise sobre o conceito: Dependência associado ao foco de atenção *virar-se***

Subcategoria Grau do juízo	Unidades de contexto
Dependente em Grau elevado	<p>«A pessoa, independentemente, não inicia nem completa nenhuma actividade inerente ao posicionar-se.»</p> <p>«A pessoa não inicia nem completa as actividades sem ajuda de pessoas»</p> <p>«A pessoa/doente não inicia nenhuma actividade inerente ao autocuidado: posicionar-se»</p> <p>«necessita de ajuda total de pessoas e equipamento para realizar as actividades de auto cuidado posicionar-se»</p> <p>«O doente não inicia o auto cuidado e necessita de ser posicionado»</p> <p>«Com substituição (CS)»</p> <p>«requer substituição»</p>
Dependente em Grau moderado	<p>«A pessoa não inicia todas as actividades inerentes ao posicionar-se ou não as completa de forma independente.» «A pessoa inicia as actividades, mas não as completa sem a ajuda de equipamentos»</p> <p>«A pessoa/o doente inicia as actividades, mas não as completa sem ajuda de pessoas ou equipamento»</p> <p>«não realiza de forma independente as actividades de auto cuidado posicionar-se, necessitando de ajuda parcial de pessoas ou equipamento»</p> <p>«O doente inicia as actividades inerentes ao autocuidado posicionar-se, mas não as completa sem ajuda de pessoas ou equipamentos»</p> <p>«O doente inicia o auto cuidado mas necessita de assistência para se posicionar»</p> <p>«A pessoa não inicia todas as actividades inerentes ao posicionar-se ou não as completa de forma independente.»</p> <p>«Com assistência (CA)»</p> <p>«requer ajuda»</p>
Dependente em Grau reduzido	<p>«A pessoa tem capacidade neuro-muscular para auto-iniciar e completar, independentemente, as actividades inerentes ao posicionar-se; no entanto requer orientação e/ou incentivo à iniciativa.»</p> <p>«A pessoa inicia e completa as actividades, mas precisa de ajuda de equipamento»</p> <p>«A pessoa inicia e completa as actividades, no entanto, requer orientação e/ou incentivo»</p> <p>«O doente inicia e completa as actividades inerentes ao autocuidado posicionar-se, no entanto, requer orientação e/ou incentivo»</p> <p>«realiza de forma independente as actividades de auto cuidado posicionar-se, necessitando de orientação e incentivo»</p>

	<p>«O doente necessita apenas de incentivo para se posicionar.»  «A pessoa tem capacidade neuro muscular para auto iniciar e completar, independentemente, as actividades inerentes ao posicionar-se; no entanto requer orientação e/ou incentivo à iniciativa.»  «Com assistência mínima (CAM)»  «requer orientação e / ou incentivo»</p>
--	--

Da leitura do quadro anterior, constata-se uma grande variabilidade de descritores das propriedades dos graus do juízo *dependente*. Esta situação deve-se sobretudo à existência de diferentes parametrizações por diferentes unidades de cuidados. Se, por um lado, não conseguimos justificar a existência do grau mediante a diferenciação das prescrições das intervenções para obter uma melhoria desse grau, por outro lado torna-se impossível comparar dados entre diferentes unidades pois o que é para uns é diferente para outros.

Centrando-nos agora nos conceitos usados como **dimensões** (ISO 18104, 2003) ou perspectivas de avaliação do foco *virar-se*, verificamos muitas similaridades com as dimensões associadas ao foco *erguer-se*, como podemos constatar nos exemplos:

«capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar melhorado»  
«conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar demonstrado»  
«aprendizagem de capacidades para a utilização de estratégias adaptativas para se posicionar não demonstrado»  
«Potencial de Aprendizagem Cognitiva para o uso de estratégias adaptativas para Posicionar-se ausente»

A exceção a esta sobreposição de conceitos refere-se à utilização do foco *Aprendizagem cognitiva* para qualificar o foco *virar-se*. Detemo-nos na definição do conceito Aprendizagem cognitiva: «...aquisição de conhecimentos associada ao uso do pensamento consciente e da inteligência» (CIPE<sup>®</sup>, versão 2.0, 2011). Este foco refere-se ao processo de aprendizagem, aliás já discutido face a um outro conceito similar – a *Aprendizagem de capacidades*. Não nos parece que a intenção do enfermeiro seja melhorar o processo de aprender, parece-nos sim que a intenção do enfermeiro ao usar este conceito para emitir o juízo clínico sobre o *virar-se* pretende fornecer informação, ou seja, um determinado conteúdo específico do pensamento para que a pessoa o use e incorpore no seu comportamento. Assim, parece-nos que o conceito *Conhecimento* será preferível enquanto dimensão de análise deste foco.

As restantes dimensões que encontramos associadas a este foco de atenção foram já analisadas face ao foco de atenção *erguer-se* e essa análise e discussão é transponível para o foco de atenção *virar-se*. Assim, os conceitos *Conhecimento* e *Capacidade* parecem contemplar as diferentes formas de estarem referidos na documentação enquanto

perspetivas de análise do foco *virar-se*. Os juízos documentados e associados às diferentes dimensões referidas podem ser: *demonstrado / não demonstrado; presente / ausente; melhorado; eficaz / não eficaz*. A pertinência ou adequação destes conceitos guarda relação com os conceitos usados para as dimensões.

Ao analisarmos os conteúdos específicos de cada dimensão associada aos diagnósticos de enfermagem encontramos, à semelhança do caso anterior, uma enorme variabilidade de especificações significando muitas delas sensivelmente o mesmo. São alguns exemplos:

«estratégias adaptativas para se posicionar »  
«equipamento adaptativo para se posicionar no posicionar-se »  
«técnica de posicionamento no posicionar-se »  
«Capacidade para se posicionar»

Analisadas as diferentes especificações das dimensões e tentando eliminar redundâncias, a síntese que emerge é sobreponível à relativa ao autocuidado *erguer-se*. O *foco de atenção*, em si mesmo, *posicionar-se*, como no exemplo: «*capacidade para se posicionar*», e o conceito de *dispositivos*, por exemplo: «*conhecimento sobre dispositivos auxiliares*», englobam todas as especificações das dimensões documentadas.

### 3.1.1.3 Autocuidado *transferir-se*

A análise da documentação dos enfermeiros relacionada com o foco *transferir-se*: «*...mover o corpo deslocando-o entre a cama e a cadeira*» (CIPE® versão Beta 2, 2005), mostrou bastantes sobreposições aos achados anteriores, constatando-se assim uma certa congruência na forma de documentar a conceção de cuidados de enfermagem relacionada com estes três focos do autocuidado tradutores da condição da pessoa «*acamada*» (anexo IV).

Os conceitos encontrados para produzir e documentar um «*Juízo*» sobre este foco apresentam a mesma variabilidade já anteriormente verificada.

Em relação com os dois focos analisados anteriormente encontramos apenas um conceito novo na categoria juízo face ao autocuidado *transferir-se*. Referimo-nos ao conceito Alterado definido na versão Beta 2 (2005) como «*...afirmação de que alguma coisa se alterou, modificou ou ajustou*», e inexistente nas versões posteriores. Por outro lado, este termo *Alterado*, incorpora a definição de *Comprometido* na versão mais recente da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Assim, de acordo com esta análise, apresentamos no quadro seguinte a categorização que emergiu face aos conceitos usados como juízo:

**QUADRO 12: Categorias de análise sobre os conceitos usados como juízo associados ao foco *transferir-se* nos SIE**

<b>Categoria Juízo</b>	<b>Subcategoria Juízo</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b><i>Comprometido / Compromisso</i></b>	<b><i>Comprometido</i></b>	« <i>transferir-se comprometido</i> » « <i>compromisso no transferir-se</i> »
<b><i>Comprometido / Compromisso</i></b>	<b><i>Limitado</i></b>	« <i>transferir-se Limitado, em grau moderado</i> »
<b><i>Comprometido / Compromisso</i></b>	<b><i>Prejudicado</i></b>	« <i>transferir-se prejudicado</i> »
<b><i>Comprometido / Compromisso</i></b>	<b><i>Alterado</i></b>	« <i>Transferir-se Alterado, em grau elevado</i> »
<b><i>Comprometido/ Compromisso</i></b>	<b><i>Interrompido</i></b>	« <i>transferir-se, interrompido</i> »
<b><i>Dependente / dependência</i></b>	<b><i>Dependente</i></b>	« <i>transferir-se dependente</i> »
<b><i>Comprometido ou Dependente</i></b>	<b><i>Não Demonstrado</i></b>	« <i>transferir-se não demonstrado</i> »

Também face ao autocuidado *transferir-se* verificamos a associação de um grau ou gradiente face ao conceito do juízo, e tal como antes, entendemos que o uso de gradientes pode ser de utilização difícil e pouco pertinente excetuando o juízo *dependente*, com critérios definidos, mas grande variabilidade nos mesmos. O quadro seguinte apresenta os gradientes usados para os diferentes juízos documentados.

**QUADRO 13: Categorias de análise dos conceitos relativos aos graus do juízo do foco *transferir-se***

<b>Categoria juízo</b>	<b>Subcategoria especificação do juízo</b>	<b>Unidades de contexto</b>
Dependente	Em grau muito elevado Em grau elevado Em grau moderado Em grau reduzido	« <i>transferir-se dependente, em grau muito elevado</i> » « <i>transferir-se dependente em grau elevado</i> » « <i>transferir-se dependente, em grau moderado(pós- CPRE)</i> » « <i>transferir-se dependente, em grau reduzido(pos-CPRE)</i> »
Comprometido	Em grau elevado Em grau moderado Em grau reduzido	« <i>transferir-se comprometido em grau elevado</i> » « <i>transferir-se comprometido, em grau moderado</i> » « <i>transferir-se Comprometido em grau reduzido</i> »
Prejudicado	Em grau moderado	« <i>transferir-se prejudicado em grau moderado</i> »

Analisados os conceitos usados como juízo constata-se, face ao *transferir-se*, dois tipos de enunciados para o diagnóstico de enfermagem: ou associando apenas um conceito do eixo «Juízo» para qualificar e traduzir a opinião clínica do enfermeiro sobre este autocuidado, ou associando um outro foco de atenção para qualificar o foco inicial sendo que alguns desses focos usados referem alguns dos recursos da pessoa necessários para lidar com o problema.

**QUADRO 14: Exemplos de diferentes tipos de enunciados diagnósticos face ao foco de atenção autocuidado *transferir-se***

<b>Foco de atenção autocuidado - transferir-se</b> <b>Formas de documentação do diagnóstico de enfermagem</b>	
<b>A</b> Foco + 1 conceito (juízo)	« <i>transferir-se comprometido</i> » « <i>transferir-se interrompido</i> » « <i>transferir-se dependente</i> »
<b>B</b> Foco + X conceitos – (outros focos) + juízo sobre o segundo foco	« <i>conhecimento para se transferir</i> » « <i>capacidade .... Se transferir</i> » « <i>aprendizagem de capacidades .... transferir-se</i> » « <i>aprendizagem de habilidades ... transferir-se</i> » « <i>Consciencialização... transferir-se</i> »

Importa sublinhar na análise da opção de enunciado diagnóstico que designamos como opção B, que os focos de atenção usados para qualificar o foco inicial, o autocuidado *transferir-se*, são similares aos usados para ajuizar sobre os focos anteriores. Verifica-se por isso alguma coerência no processo de diagnóstico face a estes três aspetos tradutores da condição da pessoa «*acamada*», mas que o enfermeiro avalia como podendo mobilizar recursos pessoais no sentido de melhorar.

Não podemos no entanto deixar de sublinhar a inclusão de um novo conceito nos SIE em uso, a *Consciencialização*, no original *Awareness* (10003083), enquanto «*...processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória*» (CIPE® versão 2.0, 2011), como dimensão de análise e explanação da opinião clínica face a uma pessoa com dificuldade em transferir-se.

A perceção pela pessoa do que mudou ou ficou diferente, neste caso no seu comportamento para transferir-se de um local para outro, assume um papel fundamental e decisivo para a abordagem terapêutica de enfermagem a desenvolver no sentido de uma transição saudável (Meleis, 2010).

Os juízos utilizados pelos enfermeiros associados às diferentes dimensões documentadas são semelhantes aos anteriormente apresentados: *demonstrado/ não demonstrado; presente / ausente; potencial de desenvolvimento, melhorado*. Também aqui se verifica que dois olhares podem ter lugar sobre o mesmo fenómeno, um centrado nos

aspectos negativos, ausentes e um outro centrado na oportunidade de a partir da mesma evidência focar-se no que é possível melhorar.

No que reporta à especificação ou concretização da dimensão, não encontramos diferenças quando comparamos com os outros focos. São exemplos das especificações das dimensões:

« sobre a utilização de equipamento adaptativo »  
« sobre estratégias adaptativas »  
« para se transferir »  
« sobre técnica de transferência »

Voltamos a entender que relativamente a este foco, tal como para os anteriores, e no sentido de diminuir a redundância de conceitos, a especificação da dimensão seria por via do foco em si mesmo, por exemplo: «*Conhecimento sobre transferir-se ...*», ou então através do uso do conceito de *dispositivos*, como por exemplo: «*conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir...*». Neste caso, da especificação da dimensão, estes dois tipos de enunciado asseguram aquilo que a grande variedade de termos encontrados pretende traduzir.

### **3.1.2 Os conceitos usados pelos enfermeiros para enunciar as intervenções de enfermagem e as relações entre si**

Tal como no subcapítulo antecedente, pretendemos neste estudo identificar as intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros e documentadas nos SIE associadas aos diagnósticos de enfermagem no âmbito do autocuidado: *erguer-se / levantar-se; virar-se/posicionar-se e transferir-se*.

A análise de resultados anterior centrou-se nos diagnósticos de enfermagem documentados pelos enfermeiros. Os diagnósticos de enfermagem constituem a base sobre a qual recai a seleção das intervenções de enfermagem e os consequentes resultados traduzidos na pessoa do cliente perante a qual o enfermeiro é responsável (NANDA - I, 2009-2011). Diagnósticos de enfermagem congruentes e adequados permitem ao enfermeiro planear uma abordagem terapêutica de forma a dar-lhes resposta com ações que visam modificá-los positivamente.

Esta assunção permite-nos, neste subcapítulo, apresentar não só os conceitos usados na documentação das intervenções de enfermagem e as relações entre eles, mas

também refletir sobre a relação entre os diagnósticos documentados e as intervenções prescritas.

Neste contexto, o *corpus de análise* é constituído pelos conteúdos parametrizados relativos a intervenções de enfermagem e relacionados com os focos de atenção em estudo.

A apresentação dos resultados seguirá a mesma orientação adotada para os diagnósticos de enfermagem, ou seja, organizada em função de cada um dos focos de atenção.

Uma intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no juízo clínico e no conhecimento, que um enfermeiro implementa para promover um resultado para o cliente (McCloskey & Bulechek, 1996). Na CIPE<sup>®</sup>, intervenção de enfermagem é definida como a «*resposta a um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem*» (versão Beta 2, 2005) ou como ações enquanto «*processos intencionais aplicados a / ou desempenhados por um cliente*» (versão 2.0, 2011).

#### 3.1.2.1 Relacionadas com o foco *erguer-se*

Na sequência do exposto anteriormente, centramos então a análise do material, nos termos usados como *ações face ao foco – erguer-se* (anexo V).

Verifica-se de facto a existência de um termo do eixo das ações em todas as intervenções de enfermagem presentes. Iniciamos então a análise de conceitos exatamente pelos tipos de ação usados. Dada a enorme variabilidade de tipos de ação documentados e recorrendo à organização taxonómica da CIPE<sup>®</sup> relativa às ações, optamos por agregar os termos relativos e estas por grupos de *tipo de ação*, de forma a facilitar a análise. Do ponto de vista taxonómico, as ações de enfermagem estão organizadas em cinco grupos de ações: ações do tipo *atender, gerir, informar, executar e determinar*, cada uma delas com especificações do termo de topo que designa o grupo. Cada um destes termos de topo, por seu turno, incorpora uma definição do conceito.

Assim, ***Atender*** está definido como «*...estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa*» (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

Analizada a documentação agrupamos as intervenções que usam como tipo de ação um conceito *Atender*.

**QUADRO 15: Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Atender*, usados nas intervenções de enfermagem para o foco *erguer-se***

Categoria ação	Subcategoria especificação da ação	Unidades de contexto
<b>Atender</b>	<b>Advogar</b> <b>Assistir</b> <b>Incentivar</b> <b>Elogiar</b>	«Atender pessoa no levantar-se» «Advogar o uso de equipamento adaptativo para levantar-se» «Assistir a pessoa no levantar-se» «Incentivar a pessoa a levantar-se» «Elogiar o doente»

Identificados os tipos de ação documentados, analisamos o significado de cada um deles:

**Atender:** «estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa»,

**Advogar:** «...recomendar alguém ou alguma coisa através da argumentação»,

**Assistir:** «...fazer parte do trabalho com ou para alguém»,

**Incentivar:** «...levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade»,

**Elogiar:** «...expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa» (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

Verificamos a existência de alguma redundância, nomeadamente entre o tipo de ação: *Advogar* e *Incentivar*, pois descrevem, de alguma forma, a intenção do enfermeiro de levar a pessoa / cliente a reagir de determinada maneira.

No que se refere ao *Elogiar* apesar de ser de facto um conceito classificado neste grupo de ações e presente na documentação, parece-nos mais tradutor de uma atitude relacional do enfermeiro, uma forma de interação, que nos deixa dúvidas sobre a utilidade de prescrição.

Relativamente ao uso do conceito *Atender*, até pela sua organização taxonómica (termo de topo) parece-nos que a sua abrangência sugere uma opção pelos conceitos mais específicos que este agrega.

Face ao *Incentivar* e *Assistir* entendemos verificar-se utilidade clínica na utilização de qualquer uma das ações, já que traduzem comportamentos e intenções diferentes e aplicáveis do ponto de vista da decisão clínica dos enfermeiros.

Em síntese, entendemos que as ações *Incentivar* e *Assistir* são tipos de ações cuja inclusão num modelo de dados relativo ao foco de atenção *erguer-se* nos parece adequada dado a sua utilidade clínica em termos de traduzirem uma intenção terapêutica.

Relativamente às ações que categorizamos em ações do tipo **Gerir**, definido como «...estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa» (CIPE<sup>®</sup>, 2011), as intervenções que usam uma ação incorporada nesta categoria são:

**QUADRO 16: Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Gerir*, usados nas intervenções de enfermagem para o foco *erguer-se***

<b>Categoria ação</b>	<b>Subcategoria Especificação da ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Gerir</b>	<b>Planear Manter Providenciar</b>	«Planear a actividade física» «Manter repouso na cama» «Providenciar equipamento adaptativo para se levantar»

Da análise dos significados dos conceitos:

**Planear:** «...ponderar, ordenar e organizar previamente alguma coisa»,

**Manter:** «...conservar, reter ou continuar alguma coisa»,

**Providenciar:** «...aprontar alguma coisa para alguém» (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

Pensamos serem ações que assumem um carácter de maior distância na interação enfermeiro / cliente. No entanto qualquer uma delas pode ter utilidade clínica. Há um domínio organizativo de planeamento no exercício profissional dos enfermeiros, que importa por vezes ter tradução na documentação.

No âmbito das intervenções de enfermagem que se destinam a: «...comunicar alguma coisa a alguém» (CIPE<sup>®</sup>, 2011), ou seja ações do tipo **Informar**, apresentamos no quadro seguinte alguns exemplos:

**QUADRO 17: Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Informar*, usados nas intervenções de enfermagem para o foco *erguer-se***

<b>Categoria ação</b>	<b>Subcategoria especificação da ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Informar</b>	<b>Ensinar Instruir Treinar Orientar</b>	«Informar sobre equipamento adaptativo para o levantar-se» «Ensinar a pessoa a levantar-se» «Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o levantar-se» «Treinar técnica de levante» «Orientar pessoa a levantar-se»

Identificados os tipos de ação documentados, analisamos o significado de cada um deles:

**Ensinar:** «...dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde»,

**Instruir:** «...fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa»,

**Treinar:** «...desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa»,

**Orientar:** «...dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde» (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

Os conceitos: *Ensinar, Instruir e Treinar* parecem-nos não suscitar discussão do ponto de vista da sua utilidade clínica face a um foco de atenção que envolve um comportamento a levar a cabo por uma pessoa / cliente e que, frequentemente por uma situação de doença, a pessoa necessita de reaprender a realizar esse comportamento, por vezes de forma diferente da anterior. No que se refere ao conceito *Orientar*, parece-nos algo marginal à intenção de capacitação da pessoa, traduzida pelos três anteriores.

No que diz respeito ao **Executar** que se define como «...desempenhar uma tarefa técnica» (CIPE®, 2011) encontramos, no material em análise, vários conceitos que estão classificados neste domínio:

**QUADRO 18: Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Executar*, usados nas intervenções de enfermagem para o foco *erguer-se***

Categoria Ação	Subcategoria especificação da ação	Unidades de contexto
Executar	Eleva Estimular Aprontar	«Executar técnica de 1º levante no 1º levante» «Eleva a cabeceira da cama» «Estimular levante» «Aprontar dispositivos auxiliares de suporte»

Identificados os tipos de ação documentados, analisamos o significado de cada um deles:

**Eleva:** «...levantar ou erguer a totalidade ou partes do corpo»,

**Estimular:** «...incitar ou despertar alguma coisa»,

**Aprontar:** «...colocar alguma coisa em posição de ser utilizada» (CIPE®, 2011).

Excetuando o tipo de ação *Eleva*, que pensamos querer traduzir o conceito *Levantar*, parece-nos que qualquer um dos outros tipos de ações não acrescentam informação nova aos tipos de ação anteriormente discutidos. Vejamos, a ação *Estimular* tem um significado sobreponível à ação *Incentivar*. Esta última pertencendo ao tipo de ações *Atender*, que nos parece muito mais consonante com a intenção que a intervenção parece traduzir. Do mesmo modo *Aprontar*, talvez traduza mais uma ação do tipo organizativo, de assegurar condições e talvez contemplada na ação *Providenciar* que se define como «aprontar...».

O último tipo das ações classificado na CIPE® é designado por **Determinar:** «...encontrar ou estabelecer algo de modo preciso» (CIPE®, 2011).

**QUADRO 19: Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Determinar* usados nas intervenções de enfermagem para o foco *erguer-se***

<b>Categoria Ação</b>	<b>Subcategoria especificação da ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Determinar</b>	<b>Supervisionar Vigiar Monitorizar Avaliar</b>	«Determinar o tipo de equipamento adaptativo necessário para levantar-se» «Supervisar o levante» «Vigiar pessoa a levantar-se» «Monitorizar frequência respiratória» «Avaliar o auto cuidado: levantar-se»

Procedemos, como anteriormente, à análise dos respetivos significados de cada tipo de ação usado para documentar as intervenções de enfermagem:

**Supervisionar:** «...inspecionar o progresso de alguém ou de alguma coisa»,

**Vigiar:** «...averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo»,

**Monitorizar:** «...escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa»,

**Avaliar:** «...estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa» (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

Intervenções que usam a ação *Avaliar* têm frequentemente subjacente a intenção de obter dados sobre alguma coisa, ou o foco usado no diagnóstico de enfermagem, no sentido de verificar a sua evolução, ou então dados sobre outros aspetos por vezes marginais ao diagnóstico a que pretendem dar resposta.

O mesmo raciocínio é aplicável face ao uso da ação *Monitorizar*, situação que está bem exemplificada pela intervenção apresentada no quadro anterior.

As ações do domínio do *Supervisionar* e do *Vigiar* têm subjacente a intenção de acompanhar a pessoa / cliente no decurso da concretização do plano de cuidados.

A apresentação e discussão dos resultados relativos aos conceitos usados nas intervenções de enfermagem não se limita ao tipo de ação. A sintaxe das intervenções inclui outros conceitos que se articulam de forma a deixar explícito qual o comportamento prescrito e a intenção subjacente.

Relembrando o modelo de análise para as ações de enfermagem, ISO18104 da Health Informatics (2003), verificamos que estas incorporam sempre um conceito – que traduz **uma ação** e podem agregar outros conceitos.

Recordamos então, que uma ação de enfermagem é sempre dirigida a um **beneficiário**, que pode ser nomeado na sintaxe ou então encontrar-se subentendido, e que é o «*sujeito a quem o diagnóstico se refere*» (CIPE<sup>®</sup>, 2011) e, no caso deste estudo, é sempre a pessoa, quer lhe chamemos doente, cliente ou indivíduo.

Uma ação de enfermagem atua sempre sobre **um alvo** que refere: «...*the entity that is affected by the nursing action or that provides the content of the Nursing action*»<sup>10</sup> (ISO 18104) e este alvo pode ser o próprio foco principal, a dimensão desse foco ou a especificação dessa dimensão.

No enunciado de uma ação de enfermagem que atua no alvo e é dirigida a beneficiário, pode ser útil explicitar o **tempo**, o **local** e os **meios**.

No nosso *corpus de análise* relativo às intervenções de enfermagem, encontramos conceitos categorizáveis em praticamente todas as categorias explicitadas no modelo.

O quadro seguinte mostra-nos alguns exemplos de alvos das intervenções de enfermagem:

**QUADRO 20: Categoria de análise de exemplos de conceitos usados nas intervenções de enfermagem para o foco erguer-se**

Ação		Alvo		Unidades de contexto
Categoria	Subcategoria	Foco	Outro foco / outro alvo	
Atender	Assistir	Levantar-se		«Assistir a pessoa no levante progressivo»
Gerir	Providenciar		Dispositivos	«Providenciar equipamento adaptativo para o levantar-se»
Informar	Ensinar	Levantar-se	Medidas de segurança	«Ensinar sobre medidas de segurança no levantar-se»
	Treinar	Levantar-se		«Treinar técnica de levante»
		Levantar-se		«Treinar sobre estratégias adaptativas para levantar-se»
Executar	Executar		Técnica de levante	«Executar técnica de 1º levante»
	Aprontar		Dispositivos	«Aprontar dispositivos auxiliares de suporte»
Determinar	Supervisar	Levantar-se		«Supervisar o levante»

Ao analisarmos os exemplos constantes do quadro acima podemos verificar que os alvos das intervenções de enfermagem são praticamente sobreponíveis às especificações das dimensões usadas para enunciar os diagnósticos de enfermagem. Relembramos: *Dispositivos* e o foco *Erguer-se* ou *Levantar-se* em si mesmo.

Por outro lado, quando o enfermeiro prescreve a intervenção: «*Ensinar sobre medidas de segurança no levantar-se*», parece-nos que esta prescrição deixa implícita a

<sup>10</sup> Entidade afetada pela ou que proporciona o conteúdo para a ação de enfermagem – tradução livre da autora.

identificação de um outro diagnóstico de enfermagem que não toma como foco o *autocuidado erguer-se*, mas podendo coexistir, como por exemplo o diagnóstico *Risco de queda*.

A sintaxe das intervenções de enfermagem pode ainda usar conceitos do eixo: **meios** ou **recursos** que são a «*forma ou método de concretizar uma intervenção*» (CIPE<sup>®</sup>, 2011) como no exemplo:

«*Executar técnica de 1º levante por procedimento*»

Em que o *procedimento* seria o recurso a uma norma pré definida que explicita uma determinada forma de realizar a ação.

Uma intervenção de enfermagem também decorre num **tempo**: «*ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência*» (CIPE<sup>®</sup>, 2011) e a sua sintaxe pode incluir esse tempo ou momento em que ela deve ser executada, como é o caso do exemplo:

«*Executar técnica de 1º levante no 1º levante*»

Uma intervenção pode também usar um conceito que reporta uma «*orientação anatómica ou espacial...*» (CIPE<sup>®</sup>, 2011) como se verifica em:

«*Manter repouso na cama*»

Neste caso, a cama é o local a que se reporta a intervenção.

### 3.1.2.2 Relacionadas com o foco *virar-se*

À semelhança dos achados face aos diagnósticos de enfermagem, também na análise das intervenções de enfermagem, se verificou que estes achados são na sua maioria sobreponíveis entre os três focos em análise (anexo VI).

Assim constatamos que para o foco do autocuidado *virar-se* designado no SIE como *posicionar-se*, as intervenções que lhe estão associadas do tipo **Atender**, são:

**QUADRO 21: Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Atender*, usadas nas intervenções de enfermagem para o foco *virar-se***

Categoria Ação	Subcategoria especificação da ação	Unidades de contexto
Atender	<p style="text-align: center;"> <b>Advogar</b>  <b>Assistir</b>  <b>Incentivar</b>  <b>Encorajar</b>  <b>Promover</b>  <b>Aliviar</b>  <b>Elogiar</b> </p>	<p>«Advogar o uso de equipamento adaptativo»            «Assistir no posicionamento»            «Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos»            «Encorajar o uso de estratégias adaptativas para posicionar-se»            «Promover autonomia no posicionamento»            «Aliviar zona de pressão com alternância de decúbitos»            «Elogiar o posicionar-se»</p>

Verificamos a existência dos conceitos: *Advogar*, *Assistir*, *Incentivar* e *Elogiar*, já discutidos face ao foco anterior, e constatamos a utilização de três outros tipos de ações.

Voltamos a seguir o mesmo processo de análise, recorrendo aos significados dos conceitos:

**Encorajar:** «...dar confiança ou esperança a alguém»,

**Promover:** «...ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa»,

**Aliviar:** «...tornar algo mais fácil de suportar» (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

Importa na análise destes tipos de ações lembrar o significado do termo agregador destas diferentes ações, **Atender**, definido como: «...estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa» (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

Relativamente à ação *Encorajar*, quando comparamos com a ação *Incentivar*, apesar do significado ser diferente, pensamos pretender traduzir a mesma intenção. Quando refletimos sobre as duas formas de documentar: «*Encorajar o uso de estratégias*» versus «*Incentivar o uso de estratégias*», não vislumbramos diferenças na concretização desta intenção, passíveis de justificação das duas formas de prescrição.

Em relação com a ação *Aliviar*, nomeadamente no contexto das intervenções: «*Aliviar zona de pressão através de almofada*» e «*Aliviar roupas de cama através de equipamento*», apesar de *aliviar* ser um termo classificado, pensamos que no contexto em que está usado, traduz mais um comportamento do tipo *Executar* do que «*tornar algo mais fácil de suportar*», o que neste caso seria a «*pressão*».

O tipo de ação *Promover* parece-nos claramente tradutor de um objetivo para a conceção de cuidados. Talvez possamos dizer que seria a explicitação do *porquê* de todas as intervenções prescritas.

Em síntese parece-nos que a utilidade dos tipos de ação a usar se restringe aos conceitos: *Assistir* e *Incentivar*.

No âmbito das ações do tipo **Gerir**, o quadro seguinte sintetiza, com os exemplos apresentados, os conceitos do eixo das ações usados nas intervenções associadas ao foco autocuidado *virar-se*:

**QUADRO 22: Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Gerir*, usados nas intervenções de enfermagem para o foco *virar-se***

<b>Categoria Ação</b>	<b>Subcategoria especificação da ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Gerir</b>	<b>Organizar Planear Manter Otimizar Aplicar Providenciar Requerer</b>	«Gerir plano de auto cuidado posicionar-se» «Organizar os materiais para posicionar-se» «Planear repouso» «Manter doente em plano duro» «Otimizar o posicionamento» «Aplicar creme hidratante» «Aplicar colchão anti-escara» «Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se» «Requerer serviço social»

As ações *Planear*, *Manter* e *Providenciar*, já foram analisadas e discutidas face ao foco *erguer-se* e o facto de, neste caso, estarem associadas ao autocuidado *virar-se / posicionar-se* não altera a interpretação e análise anterior. Identificamos algumas ações não usadas antes:

**Gerir:** «estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa»,

**Organizar:** «...dar uma estrutura ordenada, por exemplo ordenar alguma coisa»,

**Otimizar:** «...conseguir o melhor resultado»,

**Aplicar:** «...dar utilização prática a alguma coisa» (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

**Requerer** – NÃO CLASSIFICADO - conceito que não encontramos na CIPE<sup>®</sup>

Relativamente ao tipo de ação *Gerir*, entendemos que à semelhança da análise produzida para a ação *Atender*, tendo novamente em conta o seu posicionamento taxonómico e a sua conseqüente abrangência, não nos parece útil. Por outro lado, ações do tipo *Organizar*, não acrescentam conteúdo informativo ao tipo de ação *Providenciar*. O ato de adjetivar o que se providencia de forma ordenada, como estamos a referir-nos ao exercício profissional do enfermeiro, não nos parece necessário usar essa adjetivação. Em síntese, o conceito *Providenciar* será, na nossa perspetiva, melhor tradutor da intenção. Quanto à ação *Otimizar*, pode ter utilidade clínica na medida em que é uma forma de *manter algo* da melhor forma possível tendo implícita a necessidade de verificação assídua de determinados princípios ou critérios.

Já sobre a ação *Aplicar* que neste contexto se refere a «dar utilização prática a ...» um colchão e a um creme hidratante, mesmo admitindo como adequada a opção desta

ação, face ao alvo, parece-nos que não se adequa a sua associação ao foco de atenção *virar-se*, mas sim a um outro diagnóstico que pode estar presente simultaneamente como por exemplo o *Risco de úlcera de pressão*.

Em relação às ações classificadas no tipo de ação ***Informar*** associadas ao foco *virar-se*, encontramos as ações descritas no quadro seguinte:

**QUADRO 23: Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Informar*, usadas nas intervenções de enfermagem para o foco *virar-se***

Categoria Ação	Subcategoria especificação da ação	Unidades de contexto
<b>Informar</b>	<b>Ensinar Instruir Treinar Orientar Aconselhar</b>	« <i>Informar sobre equipamento adaptativo para posicionar-se</i> » « <i>Ensinar a pessoa a posicionar-se</i> » « <i>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se</i> » « <i>Treinar técnica de posicionamento</i> » « <i>Orientar para serviços de saúde</i> » « <i>Aconselhar repouso</i> »

Para além do *Informar*, *Ensinar*, *Instruir*, *Treinar* e *Orientar*, identificamos a ação *Aconselhar*, um tipo de ação diferente das anteriores, definida como «...*capacitar alguém para tomar a sua própria decisão, através do diálogo*» (CIPE<sup>®</sup>, 2011). Parece-nos que no âmbito dos processos de capacitar alguém dando-lhe recursos, neste caso, informação para ser utilizada, pode ser adequado sugerir uma determinada opção do ponto de vista profissional. No entanto estando classificada como uma ação que especifica uma outra também presente: *Orientar*, não fica clara a sua utilidade.

No âmbito das ações do tipo ***Executar***, para além da utilização desta ação, por exemplo: «*executar a técnica de posicionamento*», identificamos a utilização de outra ação muito similar e que levanta muitas dúvidas sobre a opção mais adequada. Referimo-nos à ação *Posicionar*: «...*colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição*» (CIPE<sup>®</sup>, 2011), o que torna uma das intervenções absolutamente redundante pois «*Executar técnica de posicionamento (Procedimento)*» e «*Posicionar a pessoa (Procedimento)*» têm o mesmo significado.

No âmbito das ações do tipo ***Determinar*** usadas nas intervenções de enfermagem associadas ao foco *virar-se*, os achados são similares aos anteriormente discutidos, conforme se constata no quadro seguinte:

**QUADRO 24: Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Determinar*, usadas nas intervenções de enfermagem para o foco *virar-se***

<b>Categoria Ação</b>	<b>Subcategoria especificação da ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Determinar</b>	<b>Supervisionar</b> <b>Verificar</b> <b>Vigiar</b> <b>Monitorizar</b> <b>Avaliar</b>	<i>«Determinar o tipo de equipamento adaptativo necessário para posicionar-se»</i> <i>«Supervisar o posicionamento»</i> <i>«Verificar se a pessoa fica em posição confortável e em segurança»</i> <i>«Vigiar indivíduo a posicionar-se»</i> <i>«Monitorizar capacidade funcional através da escala de Barthel»</i> <i>«Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre estratégias adaptativas para posicionar-se»</i>

Sobreponíveis aos tipos de ação identificados para o foco anterior são os tipos de ações: *Supervisionar*, *Vigiar*, *Monitorizar* e *Avaliar*. Identificamos um outro tipo de ação ausente no material analisado até aqui, o *Verificar*: «...estabelecer a verdade ou correção de alguma coisa» (CIPE<sup>®</sup>, 2011), que nos parece redundante em termos de utilidade clínica com a ação *Avaliar*, e o facto de na definição estar patente «a verdade ou a correção...» não nos parece de todo fazer sentido já que deixa implícito que algo pode não ter sido «verdade» ou «correto». O conceito de *Avaliar* é suficiente para traduzir o comportamento de identificar manifestações ou evidências tradutoras de evolução de um fenómeno.

Analisando agora os restantes conceitos usados nas intervenções de enfermagem no âmbito do foco *virar-se*, constatamos que apesar de existir uma maior variabilidade de termos em relação aos conceitos categorizados para o foco anterior, as categorias mantêm-se as mesmas.

Discutindo então os conceitos contidos na categoria alvo das intervenções de enfermagem no âmbito do foco *virar-se* encontramos:

**QUADRO 25: Categoria de análise de exemplos dos conceitos usados nas intervenções de enfermagem para o foco *virar-se***

Ação		Alvo		Unidades de contexto
Categoria	Sub Categoria	Foco	Outro foco / outro alvo	
Atender	Advogar	Posicionar-se		«Advogar pessoa a posicionar-se»
	Encorajar	Posicionar-se		«Encorajar o uso de estratégias adaptativas para posicionar-se»
Gerir	Providenciar		Dispositivos	«Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se»
				«Providenciar dispositivos auxiliares de posicionamento»
Informar	Ensinar	Posicionar-se		«Ensinar sobre vantagens do posicionamento adequado»
	Treinar	Posicionar-se		«Treinar técnica de posicionamento»
	Orientar		Serviços de saúde	«Orientar para serviços de saúde»
Executar			Técnica de posicionamento	«Executar posicionamento antiespático (procedimento)»
	Posicionar		Coto de amputação	«Posicionar coto de amputação»
Determinar	Avaliar	Conhecimento	Posicionar-se	«Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para posicionar-se»
		Aprendizagem de capacidades	Posicionar-se	«Avaliar aprendizagem de capacidades para o auto cuidado posicionar-se»

Assim, ao analisarmos os conceitos usados como alvo, identificamos, tal como antes, o foco de atenção ou os dispositivos para facilitar o comportamento a que o foco se refere, e ainda dois outros focos que nos diagnósticos foram designados como dimensão. As dimensões *aprendizagem de capacidades* e *conhecimento* para posicionar-se, podem então assumir-se como alvo das intervenções de enfermagem, demonstrando a lógica da perspectiva de análise sobre o foco inicial, sendo o aspeto sobre o qual o enfermeiro pretende produzir resultado, no sentido de melhorar o foco inicial.

Ao verificarmos a existência da intervenção do âmbito do informar: «Orientar para serviços de saúde», pudemos acrescentar os serviços de saúde como alvo das intervenções.

Os meios têm a ver com os **recursos** disponíveis para conseguir concretizar as intervenções e podem ser os *procedimentos* pré definidos tal como referimos antes:

«Posicionar a pessoa (Procedimento)»

No caso do foco do autocuidado *virar-se*, o **local** utilizado na construção das intervenções de enfermagem é geralmente mencionado quando é uma parte do corpo que é afetada pela ação, como por exemplo:

«Posicionar parte do corpo»  
«Posicionar parte do corpo com edema»

Conceitos do eixo do **tempo** também foram identificados nos SIE no âmbito do material analisado face ao foco, como por exemplo:

«Posicionar a pessoa depois da refeição».

#### 3.1.4.3 Relacionadas com o foco *transferir-se*

Do material analisado relativo às intervenções de enfermagem associadas ao foco de atenção *autocuidado transferir-se* (anexo VII) constatamos grande similaridade com os resultados anteriores. Assim, no domínio das ações do tipo: **Atender**, as ações identificadas foram as seguintes:

**QUADRO 26: Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Atender*, usadas nas intervenções de enfermagem para o foco *transferir-se***

<b>Categoria Ação</b>	<b>Subcategoria especificação da ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Atender</b>	<b>Advogar</b> <b>Assistir</b> <b>Incentivar</b> <b>Facilitar</b> <b>Elogiar</b> <b>Encorajar</b>	«Advogar o uso de equipamento adaptativo» «Assistir a pessoa na transferência» «Incentivar a pessoa a transferir-se» «Facilitar o uso de equipamento adaptativo» «Elogiar a aprendizagem de habilidades» «Encorajar o uso de estratégias para transferir-se»

Para além das ações deste mesmo tipo, já identificadas e analisadas em relação com os dois focos anteriores, identificamos a ação *Facilitar*, definida na CIPE® (2011) como: «...tornar alguma coisa mais fácil para alguém». De facto, «tornar mais fácil», no limite interpretativo, pode até aplicar-se à intenção do profissional de enfermagem face a uma

pessoa que vive uma transição após um episódio de doença. Daqui decorre que a amplitude concetual torna inútil a sua utilização para prescrever um comportamento que se pretende que seja continuado por outro profissional.

No âmbito das ações documentadas do tipo **Gerir** mantém-se as mesmas opções anteriores:

**QUADRO 27: Categorias de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Gerir*, usadas nas intervenções de enfermagem para o foco *transferir-se***

<b>Categoria Ação</b>	<b>Subcategoria especificação da ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Gerir</b>	<b>Planear Otimizar Aplicar Organizar Providenciar</b>	«Gerir o ambiente físico» «Planear a transferência com o doente» «Otimizar precauções de segurança» «Aplicar meias elásticas» «Organizar os materiais para transferir-se» «Providenciar dispositivos auxiliares de transferência»

Recorrendo à discussão anterior face a estes tipos de ação, relembramos as sínteses já produzidas sublinhando como ações do tipo Gerir com utilidade clínica para designar intervenções de enfermagem a associar ao foco transferir-se: *Planear*, *Otimizar* e *Providenciar*. Estas ações parecem-nos abranger as intencionalidades que as intervenções documentadas traduzem.

No grupo de ações do tipo **Informar**, as ações utilizadas são as mesmas que encontramos nas intervenções associadas aos focos anteriores:

**QUADRO 28: Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Informar*, usadas nas intervenções de enfermagem para o foco *transferir-se***

<b>Categoria Ação</b>	<b>Subcategoria especificação da ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Informar</b>	<b>Ensinar Instruir Treinar Orientar</b>	«Ensinar pessoa a transferir-se» «Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se» «Orientar no uso do equipamento adaptativo para o transferir-se» «Treinar pessoa no uso da técnica de transferência»

No âmbito das ações do tipo **Executar**, as ações identificadas foram: *Aprontar* e *Estimular*, sobre as quais já tecemos considerações face ao foco *erguer-se*, e para além dessas, constatamos a utilização das ações *Remover*: «retirar ou eliminar alguma coisa» (CIPE®, 2011) e *Transferir*: «mover alguém ou alguma coisa de um lugar para outro» (CIPE®, 2011). São exemplo:

**QUADRO 29: Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Executar*, usadas nas intervenções de enfermagem para o foco transferir-se**

<b>Categoria Ação</b>	<b>Subcategoria Ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Executar</b>	<b>Executar Aprontar Estimular Remover Transferir</b>	« <i>Executar técnica de transferência</i> » « <i>Aprontar dispositivos de transferência</i> » « <i>Estimular a pessoa a transferir-se</i> » « <i>Remover meias elásticas</i> » « <i>Transferir a pessoa</i> »

Enquanto que a ação *Transferir* nos parece fazer todo o sentido em termos de aplicabilidade para nomear uma intervenção de enfermagem associada ao autocuidado *transferir-se*, relativamente ao *Remover*, neste caso reportando-nos ao conceito usado como alvo, parece-nos que a intenção que a intervenção traduz é marginal, se não distante, do foco de atenção a que está associada.

Por último no que concerne ao grupo de ações do tipo ***Determinar***, para além dos já identificados e discutidos: *Vigiar*, *Monitorizar*, *Verificar*, *Supervisionar* e *Avaliar* surge também a ação *Validar* que significa: «*estabelecer a exatidão, qualidade ou condição de alguma coisa*» (CIPE®, 2011). São exemplos, os apresentados a seguir:

**QUADRO 30: Categoria de análise dos conceitos relativos às ações do tipo *Determinar*, usadas nas intervenções de enfermagem para o foco transferir-se**

<b>Categoria Ação</b>	<b>Subcategoria especificação da ação</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Determinar</b>	<b>Vigiar Monitorizar Verificar Supervisionar Avaliar Validar</b>	« <i>Determinar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se</i> » « <i>Vigiar indivíduo a transferir-se</i> » « <i>Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel</i> » « <i>Verificar aprendizagem de habilidades</i> » « <i>Supervisar a pessoa na transferência</i> » « <i>Avaliar o auto cuidado: actividade física transferir-se</i> » « <i>Validar conhecimento sobre técnica de transferência</i> »

O tipo de ação que identificamos, *Validar*, e que surge pela primeira vez nas intervenções associadas aos focos em estudo, sugere-nos uma mesma leitura semelhante à produzida para a ação *Verificar*, então face ao foco *virar-se* já discutida anteriormente.

No material analisado no âmbito das intervenções de enfermagem associadas ao autocuidado *transferir-se*, tal como relativamente aos anteriores, verifica-se a utilização de vários conceitos.

**QUADRO 31: Categoria de análise de exemplos dos conceitos usados nas intervenções de enfermagem para o foco transferir-se**

Ação		Alvo		Unidades de contexto
Categoria	Sub Categoria	Foco	Outro foco / outro alvo	
Atender	Assistir	Transferir-se		«Assistir a pessoa na transferência»
	Advogar		Dispositivos	«Advogar o uso de equipamento adaptativo»
	Encorajar	Transferir-se		«Incentivar a pessoa a transferir-se»
Gerir	Providenciar		Dispositivos	«Providenciar equipamento adaptativo»
Informar	Ensinar			«Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se »
	Instruir	Transferir-se	Dispositivos	«Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para transferir-se» «Instruir a pessoa a transferir-se»
	Treinar	Transferir-se	Dispositivos	«Treinar o uso de equipamento adaptativo para se transferir»
Executar			Técnica de transferência	«Executar técnica de transferência»
	Transferir			«Transferir a pessoa para a cama»
Determinar	Avaliar	Aprendizagem de habilidades	Transferir-se	«Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre estratégias adaptativas para transferir-se»

Verificamos, tal como nas intervenções associadas ao *virar-se*, a utilização de focos usados como dimensões no enunciado do diagnóstico de enfermagem, na sintaxe das intervenções, com o estatuto de alvo, o que é congruente com a intenção subjacente ao conceito de *dimensão* ou perspectiva de análise do foco inicial.

## 3.2 CONTRIBUTOS DO GRUPO DE PERITOS PARA A VALIDAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO E PARA A DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS PARA UM MODELO CLÍNICO DE DADOS

A enorme variabilidade, e alguma redundância de conceitos, constatada na análise do material em estudo no decurso deste trabalho, justificou a submissão dos nossos achados à apreciação e discussão do grupo de peritos, de modo a obter uma identificação consolidada dos critérios necessários para a utilização dos conceitos encontrados na construção dos modelos clínicos de dados, e ao mesmo tempo validar as propostas de arquétipos a partir dos focos *erguer-se*, *virar-se* e *transferir-se*.

Assim, apresentamos ao grupo de peritos os quadros resultantes do trabalho de análise de conteúdo desenvolvido e recorreremos à gravação áudio dos discursos produzidos.

Após transcrição dos discursos, trabalhamos o material obtido selecionando as unidades de contexto que respondiam aos objetivos definidos para esta estratégia de análise, gerando categorias e subcategorias sem modelo de análise à priori.

A discussão desenvolveu-se sobre a análise por nós já efetuada e com a mesma sequência de assuntos. Inicialmente centrando-se nos focos de atenção em estudo, primeiro nos diagnósticos de enfermagem e após nas intervenções. O facto de apresentarmos o adquirido a partir do grupo de discussão agrupando os três focos de atenção justifica-se pela ausência de variabilidade na documentação entre o material relativo ao *autocuidado erguer-se*, ao *autocuidado virar-se* e ao *autocuidado transferir-se*, evitando assim repetições desnecessárias.

O propósito inicial da discussão com os peritos centrou-se na validação da análise desenvolvida e na definição de critérios orientadores para a construção de um modelo de dados a partir dos SIE em uso.

Com o decorrer da reunião e discussão, o grupo evoluiu para a definição de uma proposta de modelo clínico de dados a partir do anterior, mas mais integrador do conhecimento disciplinar atual.

### 3.2.1 A 1ª fase do grupo de discussão - validação da análise de conteúdo

Expusemos ao grupo de peritos os quadros resultantes do trabalho de análise de conteúdo desenvolvido a partir dos conceitos usados pelos enfermeiros e documentados nos SIE relativos aos *diagnósticos de enfermagem*

### 3.2.1.1 Os diagnósticos de enfermagem – juízos e dimensões

A discussão iniciou-se a partir da apresentação da análise produzida anteriormente e primeiro focada nos diagnósticos de enfermagem que tomaram como foco o *autocuidado erguer-se*, mas rapidamente a discussão se alargou aos restantes focos de atenção: o *autocuidado virar-se* e finalmente o *autocuidado transferir-se*.

Apresentadas as subcategorias de análise dos conceitos usados para o juízo: *Comprometido / Compromisso; Limitado; Restrito; Interrompido; Dependente / Dependência*, a atenção dos peritos centrou-se na eventual redundância de conceitos, já relatada antes, realçando-se a necessidade de sistematização criteriosa dos conceitos com utilidade clínica para qualificar este foco de atenção. São alguns exemplos dos discursos produzidos pelos peritos, os que apresentamos:

«o limitado cabe dentro da definição do que é comprometido ...» P2  
«E o restrito...» - «É na mesma lógica do comprometido» P3  
«O interrompido, no fundo é o que a gente está aqui a dizer por comprometido» P1

Verificada concordância entre os participantes, o primeiro critério estabelecido para a construção do modelo de dados refere-se à ***ausência de redundância*** entre os conceitos que o incorporam. Para os peritos, segundo a CIPE® (2011), o termo *Limitado*: «*restringido a um determinado ponto ou nível*», e *Interrompido*: «*Suspensão temporariamente*», estão contemplados na definição de *Comprometido*: «*...julgado como negativo, alterado, comprometido e ineficaz*». Pela redundância verificada, foram preteridos relativamente ao juízo - *Comprometido*.

Relativamente ao conceito do juízo – *Dependência*: «*verificação de que alguém está dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda ou suporte*» (CIPE®, 2005), foi entendimento dos participantes que o seu significado não é completamente sobreponível à definição do anterior, pois traduz, não a alteração negativa do foco, mas sim o efeito dessa alteração na condição da pessoa / cliente.

«...dependência de alguém... no fundo o que eu estou a classificar é o grau de dependência do outro e não o status do sujeito.» P1  
«...tudo o que são fatores concorrentes de uma incapacidade são intrínsecos ao sujeito e portanto aí a dependência é pra mim o juízo mais adequado... é dependente porque tem dor, mas é dependente» P1  
«...os fatores neuromusculares ou músculo esqueléticos, a dor e a intolerância à atividade são

*os fatores concorrentes no que toca á limitação da capacidade física, e portanto nessa medida eu utilizaria exclusivamente como juízo a dependência, o doente é dependente relacionado com aquilo» P1*

O grupo de peritos considerou também que o diagnóstico de enfermagem deve traduzir a intenção para a conceção dos cuidados:

*«...eu faço um diagnóstico para orientar a minha intenção» P1  
«...A convicção do doente e a necessidade que ele tem dá-nos uma perspetiva da intenção dos cuidados...» P5*

E assim, definiu dois juízos com utilidade clínica para incorporar o modelo de dados no que se refere aos termos para associar ao foco enquanto *juízo*: a *Dependência* e o *Comprometido*. Clarificaram-se então as propriedades de ambos os conceitos de forma a esclarecer e justificar a utilidade clínica de ambos.

*«face ao levantar-se – a dependência, nas circunstâncias em que há uma limitação objetiva da capacidade, independentemente do fator concorrente, e um compromisso, quando não havendo uma limitação da capacidade há um fator que indiretamente interfere com a atividade regular desse autocuidado» P1*  
*«eu estou aqui a propor é uma visão restritiva da dependência à capacidade do corpo e portanto a exclusão de todos os fatores que têm a ver com decisões internas do doente e como estou a falar de condições do corpo também estou a incluir aqui o doente em coma» P1*  
*Dependência a ser utilizado «...nas circunstâncias em que há uma limitação objetiva da capacidade do corpo» P1, e Comprometido, quando «...não havendo limitação da capacidade, há um fator que indiretamente interfere com a atividade regular desse autocuidado» P1*

Nas situações em que não existe uma limitação objetiva do corpo, da capacidade funcional, mas sim uma decisão autónoma da pessoa para não realizar o autocuidado, ou por concordância com a recomendação terapêutica ou pela sua própria decisão, o conceito *Comprometido* traduziria essa situação. Neste contexto verifica-se a validação da síntese anterior, prévia ao grupo de peritos:

**QUADRO 32: Validação da análise sobre o conceito juízo para os focos em estudo**

<i>Categoria Juízo definido pelos peritos</i>	<i>Subcategoria Juízo</i>
<i>Comprometido / Compromisso</i>	<i>Comprometido</i>
<i>Comprometido / Compromisso</i>	<i>Limitado</i>
<i>Comprometido / Compromisso</i>	<i>Restrito</i>
<i>Comprometido / Compromisso</i>	<i>Interrompido</i>
<i>Dependente / Dependência</i>	<i>Dependente</i>

Após a definição dos critérios para a decisão sobre os conceitos, a usar como juízo, associados aos focos de atenção em estudo, a discussão centrou-se nas sintaxes dos diagnósticos e nos outros termos que tínhamos definido anteriormente como dimensões de análise do foco principal. Um dos aspetos discutido relacionou-se com a lógica de construção das sintaxes e com a abrangência e significado destes conceitos a usar como juízo. A discussão centrou-se em torno da utilização do conceito na forma de adjetivo ou substantivo, isto é: *Comprometido* e *Dependente / Compromisso* e *Dependência*.

Quando usamos o conceito na forma substantiva, a ênfase está colocada nesse conceito – *Dependência no autocuidado...*, o que não acontece quando se utiliza o adjetivo *Dependente*, que coloca a ênfase na «coisa adjetivada» e não na sua condição ou qualidade. Desta forma parece-nos que a opção que melhor traduz uma opinião clínica sobre um determinado foco do autocuidado deve privilegiar a condição ajuizada ou qualificada, ou seja o *Compromisso* ou a *Dependência*. A discussão gerada levou o grupo a decidir que, no caso dos focos *erguer-se, virar-se e transferir-se*, se deveria privilegiar o **uso do substantivo para juízo sobre o foco:**

«Então o Juízo é *Comprometido* e *Dependência*. Mas isto não fica...» P1 –  
 «Não tem lógica pois não?» P2 - «Devia ser *Compromisso* e *Dependência*» P2  
 «...no SAPE tem a via do termo preferido que pode relevar isto...» P1  
 «O juízo é um substantivo e não um adjetivo...» P1

Consolidou-se então a opção sobre a *Dependência* enquanto limitação objetiva por fator referente ao corpo e sobre o *Compromisso* para traduzir a condição em que, sem limitação objetiva mas por decisão do doente, o comportamento não é levado a cabo porque existe um fator que indiretamente interfere com a atividade regular.

Por último e ainda relativamente aos juízos discutiu-se a pertinência da utilização de vários graus ou gradientes para o conceito.

Como referimos anteriormente, constatamos que a documentação destes gradientes é usada quer para o juízo *Dependência* quer para o *Compromisso*.

A discussão desenvolveu-se em torno da utilidade clínica desses gradientes, tendo em conta a definição anterior das propriedades dos conceitos de *Dependência* e *Compromisso*. Registamos a seguir alguns discursos sobre o assunto:

«...faz sentido concretizar face à dependência e ao conhecimento disponível utilizar estes gradientes, enquanto que no compromisso não...» P3  
«... Juízos...face ao comprometido, justifica...?» – «... grau reduzido, moderado, elevado, muito elevado?» - P1  
«...dissemos que o comprometido, o juízo, se aplicaria quando há uma razão que não tem a ver com o corpo do doente, e portando nós falamos aqui ou porque o médico prescreveu ou porque o doente por si tem estado deprimido ou não sei o quê?» P1 – «Nessa circunstância eu devo dizer que o doente está com o levantar-se comprometido em grau reduzido, em grau...? – P1  
«Não acho que seja útil porque ... esse processo decisional da própria pessoa – ...não tem utilidade clínica eu fazer um gradiente de compromisso» P2  
«...processo decisional da própria pessoa – eu faço, não faço – ... não tem utilidade clínica eu fazer um gradiente de compromisso» P2

Em relação ao Juízo – *Dependência*, a discussão enfatizou a relevância da utilização de diferentes graus de dependência para poder concretizar, na explanação do diagnóstico de enfermagem, uma melhor descrição do fenómeno, desde que esses gradientes tenham as suas propriedades definidas, bem como clarificado o sentido da intenção na conceção de cuidados.

«quando nós fazemos vários gradientes do juízo qual é a utilidade? É sermos capazes de perceber os resultados que obtemos...» P2  
«...quando eu tenho um grau dependente de pessoa eu tenho uma intenção dos cuidados...mostra-me que ele precisa de uma determinado tipo de cuidados, se é dependente de equipamento ou se é totalmente dependente» P5  
«...eu posso dizer um doente pode ter dependência e não precisar de ninguém» P1  
«...o juízo adequado da independência completa é o doente que sem pessoas nem equipamentos realiza» P1

Definiu-se, após a apresentação de vários argumentos, que o uso do gradiente no juízo apenas deverá ser utilizado, quando o juízo se refere a um fator relativo ao corpo.

A discussão evoluiu para a análise dos restantes conceitos, integrados na documentação dos diagnósticos de enfermagem, interpretados antes como **dimensões** de análise sobre o foco inicial. Apresentado o conjunto de conceitos usados como dimensões face aos três focos de atenção em estudo, que relembramos: *Capacidade, Conhecimento, Força de vontade, Adaptação, e Aprendizagem de capacidades / habilidades*, o grupo de peritos discutiu a sua pertinência enquanto potenciadores de uma melhor descrição do diagnóstico de enfermagem.

Face à análise desenvolvida previamente à discussão no grupo de peritos, verificou-se uma validação da análise anterior, levando à decisão de exclusão ou reformulação de alguns conceitos que apesar de documentados enquanto dimensões não se identificam com utilidade clínica para qualificar o diagnóstico de enfermagem como é o caso do conceito – *Adaptação*, que se entendeu excluir no âmbito do modelo de dados, nomeadamente na categoria – *Dimensão*, relativa aos diagnósticos de enfermagem.

O excerto que apresentamos reuniu consenso entre os participantes:

«...*adaptação* voto a sua exclusão absoluta, porque é quase um resultado final» P1

O exemplo referido fez emergir um outro critério para a definição de diferentes perspetivas de análise do foco, ou dimensões: **a dimensão deve referir o processo a ser facilitado e não o resultado.**

A evolução da discussão levou também à reformulação de um conceito muito usado na documentação: *Aprendizagem de capacidades* ou *Aprendizagem de habilidades*.

Esta constatação da utilização sistemática para todos os focos, fez emergir a sugestão do abandono do conceito e usar em sua substituição a *Capacidade (status)*.

Criou-se no grupo, neste ponto da discussão, a necessidade de sustentar teoricamente as sínteses que as opiniões dos participantes iam construindo recorrendo à opinião de algumas teóricas de enfermagem, nomeadamente Dorothea Orem e Virgínia Anderson:

«...*face a qualquer autocuidado, o que eu avalio é a força, a vontade e o conhecimento. Traduzindo isto da CIPE<sup>®</sup> versão 2 é capacidade, conhecimento e volição...vou ajuizar sobre isto, sistematicamente em todos os autocuidados*» P1

«...*há uma teórica que relaciona a dependência no autocuidado com a força, vontade e conhecimento...*» P1

«...*ele é dependente, então eu depois ia fazer por ele o que ele não fazia por não ter a força, a vontade e o conhecimento ... e portanto, isto é muito importante esta regra ... da dependência*

*quando o doente não é capaz de fazer por ele porque biologicamente não pode» - «...Mas quer que se faça...» P1*

*«...na estrutura teórica ... os fatores que facilitam e dificultam as transições, e portanto fomos buscar dimensões...» P1*

Os consensos apontaram para a exclusão do conceito *Aprendizagem de capacidades / habilidades*, tendo em conta que o que é avaliado pelo enfermeiro se refere à capacidade / *força* da pessoa na sua vertente psicomotora. Assim, o conceito a incluir nas dimensões face aos focos em estudo que substitui o anterior e é mais congruente com a intenção do enunciado do diagnóstico é: *Capacidade*.

As restantes dimensões: *Força de vontade* e *Conhecimento* foram consideradas como aspetos relevantes e potenciadores de uma melhor descrição do processo de diagnóstico, e por isso conceitos a incluir no modelo de dados relativo a estes focos de atenção a partir dos SIE em uso.

Como verificamos pelos excertos anteriores apresentaram-se argumentos que são centrais ao conhecimento disciplinar, aliás congruente com a ligeira distância do «*corpo*» a que o enfermeiro se coloca quando diagnostica centrado nos recursos da pessoa para lidar com a afeição do corpo.

Ainda no âmbito dos conceitos documentados pelos enfermeiros como dimensões de análise sobre o foco inicial, sobressaiu na análise, pelo carácter de exceção e foi enfatizado pelos peritos na discussão, a utilização, face ao foco de atenção *transferir-se* do conceito de *Consciencialização*, enquanto dimensão.

*«... a consciência da necessidade daquele equipamento ...» P3*

*«...a consciencialização, os significados, o conhecimento e a habilidade neste doente do levantar-se...» P1*

Dos juízos analisados para estas dimensões, os peritos sublinharam a relevância da utilização do conceito *potencialidade* como um juízo clínico que traduz a existência de probabilidade de melhorar a condição da pessoa para este tipo de autocuidado.

*«...no levantar-se, estás centrada no autocuidado, tu aqui reconhecês é que há uma potencialidade para melhorar» P4*

A discussão produzida face aos conceitos usados como dimensões estendeu-se à entidade a que esta se refere. De acordo com a análise anterior, a **especificação das**

**dimensões** refere: o foco de atenção *erguer-se, virar-se, ou transferir-se*; as *estratégias adaptativas para erguer-se, virar-se, ou transferir-se*; a *técnica de levantar, posicionamento ou transferência, ou o equipamento adaptativo / dispositivos auxiliares*.

Analisados os conceitos emergiu novamente a ideia da necessidade de evitar a **redundância**, e assim, a opção feita centrou-se no próprio foco, neste caso o *erguer-se / levantar-se, o virar-se / posicionar-se* e o *transferir-se*, e na referência aos recursos/equipamentos/dispositivos para facilitar cada um destes tipos de autocuidado.

Foi entendimento dos participantes que o termo *estratégias adaptativas* estaria contemplado na utilização do foco em si mesmo, uma vez que se refere à forma como o comportamento seria levado a cabo, embora de forma diferente.

O conceito *técnica*, enquanto forma de desenvolver um comportamento pela pessoa / cliente, não colheu opiniões muito favoráveis, sendo recomendada a sua utilização no âmbito das intervenções de enfermagem e no âmbito dos meios para implementar uma intervenção. Apresentamos alguns excertos da discussão:

«... é o enfermeiro que tem que fazer o primeiro levantar, não é ele que faz sozinho, por isso não tem que saber» P5 – «quando é o doente não é técnica» P2  
«...estratégias adaptativas para mim não tem significado nenhum do ponto de vista concreto» P1

Perante a análise da documentação de enfermagem presente no SIE e relacionada com os focos do âmbito do autocuidado em estudo, o grupo de peritos estabeleceu critérios para a construção do modelo clínico de dados, referente aos diagnósticos de enfermagem:

- Deve haver ausência de redundância entre os conceitos.
- O diagnóstico de enfermagem deve ser tradutor da intenção da conceção dos cuidados.
- Deve privilegiar-se a utilização do conceito relativo ao juízo, na forma de um substantivo.
- Os gradientes do juízo devem ser usados apenas quando o juízo se refere à condição do «corpo».
- A dimensão de análise sobre o foco de atenção deve referir o processo a ser facilitado ou melhorado e não o resultado.

Os peritos acordaram que dois juízos seriam suficientes para abranger todas as situações, a *Dependência* – com diferentes níveis de gradientes - e o *Compromisso* – sem gradiente. Resultou ainda como síntese nesta fase da discussão que as dimensões a ser utilizadas e que se revestiam de utilidade clínica seriam a *Capacidade*, o *Conhecimento* e a *Força de vontade* dirigidas para o foco do autocuidado e qualificadas pelo juízo *potencial*

*para melhorar*, devendo estas dimensões ser relacionadas com aspetos concretos ou especificações, tendo sido sugeridas: o *próprio foco* e os *dispositivos auxiliares* (anexo VIII).

#### 3.2.1.1.1 Síntese sobre o MCD referente aos Diagnósticos de enfermagem

O diagrama que apresentamos a seguir, traduz cinco etapas / momentos do processo de pensamento do enfermeiro na conceção de cuidados, centrada nos três focos de atenção assumidos nesta investigação.

**Etapa – 1:** Este processo inicia-se sempre a partir de um conjunto de dados iniciais ou evidências. Assim, um MCD deverá contemplar os *Dados iniciais*, cuja interpretação conduzirá à opção pelos focos de atenção de enfermagem. Neste estudo, por opções associadas com a delimitação da pesquisa, não fazemos referência a estes dados iniciais.

**Etapa – 2:** O enfermeiro, centrado no foco de atenção e usando os dados iniciais, opta por qualificar o seu juízo sobre esse mesmo foco. Esta qualificação pode traduzir uma de duas situações: o autocuidado é julgado como alterado, ou ineficaz, e designado com o qualificador *compromisso*, ou o julgamento reflete o efeito dessa alteração na pessoa e, neste caso, usa-se o qualificador *dependência*.

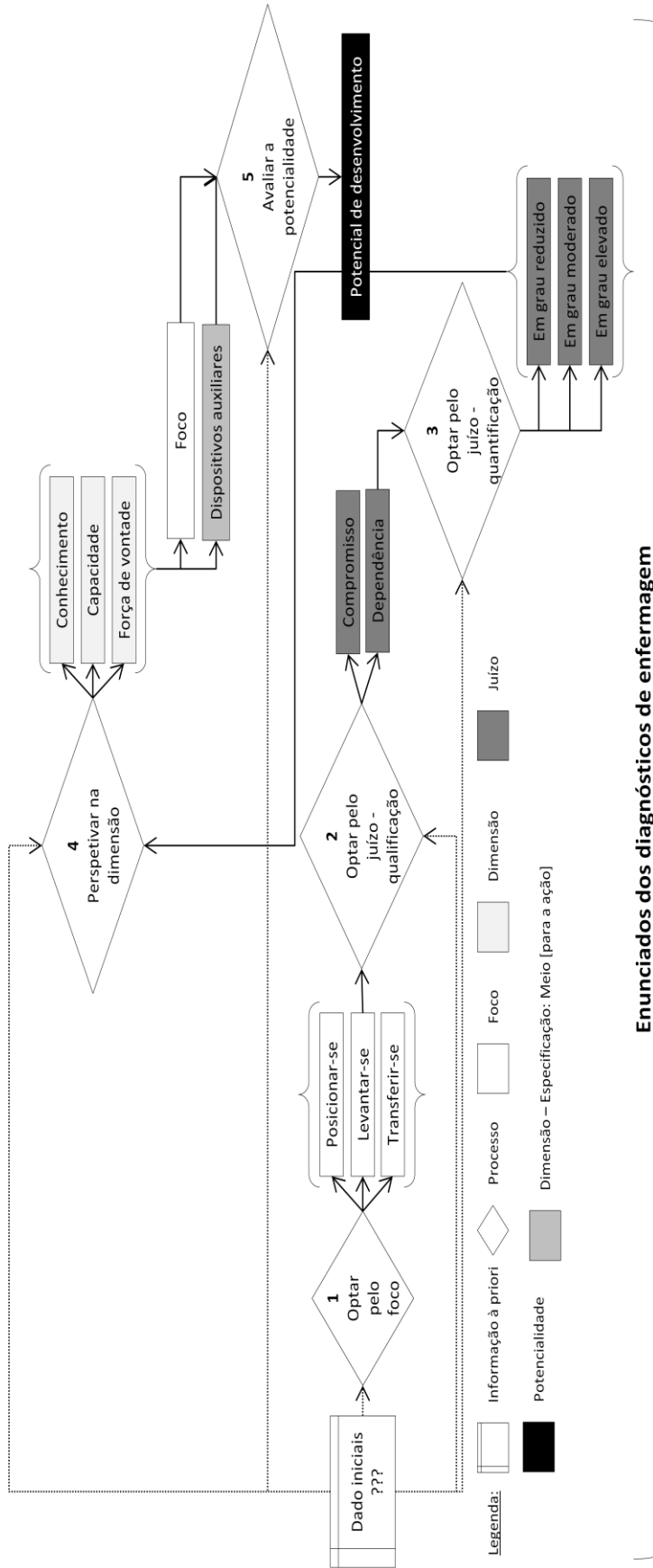
**Etapa – 3:** A partir da etapa anterior e no caso da opção pelo juízo - *dependência* - o enfermeiro usando novamente os dados iniciais, atribui-lhe um grau.

**Etapa – 4:** Em função da quantificação / grau do juízo - *dependência*, o enfermeiro orienta a sua análise sobre o foco na perspetiva de dimensões como: o conhecimento, a força de vontade e a capacidade da pessoa.

**Etapa – 5:** Em função dos dados relativos às diferentes dimensões de análise, o enfermeiro avalia a oportunidade de melhorar, identificando o seu potencial de desenvolvimento.

Na figura seguinte apresentamos, também, a síntese relativa aos enunciados dos diagnósticos que tomam como foco de atenção o *erguer-se / levantar-se*, o *virar-se / posicionar-se* e o *transferir-se*.

Figura 6: Diagrama do MCD referente aos diagnósticos de enfermagem



### 3.2.1.2 As intervenções de enfermagem

A discussão acerca das intervenções de enfermagem e dos conceitos usados para as documentar decorreu da mesma forma centrada à volta da apresentação do quadro das intervenções analisadas a partir da documentação de enfermagem relacionada com os focos *erguer-se*, *virar-se* e *transferir-se*.

Perante a constatação da grande variabilidade de conceitos apresentados para a discussão, o grupo começou por assumir alguns critérios à partida, recorrendo nomeadamente à definição do que é uma intervenção de enfermagem, aspeto já por nós referido no subcapítulo anterior. Assim, foi entendimento dos participantes que no modelo de dados **não se deveriam usar ações que se destinam a fazer juízos sobre o diagnóstico inicial**, e conseqüentemente todas as intervenções do domínio do *Determinar* não deveriam incluir o modelo clínico de dados. Apresentamos a seguir alguns dos discursos sobre este assunto:

«...o determinar, estamos de acordo que sai completamente, todos os do determinar...» P1  
«...tirando o supervisar, qualquer ato de vigiar, monitorizar, avaliar, determinar, é sempre estar a fazer juízos sobre os primeiros diagnósticos» P1  
«Inspeccionar o progresso de alguém ou de alguma coisa» – «Inspeccionar no sentido de avaliar» P3  
«Isto é uma atividade diagnóstica» P2

A discussão evoluiu sobre a pertinência ou adequação clínica entre as intervenções:

- «levantar a pessoa» ou «executar a técnica de levantar»,
- «posicionar a pessoa» ou «executar a técnica de posicionamento»,
- «transferir a pessoa» ou «executar a técnica de transferência».

Os exemplos ilustram as opiniões emergentes e clarificam a síntese a que se chegou.

«...o tipo de ação é elevar ... o elevar é o levantar... Então a ação é levantar...» P1  
«...Isto é posicionar o doente, no limite era através da técnica de posicionamento» P1  
«...a técnica está na CIPE<sup>®</sup> originalmente para se referir meios» P1  
«É posicionar e levantar...» P2

Do consenso entre os participantes definiu-se um segundo critério: a necessidade de existir **congruência entre a terminologia da CIPE** e o modelo proposto e então acordou-se que no âmbito do **Executar** ficariam as intervenções levantar a pessoa / cliente, posicionar a pessoa / cliente ou transferir a pessoa / cliente, de acordo com o foco do autocuidado a que se encontram dirigidas. A técnica seria apenas usada como meio: «*forma ou método de concretizar uma intervenção*» (CIPE®, 2011), como se preconiza na classificação.

A discussão evoluiu e centrou-se nos variados tipos de ações do âmbito das ações do tipo *Atender*, já por nós analisado previamente a esta etapa de validação da análise de conteúdo. Por exemplo: *Advogar; Assistir; Incentivar; Encorajar; Promover; Aliviar; Elogiar*.

Os participantes foram partilhando as suas opiniões face ao exemplo:

«...assistir é perfeitamente enquadrável naquilo de categoria de traduzir uma intenção...» P2  
«O promover pode substituir o incentivar, o elogiar e o advogar» P1  
«...então se no atender saíssem todos menos o assistir, e entrasse o promover...» P1

A discussão sobre a utilidade de variados tipos de ações que em síntese poderiam ter intenções sobreponíveis envolveu na discussão não só os conceitos – *ações*, mas também os conceitos usados como alvo, a entidade afetada pela ação.

«...aconselhar o uso de equipamentos, há um momento em que não é só promover, não é uma intenção, é o ato dirigido ... o sr devia usar isto» P1  
«...no informar fica o ensinar, instruir, treinar e aconselhar e sai o orientar...» P1

Do consenso dos peritos emergiram sínteses: quando o *alvo* da *ação* de enfermagem refere o foco de atenção *autocuidado erguer-se, virar-se ou transferir-se*, ou a *dimensão* em que este é analisado, referimo-nos às condições da pessoa / cliente para viver de forma mais facilitada a sua transição, assim, deve privilegiar-se a ação que melhor traduz a intenção do enfermeiro.

Acordou-se a importância de manter a **congruência entre o tipo de ação e a intenção**, e assim, no âmbito do **Atender**, o grupo de peritos optou por recomendar a utilização das ações *assistir* e *promover* como as que dão resposta aos critérios definidos.

Quando as ações de enfermagem apresentam como objetivo a necessidade de capacitar ou preparar o cliente, no domínio do **Informar** o grupo de peritos manteve o *ensinar, o instruir, o treinar* e o *aconselhar*.

As ações do tipo **Gerir**, foram também analisadas e discutidas, tendo sido entendimento dos participantes que as ações: *manter, providenciar, planejar e referir*, se revestiam todas elas de utilidade clínica.

«...tem que estar o providenciar o equipamento, tem que estar o planejar o levantar, ou quando é que o doente se levanta...» P1  
«...a definição de referir... encaminhar ou indicar uma pessoa para alguém ou alguma coisa» P3  
«Manter...repouso na cama» P1 - «Ou manter o equipamento...durante aquele momento» P1

Em síntese podemos explicitar que o grupo de peritos, para o modelo clínico de dados das intervenções de enfermagem relacionadas com os focos do autocuidado *erguer-se, virar-se e transferir-se*, consensualizou alguns critérios:

- *Não usar ações que se destinam a fazer juízos sobre o diagnóstico inicial.*
- *Manter congruência com a terminologia da CIPE<sup>®</sup>.*
- *Manter congruência entre o tipo de ação e a intenção.*

Assim, e perante estes critérios, estabeleceu-se que do domínio do Atender - ações dirigidas a um foco a trabalhar no domínio das condições pessoais para a transição, ou seja tradutoras da intenção do enfermeiro - devem fazer parte do modelo as ações **Assistir e Promover**.

Do âmbito do Gerir – ações que se destinam a favorecer a negociação do plano de cuidados entre o enfermeiro e a pessoa / cliente - farão parte do modelo **Planejar, Manter, Providenciar e Referir**.

Do domínio do Executar, para evitar redundância, faria apenas parte a ação **Levantar, Posicionar e Transferir**, conforme o foco inicial com que se encontra relacionada.

Do âmbito do Informar - ações que se destinam a capacitar ou preparar a pessoa / cliente para a realização do seu autocuidado - fariam parte do modelo **Informar, Instruir, Treinar e Aconselhar**.

Decidiu-se não incluir as ações do âmbito do Determinar (anexo IX).

#### 3.2.1.2.1 Síntese sobre o MCD referente às Intervenções de enfermagem

Após identificar os diagnósticos de enfermagem, o passo seguinte no processo de conceção de cuidados do enfermeiro é prescrever as intervenções necessárias para lhes dar resposta.

Nos quadros seguintes, apresentamos alguns exemplos de enunciados das intervenções de enfermagem relacionadas com os três focos em estudo.

**QUADRO 33: Enunciados das Intervenções de enfermagem referentes aos diagnósticos que tomam como foco de atenção – *erguer-se / levantar-se***

<i>Ação</i>	<i>Alvo</i>	<i>Especificação Alvo</i>	<i>Meio</i>	<i>Local</i>	<i>Beneficiário</i>	<i>Enunciado da intervenção De enfermagem</i>
<i>Assistir</i>	<i>Levantar-se</i>				<i>Doente</i>	<i>L1-Assistir o doente a levantar-se</i>
<i>Promover</i>	<i>Autocuidado Levantar-se</i>					<i>L2-Promover o autocuidado: levantar-se</i>
<i>Promover</i>	<i>Força de vontade</i>	<i>Autocuidado Levantar-se</i>			<i>Doente</i>	<i>L3-Promover a força de vontade do doente para o autocuidado: levantar-se</i>
<i>Promover</i>	<i>Força de vontade</i>	<i>Autocuidado Levantar-se</i>	<i>Dispositivo Auxiliar</i>		<i>Doente</i>	<i>L4-Promover a força de vontade do doente para o autocuidado: levantar-se com dispositivo auxiliar</i>
<i>Levantar</i>	<i>Doente</i>					<i>L5-Levantar o doente</i>
<i>Instruir</i>	<i>Levantar-se</i>				<i>Doente</i>	<i>L6-Instruir o doente a levantar-se</i>
<i>Instruir</i>	<i>Levantar-se</i>		<i>Dispositivo auxiliar</i>		<i>Doente</i>	<i>L7-Instruir o doente a levantar-se com dispositivo auxiliar</i>
<i>Treinar</i>	<i>Levantar-se</i>				<i>Doente</i>	<i>L8-Treinar o doente a levantar-se</i>
<i>Treinar</i>	<i>Levantar-se</i>		<i>Dispositivo auxiliar</i>		<i>Doente</i>	<i>L9-Treinar o doente a levantar-se com dispositivo auxiliar</i>
<i>Instruir</i>	<i>Levantar-se</i>		<i>Dispositivo auxiliar</i>	<i>Cama</i>	<i>Doente</i>	<i>L10-Instruir o doente a levantar-se na cama com dispositivo auxiliar</i>
<i>Treinar</i>	<i>Levantar-se</i>		<i>Dispositivo auxiliar</i>	<i>Cama</i>	<i>Doente</i>	<i>L11-Treinar o doente a levantar-se na cama com dispositivo auxiliar</i>
<i>Aconselhar</i>	<i>Levantar-se</i>		<i>Dispositivo auxiliar</i>			<i>L12-Aconselhar o uso de dispositivo auxiliar para levantar-se</i>
<i>Providenciar</i>	<i>Dispositivo auxiliar</i>	<i>Levantar-se</i>				<i>L13-Providenciar dispositivo auxiliar para levantar-se</i>

**QUADRO 34: Enunciados das Intervenções de enfermagem referentes aos diagnósticos que tomam como foco de atenção – *virar-se / posicionar-se***

<b>Ação</b>	<b>Alvo</b>	<b>Especificação alvo</b>	<b>Meio</b>	<b>Local</b>	<b>Beneficiário</b>	<b>Enunciado da Intervenção de enfermagem</b>
<i>Assistir</i>	<i>Posicionar-se</i>				<i>Doente</i>	<i>P1-Assistir o doente a posicionar-se</i>
<i>Promover</i>	<i>Autocuidado posicionar-se</i>					<i>P2-Promover o autocuidado: posicionar-se</i>
<i>Promover</i>	<i>Força de vontade</i>	<i>Autocuidado posicionar-se</i>			<i>Doente</i>	<i>P3-Promover a força de vontade do doente para o autocuidado posicionar-se</i>
<i>Promover</i>	<i>Força de vontade</i>	<i>Autocuidado posicionar-se</i>	<i>Dispositivo auxiliar</i>		<i>Doente</i>	<i>P4-Promover a força de vontade do doente para o autocuidado: posicionar-se com dispositivo auxiliar</i>
<i>Posicionar</i>	<i>Doente</i>			<i>Cama</i>		<i>P6-Posicionar o doente na cama</i>
<i>Posicionar</i>	<i>Doente</i>			<i>Cadeira</i>		<i>P7-Posicionar o doente na cadeira</i>
<i>Posicionar</i>	<i>Parte do corpo</i>					<i>P8-Posicionar parte do corpo</i>
<i>Instruir</i>	<i>Posicionar-se</i>			<i>Cama</i>	<i>Doente</i>	<i>P9-Instruir o doente a posicionar-se na cama</i>
<i>Instruir</i>	<i>Posicionar-se</i>			<i>Cadeira</i>	<i>Doente</i>	<i>P10-Instruir o doente a posicionar-se na cadeira</i>
<i>Treinar</i>	<i>Posicionar-se</i>			<i>Cama</i>	<i>Doente</i>	<i>P11-Treinar o doente a posicionar-se na cama</i>
<i>Treinar</i>	<i>Posicionar-se</i>			<i>Cadeira</i>	<i>Doente</i>	<i>12-Treinar o doente a posicionar-se na cadeira</i>
<i>Aconselhar</i>	<i>Posicionar-se</i>	<i>Dispositivo auxiliar</i>				<i>P13-Aconselhar o uso de dispositivos auxiliares para posicionar-se</i>
<i>Instruir</i>	<i>Posicionar-se</i>		<i>Dispositivo auxiliar</i>	<i>Cama</i>	<i>Doente</i>	<i>P14-Instruir o doente a posicionar-se na cama com dispositivo auxiliar</i>

<i>Instruir</i>	<i>Posicionar-se</i>		<i>Dispositivo auxiliar</i>	<i>Cadeira</i>	<i>Doente</i>	<i>P15-Instruir o doente a posicionar-se na cadeira com dispositivo auxiliar</i>
<i>Treinar</i>	<i>Posicionar-se</i>		<i>Dispositivo Auxiliar</i>	<i>Cama</i>	<i>Doente</i>	<i>P16-Treinar o doente a posicionar-se na cama com dispositivo auxiliar</i>
<i>Treinar</i>	<i>Posicionar-se</i>		<i>Dispositivo Auxiliar</i>	<i>Cadeira</i>	<i>Doente</i>	<i>P17-Treinar o doente a posicionar-se na cadeira com dispositivo auxiliar</i>
<i>Providenciar</i>	<i>Dispositivo auxiliar</i>	<i>Posicionar-se</i>				<i>P18-Providenciar dispositivo auxiliar para posicionar-se</i>

**QUADRO 35: Enunciados das Intervenções de enfermagem referentes aos diagnósticos que tomam como foco de atenção – *transferir-se***

<b>Ação</b>	<b>Alvo</b>	<b>Especificação alvo</b>	<b>Meio</b>	<b>Local</b>	<b>Beneficiário</b>	<b>Enunciado da Intervenção de enfermagem</b>
Assistir	Transferir-se				Doente	<i>T1-Assistir o doente a transferir-se</i>
Promover	Autocuidado Transferir-se					<i>T2-Promover o autocuidado: transferir-se</i>
Promover	Força de vontade	Autocuidado transferir-se			Doente	<i>T3-Promover a força de vontade do doente para o autocuidado. Transferir-se</i>
Promover	Força de vontade	Autocuidado transferir-se	Dispositivo Auxiliar		Doente	<i>T4-Promover a força de vontade do doente para o autocuidado: transferir-se com dispositivo auxiliar</i>
Transferir	Doente			Cama		<i>T5-Transferir o doente para a cama</i>
Transferir	Doente			Cadeira		<i>T6-Transferir o doente para a cadeira</i>

Instruir	Transferir-se			Cama	D	<i>T8-Instruir o doente a transferir-se para a cama</i>
Instruir	Transferir-se			Cadeira		<i>T9-Instruir o doente a transferir-se para a cadeira</i>
Aconselhar	Transferir-se	Dispositivo auxiliar				<i>T10-Aconselhar o uso de dispositivos auxiliares para transferir-se</i>
Instruir	Transferir-se		Dispositivo Auxiliar		Doente	<i>T11-Instruir o doente a transferir-se com dispositivos auxiliares</i>
Treinar	Transferir-se			Cama	Doente	<i>T12-Treinar o doente a transferir-se para a cama</i>
Treinar	Transferir-se			Cadeira	Doente	<i>T13-Treinar o doente a transferir-se para a cadeira</i>
Treinar	Transferir-se		Dispositivo Auxiliar			<i>T14-Treinar o doente a transferir-se com dispositivos auxiliares</i>
Providenciar	Dispositivo Auxiliar	Transferir-se				<i>T15-Providenciar dispositivo auxiliar para Transferir-se</i>

### **3.2.2 A 2ª fase do grupo de discussão - um modelo clínico de dados, promotor de uma conceção de cuidados mais integradora do conhecimento de enfermagem**

Pretendemos neste ponto do relatório expor um modelo clínico de dados relativo aos focos de atenção do autocuidado: *erguer-se / levantar-se; virar-se/posicionar-se e transferir-se* promotor de uma conceção de cuidados mais integradora do conhecimento disciplinar de enfermagem.

Nesta segunda fase, na sequência da discussão gerada entre os peritos, no seu aprofundamento sobre os focos de atenção em particular e sobre a enfermagem em geral, os discursos e as sínteses construíram novos olhares integradores de uma «*enfermagem*

com mais enfermagem» (Silva, 2007). São estes novos olhares que procuramos sistematizar num modelo clínico de dados que propomos a partir do anterior.

A análise e discussão dos peritos sobre os conceitos anteriormente referidos, proporcionou-nos a oportunidade de, a partir dos diferentes argumentos e das sínteses produzidas, propor um *modelo clínico de dados* organizador do conhecimento disciplinar relativo aos focos de atenção *autocuidado erguer-se, virar-se e transferir-se*.

As sínteses anteriores centradas nos conceitos em uso foram a base da discussão para os participantes refletirem mais aprofundadamente sobre os enunciados e respetivas sintaxes quer dos diagnósticos quer das intervenções.

Foi entendimento dos peritos a necessidade de critérios organizativos para os modelos de dados, sendo consensual a importância de obter **sintaxes de diagnósticos com o maior potencial descritivo possível** de forma a reduzir o número de dimensões a utilizar.

«...é melhor aumentarmos à capacidade descritiva do diagnóstico» P1

«...de usar o menos dimensões possíveis remetendo para a primeira sintaxe o mais visível» P1

Esta definição de critérios organizadores dos enunciados conduziu a discussão no sentido de enfatizar o estatuto dos dados e a sua hierarquização no raciocínio diagnóstico.

«Não faz sentido eu dizer que a parésia é uma dimensão do levantar-se ... há uma ordenação lógica do ponto de vista do raciocínio diagnóstico, há uma coisa que vem primeiro e outra que se lhe segue ... a ordem dos fatores não é arbitrária...» P1

«...se disser que o doente tem uma parésia - levantar-se, comer... higiene, são dimensões da minha análise a um doente que tem uma parésia.» P1

«...mas, as dimensões do que está por detrás quer da falta de forças, quer da falta de vontade, quer da falta de conhecimento podem ser muitas coisas e então, isto são dimensões da análise.»

P1

«...ter na sintaxe do diagnóstico a maior capacidade descritiva no sentido de reduzir ao número de dimensões, mas não é excluir as dimensões» P1

«...Porque isto podem ser dimensões, o significado, a atitude, podem ser dimensões» P3

Os excertos anteriores enfatizam a necessidade de uma ordenação das evidências usadas no processo de diagnóstico. Esta ordenação ou hierarquização de focos relaciona-se com a constatação de que o foco de atenção para um enfermeiro pode, para outro, ser uma dimensão de um outro foco.

Torna-se por isso fundamental que seja possível haver na sintaxe do diagnóstico uma consonância entre o explanado e a intenção do enfermeiro que o identifica.

Estabelecidos os critérios iniciais, centramo-nos nos discursos sobre os conceitos a incorporar nas diferentes categorias relativas aos diagnósticos de enfermagem. Os peritos começaram por discutir quais os conceitos a usar como juízo face aos focos de atenção.

«se nós puséssemos em causa abandonar o termo dependência e puséssemos o juízo capacidade para?» P1

«...não há nada que a CIPE impeça de utilizar outro foco na especificação do próprio juízo» P1

«...Se nós circunscrevermos o conceito de dependência à capacidade e quando estou a falar de capacidade estou a falar de capacidade neuro muscular e músculo articular...» P1 - «Condição funcional...» P2

«...E o que estávamos a julgar era a capacidade para o doente se levantar?» - «se eu ajuizar o levantar-se em função da capacidade que o doente tem...» P1

«Então o que eu tenho são escalas para ajuizar a capacidade, que é o que de fato existe na dependência que é abre a torneira, não abre a torneira, aquece a água...» P1

Da discussão percebe-se que a utilização do conceito *dependência* traduz sempre uma limitação corporal para fazer algo. Face a esta constatação e integrando o assumido antes, que os diagnósticos devem ter o maior potencial descritivo usando o menor número de dimensões, emerge a possibilidade discutida de usar o conceito do eixo do *Status - Capacidade* - enquanto qualificador do foco. Até então usada como dimensão da análise do foco inicial: *erguer-se, virar-se* ou *transferir-se*, mas com esta leitura consideramo-la como juízo qualificador destes focos do autocuidado.

Assim, um enfermeiro tendo como foco da sua atenção um determinado comportamento de *autocuidado erguer-se ou levantar-se, virar-se ou posicionar-se e transferir-se*, o seu juízo clínico sobre o foco centra-se na *capacidade* enquanto condição funcional (do corpo) para a realização desse comportamento.

Então, perante a pessoa em que é relevante avaliar a condição para realizar o autocuidado, o primeiro aspeto a considerar é a sua capacidade enquanto aspeto do corpo, referente à função neuromuscular, fundamental para o movimento corporal.

Esta síntese deixava ainda por responder a que juízo utilizar quando a situação de compromisso no autocuidado não depende de limitação do corpo mas sim da decisão autónoma da pessoa envolvida. Para essas situações convencionou-se utilizar o juízo Interrompido: «...suspense transitoriamente» (CIPE® 2.0, 2011). Os excertos seguintes traduzem esta decisão:

«podia...o interrompido sem mais, nos casos em que é o tal transitório resultante das prescrições...» P1

«...o interrompido ...já não é uma limitação na capacidade» P3

«É uma imposição» P5

«A pessoa seria capaz mas ...» P4

Contudo ao qualificarmos ou emitirmos um julgamento clínico face ao autocuidado *erguer-se, virar-se* ou *transferir-se* da pessoa / cliente através da capacidade que esta apresenta para o realizar, será fundamental perceber até que nível essa capacidade se encontra afetada. Assim, tal como nas situações que categorizamos anteriormente de dependência, é útil usar diferentes níveis de gradientes traduzindo diferentes níveis de *Capacidade*.

Surgem-nos então duas situações: uma em que a pessoa não tem capacidade mas apresenta potencial para a desenvolver e em que o enfermeiro tenderá a melhorar essa capacidade, eventualmente e se adequado, através de ações do tipo: ensinar, instruir e treinar, e outra em que a pessoa não tem nem a capacidade nem o potencial para a melhorar e então o enfermeiro vai substituí-la na realização do seu autocuidado ou preparar alguém no para o fazer.

Coloca-se então a questão relativa à gradação do conceito usado como qualificador, a *capacidade*.

Várias hipóteses emergiram entre os diferentes participantes como por exemplo: a utilização do *parcial* e *total*, ou então do *parcial de pessoa* ou *parcial de equipamento*, acompanhadas de uma avaliação da sua *potencialidade* como nos é ilustrado pela opinião dos peritos:

«...diminuição da capacidade...» P1

«... diminuição parcial da capacidade para levantar-se ou ausência» P1

«Tens total e parcial» P4

«Tenho esta granularidade que é diferente ...intenção dos cuidados» P5

«É diferente o ser um parcial de pessoa ou ser de equipamento» P5

«Potencialidade para uma dimensão do juízo primário...» P1

«... potencialidade para, se ele tinha capacidade parcial, é para capacidade total» P1

Nesta proposta de modelo, embora seja importante que a sintaxe do diagnóstico de enfermagem possua a maior capacidade descritiva possível, mantém-se contudo pertinente a utilização de algumas dimensões de análise para abranger todas as situações.

Uma vez que, quando o enfermeiro se centra em aspetos como a preparação, o conhecimento, as crenças, a força de vontade ou as habilidades, assume, em termos de avaliação, que existem condições para traçar uma intenção para a conceção de cuidados que envolva a pessoa / cliente no seu processo de transição (Meleis, 2010), os participantes sugeriram que as **dimensões de análise do foco traduzissem as especificidades das transições**. São exemplo alguns excertos da discussão:

«...a força, a vontade e o conhecimento, ... mas, as dimensões do que está por detrás quer da falta de forças, quer da falta de vontade, quer da falta de conhecimento podem ser muitas coisas e então, isto são dimensões da análise.» P1

«... nós não podemos estar a traduzir o *hability* da mesma maneira que o *capacity*, está certo?» P1

«Habilidade, eu sei que existe, no inglês existe e portanto pode ser só um problema de tradução, mas como no SAPE tens termos preferidos ... eu sei que existe na CIPE *hability* e *capacity*» P1- «...tem que estar aqui, habilidade» P1

«O *psicomotor*» P2 - «A aquisição do domínio de atividades práticas associados a treino, prática e exercício» P3

«a consciencialização, os significados, o conhecimento e a habilidade neste doente do levantar-se, sobre o quê?» P1

«...vantagens do levantar-se?» P1 –« Isto tem muito dos significados» P4 –« Tem a ver com os conhecimentos» P5- «É uma especificação do conhecimento» P2 – «Para a mudança de comportamentos» P4 –«É influenciar a vontade» P5

Em relação ao juízo necessário para qualificar a dimensão, o grupo de peritos discutiu o *potencial para melhorar* e o *adequado* - «...afirma-se a *suficiência ou satisfação*» (CIPE®, Beta 2, 2005) - para aquela pessoa, como qualificador da dimensão de análise do foco inicial.

«É *potencialidade para...*» P4

«E porque é que não é o *dificultador e facilitador...*» P2

«Existe *progressão*» P2

«Porque é que não dizemos *potencial para qualquer coisa efetivo?*» P2

«*Potencial para melhorar*» P3 - - «Não pode ser para melhorar o significado, o significado é o da pessoa, não é ...» P1

«*Potencialidade para desenvolver o conhecimento, potencialidade não ... para o significado não dá*» P3

«Não há *potencial para desenvolver significado*» P5s

«O adequado é muito importante porque é o adequado que me diz um juízo naquele doente, o significado naquele doente é adequado» P1

«É adequado o significado e portanto o potencial de melhorar» P5 - «...nós estamos a falar desta dimensão do potencial, não é só para os significados e só para aquilo que é das transições» P5 - «Estamos a falar também para as habilidades e para o conhecimento» P5

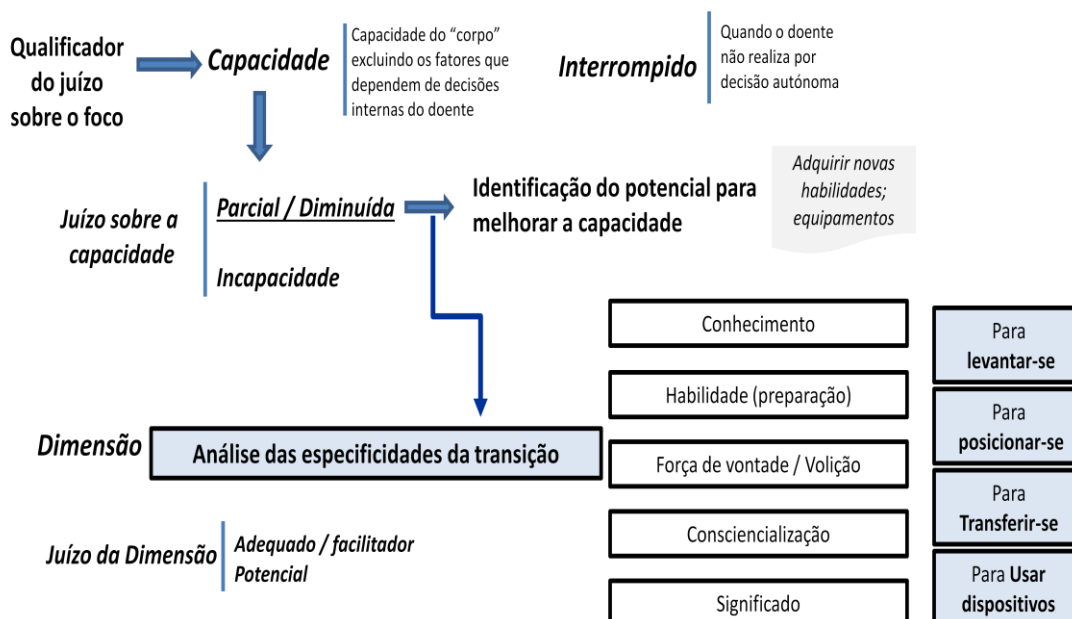
Relativamente à especificação da dimensão, referência ao que esta em concreto se dirige, o grupo de peritos validou a síntese da análise anterior remetendo essa especificação da dimensão ou para o foco de atenção a que o diagnóstico se refere ou para os dispositivos auxiliares para a realização do autocuidado em questão.

Apresentamos a seguir a síntese dos critérios consensualizados pelos participantes relativamente aos enunciados dos diagnósticos de enfermagem:

- A sintaxe do diagnóstico de enfermagem deve ter o maior potencial descritivo possível
- Na sintaxe do diagnóstico de enfermagem deve existir consonância entre o explanado e a intenção
- Uso de gradiente do juízo apenas quando este se refere a um fator referente ao corpo e não depende da decisão da pessoa / cliente

Em função dos destes critérios, resumimos na figura seguinte os conceitos relativos ao modelo clínico de dados referente aos focos de atenção do *autocuidado erguer-se, virar-se e transferir-se*, cuja reflexão no grupo de discussão, com peritos da área disciplinar envolvida, tornou possível (anexo X).

**Figura7: Conceitos relacionados com os diagnósticos de enfermagem para um MCD inovador**



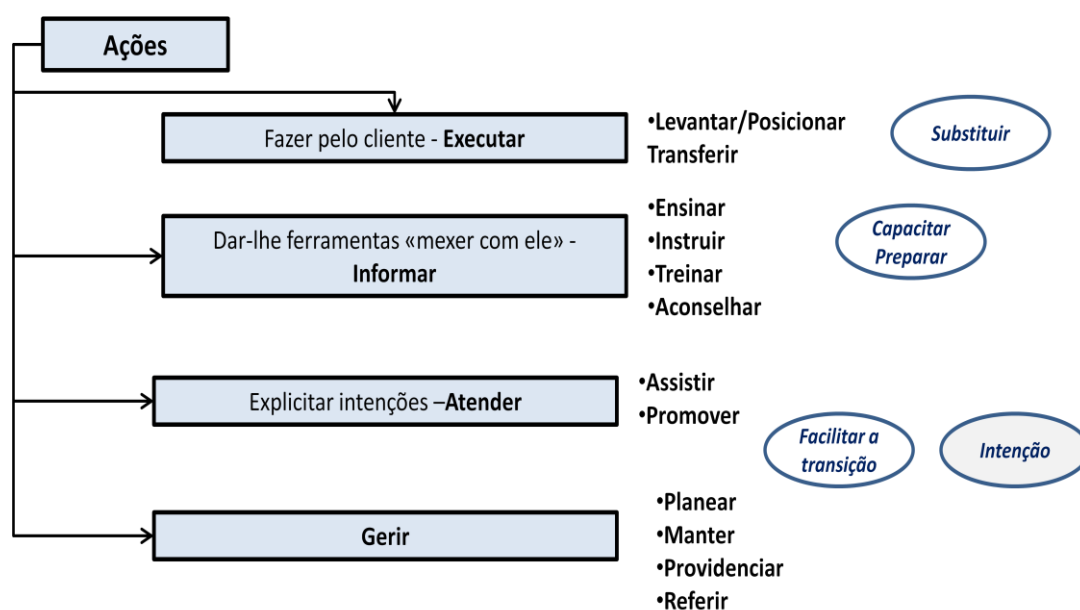
Relativamente às intervenções de enfermagem associadas aos focos de atenção em estudo, a discussão e sínteses produzidas no grupo de peritos não alterou o já validado na primeira fase de discussão (anexo IX).

Assim, devem integrar o modelo MCD, pela sua utilidade clínica, as ações do âmbito do **Executar**, em que o enfermeiro realiza pelo cliente, e as ações do âmbito do **Informar**, em que o enfermeiro capacita ou prepara o cliente para realizar ele próprio o seu *autocuidado erguer-se, virar-se ou transferir-se*. As ações do tipo **Gerir** e **Atender** traduzem um conjunto de intenções do enfermeiro no sentido de ajudar o cliente a viver uma transição bem-sucedida. O discurso dos peritos ilustra esta ideia como podemos verificar no extrato seguinte:

«...tirando o informar e o executar, não há ações, só há intenções» P1  
 «...ações de executar, fazer pelo doente ou de mexer com ele por via da informação e tudo o resto são explicitações de intenção...»P1  
 «... o que a gente vai é mediar a intenção mais do que prescrever a ação» P1

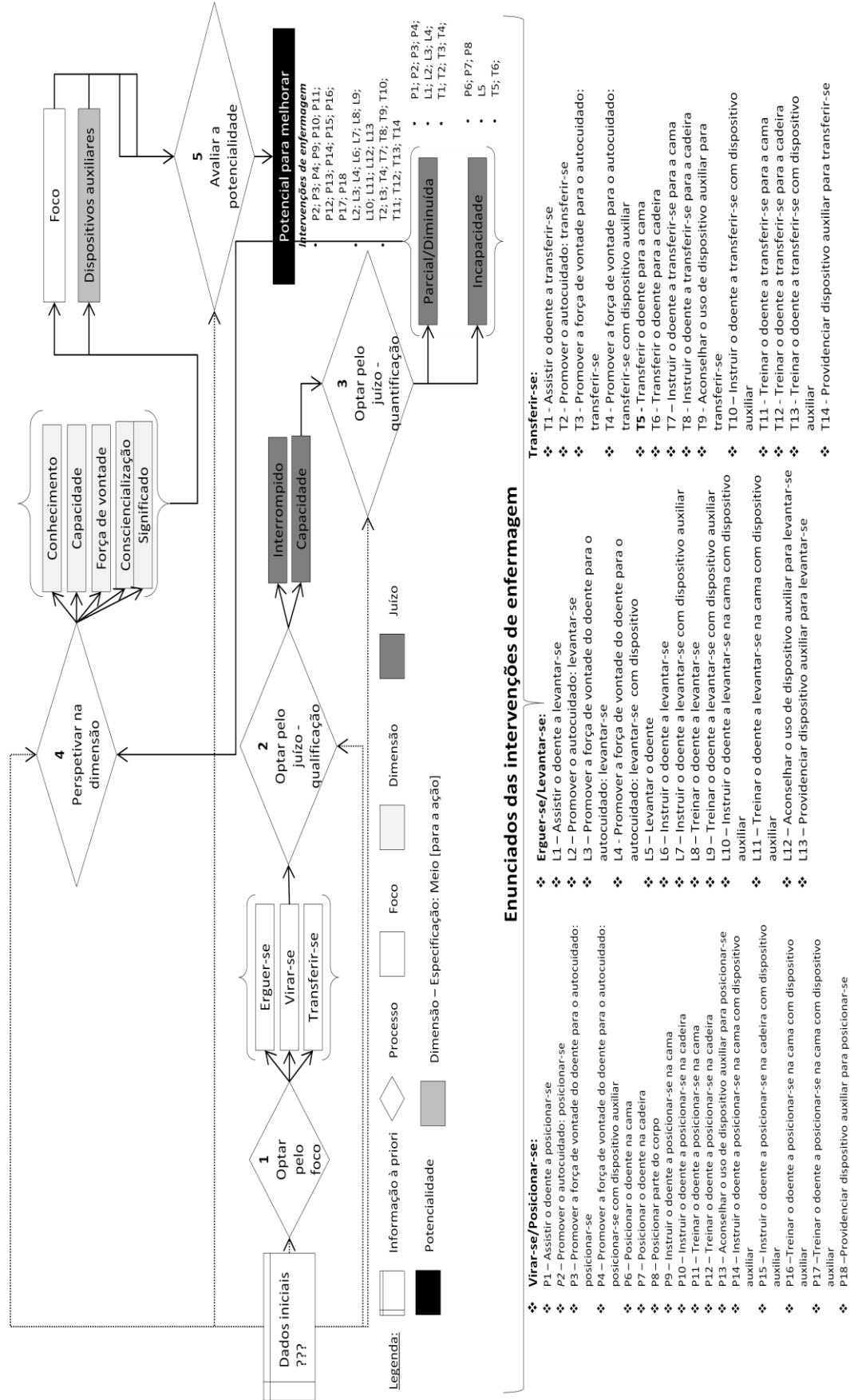
Os participantes no grupo de discussão procuraram clarificar a forma como a utilização de determinados conceitos é tradutora da intenção subjacente à conceção de cuidados, também no domínio das intervenções de enfermagem. A figura seguinte apresenta uma síntese do que acabamos de explicar:

**Figura 8: Conceitos de um modelo clínico de dados para as intervenções de enfermagem relacionadas com os focos *erguer-se, virar-se e transferir-se***



Em consonância com o anteriormente documentado, propomos um modelo clínico de dados para os diagnósticos e intervenções de enfermagem, relacionados com os focos em estudo, promotor de uma concepção de cuidados mais integradora do conhecimento atual da disciplina de enfermagem. Usamos, também, os enunciados das intervenções constantes dos quadros 33, 34 e 35 tal como lá se encontram referenciadas.

Figura 9: Diagrama de um MCD inovador proposto para os diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados com os focos *erguer-se*, *virar-se* e *transferir-se*





#### 4 - CONCLUSÃO

Partindo da certeza de que a qualidade da informação clínica produzida pelos enfermeiros é decisiva para as decisões a tomar sobre a saúde das pessoas, entendemos que a sistematização e estruturação da informação, em modelos clínicos de dados que organizem os conceitos envolvidos para melhor traduzirem a condição da pessoa, é potenciadora de uma melhor compreensão e acessibilidade pelos utilizadores, promovendo assim as melhores decisões em matéria da saúde, ou seja os melhores cuidados.

Nos SIE, a explanação da conceção de cuidados dos enfermeiros decorre da documentação do resultado do processo de diagnóstico - *os diagnósticos de enfermagem* - e da abordagem terapêutica prescrita pelos enfermeiros face a esses diagnósticos - *as intervenções de enfermagem*. Este estudo debruçou-se sobre estes conceitos, documentados na prática em sistemas eletrónicos que incorporam a CIPE®.

Assim fez sentido que tivéssemos suportado a nossa análise de conteúdo, com a consequente categorização dos dados, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, enquanto modelo de análise dos conceitos necessários à descrição dos cuidados de enfermagem. Também utilizamos a norma de referência para produzir os enunciados dos diagnósticos e intervenções de enfermagem ISO 18104 (Health Informatics, 2003).

Delimitamos o nosso estudo a três focos do âmbito do autocuidado: *erguer-se, virar-se e transferir-se* e trabalhamos os conceitos provenientes da documentação dos enfermeiros referente ao ano de 2011. Excluímos todos os dados relativos aos processos de crianças e do prestador de cuidados.

Depois de trabalharmos no nosso «corpus de análise» chegamos à conclusão de que existe redundância na variabilidade de conceitos na documentação da prática de enfermagem constante no SIE. Contudo, não encontramos grande diferença entre a conceção de cuidados, relacionada com cada um dos focos em estudo, tanto para os diagnósticos como para as intervenções de enfermagem.

Os enfermeiros constroem as sintaxes dos diagnósticos, relacionados com os focos, sobretudo de duas formas, uma atribuindo um juízo qualificador ao foco e outra utilizando outros focos de atenção para trabalhar o foco inicial, neste caso, o *erguer-se, virar-se* ou *transferir-se*. Isto vem ao encontro do conceito de dimensão preconizado pela norma que usamos como suporte da nossa análise. Os juízos qualificadores encontram-se muitas vezes

acompanhados de gradientes quantificadores do juízo, mas não encontramos diferença significativa na parametrização das intervenções prevista para os diferentes graus.

Estes achados, categorizados e organizados em quadros, foram alvo de discussão em reunião, por um grupo de peritos da área dos sistemas de informação e do autocuidado, as duas grandes temáticas envolvidas neste estudo. Dos consensos deste grupo emergiram os contributos para a validação da análise efetuada e para a construção de critérios importantes para a organização e estruturação do modelo clínico de dados. Referente aos diagnósticos de enfermagem, foi acordado que no modelo a propor deve haver ausência de redundância entre os conceitos e o diagnóstico de enfermagem deve ser tradutor da intenção da conceção dos cuidados. Os gradientes do juízo devem ser usados apenas quando o juízo se refere à condição do «corpo» e a dimensão (um foco a trabalhar face ao foco inicial) de análise sobre o foco de atenção deve referir o processo a ser facilitado ou melhorado e não o resultado. Ficou ainda consensualizado que apenas dois juízos seriam suficientes para abranger todas as situações, a *Dependência* – com diferentes gradientes - e o *Compromisso* – sem gradiente. As dimensões que se revestiam de utilidade clínica seriam a *Capacidade*, o *Conhecimento* e a *Força de vontade* dirigidas para o foco do autocuidado e qualificadas pelo juízo *potencial para melhorar*, devendo estas dimensões ser relacionadas com aspetos concretos ou especificações, tendo sido sugerido: o *próprio foco* e os *dispositivos auxiliares*. Em relação com as intervenções de enfermagem, ficou estabelecido que o modelo não deve incluir ações que se destinem a fazer juízos sobre o diagnóstico inicial, deve manter uma ausência de redundância e uma congruência quer com a terminologia da CIPE<sup>®</sup> quer entre o tipo de ação e a intenção.

Usando como impulso, a análise sobre os conceitos documentados no SIE e os consensos do grupo de peritos, foi nossa intenção dar cumprimento ao último dos objetivos deste estudo, expondo uma proposta de um modelo clínico de dados relativo aos focos de atenção do autocuidado *erguer-se / levantar-se; virar-se / posicionar-se e transferir-se*, que se venha a revelar promotor de uma conceção de cuidados mais integradora do conhecimento disciplinar de enfermagem. Assim, e para os diagnósticos de enfermagem, foi consensualizado que a sintaxe do diagnóstico deverá ter o maior potencial descritivo possível, deve existir consonância entre o explanado e a intenção, só se deve fazer uso de gradiente do juízo quando este se referir a um fator limitativo do «corpo» e não da decisão da pessoa / cliente, e as dimensões da análise do foco inicial devem traduzir as especificidades das transições. Optou-se também por dois juízos apenas, a capacidade, enquanto condição funcional (do corpo) para a realização do comportamento de autocuidado e o «interrompido» quando a decisão for da pessoa. As dimensões

relacionam-se com as especificidades das transições: o conhecimento, a habilidade, a força de vontade, a consciencialização e os significados da pessoa, ajuizadas pela potencialidade que apresenta para melhorar e pela adequação que expressa perante a situação. As intervenções de enfermagem constantes deste modelo seriam as do âmbito do executar no sentido de fazer pela pessoa e do informar, no sentido de a ajudar a aprender a fazer por si própria. Tudo o resto seriam conceitos do âmbito das intenções congruentes com a ideia das terapêuticas de enfermagem defendida por Melei (2010).

As limitações deste estudo prendem-se com o fato de não estarem incluídos os dados iniciais nem os que monitorizam a evolução dos diagnósticos de enfermagem, não ter sido integrado o conhecimento do estado da arte porque não foi feita revisão sistemática da literatura e ainda o facto de não haver consistência, em alguns domínios no esboço do MCD, como por exemplo, no que se refere ao juízo quantificador do grau de diminuição da capacidade para os diferentes autocuidados.

As implicações para a prática prendem-se com a importância dos MCD nos SIE, com a construção de ferramentas que promovam a tomada de decisão baseada na evidência e com a inclusão, progressivamente, de mais conhecimento de enfermagem na conceção de cuidados dos enfermeiros. A nível da gestão, irá permitir construir melhores indicadores, mais fiáveis e consistentes.

Este percurso permitiu-nos desenhar um esboço de MCD centrado nos três focos envolvidos, atingindo os objetivos definidos, numa área inovadora na qual há um longo caminho para percorrer.

Propomos, para o futuro, o desafio da realização de uma revisão sistemática da literatura, tendo por base estes três focos de atenção e que promova a inclusão da evidência científica no MCD.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, E. - **Ser Enfermeira**. 3ª Edição, Monreal: Études Vivantes, 1991. Instituto Piaget, versão portuguesa. ISBN 972 - 9295 - 86 - 7.
- AMADO, J. - A Técnica da Análise de Conteúdo. **Revista Referência**, nº 5, Novembro 2000.
- BACKMAN, K.; HENTINEM, M. - Model for de Self-Care of Home Dwelling Elderly. **Journal of Advanced Nursing**, 30 (3), 564-572, 1999, Blackwell Science Ltd.
- BAGGIO, M.; FORMAGGIO, F. - Profissional de Enfermagem: compreendendo o autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem** 2007;28 (2):233-41.
- BARDIN, L. - **Análise de Conteúdo**.5ª Edição, Lisboa: Edições 70 Lda. Novembro 2009. ISBN 978 - 972 - 44 - 1506 - 2.
- BEALE, T. - Archetypes: constraint-based domain models for future-proof for information systems. 2000.
- BEALE, T.; HEARD, S. – Ocean Informatics. The *openEHR* Architecture Overview. Abril de 2007.
- BEALE, T.; HEARD, S. – Ocean Informatics. The *openEHR* Archetype System. Março 2007.
- BELL, J. – **Como Realizar um Projecto de Investigação: um guia para a pesquisa em Ciências Sociais e da Educação**. Lisboa: Editora Gradiva, 1ª Edição, Fevereiro de 1997. ISBN 972 – 662 – 524 – 6.
- BELLO, J. – Metodologia Científica, Rio de Janeiro, [Em linha], 2004. [Consult. 24-09-2012]. Disponível em: <http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/met05.htm>.
- BENNER, P. – **De Iniciado A Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Edição comemorativa. Papelmunde – SMG, Lda. 2001. ISBN 989 – 558 – 052 – 5.
- BETTINELLI, L.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. – Humanização do cuidado no ambiente hospitalar **O Mundo da Saúde**.vol.27, nº 2 (Abril/Junho, 2003).
- BUCKINGHAM, C.; ADAMS, A. - Classifying Clinical Decision Making: a unifying approach. Nursing theory and concept development or analyses, **Journal of Advanced Nursing**, 32 (4): 981-989, 2000, Blackwell Science Ltd.
- CANZONIERI, A. - **Metodologia da Pesquisa Qualitativa na Saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2010. ISBN 978 - 85 - 326 - 3985 -1.
- CARPENITO-MOYET, L. - **Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática Clínica**. 10ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2005.
- COLLIÈRE, M. - **Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5ª Tiragem, Lisboa: Lidel - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Março 1999. ISBN 972 - 757 - 109 - 3.

- CRAIG, J.; SMYTH, R. - **Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. ISBN 972 - 8383 - 61 - 4.
- DAVIS, S. - Meleis's Theory of Nursing Transitions and Relatives' Experiences of Nursing Home Entry. Nursing theory and concept development or analyses. **Journal of Advanced Nursing**, 52 (6): 658-671, 2005, Blackwell Publishing Ltd.
- DIOGENES, M.; PAGLIUCA, L. - Teoria do Autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 24(3): 286-93, Dezembro 2003.
- DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. – **Aplicação do Processo de enfermagem e do diagnóstico de Enfermagem**. Lisboa. Lusodidacta. 1992.
- FIGUEIROA-RÊGO, S. - Século XXI: Novas e velhas Problemáticas em Enfermagem. Sistemas de informação e Documentação em enfermagem e Modelos em Uso. **Pensar Enfermagem**. Vol.7. Nº 2. P 34-48. 2003.
- FORTIN, M. - **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. 1ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda., Setembro 1999. ISBN 978 - 972 - 8383 - 10 - 7.
- FRAGOSO, V. - A Arte de Cuidar e Ser Cuidado: cuidar-se para cuidar. **Revista IGT na rede**; Vol. 3, Nº 5, p1-8, Agosto 2006.
- FREIXO, M -**Metodologia Científica: fundamentos, métodos e técnicas**. 2ª Edição, Lisboa: Instituto Piaget, 2010. ISBN 978 - 989 - 659 - 047 - 5.
- GARD, S; KNAUL, P; HOVENGA, E; HEARD, S - Towards Semantic Interoperability for Electronic Health Records. **Methods Inf. Med.**, published on line, 2007, PUBMED.
- GOOSSEN, W. - **Towards Strategic Use of Nursing Information in the Netherlands**. Northern Center for Healthcare Research. 2000.
- GOOSSEN, William. Nursing Informatics Research. Health Informatics. **Nurse Researcher**. Vol8. Nº 2. 2000.
- GOOSSEN, W - HL7WIKI - **Detailed Clinical Models**. 2010.
- GOOSSEN, W.; GOOSSEN, B.; VANDERZEL, M. - Detailed Clinical Models: A Review. **Health Inform. Rev.**, published on line, December 2010, PUBMED.
- HARTWEG, D. - **Dorothea Orem - Self-care deficit theory: notes on nursing theories**. USA: Sage Publications - International Educational and Professional Publisher, 1991. ISBN 0 - 8039 - 4299 - 0 (Pb).
- HEARD, S.; BEALE, T.; FRERIKS, G.; MORI, A.; PISHEV, O. - **Templates and Archetypes: how do we know what we are talking about?** Version 1.2, 12th February 2003.
- HOVENGA, E; GARD, S; HEARD, S -Nursing Constraint Models for Electronic Health Records: a vision for domain knowledge governance. **Int. J. MED. Inform.**, published on line, 2005, PUBMED.
- HUFF, S - Data \_ Normalization - SHARP PROJECT WIKI. [Em linha], 2011.[Consult. 28-02-2012]. Disponível em: [http://informatics.mayo-edu/sharp/index.php/Data\\_Normalization](http://informatics.mayo-edu/sharp/index.php/Data_Normalization).

HUFF, S M -The SHARPN Project on Secondary use of Electronical Medical Record Data: problems, plans and possibilities. **AMIA Annu Symp Proc.**, published on line, October 2011, PUBMED.

International Council of Nurses (ICN) -**Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - CIPE/ICNP® Versão Beta 2. Edição portuguesa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, Janeiro 2005. ISBN -972- 98149 - 5 - 3.

International Council of Nurses (ICN) -**Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - CIPE® Versão 1.0. Edição portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. 2006. ISBN 92 – 95040 – 36 – 8.

International Council of Nurses (ICN) -**Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento** – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®. Conselho Internacional de Enfermeiros. Editado em português pela Ordem dos Enfermeiros. Abril de 2009

International Council of Nurses (ICN) – Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos da CIPE®. Conselho Internacional de Enfermeiros. Editado em português pela Ordem dos Enfermeiros. Junho de 2009. ISBN 978 – 989 – 96021 – 6 – 8.

International Council of Nurses (ICN) -**Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - CIPE® Versão 2.0. Edição portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, Fevereiro 2011. ISBN 978 - 92 - 95094 - 35 - 2.

International Organization for Standardization (ISO) — **Integration of a Reference Terminology Model for Nursing** - Health informatics. ISO/FDIS 18104: 2003. Pdf.

ISO/IEC 2382-01. - Information Technology Vocabulary, Fundamental Terms. **Interoperability**. 2004.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. – **Nursing Outcomes Classification** - NOC. Iowa Outcomes Project. Second Edition. USA. Mosby, inc. 2000. ISBN 0 – 323 – 00893 – 3.

JOHNSON, M; BULECHEK, G; DOCHTERMAN, J; MAAS, M; MOORHEAD, S. **Nursing Diagnoses, Outcomes And Interventions** – NANDA, NIC and NOC linkages. USA. Mosby, inc. 2001. ISBN 0 – 323 – 01212 – 4.

KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. - Integrative Literature Reviews and Meta-Analyses. Transition: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, The Authors, Journal compilation, 2006, Blackwell Publishing Ltd.

LAZURE, H. - **Viver a Relação de Ajuda**. Lisboa: Lusodidata, 1994. ISBN 972 - 95399 - 5 - 2.

LEAL, M. – **A CIPE® e a Visibilidade da Enfermagem. Mitos e Realidades**. Loures. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas Lda. 2006. ISBN 972 – 8930 – 20 – 8.

LEE, M; PARK, H -Development of Data Models for Nursing Assessments of Cancer Survivors Using Concept Analyses. The Korean Society of Medical Informatics, **Health Inform Rev.**, Central Journal List, published on line, March 2011, PUBMED.

LUNNEY, M .– **Pensamento Crítico e Diagnósticos de enfermagem – Estudos de caso e análises**. Porto Alegre, Artmed. 2004.

MARIN, H.; CUNHA, I. - Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**.Vol.59. Nº.3. Brasília. May/June 2006.

MCCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. – **Nursing Intervencion Classification (NIC)**. Iowa Intervention Project. Mosby. 2ª Edição. 1996. ISBN 0 – 8151 – 6302 – 9.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. – **Facilitating Transitions: redefinition of the nursing mission**. Nursing Outlook.1994.

MELEIS, A.; SAWYER, L.; IM, E.; Messias, D.; SCHUMACKER, K. -Experiencing Transitions: an emerging midle range theory. **Advances In Nursing Science**, 23 (1): 12-28, September 2000, Aspen Publishers Inc.

MELEIS, A. - **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York, NY: Springer. 2010. PDF

MORSE, J.; SOLBERG, S.; NEANDER, W.; BOTTORFF, J.; JONHSON, J. Concepts of Caring and Caring as a Concept. **Advances in Nursing Sciences**. Maryland.VOl. 13. Nº 1. 1990.

MOTA, L. – **Sistemas de Informação de Enfermagem: um estudo sobre a relevância da informação para os médicos**. Dissertação de Mestrado. Mestrado de Informática Médica. Faculdade de Ciências | Faculdade de Medicina Universidade do Porto. 2010.

NARDON, F.; FRANÇA, T.; NAVES, H. – **Construção de Aplicativos em Saúde baseados em Arquétipos**. Zilics Sistemas de Informação em Saúde, Brasil 2008.

NEVES, J. - Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, S. Paulo, V1, Nº 3, 2º Sem.1996.

NIGHTINGALE, F. - **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda., 2005. ISBN 972 - 8383 - 92 - 4.

North American Nursing Diagnosis Association - **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação**. NANDA Internacional. Versão brasileira. -. Porto Alegre: Artmed Editora SA, 2009 -2011. ISBN 978 - 85 - 363 - 2104 - 2.

OLIVEIRA, E.; ENS, R.; FREIRE ANDRADE,D.; MUSIS, C. – Análise de Conteúdo e Pesquisa na Área da Educação. **Revista Diálogo Educacional**, vol4, nº 9, maio-agosto, 2003,p 1-17. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Dezembro 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Outubro 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Sistema de Informação de Enfermagem: princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico funcionais**. Abril 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Outubro 2007.

PARK, H; MIN, Y; KIM, Y; LEE, M; LEE, Y - Development of Detailed Clinical Models for Nursing Assessments and Nursing Interventions. The Korean Society of Medical Informatics, **Health. Inform. Rev.**, Central Journal List, published on line, December 2011, PUBMED.

PEPIN, J; KÉROUAC, S; DUCHARME, F. - **La Pensée Infirmière**. Chenelière Education, 3ª Edição,. 2010. ISBN 978 - 2 - 7650 - 2674 - 7.

PEREIRA, F. - Information relevance for continuity of nursing care. **Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)**, 9, (3). 2005.

PEREIRA, F. - **Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda. 2009. ISBN 978 - 989 - 8269 - 06 - 5.

PEREIRA, F.; SILVA, A.; MENDONÇA, D.; DELANEY, C. - Towards a Uniform Nursing Minimum Data Set in Portugal. **Online Journal of Nursing Informatics**, 14 (2). 2010.

PETRONILHO, F. - **Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda. Março 2012. ISBN 978 – 989 – 8269 – 17 – 1.

PETRONILHO, F. - **A Transição da Família para o Exercício do Papel de Cuidadora**. **Universidade de Lisboa**. Junho de 2008.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. -**Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85 - 7307 - 984 - 3.

POTTER, P.; PERRY, A. – **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 4ª Edição, vol. 1, Guanabara Koogan.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Editora Gradiva, 2ª Edição, Janeiro de 1998. ISBN 972 – 662 – 275 – 1.

SANTOS, I.; SARAT, C. - Modalidades de Aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em Comunicações Científicas de Enfermagem Brasileira. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, 16 (3): 313-8, Julho/Setembro 2008.

SILVA, A. - **Registos de Enfermagem: da Tradição Scripto ao Discurso Informo**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.1995.

SILVA, A. - **Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança**. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Julho, 2001.

SILVA, A. – “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Revista Servir**. Nº 55: 11-20. 2007.

SILVA, A. – **Cross Border Electronic Health Records: challenges for Nurses and Patients**. Acendio Conference, Madeira, 2011.

SILVA, M. – **Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas**. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Janeiro de 2011.

- SILVEIRA, D.; MARIN, H. - Conjunto de Dados Mínimos de enfermagem: construindo um modelo em Saúde Ocupacional . **Acta Paul Enferm.** 2006;19 (2):218-27.
- SODERHAMN, O. – Health and the Internal Structure of the Self-care Ability Scale for the Elderly. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, vol 8, 2001, p 67-71.
- SCHUNEMAM, F. -Resgate Histórico: enfermagem e a arte de cuidar. **Portal da Educação**.16 de Abril de 2008.
- SOUSA, M.; BAPTISTA, C. – **Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios segundo Bolonha**. 2ª Edição, Lisboa: Pactor - edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea, 2001. ISBN – 978 – 989 – 693 – 001 – 1.
- SOUSA, P. – **Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem Entre Contextos de Cuidados de Saúde. Um modelo explicativo**. 1ª Edição. Coimbra. Formasau. 2006. ISBN 972 – 8485 – 75 – 1.
- TAYLOR, S. - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem. In TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. -**Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda, 2004. p 211-235. ISBN 972 - 8383 - 74 - 6.
- THOMPSON, C. - A Conceptual Treadmill: the need for middle ground in clinical decision making theory in nursing. Nursing theory and concept development or analyses, **Journal of Advanced Nursing**, 30 (5): 1222-1229, 1999, Blackwell Science Ltd.
- VENES, D; TABER, S - Conceptual Models and Theories of Nursing. In Cyclopedic Medical Dictionary. 21 St Ed. F A Davis Company. **Nursing Reference Center**, 2010, Powered by EBSCOHOST.
- VIEIRA, M. - **Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência**. 2ª Edição, Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. ISBN 978 - 972 - 54 - 0195 - 8.
- ZAGONEL, I. - O Cuidado de Enfermagem na Perspectiva dos Eventos Transicionais Humanos. **Acta Paul. Enf.**, S. Paulo, V11, nº 2, Maio/Agosto 1998.
- ZAGONEL, I. - O Cuidado Humano Transicional Na Trajectória de Enfermagem. **Rev. latino-am.enfermagem**, v. 7, nº 3, Julho 1999, p 25-32.
- ZEGELIN, A. - Tied Down: the process of becoming bedridden through gradual confinement. **Journal of Clinical Nursing (J. Clin. Nurs.)**, 2008, CINAHL, EBSCOHOST.
- ZELEZNIK, D. - **Self-care of the Home-Dwelling Elderly People Living in Slovenia**. Academic Dissertation, Faculty of Medicine, University of Oulou, 2007, ISBN 978 - 8737 - 7 (PDF)

## ANEXOS

ANEXO I: AUTORIZAÇÕES DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARA A  
RECOLHA DE DADOS

centro hospitalar  
do Porto

Hospital Santo António Hospital Maria Pia Maternidade Júlio Dinis Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar  
4099-001 PORTO  
www.hgsa.pt

Exma. Sr.<sup>a</sup>  
Enf.<sup>a</sup> Olinda Maria Lopes Dias Vieira Mendes  
Tv.<sup>a</sup> Júlio Dinis, 68  
4425-113 Águas Santas - MAIA

**ASSUNTO:** Trabalho Académico – Mestrado “Arquétipos de pessoas dependentes no autocuidado auto-elevar, virar-se e transferir-se” - N/ REF.<sup>a</sup> 177/12(135-DEF/INA-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Sistemas de Informação, sendo Investigador Principal a Enf.<sup>a</sup> Olinda Maria Lopes Dias Vieira Mendes.

O estudo de investigação foi previamente analisado pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direcção de Enfermagem e Direcção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

*Autorizado*

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

23/05/2012

Dr. SOLLARI ALLEGRO	Dr. <sup>a</sup> ÉLIA GOMES
Presidente	Vogal Executiva
Dr. PAULO BARBOSA	Dr. PORTO GOMES
Director Clínico	Vogal Executivo
Enf. <sup>a</sup> EDUARDO ALVES	
Enfermeiro Director	

\* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.<sup>a</sup>.



10 de julho de 2012 10:14

**Mara Sousa**

<mara@chpvvc.min-saude.pt>

Para: Olinda Mendes <olindavmendes@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Excluir](#) | [Mostrar original](#)

Bom dia,

Na sequência do solicitado e por indicação do Conselho de Administração de 3 de Maio, informamos V. Ex.<sup>a</sup> que está autorizada recolha de dados para o estudo de investigação. Com os melhores cumprimentos,

Mara

(Audemara Sousa)

Secretariado do Conselho de Administração  
CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM-VILA DO CONDE, EPE  
Largo da Misericórdia • 4490-421 Póvoa de Varzim  
Tel.: +351 252 690 601 | Ext.: 215 | Fax: +351 252 611 120  
E-mail: [mara@chpvvc.min-saude.pt](mailto:mara@chpvvc.min-saude.pt) | [www.chpvvc.pt](http://www.chpvvc.pt)



Para submissão à apreciação pelo Conselho de Administração, junto se remetem os seguintes Projectos de Investigação compareceres finais da CES e da unidade de Investigação:

	Projecto	Investigador Principal
	Método canguru: Conhecimentos, crenças e práticas dos enfermeiros	Ana Isabel de Magalhães Barbosa
	Estimativa da idade à morte em não-adultos com recurso à osteometria dos ossos longos em período pós-natal	Hugo Filipe Violante Cardoso
	Desenvolvimento de um monosensor para detecção de risco de doenças cardiovasculares	Paulo Manuel Barreiros de Castro Chaves
	Posição e conhecimento dos médicos obstetras sobre a associação entre patologias da cavidade oral e parto pre-termo	Raquel Mesquita Pinto da Rocha
X	Arquétipos associados à transição situacional dos familiares cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado: au-elevar, virar-se e transferir-se	Rui Andre de Oliveira Barbosa Leite Coutinho
X	Arquétipos de pessoas dependentes no autocuidado: auto-elevar, virar e transferir-se	Olinda Maria Lopes Dias Vieira Mendes
	Formação em cuidados paliativos: Uma necessidade?	Maria Ana Braz Fernandes
	Isquemia silenciosa do miocárdio na doença inflamatória intestinal	Tiago Emanuel Sampaio Vieira e Fernando José Magro Dias
	Estudo da importância da Biocinética Tiroideia do 99m Tc-Sestambi no diagnóstico diferencial do doente com Tirotoxicose induzida pela Amiodarona	Sofia Alexandra Diogo Chaves e Tiago Emanuel Sampaio Vieira
	The endocannabinoid system in pathogenesis of dermal fibrosis	Inês Bastos Correia de Sá
	Valor prognóstico de biomarcadores cardíacos nas cardiopatias congénitas	Ana Luísa Vieira de Castro Ramos das Neves
	A transição para a alimentação oral, no recém-nascido prematuro	Florbela Maria de Jesus Neto da Silva
	Early CPAP versus Surfactant in very low birth weight babies	Pedro Luís Neves Esteves
	Derrame pleural na insuficiência cardíaca crónica	Patrícia Tavares+Raquel Duro
	A influência dos turnos na vida familiar do enfermeiro	Cátia Sofia Lopes Duarte
	Caracterização de uma população de doentes internados no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de São João com o diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade	Ana Rita Matos Veiga Ferraz
	Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crónica	Andreia Sofia Rocha
	Doença de Graves e factores de risco cardiovascular	Carla Sofia Couto Brandão
	Identification of human molecular variants associated to tuberculosis	Hélder Novais e Basto
	Indicadores das estratégias da Supervisão Clínica de Pares	Duarte José Esteves Pinto
	Caracterização fenotípica de doente com enfisema pulmonar e avaliação da eficácia de métodos de redução endoscópica de volume pulmonar	Adriana Magalhães + Gabriela Fernandes
	Tensão arterial no recém-nascido com restrição de crescimento intra-uterino	Gustavo Marcondes Duarte Rocha
	Modelo psicobiológico da personalidade de Robert C. Cloninger e resistência à mudança em crianças, adolescentes e adultos com e sem condições psiquiátricas	Mariana Cúria Fonseca Cardoso Lima

Hipotiroidismo subclínico e factores de risco cardiovascular	Teresa Catarina Alves Pereira
Competência de gestão na formação em enfermagem	Maria Narcisca Costa Gonçalves
Avaliação do desenvolvimento da função visual de prematuros até aos 6 anos	Tânia Filipa Teixeira Gonçalves
Malassezia infections: experimental answers for a medical conundrum	Ana Filipa Bastos Pedrosa
Alterações do metabolismo do ferro na insuficiência cardíaca	Maria Inês Ribeiro Rangel
Avaliação da dependência no autocuidado e da intolerância à actividade em clientes com insuficiência cardíaca	Sofia Clara Costa Marinho Santos Moura
Avaliação da ingestão alimentar, inflamação e estado nutricional em doentes oncológicos	Elsa Maria Nunes de Madureira
Coping e capacidade para o trabalho	Marco Ramos
Avaliação e optimização dos níveis de referência de diagnóstico em TC em Pediatria	Joana Margarida Rodrigues dos Santos
Childhood obesity-related inflammation and vascular injury - Impact on the kidney	Liane Correia Costa

**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - RELATÓRIO DE 13 JUN 2012  
 Presidente do Conselho de Administração

*[Signature]*  
 Presidente do Conselho de Administração

Directora Clínica: *[Signature]*    Síndico Executivo: *[Signature]*    Vogal Executivo: *[Signature]*    Vogal Dissidente: *[Signature]*

*[Signature]*    *[Signature]*    *[Signature]*    *[Signature]*  
 Dra. Margarida Soares    Sr. Fernando Fialho Pereira    Sr. Marco Ramos    Sr. João Chaves



24 de maio de  
2012 08:58

**Olívia Pestana**

<Olivia.Pestana@ulsm.min-saude.pt>

Para: "olindavmendes@gmail.com" <olindavmendes@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Excluir](#) | [Mostrar original](#)

Exma. Senhora  
Enf<sup>a</sup> Olinda Mendes,

Em resposta à solicitação de v/ Exa. relativamente ao pedido de autorização para a realização do estudo intitulado "Arquétipos de pessoas dependentes no AutoCuidado autoeivar, virar-se e transferir-se", venho informar que o pedido foi autorizado em reunião do Conselho de Administração de 15 de Maio de 2012, após parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais informo que deve ser dado conhecimento ao SEGIC da produção científica sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar na Biblioteca, sempre que possível em suporte electrónico.

Com os melhores cumprimentos

Olívia Pestana

Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Portugal

Telefone: [+ 351 229 391 233](tel:+351229391233) | Fax: [+ 351 229 391 231](tel:+351229391231)

Extensão: 1233

E-mail: [olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt](mailto:olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt)

Web site: <http://www.ulsm.min-saude.pt/>



**Foco Juízo - autocuidado erguer-se/ pôr-se de pé/ levantar-se**

Categoria Foco	Categoria Juízo	Sub categoria – especificação juízo	Unidades de contexto
Erguer-se			«1º levante»
			«Auxiliar a pessoa no levante.»
			«levantar-se com colete Robert Jones já aplicado»
			«levantar-se( sem necessidade de ajuda qd tiver indicação para leevate)»
	(Presença)		«Levantar-se Presente» «Levantar-se Ausente»
	(Execução)		«Levantar-se Conseguido» «Levantar-se Não conseguido»
	(Eficácia)		«Levantar-se Eficaz» «Levantar-se Não eficaz»
	Comprometido	Em grau muito elevado	«Levantar-se Comprometido, em grau muito elevado»
	Compromisso	A um nível elevado	«Levantar-se Comprometido, a um nível elevado»
	Não Comprometido	Em grau moderado	«levantar-se comprometido em grau moderado.»
		Em grau reduzido	«Levantar-se Comprometido, em grau reduzido» «levantar-se comprometido» «levantar-se COMPROMETIDO- REPOUSO NO LEITO» «levantar-se comprometido[fraturas ósseas]» «levantar-se comprometido por indicação médica (suspeita de TEP)» «Levantar-se comprometido por repouso absoluto no leito» «levantar-se comprometido por TVP, doente com repouso no leito.» «Levantar-se Não Comprometido» «compromisso no levantar-se»
	Limitado	Em grau elevado	«levantar-se limitado em grau elevado»
	Restrito	Em grau moderado	«Levantar-se limitado em grau moderado»
		Em grau reduzido	«Levantar-se limitado em grau reduzido» «levantar-se restrito»
	Interrompido		«levantar-se, interrompido por cirurgia» «levantar-se, interrompido por indicação médica»
Dependente		«levantar-se dependente (1.º levante pós operatório)» «levantar-se dependente – 1º levante» «levantar-se dependente - 1º levante» «levantar-se dependente ( 1º levante)» «levantar-se dependente [1as Horas de pós op.]» «levantar-se dependente(1º levante)- pos drenagem de abscesso» «levantar-se dependente (1º levante, pós biópsia hepática)» «levantar-se dependente(pós-colocação de Prótese biliar)» «levantar-se dependente» [1º levante pos-CPRE+operatorio]» «levantar-se dependente com colete de	

			<i>jewet</i> «levantar-se dependente» «levantar-se dependente - 1º levante» «levantar-se dependente - 1º levante pós CPRE» «levantar-se dependente (colete de gibaud)»
		Em grau elevado	«levantar-se dependente em grau elevado» «levantar-se dependente, em grau elevado por cirurgia» «levantar-se dependente, em grau elevado, com colete robert jones»
	Independente	Em grau moderado	«levantar-se dependente (grau moderado)» «levantar-se dependente, em grau moderado (1º levante)» «levantar-se dependente, em grau moderado - desequilíbrio na marcha» «levantar-se dependente, em grau moderado (colocação lombostato)» «levantar-se dependente, em grau moderado por algias» «levantar-se dependente, em grau moderado por força de grau III, no MIDTO» «levantar-se dependente, em grau moderado por parésia drta» «levantar-se dependente, em grau moderado sem carga no membro operado»
	Autónomo		
	Não dependente		
	Dependência		
		Em grau reduzido	«levantar-se dependente em grau reduzido» «levantar-se dependente, em grau reduzido - requer apenas acompanhamento nos 1ºs levantes» «levantar-se dependente, em grau reduzido por cefaleia em ortostatismo»
			«levantar-se, independente» «levantar-se independente [já realizou primeiro levante]» «levantar-se independente com supervisão»
			«levantar-se, autónoma»
			«Levantar-se Não Dependente»
		Ausente	«Dependência Ausente no levantar-se»
		Presente, em grau elevado	«Dependência Presente, no levantar-se em grau elevado»
		Presente, em grau moderado	«Dependência Presente, no levantar-se em grau moderado»
		Presente, em grau muito elevado	«Dependência Presente, no levantar-se em grau muito elevado»
		Presente, em grau reduzido	«Dependência Presente, no levantar-se em grau reduzido»

**Foco Dimensão - autocuidado erguer-se/ pôr-se de pé/ levantar-se**

<b>Categoria Foco</b>	<b>Categoria Dimensão</b>	<b>Categoria Especificação Dimensão</b>	<b>Categoria juízo Dimensão</b>	<b>Unidades de contexto</b>
Erguer-se	Adaptação	Levantar-se	Eficaz Não Eficaz Não ineficaz	«Adaptação para levantar se Eficaz» «adaptação para levantar se Eficaz, em grau elevado» «adaptação para levantar se Eficaz, em grau moderado» «adaptação para levantar se Eficaz, em grau muito elevado» «Adaptação para levantar se Eficaz, em grau reduzido» «adaptação para levantar se Não Eficaz» «adaptação para levantar se Não Ineficaz»
	Força de vontade	Levantar-se	Demonstrado/ Não demonstrado	«Força de vontade para levantar-se Demonstrado» «Força de vontade para levantar-se Não Demonstrado»
	Capacidade Incapacidade	Uso equipamento adaptativo  Levantar-se	Melhorado Potencial de desenvolvimento Incapacitado Não incapacitado	«Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar Melhorado» «Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar Potencial de Desenvolvimento (2.0)» «levantar-se incapacitado» «Levantar-se não incapacitado»
	Aprendizagem de habilidades	Para se levantar  Estratégias adaptativas  Técnica de levante	Demonstrado Não demonstrado	«Aprendizagem de Habilidades para Levantar-se Demonstrado» «Aprendizagem de Habilidades para Levantar-se Não Demonstrado» «Aprendizagem de habilidades para se levantar Demonstrado» «Aprendizagem de habilidades para se levantar Não Demonstrado» «Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias adaptativas para o Levantar-se Demonstrado» «Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias adaptativas para o Levantar-se Não Demonstrado» «Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de levante Demonstrado» «Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de levante Não Demonstrado» «Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias adaptativas para Levantar-se Demonstrado» «Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias adaptativas para Levantar-se Não Demonstrado »
Aprendizagem de capacidades	Uso da técnica de levante Para se levantar	Demonstrado Não Demonstrado	«aprendizagem de capacidade para a utilização da técnica de levante no levantar-se	

				<p><i>demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades sobre técnica de levantar no levantar-se demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidade para a utilização da técnica de levantar no levantar-se não demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades sobre técnica de levantar no levantar-se não demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de Capacidade para a utilização da técnica de levantar Demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de Capacidade para a utilização da técnica de levantar Não Demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de Capacidades sobre técnica para se levantar Demonstrado»</i></p> <p><i>“Aprendizagem de Capacidades sobre técnica para se levantar Não Demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de Capacidades sobre tecnica de por-se de pe (levantar) Não Demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de Capacidades sobre tecnica de por-se de pe (levantar) Demonstrad»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades para se levantar no levantar-se demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades para se levantar no levantar-se não demonstrado»</i></p> <p><i>“Aprendizagem de Capacidades para se levantar Demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades para se levantar não demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de Capacidades para levantar-se Demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de Capacidades para levantar-se Não Demonstrado»</i></p>
	Conhecimento	Levantar-se	<p>Adquirido /Não Adquirido</p> <p>Conseguido</p> <p>Não conseguido</p> <p>Percepcionado</p> <p>Não</p> <p>Percepcionado</p>	<p><i>«Conhecimento no levantar-se Adquirido»</i></p> <p><i>«Conhecimento no levantar-se Conseguido»</i></p> <p><i>«Conhecimento no levantar-se Não Adquirido»</i></p> <p><i>«Conhecimento no levantar-se Não conseguido»</i></p> <p><i>«Conhecimento no levantar-se Não Percepcionado»</i></p> <p><i>«Conhecimento no levantar-se Percepcionado»</i></p>
		<p>Levantar-se</p> <p>Sobre estratégias adaptativas para levantar-se</p>	<p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Melhorado</p> <p>Potencial de desenvolvimento</p>	<p><i>«Conhecimento sobre como levantar-se Demonstrado»</i></p> <p><i>«Conhecimento sobre como levantar-se Não Demonstrado»</i></p> <p><i>«Conhecimento sobre levantar-se Demonstrado»</i></p> <p><i>«Conhecimento sobre levantar-se Não Demonstrado»</i></p>

		<p>Sobre técnica de levante</p> <p>Equipamento adaptativo</p>	<p>«Conhecimento sobre vantagens do levante Demonstrado»</p> <p>«Conhecimento sobre vantagens do levante Não Demonstrado»</p> <p>«Conhecimentos da pessoa sobre vantagens no levantar-se Demonstrado»</p> <p>«Conhecimentos da pessoa sobre vantagens no levantar-se Não Demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar no levantar-se demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar no levantar-se não demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar não demonstrado»</p> <p>«conhecimento “sobre estratégias adaptativas para se levantar demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estrategias adaptativas para levantar-se Demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estrategias adaptativas para levantar-se Não Demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado levantar-ser Demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado levantar-ser Não Demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre técnica de levante demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre técnica de levante não demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre técnica de levante no levantar-se (1º levante) demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre técnica de levante no levantar-se demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre técnica de levante não demonstrado(1º levante)»</p> <p>«conhecimento sobre técnica de levante no levantar-se (1º levante) não demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre técnica de levante no levantar-se não demonstrado»</p> <p>«Conhecimento sobre tecnica de por-se de pe (levante) Demonstrado»</p> <p>«Conhecimento sobre tecnica de por-se de pe (levante) Não Demonstrado»</p> <p>«Conhecimento sobre equipamento adaptativo para levantar-se Demonstrado»</p> <p>«Conhecimento sobre equipamento adaptativo para levantar-se Não Demonstrado»</p>
--	--	---	---

				<p><i>«Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar Melhorado»</i></p> <p><i>«Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar Potencial de Desenvolvimento (2.0)»</i></p> <p><i>«Conhecimento sobre utilização de dispositivos auxiliares de suporte Demonstrado»</i></p> <p><i>«Conhecimento sobre utilização de dispositivos auxiliares de suporte Não Demonstrado»</i></p>
--	--	--	--	--



**Foco – juízo – autocuidado virar-se/rodar-se/posicionar-se**

<b>Categoria</b> <b>Foco</b>	<b>Categoria</b> <b>juízo</b>	<b>Subcategoria</b> <b>Especificação</b> <b>juízo</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Virar-se</b>			«cabeceira elevada e pernas flectidas» «Não apoiar face posterior do MIE» «posicionar a doente com a cabeça elevada, olhos flectidos e M.S.Esquerdo em abdução» «Repouso no leito» «Vigiar e executar posicionamento» «posicionar-se» «posicionar-se em decubito ventral» «posicionar-se [doente renitente a]» «posicionar-se - fazer laterais»
	Não comprometido Comprometido Compromisso	Em grau elevado Em grau moderado Em grau reduzido	«Posicionar-se Não comprometido» «posicionar-se comprometido em grau elevado» «posicionar-se comprometido em grau moderado» «posicionar-se comprometido em grau reduzido» «Compromisso no posicionar-se»
	Prejudicado	Em grau elevado Em grau reduzido	«posicionar-se prejudicado» «posicionar-se prejudicado em grau elevado»  «posicionar-se prejudicado em grau reduzido»
	Não demonstrado		«posicionar-se não demonstrado Doente recusa cumprir posicionamentos»
	(Interrupção) Interrompido Não interrompido Em rutura / não rutura		«posicionar-se interrompido» «posicionar-se não interrompido»
	Limitado		«posicionar-se limitado»
	Adequado Não adequado		«posicionar-se adequado» «posicionar-se não adequado»
	<b>Dependente</b> Independente Não dependente	Em grau muito elevado Em grau elevado Em grau moderado Em grau reduzido	«posicionar-se dependente,» «posicionar-se dependente, em grau muito elevado» «posicionar-se dependente em grau elevado» «posicionar-se dependente, em grau elevado Agudo» «posicionar-se dependente, em grau elevado, pos-operatorio» «posicionar-se dependente em grau moderado» «posicionar-se dependente, em grau moderado(fractura colo fémur)» «posicionar-se dependente, em grau moderado (período nocturno)» «posicionar-se dependente, em grau moderado [pós-operatorio]» «posicionar-se dependente, em grau moderado incentivar a alternar de decubito.» «posicionar-se dependente, em grau moderado por algias» «posicionar-se dependente, em grau

			<p><i>moderado por cirurgia»</i></p> <p><i>«posicionar-se dependente, em grau moderado[doente em repouso por caterismo na femural dta]»</i></p> <p><i>«posicionar-se dependente em grau reduzido»</i></p> <p><i>«posicionar-se dependente, em grau reduzido - pós operatorio imediato»</i></p> <p><i>«posicionar-se dependente, em grau reduzido [fratura]»</i></p> <p><i>«posicionar-se dependente, em grau reduzido Pós-operatório»</i></p> <p><i>«posicionar-se dependente, em grau reduzido. Doente colabora e até se lateraliza sozinho»</i></p> <p><i>«posicionar-se, independente»</i></p> <p><i>«posicionar-se não dependente»</i></p>
	<b>Dependência</b>	<p>Ausente</p> <p>Presente</p> <p>Em grau elevado</p> <p>Em grau moderado</p> <p>Em grau muito elevado</p> <p>Em grau reduzido</p>	<p><i>«Dependência Ausente»</i></p> <p><i>«posicionar-se dependência total de pessoa»</i></p> <p><i>«dependência no posicionar-se , em grau elevado»</i></p> <p><i>«dependência no posicionar-se , em grau moderado»</i></p> <p><i>«dependência no posicionar-se , em grau reduzido»</i></p> <p><i>“dependência no posicionar-se , em grau elevado devido a obesidade”</i></p> <p><i>«Dependência Presente, em grau elevado»</i></p> <p><i>«Dependência Presente, em grau moderado»</i></p> <p><i>«Dependência Presente, em grau muito elevado»</i></p> <p><i>«Dependência Presente, em grau reduzido»</i></p>
	<b>Autónoma</b>		<i>«posicionar-se, autónoma»</i>
	<b>Presente (Presença):</b>	<p>Em grau elevado</p> <p>Em grau moderado</p> <p>Em grau muito elevado</p> <p>Em grau reduzido</p>	<p><i>«posicionar-se presente nos MI»</i></p> <p><i>«Presente, em grau elevado»</i></p> <p><i>«Presente, em grau moderado»</i></p> <p><i>«Presente, em grau muito elevado»</i></p> <p><i>«Presente, em grau reduzido»</i></p>

**Foco – dimensão – autocuidado virar-se/rodar-se/posicionar-se**

<b>Categoria Foco</b>	<b>Categoria Dimensão</b>	<b>Categoria Especificação Dimensão</b>	<b>Categoria Juízo Dimensão</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>Virar-se</b>	<b>Adaptação</b>	Para posicionar-se	Não Eficaz Não ineficaz	« <i>adaptação Não Eficaz para posicionar-se</i> » « <i>adaptação Não Ineficaz para posicionar-se</i> »
	<b>Capacidade</b> <b>Incapacidade</b>	Para o uso de equipamento adaptativo  Para se posicionar	Melhorado Potencial de desenvolvimento o Presente Ausente	« <i>capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar melhorado</i> » « <i>capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar no posicionar-se potencial de desenvolvimento (2.0)</i> » « <i>Capacidade para se posicionar Ausente</i> » « <i>Capacidade para se posicionar Presente</i> » « <i>posicionar-se Não incapacitado</i> » « <i>posicionar-se incapacitado</i> » « <i>posicionar-se, incapacidade para</i> » « <i>posicionar-se incapaz</i> » « <i>posicionar-se, incapacidade em- dte curarizado</i> »
	<b>Conhecimnto</b>	Autocuidado transferir-se  Habilidades  Equipamento adaptativo  Sobre estratégias adaptativas para se posicionar  Técnica de posicionamento  Para se posicionar	Melhorado  Potencial de desenvolvimento o  Demonstrado Não demonstrado	« <i>Conhecimento sobre auto cuidado: transferir-se Demonstrado</i> » « <i>Conhecimento sobre auto cuidado: transferir-se Não Demonstrado</i> » « <i>Conhecimento de habilidades para se posicionar Demonstrado</i> » « <i>Conhecimento de habilidades para se posicionar Não Demonstrado</i> » « <i>conhecimento sobre equipamento adaptativo para se posicionar melhorado</i> » « <i>potencial de desenvolvimento (2.0) conhecimento sobre equipamento adaptativo para se posicionar</i> » « <i>conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar demonstrado</i> » « <i>conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar no posicionar-se demonstrado</i> » « <i>conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar no posicionar-se não demonstrado</i> » « <i>Conhecimento sobre técnica de posicionamento Demonstrado</i> » « <i>Conhecimento sobre técnica de posicionamento Não Demonstrado</i> » « <i>Conhecimento da pessoa sobre estratégias adaptativas para se posicionar Demonstrado</i> » « <i>Conhecimento da pessoa sobre estratégias adaptativas para se posicionar Não Demonstrado</i> » « <i>Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: posicionar-se Demonstrado</i> » « <i>Conhecimento sobre estratégias</i> »

				<p><i>adaptativas para o auto cuidado: posicionar-se Não Demonstrado»</i></p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas no posicionar-se demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para posicionar-se demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar no posicionar-se demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar não demonstrado <i>Na importancia da extensão 0º do joelho E no leito»</i></p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar não demonstrado <i>na proibição da adução do membros inferiores e flexão da anca a mais de 90º»</i></p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar no posicionar-se não demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar não demonstrado <i>na proibição da adução do membros inferiores e flexão da anca dta a mais de 90º»</i></p> <p>«Conhecimento sobre posicionamento Demonstrado»</p> <p>«Conhecimento sobre posicionamento Não Demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre posicionar no posicionar-se demonstrado»</p> <p>«conhecimento sobre posicionar no posicionar-se não demonstrado»</p> <p>«Conhecimento da pessoa sobre: vantagens de posicionamento adequado Demonstrado»</p> <p>«Conhecimento da pessoa sobre: vantagens de posicionamento adequado Não Demonstrado»</p> <p>«Conhecimento sobre auto cuidado: posicionar-se Demonstrado»</p> <p>«Conhecimento sobre auto cuidado: posicionar-se Não Demonstrado»</p>
	<b>Aprendizagem de Capacidades</b>	<p>Para usar estratégias adaptativas</p> <p>Sobre técnica de posicionamento</p> <p>Para se posicionar</p> <p>Equipamento adaptativo</p>	Dem	<p>«aprendizagem de capacidades para a utilização de estratégias adaptativas para se posicionar no posicionar-se demonstrado»</p> <p>«aprendizagem de capacidades para a utilização de estratégias adaptativas para se posicionar não demonstrado»</p> <p>«aprendizagem de capacidades para a utilização de estratégias adaptativas para se posicionar no posicionar-se não demonstrado»</p> <p>«aprendizagem de capacidades para o uso de estratégias adaptativas para se posicionar no posicionar-se não demonstrado»</p> <p>«Aprendizagem de capacidades sobre</p>

				<p><i>estratégias adaptativas para o autocuidado posicionar-se Demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de capacidades sobre estratégias adaptativas para o autocuidado posicionar-se Não Demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades sobre técnica de posicionamento no posicionar-se demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades sobre técnica de posicionamento no posicionar-se não demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades para se posicionar demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades para posicionar-se demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades para se posicionar no posicionar-se demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades para se posicionar não demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de capacidades para se posicionar no posicionar-se não demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de Capacidades para a utilização de equipamentos adaptativos para se posicionar Demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de Capacidades para a utilização de equipamentos adaptativos para se posicionar Não Demonstrado»</i></p>
	<b>Aprendizagem de Habilidades</b>	<p>Técnica de posicionamento</p> <p>Para se posicionar</p> <p>Para usar equipamento adaptativo</p>	<p>Demonstrado</p> <p>Não demonstrado</p>	<p><i>«Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de posicionamento»</i></p> <p><i>«aprendizagem de habilidades para se posicionar demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de habilidades para se posicionar no posicionar-se demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de habilidades para se posicionar não demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de habilidades para se posicionar não demonstrado necessita treino»</i></p> <p><i>«aprendizagem de habilidades para se posicionar não demonstrado No posicionar no leito o joelho E em extensão 0º»</i></p> <p><i>«aprendizagem de habilidades para se posicionar não demonstrado proibido adução dos MIS e flexão da anca a mias de 90º»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de habilidades da pessoa para se posicionar Demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de habilidades da pessoa para se posicionar Não Demonstrado»</i></p> <p><i>«aprendizagem de habilidades para se posicionar no posicionar-se não demonstrado»</i></p> <p><i>«Aprendizagem de habilidades sobre o auto cuidado posicionar-se Demonstrado»</i></p>

				<p>«Aprendizagem de habilidades sobre o auto cuidado posicionar-se Não Demonstrado»</p> <p>«aprendizagem de habilidades sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar no posicionar-se demonstrado”»</p> <p>«aprendizagem de habilidades sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar no posicionar-se não demonstrado»</p> <p>«Aprendizagem de Habilidades na utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se Demonstrado»</p> <p>«Aprendizagem de Habilidades na utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se Não Demonstrado»</p> <p>«Aprendizagem de habilidades sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: posicionar-se Demonstrado»</p> <p>«Aprendizagem de habilidades sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: posicionar-se Não Demonstrado»</p>
	<b>Aprendizagem Cognitiva</b>	Estratégias adaptativas	<p>Potencial presente</p> <p>Potencial ausente</p>	<p>«Potencial de Aprendizagem Cognitiva para o uso de estratégias adaptativas para Posicionar-se Ausente»</p> <p>«Potencial de Aprendizagem Cognitiva para o uso de estratégias adaptativas para Posicionar-se Presente»</p> <p>«Potencial de Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias adaptativas para Posicionar-se Ausente»</p> <p>«Potencial de Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias adaptativas para Posicionar-se Presente»</p>

ANEXO IV: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO – FOCO TRANSFERIR-SE – JUÍZOS E DIMENSÕES

Foco – juízo - autocuidado transferir-se

Categoria Foco	Categoria Juízo	Subcategoria especificação juízo	Unidades de contexto
			«efectuou primeiro levante e foi transferido para o cadeirão» «transferir-se algum risco»
Transferir-se		Presente: Em grau elevado Em grau moderado Em grau muito elevado” Em grau reduzido	«Transferir-se Presente, em grau elevado» «Transferir-se Presente, em grau moderado» «Transferir-se Presente, em grau muito elevado» «Transferir-se Presente, em grau reduzido»
	Alterado	Em grau elevado Em grau moderado Em grau muito elevado Em grau reduzido	«Transferir-se Alterado, em grau elevado» «Transferir-se Alterado, em grau moderado» «Transferir-se Alterado, em grau muito elevado» «Transferir-se Alterado, em grau reduzido»
	Comprometido Compromisso Não comprometido	A um nível elevado Em grau elevado Em grau moderado Em grau reduzido	«transferir-se comprometido» «transferir-se Comprometido a um nível elevado» «transferir-se comprometido em grau elevado» «transferir-se comprometido, em grau moderado» «transferir-se Comprometido em grau reduzido» «Transferir-se Não Comprometido» «compromisso no transferir-se»
	Prejudicado	Em grau moderado	«transferir-se prejudicado» «transferir-se prejudicado em grau moderado»
	Interrompido		«transferir-se, interrompido» «transferir-se, interrompido por cirurgia» «transferir-se, interrompido por indicação médica»
	Dependente Independente Não dependente Dependência	Em grau muito elevado Em grau elevado Em grau moderado Em grau reduzido Presente Ausente	«transferir-se dependente» «transferir-se dependente, em grau muito elevado» «transferir-se dependente em grau elevado» «transferir-se dependente, em grau elevado - 1º levante» «transferir-se dependente, em grau elevado (1º levante pós CPRE)» «transferir-se dependente, em grau elevado (1º levante pós-op)» «transferir-se dependente, em grau elevado (por dispneia para pequenos esforços)» «transferir-se dependente, em grau elevado do leito para cadeirão e vice versa» «transferir-se dependente, em grau elevado Doente amputado da Perna Esq. Não colabora no levante.» «transferir-se para o leito dependente, em grau elevado» «transferir-se dependente em grau moderado» «transferir-se dependente, em grau moderado -1º levante» «transferir-se dependente, em grau moderado(pós- CPRE)» «transferir-se dependente, em grau moderado (pós-operatório)» «transferir-se dependente, em grau moderado ,. coloca colete Robert Jones antes de efectuar levante » «transferir-se dependente, em grau moderado [doente em repouso no leito]»

			<p>«transferir-se dependente, em grau moderado <i>por algias</i>»</p> <p>«transferir-se dependente, em grau moderado <i>por dispneia</i>»</p> <p>«transferir-se dependente, em grau moderado <i>por dispneia para pequenos esforços</i>»</p> <p>«transferir-se dependente, em grau moderado <i>[doente em repouso por caterismo na femural dta]</i>»</p> <p>«transferir-se dependente, em grau moderado <i>[1º Levante Pós-operatorio]</i>»</p> <p>«transferir-se dependente em grau reduzido»</p> <p>«transferir-se dependente, em grau reduzido - <i>1º levante</i>»</p> <p>«transferir-se dependente, em grau reduzido - <i>necessita de supervisão e incentivo</i>»</p> <p>«transferir-se dependente, em grau reduzido <i>(pos-CPRE)</i>»</p> <p>«transferir-se dependente, em grau reduzido <i>(usa bengala para deambular)</i>»</p> <p>«transferir-se dependente, em grau reduzido <i>devido a dispneia</i>»</p> <p>transferir-se independente»</p> <p>«transferir-se não dependente»</p> <p>«transferir-se no transferir-se dependência de equipamento»</p> <p>«dependência no transferir-se , em grau elevado»</p> <p>«dependência no transferir-se , em grau moderado»</p> <p>«dependência no transferir-se , em grau reduzido»</p> <p>«<i>Dependência Presente, em grau elevado</i>»</p> <p>«<i>Dependência Presente, em grau moderado</i>»</p> <p>«<i>Dependência Presente, em grau muito elevado</i>»</p> <p>«<i>Dependência Presente, em grau reduzido</i>»</p> <p>«<i>Dependência Ausente</i>»</p>
	Demonstrado	Grau elevado	«transferir-se demonstrado, em grau elevado»
	Limitado	Em grau moderado Em grau elevado Em grau muito elevado Em grau reduzido	« <i>transferir-se Limitado, em grau moderado</i> » « <i>Limitado, em grau elevado</i> » « <i>Limitado, em grau muito elevado</i> » « <i>Limitado, em grau reduzido</i> »
	Autónomo		«transferir-se, autonoma»

Foco – dimensão - autocuidado transferir-se

Categoria Foco	Categoria Dimensão	Categoria Especificação Dimensão	Categoria juízo Dimensão	Unidades de contexto
Transferir-se	Adaptação	Para transferir-se	Eficaz Ineficaz Não eficaz Não ineficaz	«Adaptação Eficaz para transferir-se» «Adaptação Ineficaz para transferir-se» «Adaptação Não Eficaz» «Adaptação Não Ineficaz»
	Aprendizagem de capacidades	Uso de estratégias adaptativas  Para se transferir  Sobre técnica de transferência  Uso de equipamento adaptativo	Demonstrado  Não demonstrado	«aprendizagem de capacidades para a utilização de estratégias de adaptativas para se transferir no transferir-se demonstrado» «aprendizagem de capacidades para a utilização de estratégias adaptativas para se transferir no transferir-se não demonstrado» «aprendizagem de capacidades para se transferir no transferir-se demonstrado» «Aprendizagem de capacidades para o transferir-se Demonstrado» «Aprendizagem de capacidades para o transferir-se Não Demonstrado» «aprendizagem de capacidades para se transferir demonstrado» «aprendizagem de capacidades para se transferir não demonstrado» «aprendizagem de capacidades para transferir-se demonstrado» «Aprendizagem de capacidades para transferir-se Não Demonstrado» «Aprendizagem de capacidades sobre transferir-se não demonstrado» «aprendizagem de capacidades para se transferir no transferir-se não demonstrado» «Aprendizagem de capacidades para o autocuidado transferir-se Demonstrado» «Aprendizagem de capacidades para o autocuidado transferir-se Não Demonstrado» «aprendizagem de capacidades sobre técnica de transferência no transferir-se demonstrado» «aprendizagem de capacidades sobre técnica de transferência não demonstrado» «aprendizagem de capacidades sobre técnica de transferência no transferir-se não demonstrado» «Aprendizagem de Capacidade para a utilização de equipamentos adaptativos para se transferir Demonstrado» «Aprendizagem de Capacidade para a utilização de equipamentos adaptativos para se transferir Não Demonstrado»
	Aprendizagem de habilidades	Para o uso de equipamento adaptativo	Demonstrado  Não demonstrado	«aprendizagem de habilidades para a utilização de equipamento adaptativo para o transferir-se no transferir-se demonstrado»

		<p>Para se transferir</p> <p>Sobre estratégias adaptativas</p> <p>Sobre técnica de transferência</p>	<p>Potencial presente</p> <p>Potencial ausente</p>	<p>«aprendizagem de habilidades para a utilização de equipamento adaptativo para o transferir-se no transferir-se não demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades para utilizar equipamento de prevenção de quedas Demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades para utilizar equipamento de prevenção de quedas Não demonstrado”</p> <p>«aprendizagem de habilidades para se transferir demonstrado”</p> <p>«aprendizagem de habilidades para se transferir no transferir-se demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades sobre transferir-se não demonstrado”</p> <p>«aprendizagem de habilidades para se transferir não demonstrado”</p> <p>«aprendizagem de habilidades para se transferir no transferir-se não demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades para assistir na transferência Demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades para assistir na transferência Demonstrado, em grau moderado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades para assistir na transferência Não Demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades da pessoa para se transferir Demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades da pessoa para se transferir Não Demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de Habilidades da pessoa sobre o autocuidado transferir-se Demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de Habilidades da pessoa sobre o autocuidado transferir-se Não Demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades sobre estratégias adaptativas para transferir-se não demonstrado”</p> <p>«Potencial de Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias adaptativas para Transferir-se Ausente”</p> <p>«Potencial de Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias adaptativas para Transferir-se Presente”</p> <p>«Aprendizagem de Habilidades na utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se Demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de Habilidades na utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se Não Demonstrado”</p> <p>«Aprendizagem de habilidades sobre técnica de transferência Demonstrado”</p>
--	--	--	--	--

				«Aprendizagem de habilidades sobre técnica de transferência Não Demonstrado»
	<b>Aprendizagem Cognitiva</b>	Sobre estratégia	Potencial presente  Potencial ausente	«Potencial de Aprendizagem Cognitiva sobre estratégias adaptativas para Transferir-se Ausente» «Potencial de Aprendizagem Cognitiva sobre estratégias adaptativas para Transferir-se Presente»
	<b>Conhecimento</b>	Sobre técnica de transferência  Sobre o uso equipamento adaptativo  Sobre estratégias adaptativas  Sobre técnica de transferência  Sobre transferir-se	Potencial Presente  Potencial Ausente  Demonstrado Não demonstrado  Melhorado  Potencial de desenvolvimento	«melhorado conhecimento sobre equipamento adaptativo para se transferir» «Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se transferir Potencial de Desenvolvimento (2.0)» «conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir no transferir-se demonstrado» «conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir no transferir-se não demonstrado» «Conhecimento sobre ajudas técnicas Demonstrado» «Conhecimento sobre ajudas técnicas Não Demonstrado» «conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir demonstrado» «conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir no transferir-se demonstrado» «conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir no transferir-se não demonstrado» «conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir não demonstrado» «conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir não demonstrado(1º levante)» «conhecimento sobre estratégias de adaptação para se transferir no transferir-se não demonstrado» «conhecimento sobre estratégias adaptativas para transferir-se demonstrado» «Conhecimento sobre estratégias adaptativas para transferir-se não demonstrado» «Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir Demonstrado, em grau moderado» «Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado transferir-se Demonstrado» «Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado transferir-se Não Demonstrado» «conhecimento sobre técnica de transferência no transferir-se demonstrado»

				<p>«Conhecimento sobre a técnica de transferir Demonstrado»  «Conhecimento sobre a técnica de transferir Não Demonstrado»  «conhecimento sobre transferência no transferir-se demonstrado»  «conhecimento sobre transferência não demonstrado»  «conhecimento sobre transferência no transferir-se não demonstrado»  «Conhecimento sobre transferir-se não demonstrado»  «Conhecimento sobre prevenção das complicações do tacto alterdo Demonstrado»  «Conhecimento sobre prevenção das complicações do tacto alterdo Não Demonstrado»</p>
	<p><b>Capacidade</b> <b>Incapacidade</b></p>	<p>Para o uso de equipamento adaptativo</p> <p>Para se transferir</p>	<p>Melhorado</p> <p>Potencial de desenvolvimento</p> <p>Demonstrado</p> <p>Não demonstrado</p> <p>Presente</p> <p>Ausente</p>	<p>«melhorado capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se transferir»  «Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se transferir Melhorado»  «Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se transferir Potencial de Desenvolvimento (2.0)»  «Capacidade de aprendizagem sobre técnica de transferência Demonstrado»  «Capacidade de aprendizagem sobre técnica de transferência Não Demonstrado»  «Capacidade para se transferir Ausente»  «Capacidade para se transferir Presente»  «transferir-se INCAPACIDADE para»  «transferir-se incapacitado»  «transferir-se incapaz»  «Transferir-se não incapacitado»</p>
	<b>Consciencialização</b>	Sobre transferir-se	Não demonstrado	«Consciencialização sobre transferir-se não demonstrado»

ANEXO V: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO – FOCO ERGUER-SE – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### Erguer-se – Intervenções de enfermagem

Categoria Ação	Sub categoria especificação da ação	Categoria Alvo	Categoria Beneficiário	Categoria Tempo	Categoria Local	Categoria meios (recursos)	Unidades de contexto
Atender		No Levantar-se	Pessoa				«Atender pessoa no levantar-se»
	Advogar	Equipamento adaptativo para levantar-se					«Advogar o uso de equipamento adaptativo para levantar-se»
	Assistir	No levante Ao deambular No levante progressivo No regresso à cama					«Assistir a pessoa no levante» «Assistir a pessoa ao deambular» «Assistir a pessoa no levante progressivo» «Assistir a pessoa no regresso à cama»
	Incentivar	A levantar-se Atividade física A deambulação					«Incentivar a pessoa a levantar-se» «Incentivar a actividade física» «Incentivar a deambulação»
	Elogiar		Doente				«Elogiar o doente»
Gerir	Planejar	Atividade física					«Planejar a actividade física»
	Manter	Repouso			Na cama		«Manter repouso na cama»
	Providenciar	Levante Levantar-se Cadeira de rodas Equipamento adaptativo					«Providenciar equipamento adaptativo para se levantar» «Providenciar equipamento adaptativo para o levantar-se» «Providenciar equipamento adaptativo» «Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: levantar-se» «Providenciar levante» «Providenciar cadeira de rodas»
Informar		Sobre Equipamento adaptativo para levantar-se					«Informar sobre equipamento adaptativo para o levantar-se» «Informar sobre equipamento adaptativo para se levantar»
	Ensinar	A levantar-se Técnica de levante Estratégias adaptativas Equipamento adaptativo Sobre medidas de segurança para levantar-se	Pessoa				«Ensinar a pessoa a levantar-se» «Ensinar a técnica de levante» «Ensinar técnica de levante» «Ensinar sobre estratégias adaptativas para o levantar-se» «Ensinar sobre estratégias adaptativas para levantar-se»

							«Ensinar sobre equipamento adaptativo» «Ensinar sobre medidas de segurança no levantar-se»
	<b>Instruir</b>	Levantar-se Técnica de levantar Estratégias adaptativas  Equipamento adaptativo levantar					«Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o levantar-se» «Instruir sobre estratégias adaptativas para levantar-se» «Instruir sobre equipamento adaptativo para se levantar» «Instruir levantar» «Instruir sobre o levantar-se» «Instruir a pessoa a levantar-se» «Instruir a pessoa sobre técnica de levantar» «Instruir sobre técnica de levantar»
	<b>Treinar</b>	Equipamento adaptativo Técnica de levantar Estratégias adaptativas A Levantar-se					«Treinar o uso de equipamento adaptativo para se levantar» «Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo» «Treinar técnica de levantar» «Treinar a pessoa sobre técnica de levantar» «Treinar sobre estratégias adaptativas para levantar-se» «Treinar a pessoa a levantar-se»
	<b>Orientar</b>	A levantar-se					«Orientar pessoa a levantar-se»
<b>Executar</b>		Levante Regresso ao leito Técnica de 1º levantar Técnica de levantar Técnica de transferência		No 1º levantar Pós cateterismo cardíaco pós colocação de pacemaker Pós enfarte		Procedimento cadeira de rodas cadeirão	«Executar levantar» «Executar levantar à pessoa» «Executar levantar da pessoa para cadeira de rodas» «Executar levantar da pessoa para cadeirão» «Executar levantar para o cadeirão» «Executar técnica de 1º levantar no 1º levantar» «Executar técnica de 1º levantar por procedimento» «Executar técnica de 1º levantar» «Executar técnica de levantar» «Executar técnica de 1º levantar (pós cateterismo cardíaco)» «Executar técnica

							<i>de 1º levante (pós colocação de pacemaker)»</i> <i>«Executar técnica de 1º levante (pós enfarte)»</i> <i>«Executar técnica de transferência»</i> <i>«Executar regresso do doente ao leito»</i>
	<b>Elevar</b>	Cabeceira da cama					<i>«Elevar a cabeceira da cama»</i>
	<b>Posicionar</b>						<i>«Posicionar»</i>
	<b>Transferir</b>		<b>pessoa</b>			Cadeira de rodas	<i>«Transferir a pessoa para a cadeira de rodas»</i>
	<b>Estimular</b>	Levante					<i>«Estimular levante»</i>
	<b>Aprontar</b>	Dispositivos auxiliares de suporte					<i>«Aprontar dispositivos auxiliares de suporte»</i>
<b>Determinar</b>		Equipamento adaptativo para levantar-se					<i>«Determinar o tipo de equipamento adaptativo necessário para levantar-se»</i>
	<b>Supervisionar</b>	Levante					<i>«Supervisar o levante»</i> <i>«Supervisionar o levante»</i>
	<b>Vigiar</b>	Caraterísticas da respiração Sinais de dificuldade respiratória Pele e mucosas Levantar-se Levante Ação Atividade física Autocuidado					<i>«Vigiar características da respiração»</i> <i>«Vigiar sinais de dificuldade respiratória»</i> <i>«Vigiar características da pele e mucosas»</i> <i>«Vigiar pessoa a levantar-se»</i> <i>«Vigiar levante»</i> <i>«Vigiar a acção do doente»</i> <i>«Vigiar actividade física»</i> <i>«Vigiar auto cuidado»</i>
	<b>Monitorizar</b>	Frequência respiratória Tensão arterial Frequência cardíaca					<i>«Monitorizar frequência respiratória»</i> <i>«Monitorizar tensão arterial»</i> <i>«Monitorizar frequência cardíaca»</i>
	<b>Avaliar</b>	Autocuidado levantar-se					<i>«Avaliar o auto cuidado: levantar-se»</i>

ANEXO VI:QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO – FOCO VIRAR-SE – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

## Virar-se – intervenções de enfermagem

Categoria ação	Sub Categoria especificação da ação	Categoria alvo	Categoria beneficiário	Categoria tempo	Categoria local	Categoria meios	Unidades de contexto
Atender	Advogar	Posicionar-se Uso de equipamento adaptativo	Pessoa				«Advogar pessoa a posicionar-se» «Advogar o uso de equipamento adaptativo»
	Assistir	Mobilidade Deambular Transferência Levante Posicionamento	Pessoa				«Assistir na mobilidade» «Assistir a pessoa ao deambular» «Assistir a pessoa na transferência» «Assistir a pessoa no levante» «Assistir a pessoa no posicionamento» «Assistir no posicionamento» «Assistir posicionamentos»
	Incentivar	Posicionar-se Alternar posicionamentos Exercícios músculo articulares ativos Técnicas de exercício músculo articular Repouso Movimento articular ativo	Pessoa Doente				«Incentivar doente a posicionar-se» «Incentivar doente a alternar posicionamentos» «Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos» «Incentivar a pessoa a posicionar-se» «Incentivar pessoa a posicionar-se» «Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculoesqueléticos ativos» «Incentivar pessoa para as técnicas de exercício musculoesquelético» «Incentivar repouso» «Incentivar movimento articular activo»
	Encorajar	Posicionar-se Estratégias adaptativas	Pessoa				«Encorajar a pessoa a posicionar-se» «Encorajar o uso de estratégias adaptativas para posicionar-se»
	Promover	Autonomia no posicionamento					«Promover autonomia no posicionamento»
	Aliviar	Zona de Pressão Roupas de cama				Almofada Alternância decúbitos Equipamento	«Aliviar zona de pressão através de almofada» «Aliviar zona de pressão com alternância de decúbitos» «Aliviar roupas de cama através de equipamento»
	Elogiar	Aprendizagem de habilidades Posicionar-se					«Elogiar a aprendizagem de habilidades» «Elogiar o posicionar-se»
	Gerir		Posicionar-se Ambiente físico				«Gerir»

		Regime medicamentoso					posicionamento» «Gerir plano de auto cuidado posicionar-se» «Gerir o ambiente físico» «Gerir regime medicamentoso»
	Organizar	Materiais para posicionar-se					«Organizar os materiais para posicionar-se»
	Planejar	Repouso					«Planejar repouso»
	Manter	Pele seca Repouso Plano duro Colar cervical Grades da cama	Doente		cama		«Manter doente em plano duro» «Manter a pele seca» «Manter repouso» «Manter repouso na cama» «Manter colar cervical» «Manter grades da cama»
	Otimizar	Posicionamento Ambiente físico Vestuário Roupas da cama					«Otimizar o posicionamento» «Otimizar posicionamento» «Otimizar o ambiente físico» «Otimizar o vestuário» «Otimizar roupas de cama»
	Aplicar	Creme Colchão anti úlcera de pressão					«Aplicar creme» «Aplicar creme hidratante» «Aplicar colchão anti - úlcera de pressão»
	Providenciar	Equipamento adaptativo para posicionar-se Dispositivos auxiliares de posicionamento Colchão anti úlcera de pressão Colchão para fixador externo de Ilizarov					«Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se» «Providenciar equipamento adaptativo para posicionar» «Providenciar equipamento» «Providenciar equipamento para o posicionamento» «Providenciar dispositivos auxiliares de posicionamento» «Providenciar colchão anti-úlcera de pressão» «Providenciar colchão para fixador externo de Ilizarov.»
	Requerer	Serviço social					«Requerer serviço social»
Informar		Sobre equipamento adaptativo para posicionar-se					«Informar sobre equipamento adaptativo para o posicionar-se» «Informar sobre equipamento adaptativo para posicionar-se»
	Ensinar	Estratégias adaptativas Equipamento adaptativo  Hábitos de repouso	Pessoa				«Ensinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se» «Ensinar sobre estratégias adaptativas para

		Exercícios <i>músculo articulares ativos</i> <i>Posicionar-se</i> <i>Técnica de posicionamento</i> Vantagens posicionamento adequado					<p><i>posicionar-se</i> «Ensinar sobre equipamento adaptativo» «Ensinar sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar» «Ensinar sobre hábitos de repouso» «Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos ativos» «Ensinar a pessoa a posicionar-se» «Ensinar sobre o posicionamento» «Ensinar sobre vantagens do posicionamento adequado» «Ensinar sobre técnica de posicionamento»</p>
	Instruir	Exercícios <i>músculo articulares ativos</i> Técnica de <i>exercitação</i> <i>músculo articular</i> Técnica de <i>posicionamento</i> Estratégias <i>adaptativas para posicionar-se</i> <i>transferir-se</i> Uso de <i>equipamento adaptativo para se posicionar /transferir</i>					<p>«Instruir sobre <i>exercícios musculoesqueléticos ativos</i>» «Instruir <i>técnica de exercitação musculoesquelética</i>» «Instruir <i>técnica de posicionamento</i>» «Instruir a <i>utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se</i>» «Instruir a <i>utilização de estratégias adaptativas para posicionar-se</i>» «Instruir a <i>utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se</i>» «Instruir sobre a <i>utilização de equipamento adaptativo para se transferir</i>» «Instruir sobre a <i>utilização de equipamento adaptativo para se posicionar</i>» «Instruir sobre a <i>utilização de equipamento adaptativo para posicionar-se</i>» «Instruir sobre o <i>uso de equipamento adaptativo</i>»</p>
	Orientar	Equipamento <i>adaptativo para posicionar-se</i> Trapézio <i>cabeceira da cama</i> <i>Posicionar-se</i> Serviços de <i>saúde</i>					<p>«Orientar no <i>uso do equipamento adaptativo para o posicionar-se</i>» «Orientar quanto ao <i>uso de trapézio existente na cabeceira da cama</i>» «Orientar a <i>pessoa a alternar a posição corporal</i>» «Orientar para <i>serviços de saúde</i>»</p>

	Treinar	Uso de equipamento adaptativo para se posicionar Estratégias adaptativas para se posicionar Posicionar-se Técnica de posicionamento Técnica de execução de músculo articular	Pessoa				«Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo» «Treinar o uso de equipamento» «Treinar o uso de equipamento adaptativo» «Treinar o uso de equipamento adaptativo para se posicionar» «Treinar o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se» «Treinar estratégias adaptativas para posicionar-se» «Treinar a pessoa no auto cuidado: posicionar-se» «Treinar técnica de posicionamento» «Treinar técnica de execução muscular articular»
	Aconselhar	Repouso					«Aconselhar repouso»
Executar		Técnica de exercício muscular articular Movimento articular Técnica de massagem Posicionamento Técnica de 1º levante Técnica de posicionamento				Procedimento	«Executar técnica de execução muscular articular activa resistida» «Executar técnica de execução muscular articular activa-assistida» «Executar técnica de execução muscular articular passiva» «Executar movimento articular passivo» «Executar a técnica de massagem» «Executar posicionamento antiespático (procedimento)» «Executar técnica de posicionamento (Procedimento)» «Executar técnica de 1º levante»
	Posicionar	em decúbito dorsal em decúbito ventral em decúbito lateral direito em decúbito lateral esquerdo	Pessoa Doente	Depois da refeição Durante a refeição	Parte do corpo Coto de amputação	Procedimento	«Posicionar o doente» «Posicionar a pessoa» «Posicionar a pessoa (Procedimento)» «Posicionar a pessoa depois da refeição» «Posicionar a pessoa durante a refeição» «Posicionar a pessoa em decúbito dorsal» «Posicionar a pessoa em decúbito lateral direito» «Posicionar a pessoa em decúbito ventral» «Posicionar a pessoa em decúbito lateral esquerdo» «Posicionar parte do corpo com edema» «Posicionar parte do

							« <i>corpo</i> » « <i>Posicionar coto de amputação</i> »
Determinar	Verificar	Posição confortável e em segurança Conhecimentos Aprendizagem de habilidades	Pessoa				« <i>Determinar o tipo de equipamento adaptativo necessário para posicionar-se</i> » « <i>Verificar se a pessoa fica em posição confortável e em segurança</i> » « <i>Verificar conhecimentos</i> » « <i>Verificar aprendizagem de habilidades</i> »
	Vigiar	Posicionar-se Pele Mobilidade Atividade física Autocuidado Ação	Indivíduo Doente				« <i>Vigiar indivíduo a posicionar-se</i> » « <i>Vigiar o posicionamento</i> » « <i>Vigiar a pele</i> » « <i>Vigiar a mobilidade</i> » « <i>Vigiar actividade física</i> » « <i>Vigiar auto cuidado</i> » « <i>Vigiar a acção do doente</i> »
	Monitorizar	Dependência Capacidade funcional Risco de úlcera de pressão Dor				Escala de Barthel  Escala de Norton  Escala da dor	« <i>Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel</i> » « <i>Monitorizar capacidade funcional através da escala de Barthel</i> » « <i>Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Norton</i> » « <i>Monitorizar a dor através de escala de dor</i> »
	Supervisionar	Posicionamento -com assistência -sem assistência Levante Repouso					« <i>Supervisar o posicionamento</i> » « <i>Supervisar o posicionamento com necessidade de assistência</i> » « <i>Supervisar o posicionamento sem necessidade de assistência</i> » « <i>Supervisar o levante</i> » « <i>Supervisar repouso</i> »
	Avaliar	Aprendizagem de habilidades Aprendizagem de capacidades Autocuidado posicionar-se Conhecimento					« <i>Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre estratégias adaptativas para posicionar-se</i> » « <i>Avaliar aprendizagem de capacidades para o auto cuidado posicionar-se</i> » « <i>Avaliar o auto cuidado posicionar-se</i> » « <i>Avaliar o conhecimentosobre estratégias adaptativas para posicionar-se</i> »

ANEXO VII: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO – FOCO TRANSFERIR-SE – INTERVENÇÕES  
DE ENFERMAGEM

## Transferir-se – intervenções de enfermagem

Categoria ação	Sub categoria especificação da ação	Categoria alvo	Categoria beneficiário	Categoria tempo	Categoria local	Categoria meios	Unidades de contexto
Atender	Advogar	Uso de equipamento adaptativo					«Advogar o uso de equipamento adaptativo»
	Assistir	A transferir-se A deambular/ andar No levante No posicionamento No autocuidado atividade de física	Pessoa Indivíduo Doente		Cadeira de rodas Cadeira sanitária Cadeira Cadeirão Cama	Com auxiliar de marcha	«Assistir indivíduo transferir-se» «Assistir a pessoa na transferência» «Assistir a pessoa no transferir-se» «Assistir a pessoa a transferir-se para a cadeira de rodas» «Assistir a pessoa ao mover-se em cadeira de rodas» «Assistir pessoa a transferir-se para a cadeira de rodas» «Assistir a pessoa na transferência para a cadeira de rodas» «Assistir a pessoa na transferência para a cadeira sanitária» «Assistir no transferir-se para a cadeira sanitária» «Assistir a pessoa a transferir-se para a cadeira» «Assistir pessoa a transferir-se para cadeirão» «Assistir a pessoa na transferência para a cama» «Assistir a pessoa a transferir-se para a cama» «Assistir pessoa a transferir-se para cama» «Assistir o doente no auto cuidado: actividade física transferir-se» «Assistir a pessoa ao deambular» «Assistir a pessoa a andar com auxiliar de marcha» «Assistir a pessoa no levante» «Assistir a pessoa no posicionamento»
	Encorajar	Uso de estratégias para transferir-se					«Encorajar o uso de estratégias para transferir-se»

	Elogiar	Aprendizagem de habilidades para transferir-se transferir-se	Doente				«Elogiar a aprendizagem de habilidades» «Elogiar o transferir-se» «Elogiar o doente»
	Facilitar	Uso de equipamento adaptativo					«Facilitar o uso de equipamento adaptativo»
	Incentivar	A transferir-se Exercícios músculo articulares ativos A levantar-se	Pessoa				«Incentivar a pessoa a transferir-se» «Incentivar pessoa a transferir-se» «Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculoesqueléticos ativos» «Incentivar a pessoa a levantar-se»
<b>Gerir</b>		Ambiente físico					«Gerir o ambiente físico»
	Planear	Transferência Atividade	Doente				«Planear a transferência com o doente» «Planear actividade do doente»
	Otimizar	Precauções de segurança Ambiente físico Aparelho gessado					«Otimizar precauções de segurança» «Otimizar o ambiente físico» «Otimizar aparelho gessado»
	Aplicar	Ligadura Meias elásticas					«Aplicar ligadura» «Aplicar meias elásticas»
	Organizar	Materiais para transferir-se					«Organizar os materiais para transferir-se»
	Providenciar	Equipamento adaptativo para se transferir Dispositivos auxiliares de transferência Levante Cadeira de rodas					«Providenciar equipamento» «Providenciar equipamento adaptativo» «Providenciar equipamento adaptativo para o transferir-se» «Providenciar equipamento adaptativo para transferir» «Providenciar dispositivos auxiliares de transferência» «Providenciar levante» «Providenciar cadeira de rodas»
	Requerer	Serviço social					«Requerer serviço social»
<b>Informar</b>		Sobre equipamento adaptativo para se transferir					«Informar sobre equipamento adaptativo para o transferir-se»

							«Informar sobre equipamento adaptativo para transferir-se»
	Ensinar	Transferir-se Estratégias adaptativas Sobre equipamento adaptativo Autocuidado atividade física transferir-se	Pessoa				«Ensinar pessoa a transferir-se» «Ensinar sobre equipamento adaptativo» «Ensinar sobre a utilização de equipamento adaptativo para o transferir-se» «Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se » «Ensinar estratégias adaptativas para transferir-se» «Ensinar sobre estratégias de adaptação» «Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: actividade física transferir-se»
	Instruir	Mover-se Técnica de transferência Transferir-se Sobre estratégias adaptativas  Uso de equipamento adaptativo	Pessoa			Cadeira de rodas	«Instruir a pessoa a mover-se em cadeira de rodas» «Instruir pessoa sobre técnica de transferência» «Instruir sobre técnica de transferência» «Instruir técnica de transferência» «Instruir a pessoa a transferir-se» «Instruir sobre o auto cuidado: actividade física transferir-se» «Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se» «Instruir a utilização de estratégias adaptativas para transferir-se» «Instruir sobre estratégias adaptativas para o transferir-se» «Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir» «Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para transferir-se» «Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo»

							«Instruir a pessoa sobre equipamento adaptativo»
	Orientar	Uso de equipamento adaptativo  Transferir-se	Pessoa				«Orientar no uso do equipamento adaptativo para o transferir-se» «Orientar a pessoa no transferir-se» «Orientar pessoa a transferir-se»
	Treinar	Técnica de transferência Uso de equipamento adaptativo Estratégias adaptativas Transferir-se Equipamento prevenção de quedas	Pessoa				«Treinar técnica de transferência» «Treinar pessoa no uso da técnica de transferência» «Treinar a pessoa para técnica de transferência» «Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo» «Treinar a pessoa sobre a utilização de equipamento adaptativo para transferir-se» «Treinar o uso de equipamento» «Treinar o uso de equipamento adaptativo para se transferir» «Treinar uso de equipamento adaptativo para o transferir-se» «Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas» «Treinar o uso de equipamentos adaptativos para a transferência» «Treinar o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se» «Treinar o uso de estratégias adaptativas para transferir-se” «Treinar transferência» «Treinar para transferir-se» «Treinar o auto cuidado: actividade física transferir-se»
<b>Executar</b>		Técnica de 1º levante Levante Técnica de exercício Musculo articular				Procedimento	«Executar técnica de 1º levante» «Executar levante do doente » «Executar técnica de exercitação musculartoarticular activa resistida»

		Técnica de transferência					«Executar técnica de execução musculartoarticular activa-assistida» «Executar técnica de transferência» «Executar técnica de transferência (procedimento)»
	Remover	Meias elásticas					«Remover meias elásticas»
	Aprontar	Dispositivos de transferência Cadeira de rodas Cadeira					«Aprontar dispositivos de transferência» «Aprontar cadeira de rodas» «Aprontar cadeira»
	Estimular	Transferir-se	Pessoa				«Estimular a pessoa a transferir-se» «Estimular a transferência»
	Posicionar						«Posicionar»
	Transferir		Individuo Doente Pessoa		Cadeira de rodas cadeira sanitária cama cadeirão cadeira Maca	Dispositivo elevador	«Transferir individuo» «Transferir o doente» «Transferir a pessoa» «Transferir a pessoa para a cadeira de rodas» «Transferir a pessoa para a cadeira sanitária» «Transferir a pessoa para a cama» «Transferir pessoa para a cama» «Transferir a pessoa para o cadeirão» «Transferir pessoa para o cadeirão» «Transferir o doente para o cadeirão» «Transferir a pessoa para o cadeirão/cadeira» » «Transferir pessoa para a cadeira» «Transferir pessoa [para maca]» «Transferir pessoa com dispositivo ( elevador )»
<b>Determinar</b>		Equipamento adaptativo					«Determinar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se»
	Verificar	Conhecimento Aprendizagem					«Verificar conhecimento»

		de habilidades					«Verificar aprendizagem de habilidades»
	Validar	Conhecimento sobre técnica transferência					«Validar conhecimento sobre técnica de transferência»
	Vigiar	Transferir-se Caraterísticas da Respiração Sinais de dificuldade respiratória Pele e Mucosas Mobilidade Ação Atividade física Autocuidado	Individuo Pessoa Doente				«Vigiar indivíduo a transferir-se» «Vigiar a pessoa na transferência» «Vigiar pessoa a transferir-se» «Vigiar características da respiração» «Vigiar sinais de dificuldade respiratória» «Vigiar características da pele e mucosas» «Vigiar a mobilidade» «Vigiar a ação do doente» «Vigiar actividade física» «Vigiar auto cuidado»
	Monitorizar	Capacidade funcional Risco de queda Frequência respiratória Tensão arterial Frequência cardíaca Dependência				Escala de Barthel Escala de Mose	«Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel» «Monitorizar capacidade funcional através da escala de Barthel» «Monitorizar risco de queda através da "Escala de Morse» «Monitorizar frequencia respiratória» «Monitorizar tensão arterial» «Monitorizar frequência cardíaca»
	Supervisar	Levante Transferir-se com/ sem intercorrências Técnicas de transferência Transferir-se com/ sem necessidade de assistência	Pessoa			Cadeira de rodas Cadeira Cama	«Supervisar o levante» «Supervisar a pessoa na transferência» “«upervisar a pessoa a transferir-se» «Supervisar a pessoa nas técnicas de transferência» «Supervisionar pessoa a transferir-se para cadeira de rodas” «Supervisionar pessoa a transferir-se para cadeirão» «Supervisionar pessoa a transferir-se

							<i>para cama»</i> <i>«Supervisar o transferir-se»</i> <i>«Supervisar a transferência»</i> <i>«Supervisar o transferir-se com intercorrências»</i> <i>«Supervisar o transferir-se sem intercorrências»</i> <i>«Supervisar o transferir-se com necessidade de assistência»</i> <i>«Supervisar o transferir-se sem necessidade de assistência»</i> <i>«Supervisar o autocuidado transferir-se»</i>
	Avaliar	Aprendizagem de habilidades sobre estratégias adaptativas Conhecimento Aprendizagem de capacidades Autocuidado atividade física transferir-se					<i>«Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre estratégias adaptativas para o transferir-se»</i> <i>«Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para transferir-se»</i> <i>«Avaliar aprendizagem de capacidades para o auto cuidado: actividade física transferir-se»</i> <i>«Avaliar a aprendizagem de capacidades para o autocuidado: transferir-se»</i> <i>«Avaliar o auto cuidado: transferir-se»</i> <i>«Avaliar o auto cuidado: actividade física transferir-se»</i>

ANEXO VIII: QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO A PARTIR DA DISCUSSÃO DO GRUPO DE PERITOS – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Grupo de peritos – quadro de análise - juízos

Erguer-se / Virar-se / Transferir-se – juízo a associar ao foco		
Grupo de discussão		
Categoria Juízos Critérios emergentes	Sub categoria Conceitos em discussão	Unidades de contexto
<p><b>Ausência de redundância</b></p> <p>Opção: Comprometido</p>	<p>Comprometido Não comprometido Compromisso Limitado Restrito Interrompido</p>	<p>«eu faço um diagnóstico para orientar a minha intenção»P1 «...juízo comprometido face ao levantar-se, é adequado, ...?» P1 «...o autónomo é o limite da escala da dependência que é a independência,...» P1</p> <p>«face ao levantar-se – a dependência, nas circunstâncias em que há uma limitação objetiva da capacidade, independentemente do fator concorrente, e um compromisso, quando não havendo uma limitação da capacidade há um fator que indiretamente interfere com a atividade regular desse autocuidado» P1</p> <p>«O que eu estou aqui a propor é uma visão restritiva da dependência à capacidade do corpo e portanto a exclusão de todos os fatores que têm a ver com decisões internas do doente e como estou a falar de condições do corpo também estou a incluir aqui o doente em coma» P1</p> <p>«o juízo adequado da independência completa é o doente que sem pessoas nem equipamentos realiza, então o autónomo não faz sentido...o independente é independente nem de pessoas nem de equipamentos e portanto a independência é redundante, do ponto de vista concetual com a autonomia – é a mesma coisa» P1 «O interrompido, no fundo é o que a gente está aqui a dizer por comprometido» P1 «E o restrito?» - «Eu acho que isso aparece na parametrização por via de querer dizer aquelas situações em que hoje tem que estar na cama ...» P2 - «Mas quer dizer o comprometido» P4 «E o restrito...» - «É na mesma lógica do comprometido» P3 «...o limitado cabe dentro da definição do que é comprometido, por isso...» P2 «Então o Juízo é Comprometido e Dependência. Mas isto não fica...» P1 «Não tem lógica pois não?» – “Devia ser Compromisso e Dependência » P2 «...vamos dizer assim é compromisso e dependência» P1 «...no SAPE tem a via do termo preferido que pode relevar isto...P1 – «O juízo é um substantivo e não um adjetivo, está certo?» P1 «Embora claro em muitas situações seja muito mais útil o comprometido» P2 «Limitado, evidentemente...» P1 – «Ele remete para o comprometido» P3 - «Dentro do significado de compromisso» P2 – «Não acrescenta nada aos dois que estudamos primeiro, portanto fica decidido que neste modelo clínico vai haver dois juízos: compromisso e dependência» P1 «O interrompido fica eliminado à partida? Porque o interrompido em termos de significado acrescenta uma coisa na definição que é: transitório» P2 – «Suspensão temporariamente» P3 «Então nós podemos discutir é...se em vez do comprometido queremos o interrompido?» P1 «Eu acho que o comprometido” – “O compromisso...” – “...o próprio significado é mais abrangente, a definição de comprometido permite e integra em si o limitado, o ineficaz e portanto acho-o mais adequado» P2</p>
<p><b>Uso do substantivo para o juízo sobre o foco</b></p> <p>Opção: Juízos: Dependência e Compromisso</p>	<p>Dependência Dependente Independente</p> <p><b>Compromisso e Dependência</b> têm um significado mais abrangente que comprometido e dependente</p> <p><u>Propriedades dos conceitos:</u></p> <p><b>Dependência</b> - limitação objetiva por fator</p>	<p>«...nunca o repouso no leito é um fator concorrente da dependência...porque ele não está dependente» P1</p> <p>«...sempre que, por uma razão que pode ser de limitação músculo esquelética, de intolerância à atividade, de dor... isto tem uma consequência numa dependência para o autocuidado, eu para mim o juízo era sempre de dependência» P1</p> <p>«... <u>dependência</u>, nas circunstâncias em que há uma limitação objetiva da capacidade, ... <u>compromisso</u>, quando não havendo uma limitação da capacidade há um fator que indiretamente interfere com a atividade regular desse autocuidado» P1</p> <p>«...indiretamente porque... o médico não determina o repouso no leito, aconselha o doente a ... o estar em repouso no leito é uma decisão do doente e portanto é sempre um fator intrínseco, ... o fator é sempre</p>

	referente ao corpo  <b>Compromisso</b> - sem limitação objetiva mas por decisão do doente (fator que indiretamente interfere com a atividade regular)	<i>interno do sujeito, agora há uma diferença entre este <u>interno do corpo</u> e este <u>interno por decisão autónoma ...</u>» P1</i>
<b>O diagnóstico deve traduzir a intenção para a conceção de cuidados</b>		<p>«Se eu metesse no mesmo juízo diagnóstico o doente que pela ação da sua vontade não se quer levantar ou tomar banho, se eu dissesse que ele é dependente, então eu depois ia fazer por ele o que ele não fazia por não ter a força, a vontade e o conhecimento era fazer uma coisa contra a vontade dele...» P1 «...e portanto, isto é muito importante esta regra que é eu estou a falar da dependência quando o doente não é capaz de fazer por ele porque biologicamente não pode» P1 - «...Mas quer que se faça...» P1</p> <p>«...mas o doente com AVC que não consegue levantar-se, ele não pode, não consegue e eu vou fazer por ele porque ele quer que eu o faça por ele, é diferente do doente da saúde mental que não quer tomar banho mas também não quer que eu lho vá dar» P1</p> <p>«E no doente em coma entras com as questões do padrão não é? Daquilo que era o padrão...» P4 –</p> <p>«Daquilo que seria...o padrão» P2</p> <p>«Do padrão, e é do ponto de vista ético, se quiseres é moralmente aceitável que eu atenda ao pensamento do homem médio...» P1</p>
<b>Uso de gradiente no juízo apenas quando este diz respeito a um fator referente ao corpo</b>		<p>«Agora vamos aqui aos Juízos...face ao comprometido, justifica...?» –</p> <p>«...ter aquelas coisas: grau reduzido, moderado, elevado, muito elevado» - «...baseado naquilo que são as reduções que a gente está aqui a fazer teoricamente, não é assim?...» P1E nós dissemos que o comprometido, o juízo, se aplicaria quando há uma razão que não tem a ver com o corpo do doente, e portando nós falamos aqui ou porque o médico prescreveu ou porque o doente por si tem estado deprimido ou não sei o quê? » P1</p> <p>«Nessa circunstância eu devo dizer que o doente está com o levantar-se comprometido em grau reduzido, em grau...? Pensem no caso da saúde mental, o doente deprimido com alteração dos processos mentais» P1</p> <p>«Não acho que seja útil porque se está tão dependente desse processo decisional da própria pessoa – eu faço, não faço, quer dizer não acrescenta e ...não tem utilidade clínica eu fazer um gradiente de compromisso» P2</p> <p>«Fruto daquilo que é o conhecimento disponível, daquilo que clinicamente também é útil, nós somos capazes e faz sentido concretizar face à dependência e ao conhecimento disponível utilizar estes gradientes, enquanto que no compromisso não...» P3</p> <p>«...quando nós fazemos vários gradientes do juízo qual é a utilidade? É sermos capazes de perceber os resultados que obtemos...» P2</p> <p>«quando eu tenho um grau dependente de pessoa eu tenho uma intenção dos cuidados que é uma determinada...mostra-me que ele precisa de uma determinado tipo de cuidados, se é dependente de equipamento ou se é totalmente dependente» P5</p> <p>«...consensualizou-se que olhando ao nível do que está a ser utilizado o grupo de peritos achou que para isto vale a pena o compromisso e a dependência ponto» P1</p>

**Grupo de peritos – quadro de análise – dimensões**

<b>Erguer-se / virar-se / transferir-se – Dimensão de análise do foco</b>		
<b>Grupo de discussão</b>		
<b>Categoria Dimensões Critérios emergentes do grupo de discussão</b>	<b>Sub categoria conceitos em estudo</b>	<b>Unidades de contexto</b>
<b>A dimensão refere o processo a ser facilitado e não o resultado</b>	<p>Mantem-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacidade</li> <li>-Conhecimento</li> <li>-Força de vontade</li> </ul> <p>Exclui-se:</p>	<p>«... esta regra ISO que aqui estamos a usar, isto introduz o conceito de dimensão...» P1</p> <p>«...se há uma teórica que disse a dependência no autocuidado é por causa de força, vontade e conhecimento...» P1 - «...eu sistematicamente face a qualquer autocuidado o que eu avalio é a força, a vontade e o conhecimento, traduzindo isto da CIPE versão 2, é capacidade, conhecimento e volição ponto. E portanto eu</p>

<p><b>Conteúdo da dimensão – especificidade</b></p> <p><b>Ausência de redundância</b></p> <p>Opção: Especificação da dimensão:</p> <p>-Para levantar-se ou -Para posicionar-se ou -Para transferir-se</p> <p>-Para usar/sobre estratégias e sobretudo dispositivos auxiliares</p> <p>Juízo sobre a dimensão:</p> <p>Opção: potencialidade</p>	<p>-Adaptação -Aprendizagem de capacidades - refere-se ao processo de aprender, enquanto que o que clinicamente é avaliado é a capacidade enquanto aspeto psicomotor</p> <p>Para levantar-se posicionar-se transferir-se</p> <p>Para usar a técnica de 1º levante Para usar estratégias adaptativas Sobre estratégias adaptativas Sobre técnica de levante Sobre equipamento adaptativo/dispositivos auxiliares Sobre vantagens</p>	<p>vou ajuizar sobre isto, sistematicamente em todos os autocuidados.» P1</p> <p>«...se formos agora na estrutura teórica buscar os fatores que facilitam e dificultam as transições, e portanto fomos buscar dimensões» P1s</p> <p>«...esta força de vontade nós vamos no fundo é decompô-la em significados, consciencialização...» P1</p> <p>«adaptação voto a sua exclusão absoluta, porque é quase um resultado final» P1</p> <p>«...a consciencialização, os significados, o conhecimento e a habilidade neste doente do levantar-se...» P1</p> <p>«...neste (Posicionar-se) se o que a gente disse para o anterior resolve tudo aqui» P1 – «Está dentro do modelo anterior ...» P3 - «As dimensões são as mesmas» P3 - «tem aqui uma coisa diferente que é a aprendizagem cognitiva» - «Vai dar ao mesmo é o conhecimento» P2</p> <p>«...no transferir-se, tem que ter equipamentos para se transferir...» P2 - «não tem nada...» P1</p> <p>«A técnica do primeiro levante, quero que saiba isto, o doente?» P1 – «... é o enfermeiro que tem que fazer o primeiro levante, não é ele que faz sozinho, por isso não tem que saber» P5 - «quando é o doente não é técnica» P2 - «Sobre como levantar-se pode fazer sentido» P2</p> <p>«há um eixo da CIPE que se chama duração ou momento e eu posso dizer no primeiro levante e está lá levantar-se no momento do primeiro levante» P1</p> <p>«...o estratégias adaptativas para mim não tem significado nenhum do ponto de vista concreto» P1 - «...interessa, é diferente dos dispositivos» P2 - «...técnicas que não implicam aprender a usar equipamentos» P1 -«É dispositivos»- «Dispositivos auxiliares» P3</p> <p>«...consciência ... sobre as vantagens de posicionar-se» P1 - «...exemplificar por exemplo a consciência da necessidade daquele equipamento ...» P3</p> <p>Demonstrado e não demonstrado não existe na CIPE*</p> <p>«...no levantar-se, estás centrada no autocuidado, tu aqui reconheces é que há uma potencialidade para melhorar» P4</p>
---	---	---

ANEXO IX: QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO A PARTIR DA DISCUSSÃO DO GRUPO DE PERITOS – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Grupo de peritos – quadro de análise – Intervenções de enfermagem

Erguer-se / Virar-se e Transferir-se – Intervenções de enfermagem Grupo de discussão		
Categoria Intervenções Critérios emergentes	Sub categoria Conceitos em discussão	Unidades de contexto
Não usar ações que se destinam a fazer juízos sobre o diagnóstico inicial	Exclui-se os tipos de ação do âmbito do Determinar  Intervenções diagnósticas???	«...o determinar, estamos de acordo que sai completamente, todos os do determinar... exceto o supervisionar» - «O doente pode precisar...de supervisão do que está a fazer» P1 - «...para detetar precocemente se ele vai cair ou supervisionar no sentido de dar algum reforço que aquilo não está bem e é mais treinar com ele?» P5 - «Não, não, treinar é treinar...» P1 - «Não, não é precisar, é estar atento, é identificar» P2 - «Inspeccionar o progresso de alguém ou de alguma coisa» - «Inspeccionar no sentido de avaliar » P3 - «Isto é uma atividade diagnóstica» P2 - «Nesse conceito então não vale a pena o supervisionar» P1 «...tirando o supervisionar, qualquer ato de vigiar, monitorizar, avaliar, determinar, é sempre estar a fazer juízos sobre os primeiros diagnósticos» P1
Congruência com a terminologia da CIPE*	No âmbito do Executar:  Levantar Posicionar Transferir (a pessoa / o cliente)  A técnica de levante - usa-se como meio (CIPE*)	«o executar, aqui é o levantar-se não é?» «Só faz sentido o levantar» P1 «...A técnica do levante» P2 - «Executar a técnica.» P1 - « É fazer pela pessoa» P5 - «É levanta-la» P3 - «Eu por acaso retirava técnica...» P5 - «O tipo de ação é elevar» P2 - «...o tipo de ação é elevar ... o elevar é o levantar... Então a ação é levantar o doente» P1 «No executar eu circunscrevia isto ao levantar» P1 «levantar não existe, existe o elevar - Eu posso dizer levantar e dizer que é o termo preferido» * «E o elevating que é o tipo de ação, existe no inglês que eu sei, agora se o elevating está traduzido no português para o elevar ou levantar...» P1 «Não, neste caso do levantar, posicionar, transferir pressupõe uma técnica, não estou a dizer que é tudo o que faz, estou a dizer que nisto do posicionar, transferir ... nestes domínios do autocuidado pressupões uma técnica» P5 «...sendo uma intervenção de enfermagem é sempre uma técnica, é o levantar, nessa perspetiva que é uma intervenção do enfermeiro» P5 - «O tipo de ação é levantar...» P5 - «Redunda ter técnica» P3 «...a técnica está na CIPE originalmente para ser a coisa dos meios» P1 «... e de todas as do executar é só o levantar, está certo?» P1 «...Isto é posicionar o doente, no limite era através da técnica de posicionamento» P1 «...é levantar o doente» P2 - «É posicionar e levantar, vamos reduzir agora...» P2
Congruência entre o tipo de ação e a intenção	No âmbito do Atender  Quando o Alvo refere um foco no domínio das condições pessoais para a transição  A intervenção deve explicitar uma intenção: Assistir ou Promover	«O estimular o doente a levantar-se, isto devia estar ... esta ideia devia ...» P1 «Não achas que seria melhor tirar do estimular e pô-lo no incentivar?» P2 «o incentivar é preferido e anula o estimular...» P1 «Faz falta o assistir, faz falta o incentivar e acho que não faz falta o elogiar, porque não é um tipo de ação, é um, o elogiar é um modo...» P1 «...o assistir é dos tipos de ação o que menos diz... é tão abrangente» P2 «Porque é que vocês querem o advogar?» P2 - «Nos significados e nas crenças» P1 - «...advogar» P2 - «Recomendar alguém ou alguma coisa através da argumentação» P3 - «face ao uso de equipamento, o advogar faz algum sentido» P4 «Ora lê os aconselhares ...» P1 - «Capacitar alguém para tomar a sua própria decisão através do diálogo» P3 - «...nessa linha, para isso era o aconselhar» P3 «O promover está no atender» P2 - «está dentro do assistir» P2 - «E depois ele tem como descendentes um milhão de intencionalidades» P3 - «Promover o apoio social, promover a relação adequada, promover os dispositivos auxiliares de memória, nos agora ... está aqui um milhão de intencionalidades» P3 «E o assistir é suficientemente amplo para...» P2 - «...assistir é perfeitamente enquadrável naquilo de categoria de traduzir uma intenção...» P2 «O promover pode substituir o incentivar, o elogiar e o advogar» P1 - «...então se no atender saíssem todos menos o assistir, e entrasse o promover...» P1
Quando o objetivo das ações é Capacitar / preparar o cliente:	No âmbito do informar  Mantêm-se as ações  Ensinar Instruir	«O informar, o ensinar, instruir e treinar, o orientar é para quê? O orientar não faz falta nenhuma ou faz?» P1 - «Podia estar no sentido, não é o que está ali, porque vem o advogar os equipamentos, orientar para algum serviço?» P3 «...aconselhar o uso de equipamentos, há um momento em que não é só promover, não é uma intenção, é o ato dirigido, olhe eu para mim o sr

	<b>Treinar Aconselhar</b>	<i>devia usar isto» P1 - « no informar fica o ensinar, instruir, treinar e aconselhar e sai o orientar...» P1</i>
	<b>No âmbito do Gerir</b>	<i>«...tem que estar o providenciar o equipamento, tem que estar o planear o levantar, ou quando é que o doente se levanta, se é de manhã, se é ... se levanta de tarde» P1  «Se tem prescrito repouso no leito, isso já dissemos, porque é que fica manter, para justificar o diagnóstico do erguer-se» P2 –«Manter...repouso na cama» P1 - «Ou manter o equipamento durante aquela coisa, durante aquele momento» P1  «Aquele orientar (no informar), eventualmente ver no gerir algo da continuidade de diferentes contextos tem que depois ser possível de ser dito, orientar para um serviço qualquer» P3 - «Mas isto não é orientar é referir» P1 - “ O referir que existe” P3 «...O orientar para a assistente social, o orientar para o centro de saúde» P1  «...a definição de referir: está no coordenar e é encaminhar ou indicar uma pessoa para alguém ou alguma coisa» P3 - «...o sentido que a gente quer é mais o referir» P3  «...no gerir, aquele o manter, providenciar e o planear são fundamentais»  «... há um termo que nos serve para tudo que é o promover» P1</i>
<p>Síntese:</p> <p><i>«...tirando o informar e o executar, não há ações, só há intenções» P1</i></p> <p><i>«E o que a gente vai prescrever é ... o que a gente vai é mediar a intenção mais do que prescrever a ação» P1</i></p> <p><i>«...eu tenho ações de executar, fazer pelo doente ou de mexer com ele por via da informação e tudo o resto são explicitações de intenção, de promover, de refrear, de manter, de estimular, etc.» P1</i></p>		

ANEXO X: GRUPO DE PERITOS - NOVO MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS  
AO AUTOCUIDADO

**Grupo de peritos - Novo modelo de organização dos dados relativos ao autocuidado**

Erguer-se / virar-se / transferir-se		
Grupo de discussão		
Novo modelo de organização dos dados relativos ao autocuidado		
Categoria Juízos	Subcategoria conceitos em estudo	Unidades de contexto
Critérios emergentes do grupo de discussão		
<p><b>Juízo</b></p> <p>O nível absoluto da <b>Capacidade</b> enquanto <u>qualificador</u> do autocuidado</p> <p>Capacidade – Juízo – uso de gradiente de juízo apenas quando este se refere a um fator referente ao corpo</p> <p>A sintaxe do diagnóstico deve ter o maior potencial descritivo possível</p>		<p>«...dependência de alguém... no fundo o que eu estou a classificar é o grau de dependência do outro e não o status do sujeito.» P1</p> <p>«se nós puséssemos em causa abandonar o termo dependência e puséssemos o juízo capacidade para?» P1                  «...E o que estávamos a julgar era a capacidade para o doente se levantar?» - «se eu ajuizar o levantar-se em função da capacidade que o doente tem...» P1</p> <p>«...Se nós circunscrevermos o conceito de dependência à capacidade e quando estou a falar de capacidade estou a falar de capacidade neuro muscular e músculo articular...» P1 - «Condição funcional...» P2                  «O que eu estou aqui a propor é uma visão restritiva da dependência à capacidade do corpo...» P1                  «...não há nada que a CIPE impeça de utilizar outro foco na especificação do próprio juízo...» P1                  «se eu ajuizar o levantar-se em função da capacidade que o doente tem...encontrarmos outra designação que especifique melhor o diagnóstico» P1                  «O status é algo que me permite sempre qualificar e basicamente o que está nos juízos são gradientes» P1                  «Então o que eu tenho são escalas para ajuizar a capacidade, que é o que de fato existe na dependência que é abre a torneira, não abre a torneira, aquece a água...» P1</p> <p>«...capacidade, o que eu vou ajuizar sempre é o diminuído, e depois aqui ... há aqui uma parte que é o obvio: capacidade diminuída em grau elevado, capacidade diminuída em grau moderado...» P1                  «...quando um doente não tem nenhuma capacidade, o doente sem nenhuma capacidade, e não tem nenhum potencial de a desenvolver, eu devia trazer para o diagnóstico algo que me diferenciasse este doente daquele que tem, ou não?» P1</p> <p>«Capacidade ... diminuição da capacidade ... diminuição parcial da capacidade para levantar-se ou ausência» P1                  «Tens total e parcial» P4                  «É se eu usasse só isto? Parcial, total» P1                  «Parcial ... O parcial, tens muitos gradientes» P2                  «O fato de ser um parcial de pessoa ou de equipamento, não é? Tenho esta granularidade que é diferente naquela questão que está a falar da intenção dos cuidados quando eu falei da primeira vez. É diferente o ser um parcial de pessoa ou ser de equipamento» P5</p> <p>«...a ausência de um problema é o limite máximo da escala...» P1 - «...não faz sentido eu afirmar a condição normal ponto final.» p1</p> <p>«o que eu queria então era propor que pesássemos o que é que é <u>melhor aumentarmos à capacidade descritiva do diagnóstico</u> ou a manutenção tradicional dos termos usados» P1                  «o juízo que eu vou fazer sistematicamente é se o doente tem capacidade para aquele autocuidado» P1                  «...devemos encontrar a forma mais reduzida dos arquétipos simples ou tender para complexos para especificar melhor? P1 - «...é para ter uma política de usar o menos dimensões possíveis remetendo para a primeira sintaxe o mais visível» P1</p>

<p><b>Utilidade Clínica</b></p> <p>Juízo associado ao autocuidado quando este está suspenso temporariamente</p>	<p>Tem capacidade mas não o deve fazer por recomendação terapêutica</p> <p><b>Opção Interrompido</b> (suspensão temporariamente)</p>	<p>«no caso do comprometido...» P1 - «Compromisso...» P2 - «podia ser por mim o interrompido sem mais, nos casos em que é o tal transitório das prescrições...» P1</p> <p>«Mas então aqui fica a fazer falta na mesma haver o compromisso?» P2 - «Quando ele tem capacidade ...» P2</p> <p>«Então era melhor o interrompido» P1 «E o interrompido ficava só para o repouso no leito...» P1</p> <p>«o interrompido ...já não é uma limitação na capacidade» P3 «É uma imposição» P5 «A pessoa seria capaz mas ...» P4</p>
<p><b>Na sintaxe do diagnóstico deve existir consonância entre o explanado e a intenção</b></p> <p><b>Dimensões:</b></p> <p><b>Análise do foco na perspetiva das dimensões – especificidades da transição</b></p> <p><b>Especificidade da transição sempre na perspetiva de «algo em concreto»</b></p> <p><b>Dimensões - juízo</b></p>		<p>«...há um foco e é possível haver uma dimensão que tem um juízo sobre ela, sobre a dimensão, eu tenho que admitir que o foco por onde eu comecei a estudar em outras circunstâncias é uma dimensão de outro foco que lhe está atrás.» P1 - «Ora isto remete-me para uma ordenação das evidências» P1</p> <p>«Não faz sentido eu dizer que a parésia é uma dimensão do levantar-se e do não sei o quê, há uma ordenação lógica do ponto de vista do raciocínio diagnóstico, há uma coisa que vem primeiro e outra que se lhe segue, e que a ordem dos fatores não é arbitrária...» P1</p> <p>«...por exemplo eu se disser que o doente tem uma parésia - o levantar-se, o comer, o autocuidado, o etc, o higiene, são dimensões da minha análise a um doente que tem uma parésia.» P1 - «para esta análise e para esta construção dos arquétipos esta coisa do que é que é o foco e o que é que é dimensão, isto tem que ter uma regra teórica» P1</p> <p>«...se tiver por base esta raiz teórica da enfermagem, porque eu também tenho que suportar isto com alguma teoria...a força, a vontade e o conhecimento, ... mas, as dimensões do que está por detrás quer da falta de forças, quer da falta de vontade, quer da falta de conhecimento podem ser muitas coisas e então, isto são dimensões da análise.» P1</p> <p>«...ter na sintaxe do diagnóstico a maior capacidade descritiva no sentido de reduzir ao número de dimensões, mas não é excluir as dimensões» P1 - « Porque isto podem ser dimensões, o significado, a atitude, podem ser dimensões» P3</p> <p>«...pese embora na teoria das transições estejam no mesmo sítio fatores que facilitam e que condicionam, tu não consegues avaliar o significado em abstrato» P1</p> <p>«O significado da limitação da capacidade» P3</p> <p>«o conhecimento não te aparece ao mesmo nível da capacidade, por essa ordem de ideias o conhecimento aparece-te ao nível do significado ... tu quando vais ver do conhecimento também vais ver conhecimento sobre qualquer coisa» P4</p> <p>«A tua primeira avaliação é sempre o que é que esta pessoa consegue fazer ... condição funcional...» P2</p> <p>«A tua leitura é assim esta condição funcional tem potencial para melhorar? Como? Informando como é que isto se faz? Sugerindo-lhe isto? É sempre progressivo, mas isto não é ao mesmo nível» P2</p> <p>«... nós não podemos estar a traduzir o habilty da mesma maneira que o capacity, está certo?» P1 - «Habilidade, eu sei que existe, no inglês existe e portanto pode ser só um problema de tradução, mas como no SAPE tens termos preferidos ... eu sei que existe na CIPE habilty e capacity» P1 - «O psicomotor» P2</p> <p>«A aquisição do domínio de atividades práticas associados a treino, prática e exercício» P3</p> <p>«...tem que estar aqui, o habilidade» P1</p> <p>«Conhecimento...» P4 «... Consciencialização, significados» P1 - «Atitude» P3</p>

	<p>«as crenças nós vamos meter nos significados está certo? A atitude sob o ponto de vista do conceito é a coisa mais genérica do comportamento e portanto os significados influenciam a atitude, as crenças influenciam ... para mim não acrescenta nada a atitude ... » P1</p> <p>«Então não usamos atitude, usamos o que influencia a atitude?» P2</p> <p>«a consciencialização, os significados, o conhecimento e a habilidade neste doente do levantar-se, sobre o quê?» P1</p> <p>«consciencialização sobre o equipamento tal, tal ... ainda que a gente pode discutir aqui se neste nível vai à especificação do concreto de qual é o equipamento» P1</p> <p>«...vantagens do levantar-se?» P1 –« Isto tem muito dos significados» P4 –« Tem a ver com os conhecimentos» P5- «É uma especificação do conhecimento» P2 –«Para a mudança de comportamentos» P4 –«É influenciar a vontade» P5 –« Sim, é o que os enfermeiros usavam para especificar o conhecimento, era um dos conteúdos específicos» P2 – «...falar nas vantagens é promover a consciencialização...» P2 -</p> <p>«É evidente que é para promover a consciencialização da necessidade» P1</p> <p>«É potencialidade para...» P4 - «Potencialidade para uma dimensão do juízo primário ... potencialidade para, se ele tinha capacidade parcial, é para capacidade total» P1</p> <p>«Ou para melhorar a capacidade» P2</p> <p>«...falta-me agora a especificação do juízo nisto» P1</p> <p>Demonstrado e não demonstrado não existe na CIPE* -</p> <p>«Eu tenho muitas dúvidas sobre que seja legítimo e no caso da parentalidade que seja legal eu dizer que os pais não demonstram conhecimento para parentalidade, nem é uma questão de ética, eu tenho dúvidas de que sob o ponto de vista da lei um enfermeiro possa dizer este pai não demonstra conhecimentos para a parentalidade» P1</p> <p>«É o compromisso» p5 - » «E porque é que não é o dificultador e facilitador ... » P2 «Porque é que não é o potencial» P1 - «Existe progressão» P2 - «Porque é que não dizemos potencial para qualquer coisa efetivo?» P2</p> <p>«Potencial para melhorar» P3 - «Não pode ser para melhorar o significado, o significado é o da pessoa, não é ...» P1 - «Potencialidade para desenvolver o conhecimento, potencialidade não ... para o significado não dá» P3</p> <p>«Mas com o efetivo está a valorizar ...» P2</p> <p>«Não há potencial para desenvolver significado» P5s</p> <p>«O adequado é muito importante porque é o adequado que me diz um juízo naquele doente, o significado naquele doente é adequado» P1</p> <p>«É adequado o significado e portanto o potencial de melhorar» P5 - «...nós estamos a falar desta dimensão do potencial, não é só para os significados e só para aquilo que é das transições» P5 - «Estamos a falar também para as habilidades e para o conhecimento» P5</p>
--	--