



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

Quanto à Referenciação de Doentes





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Susana Flor Oliveira Neto

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO QUANTO À  
REFERENCIAÇÃO DE DOENTES**

VI Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof. Doutora Andreia Maria Novo Lima

Junho de 2022



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Professora Dra. Andreia Maria Novo Lima, pela sua disponibilidade, apoio, orientação e contribuição ao longo do percurso formativo e da realização deste relatório.

Agradeço à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Maria Eduarda Magalhães, que me acompanhou no percurso formativo de Estágio de Natureza Profissional e que mostrou sempre uma atitude de entreaajuda e de parceria, permitindo-me desenvolver esta formação de forma tranquila.

Agradeço à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte e ao Presidente do Conselho Clínico e Diretor Executivo do ACeS onde foi desenvolvido o estudo pelas autorizações deferidas.

Agradeço a colaboração dos Enfermeiros Coordenadores das UCC's do ACeS, que adotaram uma postura colaborativa e dinamizadora, para que eu conseguisse aplicar as entrevistas.

Agradeço aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do ACeS pela disponibilidade e pela participação no estudo.

Por último e não menos importante, agradeço à minha família. Ao meu marido pelo companheirismo e pelo apoio nos momentos mais difíceis. Às minhas filhas, pela compreensão e pela tolerância nas minhas ausências. Aos meus pais pela ajuda e pelo apoio incondicional.



## **PENSAMENTO**

O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou no caminho.

Abraham Lincoln





**RESUMO:** Com o envelhecimento da população há um aumento das situações de dependência, levando a uma maior procura de respostas no âmbito da saúde e de apoios sociais. Cabe aos profissionais de saúde o eficiente comprometimento na articulação e integração de cuidados, adequados às reais necessidades da população, usando os recursos de forma eficaz.

**OBJETIVO:** Conhecer as vivências e o significado atribuído pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um Agrupamento de Centros de Saúde do Norte de Portugal, relativamente à referenciação de doentes.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo qualitativo, com orientação metodológica da análise fenomenológica de Giorgi. Utilizou-se uma pesquisa exploratória descritiva, com recurso a uma entrevista. A amostra é não probabilística intencional, composta por 13 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que trabalham nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados de um Agrupamento de Centros de Saúde do Norte.

**RESULTADOS:** Das falas dos enfermeiros especialistas emergiram quatro temas: Missão; Constrangimentos; Necessidade de Cuidados Especializados e Sugestões de Melhoria. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, demonstram conhecimento da missão da Equipa de Cuidados Continuados Integrados como resposta no âmbito dos cuidados de saúde no seu contexto social. Estes profissionais, não reconhecem a necessidade de cuidados especializados a todos os doentes que são referenciados para a equipa. Na referenciação de doentes, são apontados alguns constrangimentos como: a falta de trabalho em equipa, a falta de informação, as referenciações inadequadas e o potencial de reabilitação. Como sugestões de melhoria, indicam: a revisão dos critérios de referenciação, a multidisciplinaridade das equipas, o aumento do número de vagas em Equipas de Cuidados Continuados Integrados, bem como o estabelecimento de prioridades na admissão dos doentes referenciados, a necessidade de reavaliação enquanto aguardam vaga e por último a formação/informação das equipas.

**CONCLUSÃO:** Com a auscultação da perceção dos enfermeiros especialistas, evidenciou-se a subutilização deste recurso. Emergiu deste estudo a necessidade de implementação de melhorias, esperando assim, obter a superior competência nas referenciações de doentes para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados, utilizando os recursos de forma eficiente e eficaz.

**PALAVRAS-CHAVE:** Rede de Cuidados Continuados de Saúde, Distribuição na Comunidade, Encaminhamento, Constrangimento.



**SUMMARY:** With the aging of the population, there is an increase in situations of dependence, leading to a greater demand for health responses and social support. It is up to health professionals to efficiently compromise in the articulation and integration of care, appropriate to the real needs of the population, using resources effectively.

**OBJECTIVE:** To know the experiences and meaning attributed by the EEER of a Grouping of Health Centers in northern Portugal, regarding the referral of patients.

**METHODOLOGY:** This is a qualitative study, under methodological orientation of Giorgi's phenomenological analysis. Descriptive exploratory research was used, using an interview. The sample is non-probabilistic intentional, composed of 13 Nurses Specialists in Rehabilitation Nursing who work in the Integrated Continuing Care Teams of a Grouping of Northern Health Centers.

**RESULTS:** Four themes emerged from the statements of the specialist nurses: Mission; Constraints; Need for Specialized Care and Improvement Suggestions. The Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing demonstrate knowledge of the mission of the Integrated Continuing Care Team as a response in the field of health care in its social context. These professionals do not recognize the need for specialized care for all patients who are referred to the team. In the referral of patients, some constraints are pointed out such as: lack of teamwork, lack of information, inadequate referrals and rehabilitation potential. As suggestions for improvement, they indicate: the review of the reference criteria, the multidisciplinary of the teams, the increase in the number of vacancies in Integrated Continuing Care Teams, as well as the establishment of priorities in the admission of the referred patients, the need for reassessment while waiting for a vacancy and finally the training/information of the teams.

**CONCLUSION:** With the auscultation of the perception of specialist nurses, the underuse of this resource was evidenced. From this study emerged the need to implement improvements, thus hoping to obtain the superior competence in user referrals for integrated continuous care teams, using resources efficiently and effectively.

**KEYWORDS:** Network of Continued Health Care, Community Distribution, Referral, Embarrassment.



## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

BIPAP - Bilevel Positive Airway Pressure

CC – Cuidados Continuados

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CE – Conselho de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COREQ – Critérios Consolidados para Relatórios de Pesquisa Qualitativa

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ECTS – European Crédit Transfer and Accumulation System

EE – Enfermeiro Especialista

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESP - Enfermeiro Especialista em Saúde Pública

EG - Enfermeiro Generalista

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ER – Enfermeiro de Reabilitação

ESS – Escola Superior de Saúde

Ex.<sup>mo</sup> – Excelentíssimo

INE – Instituto Nacional de Estatística  
IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
Km – Quilómetros  
Km<sup>2</sup> – Quilómetros Quadrados  
MS – Ministério da Saúde  
NFRNCCI – Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea  
PII – Plano Individual de Intervenção  
RE – Referencial do Enfermeiro  
RMRNCCI – Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
S. – São  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
Sr. - Senhor  
Sta: - Santa  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
ULS – Unidade Local de Saúde  
UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados  
UP – Úlcera de Pressão  
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
USP – Unidade de Saúde Pública

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTO .....</b>	<b>III</b>
<b>PENSAMENTO .....</b>	<b>V</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IX</b>
<b>ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS .....</b>	<b>XII</b>
<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>XIII</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS.....</b>	<b>XV</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. CAPÍTULO – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....</b>	<b>3</b>
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO .....	5
1.2. RELATO REFLEXIVO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS AO LONGO DO ENSINO CLÍNICO .....	8
1.3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	9
1.3.1. Aprendizagem profissional na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica .....	9
1.3.2. Aprendizagem no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador .....	10
1.3.3. Aprendizagem no domínio da melhoria contínua da qualidade .....	12
1.3.4. Aprendizagem no domínio da prática profissional, ética e legal .....	14
1.4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	15
1.4.1. Competências em enfermagem de reabilitação na área da prestação de cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida .....	15
1.4.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	21
1.4.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	23
1.4.4. Gestão de cuidados de enfermagem e articulação da equipa multidisciplinar .....	24
<b>2. CAPÍTULO – “PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO QUANTO À REFERENCIAÇÃO DE DOENTES.....</b>	<b>27</b>
2.1. INTRODUÇÃO .....	29
2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	31
2.3. METODOLOGIA .....	39
2.3.1. Pergunta de Investigação .....	39

2.3.2.	Objetivo Geral .....	40
2.3.3.	Objetivos Específicos .....	40
2.3.4.	Típo de Estudo .....	40
2.3.5.	Desenho do Estudo .....	41
2.3.6.	População e Amostra .....	43
2.3.7.	Recolha de Dados .....	45
2.3.8.	Análise de Conteúdo .....	47
2.3.9.	Considerações Éticas .....	48
2.3.10.	Análise Swot .....	49
2.4.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	51
2.4.1.	Missão dos EEER .....	52
2.4.2.	Constrangimentos .....	53
2.4.3.	Necessidade de Cuidados Especializados .....	55
2.4.4.	Sugestões de Melhoria .....	56
2.5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	58
2.6.	CONCLUSÃO .....	71
<b>3.</b>	<b>CAPÍTULO – CONCLUSÃO DO PERCURSO FORMATIVO .....</b>	<b>75</b>
3.1.	CONCLUSÃO .....	77
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>101</b>
	Anexo I – Autorização do ACeS .....	103
	Anexo II – Autorização da Comissão de Ética da ARS Norte .....	111
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>115</b>
	Apêndice I – Cronograma .....	117
	Apêndice II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação .....	121
	Apêndice III – Instrumento de Colheita de Dados .....	125
	Apêndice IV – Folheto e Panfletos .....	129
	Apêndice V – Quadro ilustrativo da análise de conteúdo das entrevistas e identificação dos temas, sub temas e unidades de registo .....	135
	Apêndice VI – Formação .....	143



## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Mapa de freguesias abrangidas pelo centro de saúde das Taipas .....	5
Figura 2: Unidades funcionais constituintes de um ACeS .....	34
Figura 3: Tipologia da rede .....	36
Figura 4: Estrutura expositiva da análise do fenómeno .....	52

## **INDICE DE QUADROS:**

Quadro 1: Quadro ilustrativo dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas e identificação dos temas, subtemas e unidades de registo .....	137
--	-----

## **INDICE DE GRÁFICOS:**

Gráfico 1: Gráfico representativo do número de anos como enfermeiro e do número de anos como EEER .....	51
---	----



## INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação exige especificidade, rigor e conhecimentos técnico-científicos, baseados na evidência, agrupando saberes de diversas áreas. Este conjunto de conhecimentos e de cuidados devem ser mobilizados e devem estar acessíveis a todos.

No âmbito do VI curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde (IPVC-ESS), inserido na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional, foi proposto desenvolver um relatório de estágio com um relato fundamentado e reflexivo das atividades desenvolvidas em contexto real de trabalho, explicitando as competências profissionais adquiridas e que inclua um projeto de investigação.

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Sol Invictus (Caldas das Taipas), no período de 11 de Outubro de 2021 a 31 de Março de 2022, tendo a duração de 24 semanas, com 390 horas de contato, correspondentes a 30 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS).

Este decorreu sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Maria Eduarda Magalhães, contando com a orientação pedagógica da Professora Doutora Andreia Maria Novo Lima.

O relatório tem como finalidade a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em ensino clínico (EC), descrevendo o percurso de aprendizagem de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Para a sua execução, foram utilizadas as Orientações para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos (Alves et al., 2013) e Guia informativo do IPVC (2021), preconizados pelo IPVC-ESS. Os objetivos de estágio definidos pela escola visam a aquisição, desenvolvimento e interiorização das competências comuns e específicas do EEER, delineando o percurso formativo em várias vertentes. Este percurso, envolve a área da prestação de cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida, reconhecendo necessidades de gestão de cuidados dinamizando a equipa multidisciplinar, mas também desenvolve aprendizagens com a identificação de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador. Todas estas vertentes incrementam os programas de melhoria contínua da qualidade, pois as intervenções e partilhas de informação recorrem a uma fundamentação baseada na evidência, desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal. Os objetivos do relatório de estágio, visam descrever e refletir o desenvolvimento de

competências postas em prática no EC, de acordo com o cronograma estipulado. Com a realização deste relatório pretende-se refletir sobre os conhecimentos técnico-científicos adquiridos, mas também das dimensões ético-legal, social e económica da prática do Enfermeiro de Reabilitação (ER), promovendo o insight e a capacidade de adaptação a novas situações.

O relatório é iniciado com a presente introdução, que tem como finalidade fazer uma contextualização do trabalho escrito e do ensino/aprendizagem desenvolvido ao longo do EC. Na sequência do anterior enquadramento foi definido um alinhamento em três capítulos.

O primeiro capítulo caracteriza o contexto da prática clínica desenvolvida e descreve o processo formativo com a aquisição de competências adquiridas ao longo do estágio.

O segundo capítulo. apresenta o desenvolvimento de competências na prática de investigação em Enfermagem e consiste na apresentação e justificação da problemática em estudo, intitulada de “Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Quanto à Referenciação de Doentes” e respetivo desenvolvimento com: os objetivos, a metodologia, os resultados, a análise e discussão dos resultados e conclusões do estudo de investigação desenvolvido. Com este estudo pretende-se conhecer as vivências e o significado atribuído pelos EEER de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Norte de Portugal, relativamente às referenciações de doentes admitidos nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Foi realizado um estudo fenomenológico com uma abordagem qualitativa, recorrendo a uma pesquisa exploratória descritiva, através de uma entrevista. A amostra é não probabilística intencional, composta por 13 EEER que trabalham nas ECCI's de um ACeS situado a Norte de Portugal.

Por último, no terceiro capítulo, apresenta a conclusão final do percurso formativo.

**1. CAPÍTULO**  
**ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**



## 1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A UCC Sol Invictus é uma das Unidades Funcionais que integra o ACeS do Alto Ave, desenvolvendo a sua missão na área geográfica do Centro de Saúde das Taipas, concelho de Guimarães. O concelho de Guimarães, situa-se, no Distrito de Braga, a 50 Km da cidade do Porto, limitado a norte e noroeste pelos concelhos da Póvoa de Lanhoso e Braga, respetivamente, a sudoeste por Santo Tirso, a sul e sudoeste por Felgueiras e Vizela, a nascente pelo concelho de Fafe e a poente por Famalicão. Atualmente, apresenta uma elevada densidade populacional 2345,0 hab/km<sup>2</sup> e 6308 habitantes (INE, 2021) tem uma área total de aproximadamente 2,69 km<sup>2</sup> e é constituído por 48 freguesias, das quais 17 são uniões de freguesias.

A área de influência do Centro de Saúde das Taipas corresponde a 27 freguesias do concelho de Guimarães, distrito de Braga, sendo estas: Balazar, Barco, Brito, Caldelas, Corvite, Donim, Figueiredo, Gondomar, Leitões, Longos, Oleiros, Ponte, Ronfe, Briteiros (S. Salvador), Prazins (St<sup>a</sup>. Eufémia), Briteiros (St<sup>a</sup>. Leocádia), Airão (St<sup>a</sup>. Maria), Souto (St<sup>a</sup>. Maria), Briteiros (St. Estevão), Prazins (St. Tirso), Airão (S. João), Sande (S. Clemente), Sande (S. Lourenço), Sande (S. Martinho), Sande (Vila Nova), Souto (S. Salvador), Vermil.

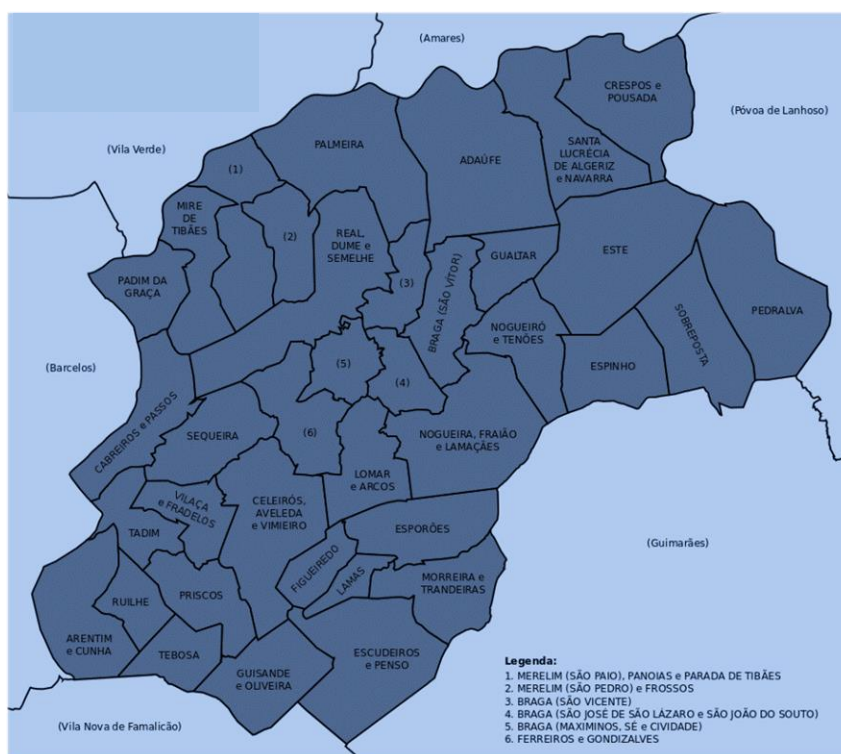


Figura 1: Mapa de freguesias abrangidas pelo centro de saúde das Taipas. (Lei n.º 11-A/2013, 2013)

Na área de intervenção do Centro de Saúde das Taipas funcionam quatro unidades de saúde familiar (USF): USF Ronfe, USF Ara de Trajano, USF Duovida e USF Ponte.

As instalações dentro do centro de saúde são comuns à ECCI e à UCC, dispõe de uma sala no Rés- do-chão, com material informático e telefónico. A Sala de Reuniões, os vestiários e as casas de banho com e sem chuveiro encontram-se no piso um.

A ECCI Sol Invictus é constituída por dois EEER, um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), um Enfermeiro Especialista em Saúde Pública (EESP) e um Enfermeiro Generalista (EG). Tem apoio dos respetivos Médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, um Técnico superior de serviço social, um Psicólogo, um Nutricionista, um Assistente Técnico e uma Assistente Operacional, a serem disponibilizados pelo ACeS.

Considerando os recursos humanos e a área geográfica de intervenção, a UCC Sol Invictus dispõe de oito vagas para atuação da ECCI.

A ECCI Sol Invictus, da UCC, localiza-se na Rua Professor Manuel José Pereira, 4805-128 Taipas, tem como responsável a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Maria Eduarda Magalhães.

Esta equipa, tem como missão prestar cuidados de saúde multidisciplinares de proximidade e qualidade, em parceria e articulação com os recursos da comunidade de âmbito domiciliário a utentes e famílias em situação de dependência transitória ou crónica, de forma global e personalizada.

A ECCI pretende constituir-se como uma equipa de referência numa lógica de cuidados globais e integrados que apoiam, auxiliam, orientam a continuidade dos cuidados, proporcionando à população assistência qualificada.

O serviço é dotado de recursos materiais tais como:

- Equipamentos na sala da ECCI: Computador; mesas de trabalho; cadeiras de trabalho; impressora/fotocopiadora; quadro magnético; apagador e marcadores.
- Equipamentos para deslocação e atividades domiciliárias: viatura; telemóvel; saco de emergência; impermeáveis; fardas; batas; mala térmica e acumuladores.
- Equipamentos para prestação de cuidados: esfigmomanómetro digital; aparelho de auscultação vascular; oxímetro; estetoscópio; bombas infusoras; fita métrica; máquina fotográfica digital; aspirador de secreções portátil; nebulizador portátil ultrassónico; termómetros e tesoura.



- Material de reabilitação: pesos 0,5Kg; pesos 1Kg; halteres 0,5KG; Halteres 1Kg; Faixas Theraband; goniómetro; bastão 80cm; espirómetro; Digiflex; molas para exercícios de dedos (tensão média e mínima); aparelho para terapia da mão (Power-Web); tala de dorsiflexão; Talas de Margaret Johnston (braço, perna e pé); pedaleira; tábua para treino de proprioceptivo; bolas terapêuticas (pilates/boobath); jogos de associação; jogos para estimulação/coordenação motora e jogo para motricidade fina.

- Ajudas técnicas: cama articulada com grades; colchão anti escaras tubulares; abotoadores; andarilho articulado sem rodas; andarilho com rodas; almofadas de gel; cadeira de rodas; cadeira sanita; canadianas; bengala com apoio de tripé; bengala ajustável em altura; assento de banheira com costas; cadeira de banho giratória; cinto de transferências; colete imobilizador para cadeira de rodas; cunhas abdutoras; tábua de transferência e talheres adaptados.

Desde a admissão à alta do doente, a UCC Sol Invictus apoia-se nos recursos existentes na comunidade (apoios domiciliários, apoios sociais), objetivando a excelência na prestação de cuidados de saúde. Presta cuidados de manutenção, de enfermagem, de reabilitação, paliativos e de apoio psicossocial e emocional, promovendo o envolvimento do utente/família. Define um Plano Individual de Intervenção (PII), a partir de uma avaliação multidisciplinar, com identificação das necessidades do utente e do cuidador informal, traça objetivos e mobiliza recursos. Desenvolve um trabalho facilitador e participativo, englobando a participação, instrução e treino dos familiares e/ou cuidadores informais. Dá uma resposta multidisciplinar, promovendo um ambiente seguro, humanizado e promotor da autonomia.

## 1.2. RELATO REFLEXIVO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS AO LONGO DO ENSINO CLÍNICO

O Estágio de Natureza Profissional representa mais um momento privilegiado de contacto com a prática clínica, na medida em que permitiu aprofundar conhecimentos, confrontando-os com novas realidades. O EC, proporciona momentos privilegiados de aprendizagem e de desenvolvimento individual e profissional, já que permitem a experimentação dos conhecimentos adquiridos em contexto de sala de aula, transpondo-os para a prática clínica em contexto real. A implementação da melhor evidência disponível na prática clínica, tendo por base o contexto formativo especializado, trazendo à estudante momentos de satisfação e de motivação para o desenvolvimento e melhoria dos cuidados que presta. Segundo Carvalho (2003) citado por Simões, Alarcão e Costa (2008, p.92), o ensino clínico “proporcionará a consolidação e o desenvolvimento de novos conhecimentos, ou seja, permitirá desenvolver um saber contextualizado”.

Este Estágio Final projetou-se em várias vertentes proporcionando uma aprendizagem nas mais variadas áreas desenvolvidas por EEER.

Segue-se a descrição, análise e reflexão do desenvolvimento de competências ao longo do ensino clínico. Esta reflexão encontra-se dividida em duas partes: competências comuns do EE e competências específicas do EEER.

Competência é um termo associado à área profissional, ao saber-fazer, segundo a Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011), é um desempenho demonstrador da aplicação do conhecimento e das capacidades profissionais. Desta forma, a descrição que se segue interliga as competências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem como futura EEER e os objetivos comuns e específicos propostos pela instituição de ensino (IPVC-ESS).

### 1.3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE

Competências comuns do EE são descritas como as que são:

"partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

#### **1.3.1. Aprendizagem na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica**

A gestão de cuidados exige que o enfermeiro especialista (EE) colabore e interaja com a equipa multidisciplinar nas tomadas de decisão, contribuindo com os seus conhecimentos e competências com o objetivo de atingir uma melhoria dos cuidados. Segundo vários autores, liderança é um ato de poder, associado a diversas responsabilidades, como: a responsabilidade de decisão, a responsabilidade de planear, a responsabilidade de delegar, ou a responsabilidade de manter a coesão da equipa. (Balsanelli, Cunha & Whitaker, 2009; Whebe & Galvão, 2005; Siqueira, 2002; Fernandes & Soares, 2013).

Na sua primeira abordagem, o EE identifica as necessidades de cuidados de enfermagem do doente/família e mobiliza recursos de saúde e sociais. Esta avaliação torna-se fundamental, pois a partir daí, é traçado um PII onde é mobilizada a equipa multidisciplinar, é delineado um plano de reabilitação e são mobilizados recursos materiais. O processo de enfermagem, culmina das teorias de enfermagem, pois proporciona a adaptação de intervenções às necessidades individuais dos doentes. Segundo Sampaio et al. (2008), o processo associado a uma teoria pode resultar numa assistência mais efetiva, com condições de participação do doente no planeamento dos cuidados. Para Bousso, Poles e Cruz (2014), todas as áreas de conhecimento do EE caracterizam-se como uma ciência que se guia pelas teorias de enfermagem, determinando o significado dos conceitos. Todas as teorias são um conjunto de conceitos que destacam a visão organizada do fenómeno, e servem para descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever medidas para a prática assistencial, dando suporte científico às ações de enfermagem (Bousso, Poles & Cruz, 2014).

O estágio curricular proporciona ao aluno uma adaptação aos conteúdos e conceitos, aprendidos em contexto teórico, aplicados a situações reais de contexto de trabalho, podendo desta forma construir a sua própria forma de atuação (Ryan, Toohey & Hughes, 1996). Ao longo do EC, foi desenvolvida uma relação de parceria com a EEER, evoluindo de forma gradual na aquisição de autonomia. Esta cooperação foi fundamental, na medida em que fazia com que sentisse segurança, pela comunicação de confiança e de aprovação nas tomadas de decisão. O estágio, também é importante na formação pessoal do aluno, desenvolvendo competências sociais e interpessoais (Caires & Almeida, 2000) e aumenta os níveis de maturidade e de autoconfiança, (Amaral, Moreira & Ribeiro, 1996; Vieira, Caires & Coimbra, 2011).

Os PII de ER, emergiam de momentos de discussão, de reflexão e de troca de conhecimentos. Toda a equipa multidisciplinar da UCC, facilitou e promoveu a integração da estudante na unidade, favorecendo assim, o processo de ensino-aprendizagem. Todas as intervenções como aluna de mestrado, tiveram como princípio a responsabilidade profissional indissociável da prática de cuidados de saúde. Foram avaliadas as intervenções e discutidas com a tutora, numa perspetiva de partilha, de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

### **1.3.2. Aprendizagem no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador**

Uma das vertentes do estágio foi o diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador.

O Sistema Nacional de Qualificações, criado pelo Decreto-Lei n. °396/2007 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2007, p.9168), define que formação profissional é “toda a formação com o objetivo de dotar o indivíduo de competências com vista ao exercício de uma ou mais atividades profissionais”. De uma forma mais abrangente, Cardim (citado por Fialho, Saragoça & Silva, 2013, p. 15) afirma que “a formação profissional tem como missão atualizar conhecimentos e aperfeiçoar as competências profissionais permitindo uma melhoria de desempenho das funções exercidas ou a exercer” e é “um processo organizado de educação graças ao qual as pessoas enriquecem os seus conhecimentos, desenvolvem as suas capacidades e melhoram as suas atitudes ou comportamentos, aumentando deste modo as suas qualificações técnicas ou profissionais”.

Esta área de competência, vai de encontro com uma necessidade sentida pelas EEER da ECCI, e neste sentido têm vindo a desenvolver as mais variadas ações de partilha de conhecimento dentro da equipa.

Com quem a estudante sentiu mais necessidade de investir em termos de educação para a saúde foi com os doentes e com as famílias, pois faziam parte do seu dia a dia e pretendia que a sua intervenção fosse assertiva e pertinente. Neste sentido, e como necessidade de reforço na transmissão de conhecimento aos doentes/famílias, foram realizados dois panfletos e um folheto para ser usados pela equipa (Apêndice IV). Um dos temas escolhidos para um dos panfletos foi, “*A pessoa com AVC*”, o qual faz uma abordagem aos posicionamentos adequados, assim como, faz alusão às transferências, ao despir e vestir, a realizar no pós AVC, bem como outras recomendações necessárias à promoção da qualidade de vida da pessoa vítima de AVC. Outra necessidade identificada foi um segundo tema escolhido para outro panfleto sobre, “*Reabilitação Respiratória*”, que faz uma abordagem da higiene respiratória, exercícios de expansão pulmonar, de reeducação costal, exercícios musculares, relaxamento e algumas recomendações. Por ultimo, também emergiu a necessidade de elaborado um folheto relativo aos “*Posicionamentos*”, demonstrativo da necessidade da transição de posicionamentos segundo um círculo comparado a um relógio, que dá a ilusão do horário de alternância de decúbitos, bem como a sugestão do melhor horário para realização de levantamentos. Neste folheto descreve também as zonas de pressão que devem ser aliviadas e uma descrição dos três posicionamentos básicos: dorsal, decúbito lateral direito e esquerdo. O material elaborado, obteve a aprovação da enfermeira tutora, e foi autorizado a ser entregue aos doentes/famílias, reforçando os ensinamentos realizados, atuando assim como educadora para a saúde.

De um estudo levado a cabo pelos EEER da ECCI da UCC Sol Invictus, sobre uma retrospectiva do triénio 20/4/2019 a 20/04/2021 (ECCI - UCC Sol Invictus, 2017), resultou numa formação direcionada às USF's, que foi realizada em outubro de 2021, à qual a estudante teve oportunidade de assistir. Os objetivos desse estudo foram: caracterizar a população de utentes admitidos na ECCI, verificar os critérios de admissão dos doentes referenciados, analisar os resultados da intervenção da ECCI a nível de ganhos em saúde, refletir sobre os critérios de admissão dos utentes referenciados para ECCI e contribuir para a melhoria da prática clínica. Do levantamento de necessidades prévio, emergiu a necessidade de realizarem uma formação demonstrando que: foram admitidos no triénio 72 utentes, com uma média de idades de 77 anos e que a média de dias de internamento em ECCI foi de 106 dias. Deste estudo, constataram que os principais critérios de referenciação

para a ECCI, no triénio, foram reabilitação motora e funcional e capacitação do cuidador. A capacitação do cuidador assumiu maior relevância percentual nas referências em 2020 o que coincidiu com a pandemia. Verificaram também que a taxa de incidência de úlceras de pressão, registou 50 úlceras de pressão na admissão na ECCI, com maior predomínio das úlceras de Pressão (UP) de categoria IV, as quais pelas suas características, consomem mais recursos materiais e profissionais, para além de um período de tempo em ECCI.

Salienta-se também, que 34,2% dos utentes referenciados para ECCI tinham um score na escala de Bartel de zero, com capacidade de reabilitação nula ou muito reduzida. Verifica-se também, entre outros resultados uma prevalência de agudizações de 12,5% dos utentes com idades avançadas e várias comorbilidades, com maior incidência em 2019.

A vertente de desenvolvimento de competências na prática de Investigação em Enfermagem, despertou curiosidade sobre uma problemática que também é partilhada pela equipa de EEER, com quem a estudante teve o privilégio de estagiar. O tema escolhido para ser trabalhado nesta área do estágio foi: “Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Quanto à Referenciação de Doentes”. A motivação para este estudo está relacionada com a imprecisão na referenciação de doentes para ECCI, levando à ineficácia do uso deste recurso. Este tema de investigação, surge da relevância para a eficiência da utilização de recursos, procurando atingir a sua superior competência. Tendo conhecimento dos constrangimentos apontados pelos profissionais que diariamente desempenham funções nesta área, poderá evidenciar-se a necessidade de se fazerem melhorias no processo de referenciação, tendo como foco a sustentabilidade organizacional. Esta motivação foi reforçada pela partilha de preocupações e experiências da ECCI onde foi desenvolvido o estágio.

### **1.3.3. Aprendizagem no domínio da melhoria contínua da qualidade**

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2015 - 2020), propõem assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, respeitando as dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. A sua missão é potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos no sistema de saúde (Despacho nº 5613/2015, 2015).

A qualidade deve ser, antes de mais, um fator de afirmação dos serviços, uma satisfação do doente, e ainda, o sentimento de realização dos profissionais (Amaral, 2015).

Segundo os padrões da qualidade definidos pelo Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015), na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Com o tema de investigação, pretende-se colaborar no programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, procurando que haja um melhor entendimento das referências e que os doentes referenciados beneficiem dos melhores, mais adequados e atempados cuidados, indo de encontro com as suas necessidades. Desta forma, torna-se de extrema importância a partilha de resultados desta investigação, permitindo a partilha de informação que promova o trabalho colaborativo, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados de saúde, segurando o uso adequado de recursos e contribuindo para a literacia e cultura científicas. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2018, p.11) recomenda que “o objetivo da investigação científica é a busca do conhecimento, usando métodos cientificamente e eticamente robustos e com impacto para a comunidade científica e para a sociedade”.

Seria de extrema relevância apresentar os resultados deste estudo aos gestores de topo, pois estes são responsáveis por definir qual a estratégia principal a adotar para garantir que os principais objetivos sejam alcançados. A sua função de liderança pode abranger toda a organização ou apenas as equipas específicas. A Ordem dos Enfermeiros define Enfermeiro Gestor como aquele que,

“... garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico ...” (Regulamento n.º 101/2015, 2015, p. 5949).

Para fazer face a este propósito, bem como para dar resposta ao ponto anterior como formador, foi realizada e projetada uma apresentação dos resultados desta investigação, com um planeamento de seção, para que possa ser apresentado às equipas referenciadoras de doentes para ECCI, que ficou disponível na UCC Sol Invictus, onde foi desenvolvido o estágio (Apêndice VI). Desta forma, foi concebida uma formação que vai permitir colaborar

em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados da ECCI e que será usada pelas EEER da UCC em formações já programadas.

#### **1.3.4. Aprendizagem no domínio da prática profissional, ética e legal**

A tomada de decisão do EE na sua área de intervenção, tem sempre em consideração os princípios éticos, o Código Deontológico e o enquadramento jurídico (OE, 2015).

Toda a conduta ao longo do EC, teve como princípio o Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. As intervenções basearam-se no Artigo 99º que define como Princípios Gerais que as intervenções de enfermagem são realizadas com preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. São valores universais intrínsecos à profissão: a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015).

No decorrer do EC, foram planeadas e implementadas intervenções de enfermagem com respeito pela dignidade da pessoa humana e pela sua liberdade. Todas as intervenções eram explicadas desde a sua conceção até ao objetivo final, podendo desta forma o doente/família, serem detentores de informação pertinente e poderem fazer a sua tomada de decisão de forma consciente e autónoma. A prática foi sempre pautada pelo respeito pela confidencialidade e sigilo profissional.

As relações profissionais são guiadas por valores, estes são razões que nos fazem valorizar ou desvalorizar as coisas. Desta forma, concedemos prioridade àquilo que valorizamos, logo àquilo que realizamos, às atividades de enfermagem que executamos. Segundo o Código Deontológico (Artigo 99º), são princípios orientadores das atividades dos enfermeiros a responsabilidade, intrínseca ao papel do profissional perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os doentes e a excelência do exercício na profissão, e na relação com outros profissionais (OE, 2015). Estes princípios são demonstrativos do que a sociedade espera dos enfermeiros no seu exercício profissional, o respeito, o serviço, a competência e a justiça.

A prestação de cuidados na comunidade, constituiu-se um desafio, já que o percurso profissional da estudante se desenrolou apenas em contexto de cuidados de enfermagem diferenciados, tendo, portanto, pouco conhecimento da realidade em contexto de cuidados



de saúde primários. O primeiro desafio com que se confrontou foi a abordagem da pessoa em contexto domiciliário. Neste contexto vivenciou alguns constrangimentos, na medida em que sentia alguma coibição quando entrava pela primeira vez em casa de um doente, sentia que estava a invadir a privacidade daquele doente/família, e sentia também, que da outra parte existe uma fragilidade segura, diferente da atitude que tem em meio hospitalar. Sentia que a postura e a conduta enquanto profissional poderia influenciar de forma positiva ou negativa a relação que iria estabelecer com o doente/família. Segundo Duarte (2010), este conhecimento mútuo no estabelecimento da relação terapêutica é fulcral para estabelecer as fronteiras de intervenção, sendo que “a pessoa e família contribuem com o saber específico da sua situação de saúde e das suas necessidades enquanto a enfermeira contribui com as suas competências e habilidades profissionais e pessoais” (Duarte, 2010, p.85) num contexto muito familiar para aqueles que recebem os cuidados de enfermagem na comunidade.

#### 1.4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS EEER

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER, este “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.” (Regulamento nº 125/2011 da Ordem dos Enfermeiros. 2011, p. 8658). Mas, também permite a estes profissionais identificar,

“as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação de atividade e restrição de participação de natureza permanente ou temporária” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13566).

##### **1.4.1. Competências em enfermagem de reabilitação na área da prestação de cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida.**

Uma das vertentes que está sempre inerente à profissão e que vai de encontro com o trabalho desenvolvido em ensinamentos clínicos anteriores é o desenvolvimento de competências de Enfermagem de Reabilitação na área da prestação de cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida, tendo tido oportunidade de: analisar, elaborar, implementar e avaliar PII de ER, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Lei nº

156/2015, 2015). Nesta área do estágio, emergiu a oportunidade de colaborar com a enfermeira tutora na admissão, planeamento, avaliação e reavaliação de PI até á alta de doentes.

O modelo de adaptação de Roy, na prática de enfermagem, contribui para uma correta elaboração de diagnósticos, proporcionando uma prescrição de intervenções de enfermagem assertivas, pois tem o processo de enfermagem bem definido, favorecendo a orientação da prática, através de uma visão holística do doente (Coelho & Mendes, 2011).

A avaliação inicial é de extrema importância para se traçar um programa de reabilitação direcionado às reais necessidades do doente/família. Para conseguir traduzir os ganhos em saúde obtidos, foi sempre utilizado o índice de Barthel, que é um instrumento que avalia o nível de independência do doente para a realização de dez atividades de vida diária (AVD's): comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Ricardo, 2012). O treino de AVD's, torna-se essencial no contexto domiciliário, no sentido de promover a autonomia no seu ambiente, tornando-se esta tarefa muitas das vezes difícil, pois existem barreiras arquitetónicas que desafiam em muito a imaginação. Em meio hospitalar, a tarefa torna-se facilitadora, na medida em que todos os espaços estão na maioria das instituições adaptados às necessidades das pessoas com mobilidade reduzida e têm disponíveis diversas ajudas técnicas.

Os aspetos ambientais e do contexto sócio-familiar da pessoa, assumem um papel preponderante nesta tipologia de cuidados, pois pode influenciar positiva ou negativamente a orientação dos cuidados. Ao longo do EC, surgiu a oportunidade de fazer avaliações das condições habitacionais dos doentes/famílias, permitindo que fossem feitas algumas alterações em barreiras arquitetónicas e disposição de mobiliário, facilitando a mobilidade de doentes com limitações, e que se tornaram facilitadoras no processo de reabilitação. Todo este processo, teve sempre como princípio o respeito pelo doente/família, o respeito pelo estilo de vida, as suas crenças e convicções. Foram mobilizadas ajudas técnicas existentes na UCC, como resposta às necessidades mais imediatas de doentes/famílias, com menos capacidade económica, e que fizeram toda a diferença no seu programa de reabilitação. Na tentativa de resposta a algumas situações, foi perceptível que algumas famílias possuíam alguma estabilidade financeira que lhes permitia fazer alterações na estrutura da casa que facilitavam esta adaptação, mas outras famílias, tinham muitas dificuldades e não conseguiam satisfazer esta necessidade, exigindo assim alguma criatividade, para poder adequar as infraestruturas existentes às necessidades dos cuidados dos doentes.

A diversidade de tipologia de doentes/famílias, proporcionou um desenvolvimento de conhecimentos teóricos adaptando-os às mais variadas situações. Para King (citado por George, 2000), os seres humanos são constituídos por sistemas abertos, que estão em constante interação com o meio ambiente. A pessoa é vista como um todo, tornando-se individual para cada um (George, 2000). Segundo a teoria de King as pessoas são sistemas abertos que aprendem e se comportam de diferentes maneiras, pela interação com o meio ambiente, consigo próprio e entre as pessoas, influenciando o comportamento humano (George, 2000). Todo este processo de adaptação a cada pessoa, a cada família e a cada estilo de vida permitiu à estudante desenvolver a capacidade de adaptação ao ambiente e à pessoa, fortalecendo a criatividade, para poder implementar o PI adequado. Hall defende que cada pessoa é diferente e, por isso, as ações de enfermagem devem ser individualizadas, indo de encontro às suas reais ou potenciais necessidades (George, 2000).

Ao longo deste EC, surgiu oportunidade de acompanhar as mais variadas tipologias de doentes: jovens adultos em situações de doença degenerativa (Paralisia Cerebral e Distrofia Muscular de Duchenne), no entanto, a maioria dos doentes eram idosos em situações de dependência, muitos com síndrome de imobilidade associada, com múltiplas doenças (alterações cardiorrespiratórias, endocrinológicas e vasculares, processos demenciais) e doentes com úlceras de pressão.

A conjugação de duas teorias, que se complementam, fundamentou de alguma forma a intervenção nos doentes com pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) e foram planeados e executados exercícios, no sentido de otimizar a recuperação funcional e motora destes doentes.

O conceito de Bobath, tem como princípio a inibição dos padrões reflexos anormais, o uso dos dois lados do corpo e facilitação do movimento normal, sendo definido como uma abordagem para a resolução de problemas, através da avaliação e tratamento de indivíduos com distúrbios de movimentos, função e controlo postural decorrentes de uma lesão do Sistema Nervoso Central (Ibita, 2008; Raine, 2006).

Já para Margaret Johnstone (Johnstone, 1987), a sua preocupação centra-se na reabilitação do hemiplégico, o seu método centra-se no desenvolvimento motor, na inibição de padrões espásticos, e redução da assimetria corporal. Segundo esta autora, as perdas sensitivas é das consequências mais graves com que estes doentes têm que lidar, desta forma defende que a reabilitação deve trabalhar o padrão anti-espástico como forma de evitar o desenvolvimento da contração da musculatura espástica. É neste contexto que surgem as talas insufláveis, que são aplicadas no membro afetado, mantendo-o imóvel e em posição

anti-espástica, com objetivo de inibir o espasmo muscular, e reeducar a discriminação sensitiva, estimulando os recetores proprioceativos e cutâneos. (Johnstone, 1987).

Foram postos em prática exercícios como: a facilitação cruzada, o posicionamento em padrão anti-espástico, a estimulação sensorial e mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e resistidas de acordo com a evolução e tolerância de cada um. A mesa de apoio, bem como a abordagem ao doente era sempre feita do lado afetado para estimular e trabalhar além da linha média. Segundo Menoita (2012), estas intervenções permitem estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado; reeducar o reflexo postural do lado lesado; estimular a sensibilidade postural; reintegrar o esquema corporal e facilitar o autocuidado. Também foram implementados exercícios de rolamento, ponte e rotação controlada da anca, automobilização, carga no cotovelo do lado afetado e exercícios de equilíbrio (estático e dinâmico sentado), que contribuíram para que o doente desenvolvesse uma postura participativa no seu autocuidado, bem como no seu programa de reabilitação. Desta forma, salienta-se através das suas intervenções, que a estudante utilizou maioritariamente a metodologia de Margaret, complementando-as com a metodologia Bobhat. A estudante não teve oportunidade de aplicar as Talas de Margaret Johnstone, pois apesar de o serviço ter, não se encontravam em bom estado de utilização.

Foi perceptível, que alguns doentes já tinham conhecimento de alguns destes exercícios, e que já havia sido iniciado um plano de reabilitação em contexto hospitalar, o que se tornava facilitador, pois já havia conhecimento e alguma recuperação de défices. Assim, torna-se essencial a intervenção do EEER, que contribui para a reeducação das funções motoras, sensoriais e/ou cognitivas perdidas (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Todas estas intervenções, bem como o objetivo da sua aplicação eram previamente explicadas ao doente/família, para que percebessem os ganhos que poderiam ter se se tornassem membros participativos no seu processo de reabilitação. Eram sempre instruídos a realizar os exercícios: as mobilizações duas a três vezes por dia, em séries de 10 vezes em cada movimento; executadas conforme tolerância, mesmo que a equipa não estivesse presente. Também foram incentivados a realizar mobilizações do hemicorpo não afetado, introduzindo alguma resistência, com o objetivo de prevenir complicações musculares e osteo-articulares. Como afirma Fricke (2010) a mobilidade é, crucial para o desempenho das AVD's e para garantir as necessidades da pessoa, obtendo qualidade de vida. Tal como salienta a OE (2013), quando há um planeamento adequado dos cuidados de enfermagem que compreendam intervenções ao nível da manutenção da mobilidade, há um favorecimento no desempenho do auto-cuidado, contribuindo assim de forma essencial na

prevenção destas alterações da mobilidade e conseqüentemente no aumento da independência do doente.

As periodicidades das visitas domiciliárias eram definidas de acordo com a necessidade de cuidados do doente, ajustadas à capacidade de resposta da ECCI, poderiam ir de diárias a apenas uma vez por semana. O tempo de permanência em cada visita, também era sempre ajustado às necessidades dos doentes, as vagas existentes estavam sempre ocupadas e havia necessidade de gestão de tempo.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS), depara-se com a crescente necessidade de cuidados de saúde, resultante do envelhecimento da população e do aumento da esperança média de vida. Por sua vez, as respostas políticas a esta problemática, são as elevadas restrições financeiras que limitam o potencial dos serviços para fortalecer as infraestruturas e os recursos humanos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros,

“a dotação adequada de recursos de enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes e reporta-se à correta adequação entre o número de enfermeiros em tempo integral e a complexidade de competências disponíveis” (OE, 2014, p.9).

Segundo a OE, falar de qualidade dos cuidados é falar de pessoas: das pessoas que beneficiam dos cuidados e das que são prestadoras de cuidados. É evidente que o elevado número de cuidados a prestar origina a insatisfação, desmotivação e burnout dos profissionais, pondo em causa a qualidade que é exigida pelos cidadãos na prestação de cuidados de saúde (OE, 2014). Desta forma, a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência destes, são aspetos fundamentais para se atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para doentes e instituições, desta forma, para que se consiga segurança dos doentes que precisam de cuidados de saúde, e para que se consiga respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros, as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem cumprir a dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências, no sítio certo e no tempo necessário. O cumprimento das dotações seguras não está diretamente ligado ao aumento de despesa, mas sim ao investimento com retorno (OE, 2014).

Ao longo do EC na ECCI, foi perceptível a importância da avaliação da dinâmica familiar, pois permite analisar o suporte familiar do doente e de que forma esta influência positiva ou negativamente a sua motivação, bem como a motivação e desgaste físico e emocional do cuidador. No contato com uma família em que a principal cuidadora era uma

mãe de um jovem de 19 anos, com uma doença degenerativa, totalmente dependente e com vários internamentos, houve a percepção de que esta senhora sofria uma sobrecarga quer emocional, quer física. Foi identificado que esta mãe vivia para cuidar do filho e não tinha um único momento para pensar em si mesma. O termo sobrecarga (burden) refere-se “ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional “(Sousa et al., 2004, p. 78). Como resposta a esta problemática identificada, mobilizou-se a assistente social, bem como a psicóloga, que interviram a nível psicológico nesta cuidadora. No desenvolvimento do trabalho da equipa foi mobilizado um suporte familiar mais alargado, por forma a que ela tivesse momentos para si mesma, garantindo a continuidade de cuidados de uma forma mais saudável e também foram apresentados recursos sociais a esta cuidadora que lhe permitiu aliviar de alguma forma a subcarga financeira, física e emocional. O filho também não tinha outras relações sociais que não a sua família mais próxima, apresentava-se sempre pouco comunicativo e pouco colaborante com a reabilitação. No decorrer do programa de reabilitação implementado, surgiu a percepção de que tinha um gosto peculiar pela cultura japonesa. Começou-se por fazer uma pesquisa exaustiva sobre cultura japonesa, depois incluiu-se nas suas sessões de reabilitação música de fundo selecionada por ele e começou-se a falar sobre o assunto que ele domina e que mais gosta. Desta forma, conseguiu-se cativar a sua confiança e motivação para participar de forma ativa na reabilitação, mesmo quando a equipa não estava presente. Este doente, apresentava xerostomia, e era alimentado por via oral, pelo que o risco de disfagia estava presente, de acordo com a escala de GUSS (OE, 2016), perante estes resultados foram implementadas intervenções de ER. Foi iniciado um plano de exercícios, entre outras intervenções de enfermagem, com o objetivo de reduzir o risco de pneumonia de aspiração e reduzir ou eliminar a xerostomia. Foi corrigida a postura, e posteriormente, iniciados exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, (assobiar, mover os lábios como se estivesse a dar beijos, movimentos de sucção, fazer som de estalar com a língua, colocar a língua para fora da boca o máximo possível e lateralizar a língua para cada lado da boca, “sorrir”, “mostrar os dentes”, “assobiar”, “encher a boca de ar” e “depressão do lábio inferior”) (Braga, 2016; Menoita, 2012). De salientar que durante os cinco meses que a estudante juntamente com a equipa acompanhou este jovem, este não apresentou qualquer infeção respiratória e obteve-se ganhos significativos na redução da xerostomia.

Relativamente à reabilitação respiratória, numa das doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), que usava Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP) 24 horas, tinha como objetivo, realizar desmame diurno. Nesta doente com patologia respiratória foi promovido o correto posicionamento, o conforto e o relaxamento. Esta intervenção, tinha o objetivo de diminuir a sobrecarga dos músculos acessórios, e desta forma, a dispneia e a ansiedade, facilitando o controlo da respiração e a sua participação no plano de reabilitação (Menoita, 2012). Esta doente encontrava-se consciente e orientada, tendo preservadas as suas funções cognitivas, pelo que lhe foi explicado todo o seu plano de reabilitação, bem como os exercícios e os seus objetivos. A estudante iniciava sempre a intervenção com uma avaliação (auscultação pulmonar e avaliação dos parâmetros vitais) seguindo-se os exercícios: controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, reeducação diafragmática sem resistência, expiração com os lábios semicerrados e reeducação costal global e seletiva, seguida de exercícios de limpeza das vias aéreas (tosse assistida). Esta doente colaborou sempre nas intervenções, pois demonstrava motivação por ver e/ou sentir melhorias na sua condição de saúde. De salientar, que ao fim de oito semanas de intervenção, já só usava BIPAP noturno, conseguindo manter os níveis de oximetria em níveis aceitáveis na deambulação, o que lhe permitiu adquirir maior independência.

#### **1.4.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.**

Os EEER são detentores de conhecimentos e competências que garantam o exercício dos direitos das pessoas com mobilidade reduzida. No Decreto-Lei nº 163/2006 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006), são descritas as normas técnicas para melhoria da acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida. Estas medidas devem ser aplicadas no domicílio do doente, por forma a promover a autonomia, a participação e inclusão social. A UCC estava munida dos mais diversos materiais de ajuda técnica, permitindo a mobilização de recursos de acordo com as necessidades imediatas dos doentes/família. A estudante teve oportunidade de utilizar produtos de apoio da UCC nos doentes admitidos, tais como: material antiderrapante, cadeira de rodas, andarilho estático, cadeira de higiene, cadeira de higiene de banheira, entre outros.

Segundo o Artigo 4º, as competências específicas do EEER, tem como objetivo, maximizar as capacidades, desenvolvendo as potencialidades e capacitar a pessoa com deficiência, limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (Regulamento nº392/2019, 2019). Para tal, orienta, educa e capacita a pessoa adaptando os recursos existentes na comunidade às suas limitações. Desta forma o EEER mobiliza os seus conhecimentos, tendo em conta os direitos e deveres do doente/família em prol da sua reabilitação. Resultante desta interação, cada interveniente assume o seu papel, como afirma Gibson citado por Carvalho et al. (2007), enuncia o modelo de empowerment para a enfermagem, relacionando três domínios: o cliente, o enfermeiro e a interação cliente-enfermeiro. No domínio do cliente salienta a autodeterminação, motivação, sentimento de controlo, aprendizagens, a melhoria da qualidade de vida e de saúde. No domínio do enfermeiro salienta a ajuda, o aconselhamento, o educador e mobilizador de recursos. Como resultado desta interação doente/família e enfermeiro, emerge uma relação de confiança, empatia, tomada de decisão participativa, negociação e cooperação.

No decorrer do EC, foi evidente a criação de uma relação terapêutica com o doente/família, criando uma parceria, com o objetivo de desenvolver uma reabilitação participativa geradora de autonomia e respeito pela dignidade e pela vontade da pessoa. Houve oportunidade de desenvolver esta vertente, com uma doente que regressou ao domicílio numa situação de debilidade física após um AVC, e que foi identificada a necessidade de reforço de ensino nos cuidados de higiene. Tornou-se perceptível que numa fase inicial em que estava só com a ECCI demonstrava proatividade na sua adaptação aos cuidados de higiene. Numa fase mais posterior, na presença da irmã (cuidadora), assumia uma postura passiva. A irmã por sua vez assumia uma postura pró-ativa e assumia a substituição da doente nos cuidados. Com esta família houve necessidade de desenvolver uma intervenção mais assertiva e mais motivadora, capaz de promover a autonomia. No trabalho realizado por Pina (2013, p. 34):

“os cuidados de enfermagem direcionaram-se para o incentivo, desenvolvimento de estratégias para aumentar as capacidades da pessoa e família relativamente à motivação, esperança, autoestima, poder, tolerância ao stress e frustração, melhorar e aumentar as habilidades para enfrentar as situações”.

Para Sequeira (2010), o cuidado informal dá resposta a todos os cuidados executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo compreender a totalidade ou apenas uma parte dos cuidados.



A conduta adotada pela estudante ao longo do EC, pautou-se sempre por princípios como: a integração, envolvimento e motivação do doente e família no planeamento e implementação dos planos de cuidados, proporcionando cuidados de reabilitação participativos.

Ao longo deste percurso, houve necessidade de reforçar os ensinamentos feitos aos doentes e família, e neste sentido, como já descrito anteriormente, foi desenvolvido um folheto sobre posicionamentos e dois panfletos, um direcionado para o doente nos pós AVC e outro direcionado para os exercícios respiratórios (Apêndice IV). Esta parte do estágio permitiu que transcendesse de agente prestador de cuidados de enfermagem, para agente de educação para a saúde, permitindo assim uma interligação de cuidados de enfermagem suportados por um conhecimento científico que se aplica na educação para a saúde do doente/família.

#### **1.4.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

Ao longo deste ensino clínico, a estudante teve oportunidade de experienciar as mais diversas tipologias de doentes, na sua maioria, com idades muito avançadas e sem capacidade cognitiva de participar na sua reabilitação, no entanto, também teve oportunidade de acompanhar doentes com potencial de reabilitação. Estes últimos, apresentavam potencial para melhorar a capacidade física e/ou cognitiva e ainda volição para a sua recuperação. Esta competência foi demonstrada, no relato e descrição das vivências do EC, evidenciando-se a mobilização de conhecimento. O conhecimento adquirido, torna-se dinâmico, na medida em que os PII de ER, são específicos de acordo com cada doente/família, com a sua condição saúde/doença e com o seu ambiente domiciliário. Este saber individualizado é sempre fundamentado com as competências preconizadas pelo Regulamento da OE (Regulamento nº392/2019, 2019). Ao longo do percurso no EC, teve o cuidado de usar sempre instrumentos científicos validados para fundamentar as avaliações e para credibilizar os planos definidos para cada doente. Pode usar os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação da OE e pôde perceber através da aplicação de algumas escalas, como: Índice de Barthel, Medical Research Council, Escala de Guss, entre outras (OE, 2016), a evolução dos doentes no início do seu processo de reabilitação e no final do estágio. Esta evolução dos doentes, tornou-se num processo de satisfação para todos, para o doente, que adquiriu mais autonomia e ganhos em saúde, para

o cuidador que com a evolução positiva do doente, diminuiu a sua sobrecarga e para o EEER que conseguiu implementar o seu plano de reabilitação e obter ganhos efetivos em saúde.

Os registos realizados, foram todos introduzidos no sistema de informação utilizado pela instituição, com recurso a linguagem definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), sempre feitos na plataforma Gestcare que é uma plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como no SClínico, estes continham todo o processo dos doentes e poderiam ser sempre consultados pelos EEER.

#### **1.4.4. Gestão dos cuidados de enfermagem e articulação da equipa multidisciplinar**

Na admissão dos doentes, era realizada uma primeira avaliação, tornando-se esta fundamental para definir o PII, bem como a mobilização da equipa multidisciplinar e dos recursos materiais. Se, nesta primeira abordagem se tornava evidente que os doentes não tinham potencial de reabilitação, a intervenção passava sempre pelo doente como forma de prevenção e manutenção, mas o foco principal era sempre o cuidador/família, para que se envolvesse de uma forma participativa, assertiva e contínua nos cuidados ao doente. Era criada de uma forma harmoniosa a adaptação do doente à sua condição saúde/doença, a adaptação do doente/família nesta transição de dependência e a adaptação ao domicílio que é o seu ambiente.

Quando os doentes tinham insight cognitivo e capacidade de reabilitação, era traçado um plano de reabilitação dinâmico que envolvia o doente, a família e a equipa multidisciplinar com vista à obtenção de autonomia e independência. Segundo Sequeira (2010, p.5), autonomia é a “capacidade da pessoa para gerir a sua própria vida” e a “independência está relacionada com a capacidade de desempenho de atividades de vida diárias e de autocuidado”. Desta forma, a obtenção de ganhos em saúde, está diretamente ligada à aquisição de autonomia e independência da pessoa. Araújo (2008), menciona que na perspetiva dos enfermeiros, ganhos em saúde estão associados a dois fatores, os ganhos económicos (menor custo efetivos) e ganhos de resultados (qualidade de vida, diminuição dos reinternamentos, autonomia, regressão da doença, obtenção de conhecimentos).

Ao longo do EC, e como já descrito anteriormente, em vários momentos foi feita a mobilização e articulação da equipa de acordo com as necessidades dos doentes admitidos.

Como exemplo, uma das doentes que foi admitida, uma senhora de 67 anos, que era previamente autónoma e que teve um aneurisma, necessitou que houvesse uma reorganização da equipa e do tempo disponível, para que se conseguisse de forma adequada dar resposta às necessidades desta doente e da sua família. Essa doente manteve-se internada por um longo período de tempo na unidade de cuidados intensivos (UCI), tendo posteriormente regressado ao seu domicílio, com grande dependência de cuidados. Azevedo et. al, (2019, p.37) diz que:

“os défices físicos durante o internamento na UCI, motivam situações de limitação das capacidades para o desempenho das atividades básicas de vida diária, em particular das atividades inerentes ao autocuidado, originando condições de elevada dependência”.

Na procura de recuperar capacidades físicas perdidas contrariando os efeitos da imobilidade, a reabilitação tem sido vista como fundamental, considerando-se que a intervenção progressiva e com início o mais imediato possível, se torna numa mais-valia para o processo de recuperação do doente (Hermans & Van Den Berghe, 2015).

A doente encontrava-se algaliada, com Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), traqueostomizada, a utilizar BIPAP e Cough Assist, por apresentar patologia respiratória, e muito emagrecida. Para receber esta doente a equipa teve que reorganizar os cuidados para melhor gerir o tempo disponível, com vista a efetivar os ensinamentos necessários ao cuidador, bem como de disponibilizar todo o material necessário para receber a doente no seu domicílio. O prestador de cuidados era o marido, com poucos conhecimentos sobre o processo de cuidar, mas muita volição para cuidar da sua esposa. A ECCI mobilizou-se para ajudar esta doente e a sua família, dinamizando recursos humanos e materiais, tornando possível a sua permanência no domicílio, com todos os cuidados necessários e sem apresentar qualquer episódio de agudização. No plano de reabilitação traçado para esta doente, a estudante teve oportunidade de pôr em prática os exercícios de reabilitação respiratória, reabilitação motora, treino de equilíbrio e treino de marcha. Permitiu também realizar ensinamentos ao marido sobre aspiração de secreções, como usar o BIPAP, bem como o Cough Assist, administração de alimentação por PEG, cuidados de higiene e manipulação correta de sonda vesical. A estudante mobilizou outros elementos da equipa multidisciplinar, como nutricionista, psicóloga e assistente social, para garantir que esta família e esta doente beneficiassem dos recursos existentes. Salienta-se assim as mais variadas dimensões dos cuidados de enfermagem, a comunicação, a informação, a delicadeza e o apoio emocional, a qualidade dos cuidados técnicos; o cuidado centrado na doente/família e comunidade, bem

como a disponibilidade. Desta forma, assume-se que a excelência do exercício profissional, exige compromisso e dedicação dos EEER, que se associa ao esforço e ao compromisso da UCC. Torna-se essencial a conjugação de estratégias que motivem os EEER e que impulsionem vínculos de ligação entre enfermeiro/doente e família.

## **2. CAPÍTULO – INVESTIGAÇÃO**

**“Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de  
Reabilitação Quanto à de Referenciação de Doentes”.**



## 2.1. INTRODUÇÃO

A investigação é essencial para a construção de novos conhecimentos e desenvolvimento científico, pois permite uma aproximação e compreensão sobre os fenómenos e acontecimentos. É a compreensão sobre os acontecimentos e fenómenos que permitem avançar, produzir, refutar e desenvolver o conhecimento científico (Vilela, 2020).

Os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem envolvem os enfermeiros no planeamento e implementação de mudanças, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem praticados, para alcançar as expectativas dos doentes. Desta forma, a reflexão sobre as ações torna-se numa etapa importante do processo de implementação da mudança, pois permite compreender o efeito que as mudanças provocam no contexto. Assim, a melhoria contínua da qualidade exige uma reflexão dinâmica, ou seja, a reflexão na ação e sobre a ação (Vilela, 2020). Podemos entender então que este trabalho de investigação, contribui de forma pertinente para a melhoria contínua da qualidade, pois envolve a perceção dos EEER quanto à referenciação de doentes para ECCI, evidenciando os constrangimentos sentidos e expondo a necessidade de melhoria. A partilha do conhecimento que emergiu deste estudo, bem como a aplicabilidade, pode refletir-se nos pressupostos definidos pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2015-2020), “o respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020, p.16). O interesse do tema escolhido surge da relevância para a eficiência da utilização de recursos, resultado do diagnóstico de necessidades de formação e gestão para a qualidade dos cuidados de enfermagem, procurando atingir a sua superior competência.

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a estudante teve oportunidade de desenvolver o EC na área da comunidade, mais especificamente numa ECCI. Dessa experiência vivenciada despoletou a curiosidade relativamente à forma como os doentes chegavam a estas equipas, bem como o porquê destes doentes e não outros. Todo este processo de encaminhamento de doentes e referenciação levou a que questionasse e refletisse sobre esse método. Esta inquietação, também era partilhada pela tutora de estágio. Desta forma, pude desenvolver os meus conhecimentos sobre a referenciação e a tipologia de doentes através de pesquisa bibliográfica e encaminhar a investigação nesse sentido, tentando perceber se os EEER têm a mesma inquietude, relativamente ao tema. De acordo com Cunha (2017) é necessário conhecer os principais constrangimentos a nível dos

processos de sinalização e referenciação e torná-los mais eficientes para melhorar a articulação e integração entre níveis de cuidados.

A integração e articulação de cuidados só serão adequadas se a referenciação de doentes for também ela ajustada, mobilizando recursos, tornando assim, acessíveis os cuidados especializados aos doentes em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados que recebem.

Torna-se fundamental avaliar corretamente os doentes, originando uma caracterização eficiente, geradora de referenciações adequadas, procurando uma resposta com intervenções assertivas, que vão de encontro às suas reais necessidades.

O presente estudo tem como principal objetivo geral conhecer as vivências e o significado atribuído pelos EEER de um ACeS do Norte de Portugal, relativamente às referenciações de doentes, admitidos na ECCI. Especificamente pretende-se, conhecer as vivências e o significado atribuído pelos EEER, à necessidade de cuidados especializados dos doentes admitidos na ECCI, identificando os constrangimentos vivenciados por estes profissionais, resultantes de inadequadas referenciações de doentes. Pretende-se também, identificar soluções de melhoria, na perspetiva dos EEER, para solucionar os constrangimentos resultantes da inadequada referenciação de doentes.

Trata-se de um estudo fenomenológico com uma abordagem qualitativa, com recurso a uma pesquisa exploratória descritiva, com colheita de dados, através de uma entrevista. A análise fenomenológica usada é a de Giorgi. A amostra é não probabilística intencional, composta pelos EEER que trabalham nas ECCI de um ACeS do Norte de Portugal e foi constituída por 13 EEER.

Este projeto de investigação, inicia-se com um enquadramento teórico da temática em estudo, segue-se a descrição da metodologia de investigação utilizada, posteriormente a apresentação de resultados, a sua discussão e por último a conclusão.



## 2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os Censos de 2021 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021), divulgam que a população portuguesa está mais envelhecida, verificando-se um aumento da população idosa e um decréscimo da população jovem. Em Portugal existem, 2.424.122 pessoas com 65 anos ou mais e 1.331.396 com menos de 15 anos. Há 5.500.951 pessoas com idades entre os 25 e os 64 anos (53,2% do total da população) e 1.088.333 com idades entre os 15 e os 24 anos (10,5%), (INE, 2021).

Neste momento, por cada 100 jovens portugueses, há 182 idosos. Segundo o INE (2021), o grupo etário dos 65 anos ou mais aumentou 20,6% em relação a 2001, passando de dois milhões para mais de 2,4 milhões.

Segundo o exercício de Projeções de População Residente entre 2018-2080 (INE, 2020) de acordo com o cenário central de projeção, o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080, resultando o decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa.

O envelhecimento, do ponto de vista biológico, entende-se como um processo dinâmico e progressivo, com alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais, comportamentais, cognitivos e sociais, verificando-se uma interação entre esses fatores (Combinato et al., 2010).

O envelhecimento da população tem relação direta com o aumento das situações de dependência, levando a uma maior procura de respostas sociais. Como afirma Santos (2008), o envelhecimento está associado a uma ou mais doenças crónicas e disfunções, que levam ao declínio da capacidade funcional e da autonomia, devido às perdas significativas das capacidades físicas e à presença de distúrbios patológicos.

Com estes dados podemos perceber que, com o envelhecimento da população, as necessidades de resposta de cuidados e recursos também tendem a aumentar. O SNS desempenha, um papel preponderante perante as sociedades modernas, deparando-se com desafios exigentes como: a evolução demográfica, a qualidade dos cuidados prestados, a inovação terapêutica, a gestão de recursos, a sustentabilidade financeira, a autonomia e articulação em rede, equidade e acessibilidade (Comissão Europeia [CE], 2014).

A nível da prestação de cuidados, esta tendência coloca grandes desafios aos EEER, pois na sua procura constante pelos mais altos níveis de satisfação dos doentes/famílias, estabelecem novas estratégias no processo de transição para melhorar a qualidade de vida ao longo do seu ciclo. As respostas humanas às transições decorrentes de eventos relacionadas com processos de saúde-doença, mas também com processos de vida, segundo Meleis, (2010) é o processo que leva à inclusão das mudanças no modo de viver, com reorientação e redefinição do modo de ser e de estar de quem vive a transição. Compete aos enfermeiros antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e de bem-estar (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], 2015).

Com o envelhecimento da população, pressupõem-se que há um aumento da procura de CCI, segundo o Relatório da Primavera (Observatório Português de Cuidados de Saúde [OPSS], 2012), esta tipologia deve ser um dos elementos integrantes dos sistemas de saúde, gerando-se uma necessidade constante de mudança e readaptação dos modelos de prestação de cuidados.

Em Junho de 2006, surge a RNCCI, publicada no Decreto-lei nº 101/2006, do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (2006), originou um novo modelo de prestação de Cuidados Continuados Integrados (CCI), posicionando-se num nível intermédio do sistema de saúde, entre os cuidados de saúde hospital (CSH) e os cuidados de saúde primários (CSP). A sua criação resulta da crescente necessidade de cuidados de saúde e sociais, decorrentes, essencialmente, do envelhecimento da população e do aumento das situações de dependência e incapacidade, procurando igualmente responder ao aumento de situações de doença terminal e de fim de vida.

Segundo o Decreto-Lei nº101/2006, do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (2006, p.4), CCI define-se como:

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

A integração dos modelos de cuidados continuados (CC), tem como princípio a distribuição dos recursos de saúde de forma eficiente e adequada, ajustada às necessidades dos doentes. A inadequação ou inexistência de interfaces entre os serviços sociais e de saúde compromete a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes/famíliares, sendo desta forma, uma preocupação geral entre as diferentes políticas de saúde no âmbito dos CCI (OCDE, 2005). O objetivo geral da Rede, é “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei nº101/2006, 2006, p. 3858).

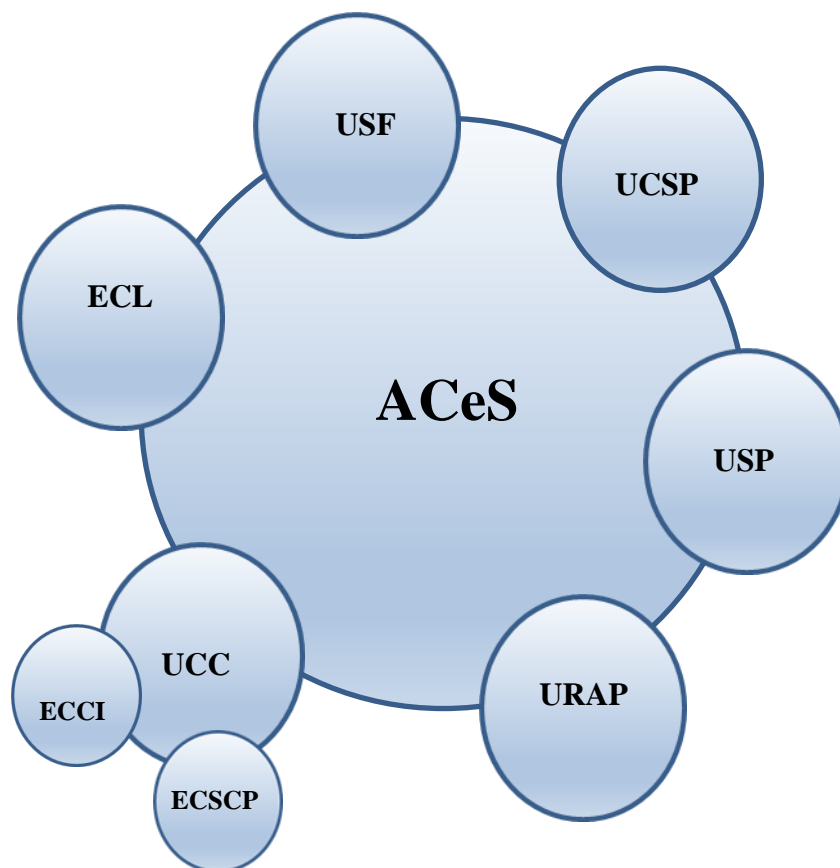
A RNCCI tem como princípios base definidos no mesmo decreto:

- Prestação individual e humanizada de cuidados;
- Salvaguarda de uma articulação e seguimento dos cuidados entre serviços, setores e níveis de atuação;
- Igualdade no acesso e flexibilidade entre tipologias e equipas da RNCCI;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através dos serviços formados na comunidade;
- Interdisciplinar na prestação dos cuidados;
- Identificação das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição de objetivos de funcionalidade e de autonomia;
- Melhoria, recuperação ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Envolvimento do utente e família ou representante legal, na conceção do plano individual de intervenção e comprometimento na prestação de cuidados;
- Eficácia e qualidade na prestação dos cuidados (Decreto-lei nº101/2006, 2006).

A organização destes cuidados torna-se essencial, pois um processo de referenciação, adequado, atempado e funcional, aumenta a qualidade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, a satisfação dos doentes/famílias e dos profissionais de saúde. Várias tipologias surgiram da organização destes cuidados, dando respostas ajustadas às necessidades dos doentes.

Na continuidade da reforma do SNS, em 2008 inicia-se uma reorganização dos CSP, através do Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, são criados os Agrupamentos de Centros de Saúde, designados por ACeS. Estes são “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde” (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008, p. 1182) e ainda “têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”

(Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008, p. 1183). Este agrupamento abrange várias unidades funcionais, autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, nomeadamente, as USF; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP); a Unidade de cuidados na Comunidade (UCC) e a Equipa de Coordenação Local (ECL). É através da UCC que o ACeS se articula com a RNCCI, ou seja, por meio da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (Despacho n.º 10143/2009, 2009) e da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).



**Figura 2:** Unidades funcionais constituintes de um ACeS. (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008)

Em cada ACeS existe uma ECL, que faz a articulação entre o ACeS e a Equipa Coordenadora Regional (ECR) da RNCCI. A ECL assegura o acompanhamento e a avaliação na Rede a nível local, assumindo um papel fundamental na gestão do circuito dos doentes, sendo responsável pela avaliação das situações de saúde e sociais, pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação, pela implementação dos planos individuais de cuidados e pela monitorização.

Segundo a Diretiva Técnica do Ministério da Saúde ([MS], 2009), a admissão de doentes na RNCCI, resulta de um processo de referenciação, que tem como objetivo adequar o recurso às necessidades de dependência e de reabilitação do doente tendo em consideração o seu contexto familiar e social (MS, 2009).

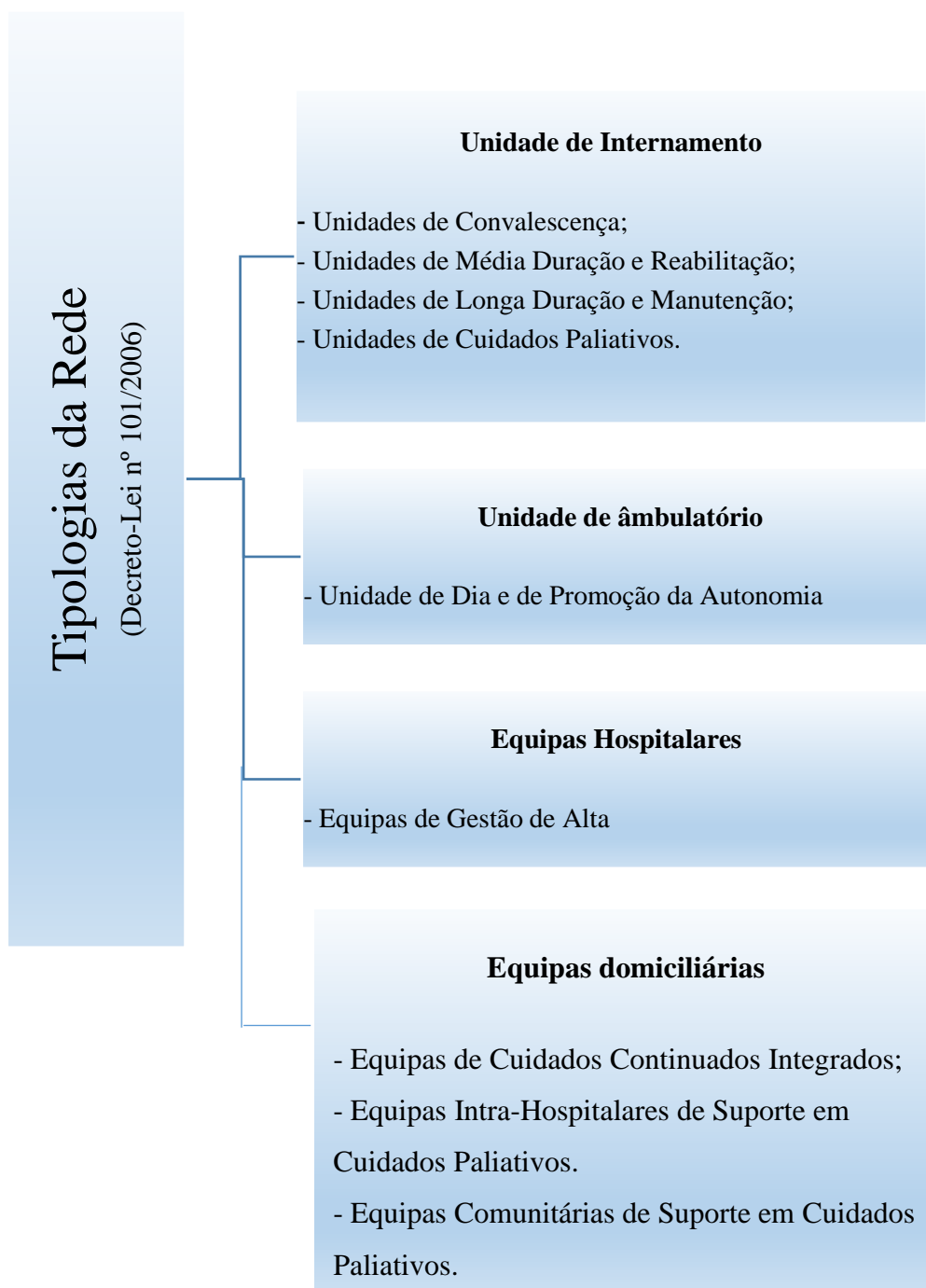
A proposta de admissão é enviada à ECL da área de residência do doente que avalia a mesma, valida os critérios e toma as providências necessárias para que este fique a aguardar vaga com vista à sua admissão numa unidade ou equipa.

Os doentes de origem hospitalar, são referenciados pela Equipa de Gestão de Altas (EGA), que têm como competência a preparação e gestão da alta hospitalar articulando-se com os recursos necessários e mais adequados às necessidades dos doentes, fazendo uma avaliação eficaz, tendo em consideração: o grau de dependência, o potencial de reabilitação e o contexto familiar e social.

Por sua vez, a referenciação dos CSP, pode ser realizada por um elemento do ACeS, médico, enfermeiro ou assistente social, encaminhando-o à ECL.

Para que a referenciação seja válida é necessário que o doente (ou representante) assine um consentimento informado para que o processo seja analisado pela ECL. Na referenciação para a RNCCI deve ter-se em conta a proximidade da área de residência, e sempre que possível, ter em consideração a preferência do doente/cuidador (MS, 2009).

A ECL, avalia e valida a proposta de referenciação e a tipologia adequada às necessidades do doente.



**Figura 3:** Tipologias da rede (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006).

Mediante o previsto na legislação, todos os ACeS deverão ser constituídos pelo menos por uma ECCI de forma a dotar a RNCCI de uma estrutura de apoio domiciliário. A organização destas equipas, depende das características geodemográficas onde está inserida, sendo ajustada a cada realidade.

De acordo com a Administração Regional de Saúde do Norte ([ARSN], 2014), a ECCI direciona a sua intervenção multidisciplinar para doentes em situação de dependência funcional, doença terminal, ou processo de convalescença, cuja situação, não requer internamento. Apoiar-se nos recursos locais disponíveis, de saúde e do serviço local da segurança social, conjugados com outros serviços comunitários. Fazem parte da ECCI, os mais variados grupos profissionais, médicos, enfermeiros, EEER, técnicos de serviço social e psicólogos, entre outros, destinados à prestação de cuidados domiciliários. Num reconhecimento pela necessidade de cuidados de enfermagem especializados ao nível domiciliário, a OE, no Referencial do Enfermeiro ([RE], 2009, p.22), recomenda que:

“todas as Unidades e Equipas Domiciliárias devem estar dotadas de Enfermeiros Especialistas: em Enfermagem de Reabilitação – porque se dirige essencialmente á recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objetivo de preparar o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde significativos, sendo essenciais nas unidades de convalescença, média e de longa duração e ECCI domiciliárias; enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação”.

As referenciações para a ECCI, são realizadas pelas: EGA dos Hospitais do SNS, pelos CSP através do ACeS ou das unidades locais de saúde (ULS) e ECR.

De acordo com o MS (2009), são definidos os seguintes objetivos como linhas orientadoras da missão:

- Melhoria das condições de vida e do bem-estar das pessoas em situação de dependência, no decorrer da prestação de cuidados de saúde e de apoio social;
- Manutenção no domicílio das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, sempre que sejam assegurados os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida;
- Apoio, acompanhamento e internamento adequados à situação;
- Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde e de apoio social;
- Apoio aos familiares ou cuidadores informais, qualificando-os na prestação dos cuidados;
- Articulação e coordenação de diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;

- Prevenção de défices de serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, adequando-os ás necessidades das pessoas em situação de dependência.

Segundo a Portaria nº 50/2017 do Ministério do Trabalho, Solidariedade, Segurança Social e Saúde (2017), são referenciadas para as unidades e equipas da RNCCI pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.

São consideradas condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI pela as seguintes situações: alimentação entérica; tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas; manutenção e tratamento de estomas; terapêutica parentérica; medidas de suporte respiratório designadamente a oxigénio terapia ou a ventilação assistida e ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada (Portaria nº 50/2017, 2017). Segundo a mesma portaria, as equipas domiciliárias destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional temporária ou continuada, que não se podem deslocar autonomamente, cujos critérios de referenciação enquadrem na fragilidade, limitação funcional grave causada por fatores ambientais, com doença grave, em fase avançada ou terminal, que tenham condições no domicílio que possibilitem a prestação dos cuidados requisitados:

- Frequência de prestação de cuidados de saúde no mínimo de três dias por semana, ou superior a uma vez por dia, ou ainda, superior a uma hora e 30 minutos por dia;
- Cuidados que excedam o horário de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo os fins de semana e feriados;
- Complexidade de cuidados que necessite de diferenciação a nível da reabilitação;
- Necessidades de capacitação do cuidador informal.

A criação de todos estes critérios de referenciação visa responder às necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e integradas, de forma a satisfazer o crescimento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (MS, 2009).

O processo de referenciação, deve resultar de uma articulação eficiente entre os CSP e os CSH, para emergirem referenciações adequadas e ajustadas às reais necessidades dos utentes, tendo acesso aos cuidados em tempo útil. Torna-se fundamental que os profissionais que participam nos processos de referenciação avaliem corretamente os doentes, que



conheçam os critérios de inclusão e exclusão da Rede e que usem corretamente os recursos disponíveis. A qualidade na saúde é um pressuposto inerente á profissão de enfermagem, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação tem contribuído de forma consistente para a melhoria da qualidade dos cuidados. Neste sentido torna-se pertinente auscultar a percepção dos profissionais que desempenham a sua atividade no terreno para poder adequar recursos, tornando-os mais apropriados e assertivos.

## 2.3. METODOLOGIA

### 2.3.1. Pergunta de Investigação

A pergunta de investigação, é uma estratégia para o investigador chegar a uma primeira aproximação do objeto de estudo, transformando a sua inquietude numa pergunta de partida (Quivy & Van Campenhoudt, 2005). Os mesmos autores, dizem que uma pergunta de partida constitui um primeiro passo para romper com o senso comum e deve ter, três qualidades essenciais: clareza, viabilidade e pertinência, pois através da pergunta de partida consegue-se ter uma ideia clara dos objetivos a alcançar. Além disso deve ser precisa, realista e compreensível, pois afirmam que "(...) com esta pergunta o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que se procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação" (Quivy & Van Campenhoudt, 2005, p.32).

A pergunta de investigação do presente estudo é: "Qual a percepção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um ACeS quanto à referenciação de doentes?"

### 2.3.2. Objetivo Geral

A definição do objetivo geral determina o que o pesquisador quer atingir, indica a meta, dando resposta à pergunta de investigação, e tem como função nortear os conteúdos. Numa investigação, o objetivo "constitui um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, indicando, conseqüentemente, o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo" (Freixo, 2011, p. 164). Desta

forma, foi definido como objetivo geral deste trabalho de investigação: Conhecer as vivências e o significado atribuído pelos EEER de um ACeS do Norte de Portugal, relativamente às referências de doentes admitidos na ECCI.

### **2.3.3. Objetivos Específicos**

Do conjunto dos objetivos deve definir-se uma diferenciação entre os objetivos gerais e específicos, pois "tanto os objetivos gerais como os específicos permitem o acesso gradual e progressivo aos resultados finais" (Baptista & Sousa, 2011, p. 26).

- a) Conhecer as vivências e o significado atribuído pelos EEER, à necessidade de cuidados especializados dos doentes admitidos na ECCI;
- b) Identificar os constrangimentos vivenciados pelos EEER, resultantes de inadequadas referências de doentes;
- c) Identificar soluções de melhoria, na perspetiva dos EEER, para solucionar os constrangimentos resultantes da inadequada referência de doentes.

### **2.3.4. Tipo de Estudo**

Tendo em consideração as características definidas para o estudo e os seus objetivos, a opção metodológica que melhor se adequa a este estudo é a abordagem qualitativa, uma vez que aquando da definição dos objetivos, tornou-se claro o interesse em perceber de que forma os EEER percebem a referência de doentes admitidos em ECCI. O investigador qualitativo, estuda num ambiente natural e interpreta os fenómenos, segundo os significados atribuídos pelos participantes (Denzin & Lincoln, 2008). Minayo (2014), afirma que a pesquisa qualitativa, preocupa-se com o domínio dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo ao domínio mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Inerente a este objetivo surge a necessidade de perceber também, qual a sua percepção relativamente às necessidades de cuidados especializados dos doentes admitidos na ECCI, bem como, de acordo com a sua experiência tentar identificar possíveis soluções de melhoria para os constrangimentos referidos.

A investigação qualitativa tem seis características importantes, que foram metodologicamente consideradas. A primeira é a crença em múltiplas realidades, devido ao facto de as pessoas vivenciarem experiências diferentes, os investigadores qualitativos não acreditam numa única verdade, mas em muitas verdades. A segunda é um compromisso com a identificação de um método adequado, para compreender o fenómeno de estudo, ao questionarem os fenómenos específicos, os investigadores encontram a abordagem adequada para responder e compreender o fenómeno. O terceiro é o compromisso com o ponto de vista do interveniente, o investigador valoriza a visão dos intervenientes do estudo em vez da sua própria visão. Em quarto, a conduta de pesquisa que limita o comprometimento do contexto natural do fenómeno de interesse, o contexto deve ser minimamente alterado. Em quinto, o reconhecimento da participação do investigador na investigação, pois esta toma consciência de que faz parte do estudo; compreendendo o fenómeno e relatando-o de forma literária. Em sexto e por último, inclui os comentários dos participantes, isto é o investigador relata os fenómenos de forma literária e incluiu os comentários dos participantes (Streubert & Carpenter, 2013).

### **2.3.5. Desenho do Estudo**

O desenho de investigação é gerado pelo investigador, adequado ao método, sendo sensível ao contexto e aos intervenientes. Uma vez encontrado o objeto da perspetiva metodológica, torna-se necessário desenhar a estratégia e a frequência dos processos a serem utilizadas, visualizando o projeto como um todo. Qualquer que seja o desenho e o método utilizado, as informações, quantidade e âmbito são alcançados a partir da pergunta de investigação, do método escolhido, do tema e dos objetivos (Gonçalves et al., 2021)

O método que melhor se adequa ao projeto será o método fenomenológico, recorrendo a uma pesquisa exploratória descritiva, com recurso a uma entrevista semiestruturada para colheita, análise e interpretação de dados à luz da ética profissional. Esta abordagem permite obter perspetivas/descrições sobre os pontos de vista, opiniões, sentimentos e crenças de uma pessoa. A principal vantagem consiste no papel do investigador, que tem de estar próximo e relacionar-se com a pessoa/fenómeno a ser estudado. Segundo Gonçalves (2021), a abordagem fenomenológica, emerge de uma descrição, compreensão e interpretação precisa, clara e articulada de uma experiência humana ou de um momento vivenciado, resultante de uma investigação focada em métodos

especializados como: a escolha de participantes, solicitação de informação, tratamento dos dados e articulação dos elementos da entrevista num relatório final.

Esta subjetividade associada a este método, permite medir a sensibilidade e a intuição na avaliação, podendo ter benefícios consideráveis em algumas áreas específicas, como no caso da saúde (Hick, 2000) e permitir analisar o fenómeno de interação entre os sujeitos (Streubert & Carpenter, 2013).

A orientação metodológica utilizada será a análise fenomenológica de Giorgi, cujo objetivo orienta-se na procura do significado da ação humana por meio da sua análise e compreensão. Este método procura a síntese das unidades, transformando-as em declarações das experiências dos sujeitos, denominando essa síntese de estrutura da experiência (Giorgi & Sousa, 2010). Desta forma, o investigador deve reagrupar o mais relevante para chegar a uma análise do fenómeno.

O modelo de Giorgi e Sousa (2010), expressa muito bem as possibilidades que o método fenomenológico tem de acesso ao mundo vivo. Desta forma, verifica-se que a fenomenologia, está direcionada para o fundamento teórico, mostrando-se como um modelo adequado às ciências humanas, sociais e de saúde quando elas agarram o homem como protagonista no seu contexto habitual de vida.

Esta metodologia de Giorgi (1985) lida com as descrições de depoimentos, relatos ou entrevistas sobre experiências vividas em relação a um determinado fenómeno segundo quatro fases.

A primeira fase é o sentido do todo, que corresponde à leitura de toda a descrição a fim de alcançar o sentido geral do todo. Desta forma, é necessário compreender a linguagem de quem descreve sem qualquer tentativa de identificar as unidades significativas. O senso geral obtido é a base para o passo seguinte (Giorgi, 1985).

A segunda fase, é a distinção de unidades significativas com base numa perspetiva psicológica e focada no fenómeno a ser estudado (Giorgi, 1985). Depois de ter sido apreendido o sentido do todo, o pesquisador faz uma leitura exhaustiva do texto com o objetivo de distinguir as unidades significativas, evidenciando o fenómeno do estudo. Este passo é fundamental, pois para fazer essa análise deve-se fragmentar o texto em unidades significativas, que aparecem com uma mudança de significado da situação para o sujeito. Neste passo, a linguagem do sujeito quase não é alterada. É essencial que as discriminações apareçam espontaneamente, para serem questionadas no passo seguinte.

A terceira fase, designada de configuração, passa pela transformação da linguagem do dia a dia do sujeito em linguagem psicológica apropriada, com ênfase no fenómeno em estudo (Giorgi, 1985). Giorgi (1985) alerta que o maior obstáculo para esse processo é não existir uma linguagem psicológica consensual estabelecida. Este passo tem o objetivo de chegar aos temas, passando por expressões concretas.

A última fase é a síntese das unidades de significado, transformando-as numa afirmação consistente com a estrutura da experiência. Nesta fase, o pesquisador deve agrupar os constituintes relevantes para chegar a uma análise da estrutura do fenómeno (Giorgi, 1985). Posteriormente, a estrutura da experiência deve ser comunicada a outros pesquisadores com experiência em metodologia qualitativa, com o propósito de aprovação ou de crítica.

Todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo investigador, foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra, obtendo assim a confirmação/confirmabilidade. Salienta-se que este, não desempenha funções em nenhuma das instituições de saúde onde foram colhidos os dados, não havendo, portanto, qualquer ligação com os participantes.

As entrevistas foram transcritas, e foi feita uma leitura e análise exaustivas das mesmas, com a ajuda de uma doutora em enfermagem, com experiência em metodologia qualitativa, emergindo os temas e os subtemas descritos mais adiante.

### **2.3.6. População e Amostra**

A definição dos participantes/amostra do estudo é de extrema importância, pois está inerente à definição de critérios com vista a responder aos objetivos.

Gonçalves et al. (2021, p. 33) diz que “a intencionalidade da seleção de elementos da amostra é uma questão muito típica das investigações qualitativas”, e que, “os participantes não são produtos do acaso, do sorteio, da impessoalidade, mas sim de uma escolha deliberada, autoral, baseada em critérios determinados pelo investigador, fazendo-os corresponder ao seu objeto de estudo”.

O presente estudo foi desenvolvido nos CSP, e a população em estudo são os EEER das ECCI's, que rececionam os utentes que resultam das diferentes entidades referenciadoras de um ACeS do Norte de Portugal.

Segundo Aires (2015), a seleção da amostra adquire nesta metodologia um sentido muito particular, já que tem por objetivos obter a máxima informação possível para a fundamentação do projeto de pesquisa e criar uma teoria. Pretende-se que a amostra na investigação qualitativa obtenha a máxima variação. Esta perspectiva de amostragem é intencional porque os sujeitos que a constituem não são escolhidos ao acaso. O investigador seleciona as unidades de amostragem a partir de critérios específicos (Aires, 2015).

Amostragem não probabilística, é um tipo de amostragem em que existe uma dependência, do julgamento do pesquisador para a seleção dos elementos da população para compor a amostra (Mattar, 2001). De acordo com Malhotra (2001), a amostragem não-probabilística confia no julgamento pessoal do pesquisador, este pode, arbitrariamente ou conscientemente, decidir quais serão os elementos a serem incluídos na amostra. Na amostragem não-probabilística, os custos e o trabalho envolvidos no desenvolvimento de uma estrutura de amostragem são minimizados, mas também a precisão da informação resultante pode ser prejudicada (Aaker, Kumar & Day, 2004).

As amostragens não-probabilísticas podem ser divididas em quatro tipos principais: intencionais (ou julgamento), "bola de neve" (snowball), por conveniência (ou acidental) e por quotas (ou proporcional) (Malhotra, 2001; Mattar, 2001; Aaker, Kumar & Day 2004). Segundo os mesmos autores, por conveniência ou acidentais, os constituintes são selecionados de acordo com a conveniência do pesquisador; intencionais ou por julgamento, os constituintes são selecionados seguindo um critério de julgamento pessoal do pesquisador; por quotas ou proporcionais, o pesquisador procura obter uma amostra ou um sub-grupo que seja similar, sob alguns aspeto e por último auto-geradas (ou bola-de-neve), selecionam constituintes a partir de referências de respondentes iniciais, com base de indicações de nomes, esse procedimento é usado para obter amostras de populações raras ou de baixa incidência.

A amostra escolhida pelo investigador deste estudo é não probabilística, pois está subordinada aos objetivos específicos definidos pelo investigador. A escolha deste método deve-se à facilidade na obtenção dos dados, mas também tem como objetivo perceber as vivências. Dentro da amostragem não probabilística, foi usada a amostragem intencional, que consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população. A principal vantagem no uso deste tipo de amostragem está nos baixos custos da sua seleção, porém, requer considerável conhecimento da população e do subgrupo selecionado.

A amostra do presente estudo são os EEER que trabalham na ECCI de um ACeS do Norte de Portugal. Constituída por 13 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que aceitaram participar no estudo, quatro do sexo masculino e nove do sexo feminino.

### **2.3.7. Recolha de Dados**

A técnica da entrevista é uma das mais utilizadas para recolha de informação, especialmente nos estudos exploratórios-descritivos de abordagem qualitativa, uma vez que permite um contato direto com os participantes, sendo possível a recolha de informação relativas a acontecimentos, ideias, opiniões vivências, comportamentos e sentimentos, verbalizadas pelos participantes (Streubert & Carpenter, 2013).

As entrevistas foram realizadas após a apresentação do estudo e obtenção dos respetivos deferimentos de autorização do *Ex.<sup>mo</sup>* Presidente do Conselho Clínico e do *Ex.<sup>mo</sup>* Sr. Diretor Executivo do ACeS (Anexo I), bem como da Comissão de Ética da ARS Norte (Anexo II).

Foi realizada uma apresentação do projeto aos coordenadores das UCC's do ACeS numa primeira fase e posteriormente solicitada a articulação com os EEER que integram a ECCI, para adesão e agendamento de data e hora adequada a cada participante. As entrevistas começaram sempre com uma apresentação/descrição do projeto e dos seus objetivos, seguindo-se sempre a apresentação e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido de participação no estudo e gravação da entrevista. Todos os participantes do presente estudo assinaram o consentimento para a sua participação.

O presente estudo aderiu à credibilidade, transferibilidade, consistência e confirmabilidade para sustentar o rigor da qualidade científica da investigação qualitativa (Velloso & Tizzoni, 2020).

A credibilidade está diretamente ligada à validade interna da pesquisa, refere-se à confiança depositada na veracidade de seus resultados, os achados científicos devem expressar a verdade acerca da realidade estudada. No estudo qualitativo tem que haver uma ligação do rigor científico à subjetividade e à criatividade, que são intrínsecos a este tipo de abordagem (Velloso & Tizzoni, 2020). Para obter credibilidade, durante as entrevistas, foram realizados esclarecimentos e confirmações acerca das informações questionadas pelos participantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra sem que fosse omitido

ou alterado qualquer discurso. O entrevistador foi uma estudante de mestrado em enfermagem de reabilitação, orientada por uma doutora em enfermagem.

Transferibilidade está diretamente ligada à validade externa da pesquisa, esta refere-se à generalização dos resultados, isto é, refere-se à transferência dos resultados de uma pesquisa qualitativa para outros contextos, com outros participantes. A transferibilidade tem como princípio o da aplicabilidade, isto é, na aplicabilidade dos achados a outros contextos ou grupos. No entanto, salienta-se que, na perspectiva naturalista, não se tem a intenção de criar generalizações, mas sim sugerir uma hipótese que possam ser transferidas de um contexto para outro, dependendo do grau de adequação (Velloso & Tizzoni, 2020). Neste sentido, será fornecida uma descrição das características dos participantes e do contexto do estudo, de modo que os leitores possam determinar se os resultados obtidos possam ser transferidos (transferibilidade) para outro contexto.

Dependibilidade está diretamente ligada com a consistência da pesquisa, e prende-se com a estabilidade dos dados, como consequência das diferentes realidades a serem exploradas ou a mudanças instrumentais decorrentes do desenvolvimento de insights do investigador (Velloso & Tizzoni, 2020). A consistência desta investigação será alcançada por meio da descrição das características dos participantes, do processo de seleção e da descrição das etapas e resultados da pesquisa. O orientador do presente estudo realizou também análises individuais para manter o rigor ao processo.

Confirmabilidade, está diretamente ligada à possibilidade de os resultados da pesquisa serem confirmados ou corroborados por outros, podendo o conceito ser comparado (Velloso & Tizzoni, 2020). Para obtenção da confirmabilidade, assegura-se a neutralidade do investigador e do rigor aplicado na colheita e transcrição dos dados.

O instrumento de recolha de informação foi constituído por duas partes: da primeira parte consta o questionário que permite a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, a segunda parte contemplou o guião de entrevista semiestruturada, com recurso a questões abertas que visam o relato da experiência profissional que o estudo pretende abordar.

A técnica da entrevista é uma das mais utilizadas para recolha de informação, especialmente nos estudos exploratórios descritivos de abordagem qualitativa, uma vez que permite um contato direto com os participantes, sendo possível a recolha de informação relativa a acontecimentos, ideias, opiniões, vivências, comportamentos e sentimentos, verbalizadas pelos participantes (Streubert & Carpenter, 2013).



O tempo médio de duração da entrevista foi estimado em 30 minutos. O contato com os participantes foi realizado previamente, com a colaboração dos enfermeiros coordenadores das ECCI's onde trabalham os EEER. De salientar, que todos os enfermeiros especialistas convidados aceitaram participar no estudo e não desistiram ao longo do processo de colheita de dados. Para garantir a adaptabilidade do instrumento utilizado foi realizada uma entrevista piloto, não se encontrando esta nos dados do presente estudo. As entrevistas foram realizadas pessoalmente, tendo sido gravadas, após consentimento dos participantes e posteriormente transcritas pela entrevistadora.

### **2.3.8. Análise de Conteúdo**

As técnicas de análise de conteúdo permitem tornar replicáveis e válidas as deduções sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos (Minayo, 2014). O principal objetivo da análise de conteúdo consiste na transformação de todo o material recolhido e conseqüentemente a disposição dessa informação em temas e subtemas.

McWilliam citado por Gonçalves (2021, p. 265), “A fenomenologia dedica-se à descrição de experiências e não a explicações ou análises; é a procura pelo significado e pela compreensão dos fenómenos”.

Esta metodologia, foca-se nos significados individuais das experiências subjetivas humanas que ocorrem nas vivências, tendo como propósito a descrição do fenómeno segundo a perspectiva dos participantes, permitindo assim obter descrições e interpretações das experiências vividas pelos seus participantes (Coutinho, citado por Gonçalves, 2021; Katsirikou & Lin, citado por Gonçalves, 2021).

A análise dos dados foi realizada após a transcrição das entrevistas, de acordo com o método de Giorgi, seguindo as etapas (Giorgi, 1985):

1) obter sentido do todo: leitura repetida das transcrições com o objetivo de obter uma ideia geral da percepção descrita;

2) discriminação das unidades de significado: as entrevistas transcritas serão relidas de forma demorada, e quando identificada uma mudança de significado nas transcrições, estes serão evidenciados, como aspetos relevantes do fenómeno sob investigação. Dessa etapa obtém-se uma série de unidades de significado ainda expressas na linguagem comum dos participantes;

3) transformação da linguagem comum das unidades de significado em linguagem científica: as unidades de significado serão reescritas em linguagem adaptada para o fenómeno em estudo, mantendo-se fiéis aos significados referido pelos participantes. Essa variação permitirá estruturar e sintetizar as unidades de significado transformando-as numa estrutura descritiva da experiência vivida pelos participantes.

### **2.3.9. Considerações Éticas**

Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, (citado por Gonçalves, 2021, p.43), consideram que “O valor do conhecimento científico assente na objetividade, fiabilidade e validade, critérios de cientificidade que procuram assegurar como verdadeira tal teoria ou tal conclusão apresentada num relatório de investigação”.

Tal como anteriormente referido, para a realização do estudo foi solicitado uma autorização ao *Ex.<sup>mo</sup> Sr.* Presidente do Conselho Clínico, bem como ao *Ex.<sup>mo</sup> Sr.* Diretor Executivo do ACeS (Anexo I) e foi pedido parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) nº20220007 (Anexo II).

As comissões de ética focam a sua atenção em três aspetos fundamentais: a qualidade científica, o bem-estar dos participantes e o respeito pela dignidade e pelos direitos dos participantes. A qualidade científica prende-se com o facto de a investigação não ser o duplicado de outros trabalhos, contribuindo para produzir novos conhecimentos. O bem-estar dos participantes prende-se com a ligação entre o risco e o benefício de participarem no estudo. O respeito pela dignidade e pelo direito dos participantes, prende-se com a confidencialidade e com o consentimento voluntário dado pelos participantes (Flick, citado por Gonçalves, 2021)

Todo este estudo teve como princípio a Declaração de Helsínquia, relativamente às entrevistas realizadas aos EEER, acautelou-se todos os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo. Não constaram qualquer elemento identificativo ou identificável dos respetivos enfermeiros.

Segundo a Declaração de Helsínquia, preâmbulo 24 (2008, p.3): “Devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados”.

Para a realização da entrevista aos profissionais, foi solicitado o preenchimento de um consentimento informado (Apêndice II), após ter sido explicado o tema e os objetivos

do projeto em questão. Deste consentimento consta: as características principais do estudo, a declaração por escrito da decisão voluntária de participação e autorização de gravação das entrevistas, inclui também a possibilidade de recusarem a sua participação e/ ou desistirem em qualquer momento das entrevistas ou a possibilidade de não responderem a alguma das questões colocadas durante a entrevista.

Conforme a declaração de Helsínquia, preâmbulo 25 (2008, p. 4): “A participação de pessoas capazes de dar consentimento informado para serem participantes sujeitos de investigação médica tem de ser voluntária” e no preâmbulo 26 “O potencial participante tem de ser informado do direito de recusar-se a participar no estudo ou de, em qualquer altura, revogar o consentimento de participar sem represálias”.

Desta forma, e considerando todos os preâmbulos referidos, durante a realização do projeto foi assegurada a proteção dos direitos e liberdade dos enfermeiros que participam nas entrevistas. Foi também garantido a proteção dos dados, o anonimato e a confidencialidade. Este estudo encontra-se em conformidade com as normas dos Critérios Consolidados para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (COREQ) (Tong, Sainsbury & Craig, 2007).

### **2.3.10. Análise Swot**

Neste trabalho foi aplicada a Análise de SWOT, desenvolvida por Kenneth Andrews e Roland Cristensen entre as décadas de 60 e 70, que estuda a compatibilidade de uma organização de acordo com quatro variáveis: Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Oportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças) (Rodrigues et al., 2005).

Esta análise tem como foco a verificação do ambiente interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças), sendo que enquanto na primeira perspetiva há controle do investigador (variáveis internas), na segunda, apenas é possível antever cenários e tomar precauções, pois as variáveis não estão sob o controle do mesmo.

Deste modo, o instrumento de investigação deste trabalho consiste num grupo de perguntas agrupadas num guião de entrevista que auxiliará a Análise de SWOT.

Podemos definir no ambiente interno como força deste trabalho a identificação de possíveis constrangimentos vivenciados e identificados por um grupo de EEER de um ACeS do Norte relativamente à referenciação de doentes para ECCI. Como fraqueza podemos apontar o

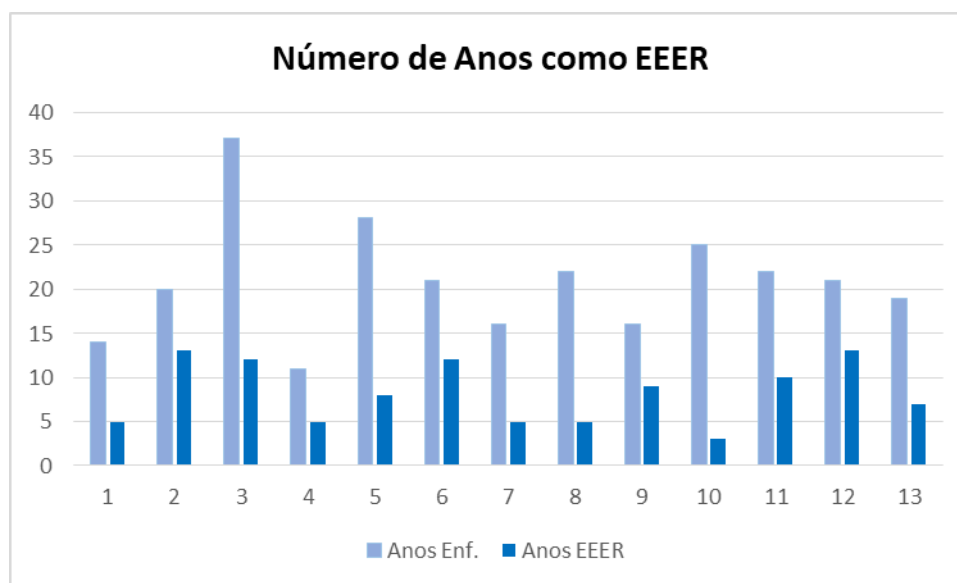
tamanho da amostra, que não permite generalizar dados, bem como a capacidade de comunicação e de se expressar por parte dos entrevistados.

No ambiente externo podemos apontar como oportunidade a verificação da existência de constrangimentos, tornando-se assim pertinente perceber na opinião destes profissionais quais as estratégias identificadas por eles para fazer face a essa problemática, levando assim à melhoria contínua na prestação dos cuidados de excelência ao utente/família, bem como ao uso adequado e eficaz dos recursos disponíveis. Como ameaça identificasse a aceitação por parte dos EEER, em aceitarem ou não participar do estudo, bem como o tempo previsto para a sua aplicação.

## 2.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Segue-se os principais resultados obtidos no estudo, de acordo com os objetivos inicialmente definidos. O universo da amostra é de 81,3% do total de EEER do ACeS do norte de Portugal onde foi desenvolvido o estudo. Dos participantes 69,2% é do sexo feminino e 30,8% são do sexo masculino.

A média de anos de trabalho como enfermeiro é de 20,9 anos e a média de anos como EEER é de 8,2 anos.

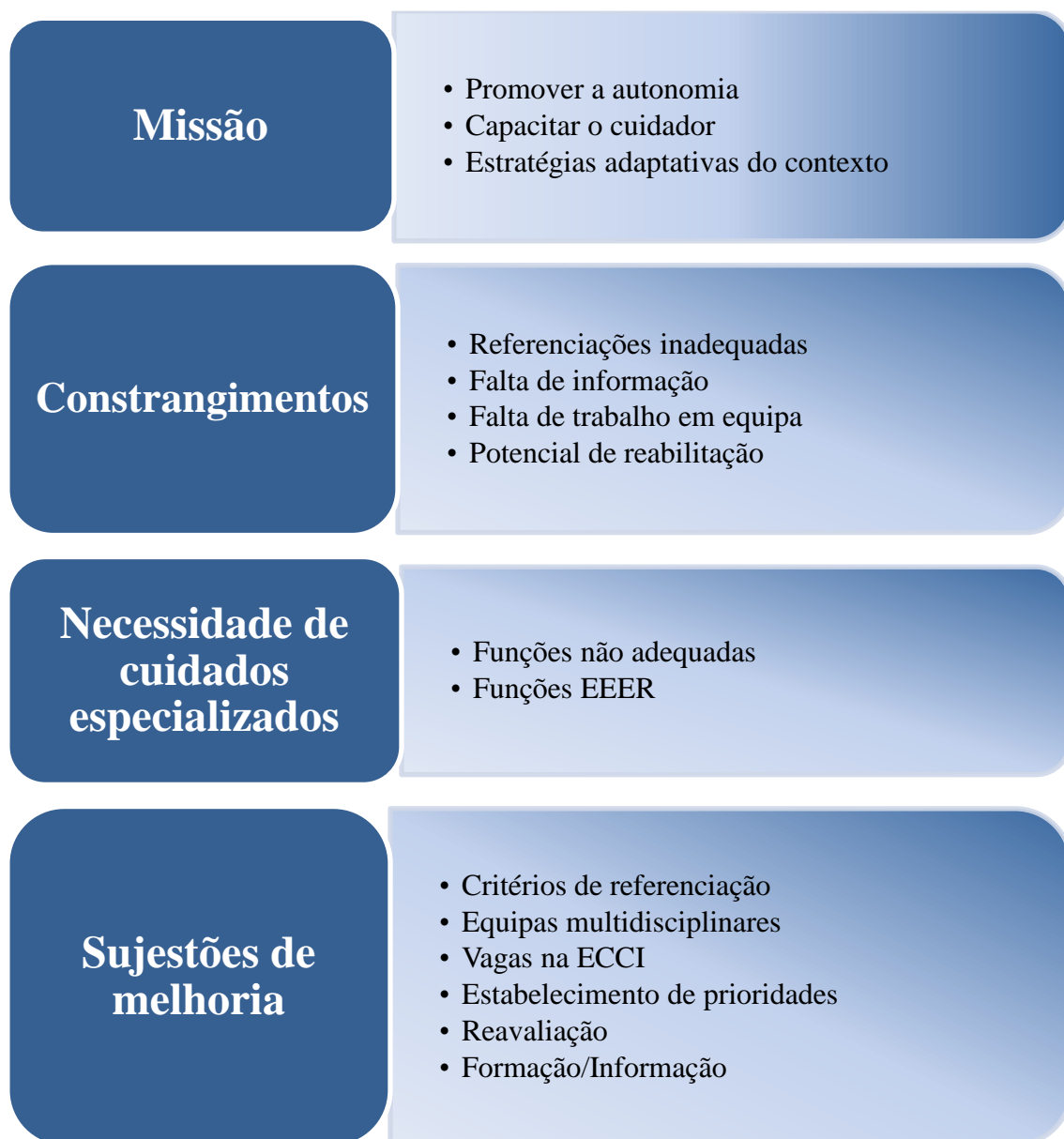


**Gráfico 1:** Gráfico representativo do número de anos como enfermeiro e do número de anos como EEER.

Da amostra, 53,9% trabalha como EEER numa ECCI no intervalo de (6 a 10) anos e 46,2% no intervalo de (0 a 5) anos.

Da análise dos dados surgiram quatro temas, que traduzem a perceção dos EEER de um ACES do norte de Portugal, quanto à de referenciação de doentes para ECCI. Os temas que emergiram foram: 1) Missão dos EEER; 2) Constrangimentos; 3) Necessidade de cuidados especializados e por último 4) Sugestões de melhoria.

Em seguida serão apresentados os principais resultados da análise dos dados. A perceção dos EEER de um ACeS do norte de Portugal quanto à referenciação de doentes, foi analisada e agrupada em temas e subtemas representados na figura 4. Os resultados totais da análise dos dados com as respetivas unidades de registo, que permitiram identificar os temas e subtemas encontra-se disponível em anexo (Apêndice V)



**Figura 4:** Estrutura expositiva da análise do fenómeno.

#### **2.4.1. Missão dos EEER**

Um dos temas identificados diz respeito ao conhecimento que os EEER do ACeS têm quanto à missão e objetivos do seu trabalho na ECCI. De acordo com as suas declarações no decorrer das entrevistas, foram identificados os seguintes subtemas: promover a autonomia, capacitar o cuidador e estratégias adaptativas do contexto.

Do universo da amostra, todos têm bem presente qual a missão dos EEER numa ECCI. Para estes profissionais a missão passa necessariamente pela satisfação das

necessidades identificadas, tendo como principal objetivo prestar cuidados de saúde multidisciplinares, mobilizando os recursos da comunidade no domicílio dos doentes em prol da aquisição da sua autonomia bem como diminuir a sobrecarga do cuidador/família, salientando-se nas falas dos enfermeiros especialistas, que falam em “Potenciar e capacitar a autonomia dos utentes...” (E4), que se encontra numa situação de dependência transitória ou crónica, originando o subtema promover autonomia. Estes profissionais, reconhecem que nem sempre é possível a aquisição de autonomia por parte do utente e aí, o foco dos EEER passa também pela capacitação do cuidador, quando referem “Temos também a capacitação do cuidador, que é uma das nossas grandes áreas de trabalho...” (E6), não só para lidar com a dependência do doente, quer seja temporária, quer seja crónica, mas também para promover o seu envolvimento enquanto cuidador, no processo de saúde doença, destas falas surge o subtema capacitação do cuidador.

A readaptação do domicílio à nova condição de dependência do doente, está diariamente presente no trabalho desenvolvido pelos EEER, como mencionam, “a principal missão é promover a autonomia do utente, capacitar o prestador de cuidados e promover a readaptação do ambiente domiciliário” (E13), surgindo, portanto, o subtema de estratégias adaptativas do contexto.

#### **2.4.2. Constrangimentos**

Outro tema diz respeito aos constrangimentos enfrentados pelos EEER de um ACeS do norte de Portugal, quanto à referenciação de doentes para ECCI. De acordo com as suas perceções em relação aos constrangimentos, foram identificados os seguintes subtemas: referenciações inadequadas; falta de informação; falta de trabalho em equipa e potencial de reabilitação.

O potencial de reabilitação é de extrema importância para a definição da intervenção do EEER no doente/família. Dos doentes referenciados para ECCI, este critério de referenciação é apontado por alguns enfermeiros, como sendo, melhor aplicado pelas equipas referenciadoras dos hospitais ou pelas unidades de internamento da rede, do que pelas equipas referenciadoras das unidades de saúde familiar, tal como é evidenciado no discurso dos EEER: “...utentes que são referenciados pelo hospital ou pelas unidades de internamento da rede são utentes com melhor potencial de reabilitação ...” (E1), e também

referem que, “As referências que nos chegam das unidades de saúde família, são referências de utentes com menor potencial de reabilitação...” (E1).

Os enfermeiros especialistas salientam nas suas falas que as referências realizadas quando os doentes não apresentam potencial de reabilitação tornam-se desmotivantes para a equipa, referindo que “... são realidades do dia a dia que vivenciamos que desmotivam a equipa que trabalha em reabilitação, porque penso que podíamos ser aproveitados para trabalhar outro tipo de utentes que teriam maior benefício, utentes que tenham potencial de recuperação e que muitas das vezes não temos acesso” (E2). Destes discursos, surge o subtema potencial de reabilitação.

Os participantes salientam também, que existem muitas referências desadequadas, referindo que “Nem sempre está adequada, o motivo está desajustado da realidade que muitas vezes encontramos na primeira avaliação do doente no seu domicílio” (E3), “A referência que é feita, nem sempre corresponde aquilo que nós encontramos no domicílio do utente. Muitas vezes nas referências estão escritas umas coisas e nós vamos e encontramos outras. Os critérios de referência, ou os motivos de referência dos utentes muitas vezes não se adequam à situação do utente naquele momento...” (E5). Apontaram referências que não relatam uma avaliação do doente adequada, afirmaram que “A maior parte das vezes as referências são uma breve abordagem do doente, os diagnósticos médicos e mais nada. Nós a maior parte das vezes não conseguimos ter uma visão do doente antes da abordagem (...) outras vezes nem descrevem que o doente tem dispositivos como as algalias, não descrevem o nível de força que o doente tem, feridas que não estão referenciadas” (E10). Mencionam também a falta de atualização das referências enquanto os utentes estão em lista de espera para serem admitidos, referindo que “Muitas vezes olhamos para umas notas de referência que não estão nada atualizadas para o utente que nós temos à nossa frente” (E13). De todos os constrangimentos apontados pelos EEER relativamente à referência de doentes, emerge o subtema referências inadequadas.

A falta de informação surge como um subtema, pois é apontada por todos os participantes da amostra, como um constrangimento muito frequente, referem que encontram diariamente famílias e doentes desinformados sobre o motivo de referência para ECCI e qual o trabalho desenvolvido por esta equipa. Expõem que “Outra das coisas que identificamos com frequência é a constante gestão de expectativas que temos que fazer com o utente e família, na sua maioria não sabem o que é uma ECCI, nem sabem o que é



que a ECCI lá vai fazer a casa. Portanto, eles não são esclarecidos pelas equipas referenciadoras sobre o trabalho que é desenvolvido por esta equipa” (E2).

Os participantes da amostra referem que os critérios de referenciação, são abrangentes, dizendo que “... os critérios gerais são muito abrangentes e que desta forma, todos os utentes encaminhados acabam por ter critérios válidos...” (E1), permitindo assim que qualquer doente tenha critérios de admissão na ECCI, originando, “as más referenciações, muitas das vezes vamos avaliar um utente e os critérios de referenciação definidos para aquele utente não são ajustados, ou seja, a avaliação que dá origem à referenciação deveria ser mais recente e mais pormenorizada. (...) A avaliação deveria ser mais focada nos objetivos da referenciação, (...) daquele utente, e não ser usados outros motivos que não se adequam para que o doente seja possível de ser admitido” (E4). A idade dos doentes referenciados também é apontada como um constrangimento, pois referem que “utentes com idades muito avançadas, com pouco potencial de reabilitação e que nos são referenciados para fazer reforço muscular, e ficamos com a sensação que investimos e que não tivemos retorno, pois a condição da pessoa já não é favorável, ficamos com a sensação de que os motivos da referenciação são pouco realistas” (E1).

A falta de trabalho em equipa surge como um subtema, é apontada pelos participantes da amostra, emergindo como um entrave à resolução de situações pontuais que poderiam ser resolvidas de uma forma mais imediata e eficaz, se houvesse um acesso mais imediato ou um acompanhamento dos doentes por parte do médico, os participantes dizem que “... na reconciliação terapêutica, nem sempre temos acesso ao médico, quer seja da parte do hospital, quer seja dos cuidados de saúde primários” (E11).

### **2.4.3. Necessidade de Cuidados Especializados**

Outro tema que emergiu das falas dos EEER foi a necessidade de cuidados especializados. Do tema mencionado foram salientados os seguintes subtemas: funções dos EEER e funções não adequadas.

Todos os enfermeiros entrevistados reconhecem que todos os doentes referenciados para ECCI necessitam de cuidados de enfermagem, mas que nem todos os doentes referenciados necessitam de cuidados especializados, evidenciado por “Nem todos os doentes referenciados necessitam de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, muitas vezes os utentes são referenciados exclusivamente para tratamento de feridas, (...).

Capacitar famílias em cuidados básicos, como os cuidados de higiene, que podem muito bem ser feitos pelo enfermeiro de família” (E3), pelo que neste contexto, dada a necessidade de triagem dos cuidados, verifica-se funções não adequadas, delegadas aos EEER numa ECCI. Todas estas evidências apontadas pelos especialistas, deram origem ao subtema funções não adequadas. Estes profissionais apontam que existem vagas ocupadas com doentes que não necessitam de cuidados especializados e referem que, “... o que acontece é termos vagas ocupadas com tratamentos de feridas que poderiam ser perfeitamente assegurados pelo enfermeiro de família e uma cinesioterapia só poderá ser feita por um enfermeiro especialista em reabilitação não são admitidos” (E5).

A necessidade de cuidados especializados na comunidade, dá origem a um subtema designado por funções dos EEER, e é apontado como uma mais valia fundamental para suprir as necessidades dos doentes no seu domicílio, tal como salientam estes especialistas nos seus discursos “Como por exemplo doentes do foro ortopédico ou doentes nuns pós AVC, que necessitariam de uma intervenção mais imediata, que nós sabemos que quanto mais cedo intervirmos mais ganhos temos” (E5).

#### **2.4.4. Sugestões de Melhoria**

O último tema que emergiu das falas dos EEER foi a sugestão de melhorias. Os subtemas identificados foram: critérios de referenciação, equipas multidisciplinares, vagas em ECCI, estabelecimento de prioridades, reavaliação e formação/informação.

Os critérios de referenciação surgem como um subtema, pois é apontada a necessidade de se fazer uma revisão, estes profissionais sugerem que “Aqui seria tentarmos rever estes critérios de referenciação, isto é, de 2017 ou 2016 e, entretanto, não sofreram qualquer atualização e seria importante rever os critérios de referenciação e tentar que sejam mais específicos, para da parte também de quem avalia também pressionar um bocadinho mais o que lá vem, não é, os motivos de referenciação serem mais questionados” (E13), criando assim, uma transversalidade, dizem que “Este trabalho deveria ser transversal a todas as equipas para uniformizar os critérios de referenciação para que estes sejam mais assertivos e mais adequados a cada utente” (E5).

Alguns participantes, apontam como sugestão o estabelecimento de prioridades de doentes, emergindo assim um subtema, pois referem que “Também deveria haver uma forma de priorizar utentes pelas suas necessidades, nós sabemos que doentes que necessitam de

cinesioterapia, é uma necessidade imediata, e nós deveríamos ter vagas próprias para esse tipo de intervenções” (E5).

Apontam também como um aspeto a melhorar, as reavaliações dos doentes, bem como atualização das referências enquanto estes estão em lista de espera, surgindo assim um subtema, pois referem que “As atualizações das referências também deveriam ser mais corretas e feitas periodicamente até o utente ser admitido” (E8).

A sugestão da criação de equipas multidisciplinares também dá origem a um subtema, referem que “Por vezes noto que quem faz as referências das EGA’s dos hospitais ou da RNCCI de internamento, têm enfermeiros de reabilitação e têm uma visão mais abrangente, mais eficaz e mais criteriosa” (E1), sugerem a diversificação das equipas, tanto as equipas referenciadoras, afirmando que “Na minha opinião seria importante na equipa referenciadora ter um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação” (E3), como as ECCI’s, que deveriam incluir enfermeiro generalista para fazer face a uma resposta não especializada. Sugerem também que “Relativamente à reconciliação terapêutica acho que deveríamos ter formas de comunicação ou protocolos, deveria haver protocolos entre os hospitais e os cuidados de saúde primários. Ou então os médicos de família ter um tempo estipulado para acompanhar a equipa ao domicílio ou, em último recurso, ter um médico com horário definido para acompanhar a ECCI” (E11).

O subtema vaga em ECCI, surge da sugestão dos EEER do aumento do número de vagas em ECCI, como solução para o encurtamento das listas e dos tempos de espera, dizendo que “Se calhar o aumento do número de camas em ECCI, que nos permitiria dar uma maior resposta, para deixar de haver esta lista de espera. Não faz sentido os utentes estarem três ou quatro meses à espera de uma vaga” (E6).

Por último e não menos importante, surge um subtema que é formação/informação, os especialistas referem a necessidade de “... haver maior informação e formação de quem referencia, deveriam ter um maior conhecimento de como funciona a rede e qual o papel da equipa da ECCI, a importância do esclarecimento dos cuidadores, dar-lhes as melhores informações sobre o papel da equipa, para que a referência e o acompanhamento do utente decorram da melhor forma possível” (E7).

## 2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo o documento emitido pela OE (2018), verifica-se que a estatística de enfermeiros em território nacional, na distribuição por grupos etários, na distribuição de EE, e na distribuição por setor de atividade (ACeS/ CS), prevalece sempre o sexo feminino em detrimento do sexo masculino. No universo da amostra, que é constituída por 81,3% do total de EEER do ACeS do norte de Portugal onde foi desenvolvido o estudo, 69,2% são do sexo feminino e 30,8% são do sexo masculino. Segundo a OE (2018) existem em Portugal 18682 EE, dos quais 4110 são EEER. No presente estudo, a média de anos de trabalho como enfermeiro é de 20,9 anos e a média de anos como EEER é de 8,2 anos. O universo destes profissionais só integrou as ECCI's em 2006 na sua criação, o que poderá justificar que os participantes tenham menos média de experiência como especialistas do que como generalistas.

A qualidade na saúde é um pressuposto inerente à profissão de enfermagem, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação tem contribuído de forma consistente para a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação. Neste sentido, torna-se pertinente auscultar a perceção dos profissionais que desempenham esta atividade para poder adequar recursos, tornando-os mais apropriados e assertivos.

A assertividade e o ajuste da intervenção dos EEER vão de encontro às necessidades da população na qual estão inseridos, os EE salientam a elevada faixa etária dos doentes referenciados para ECCI, isto vai de encontro com as alterações sociodemográficas à escala mundial, é notório o envelhecimento da população, e Portugal não é exceção, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística ([INE], 2021). Nos Censos de 2021, a população portuguesa na faixa etária entre 25-64 anos de idade é de 5 500 951 pessoas e que na faixa etária de 65 ou mais anos é de 2 424 122, o que demonstra que o número de pessoas idosas tende a aumentar exponencialmente nos próximos anos. Ainda, segundo o exercício de Projeções de População Residente entre 2018-2080 do INE (2020) de acordo com o cenário central de projeção, o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080, resultando o decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa.

Com o envelhecimento da população, antevê-se a exigência de mais e melhores cuidados, aumentando a pressão sobre o SNS, aumentando conseqüentemente os gastos públicos em saúde. Se não houver um controle e uma boa gestão de recursos, pode gerar-se um comprometimento do SNS, tal como é evidenciado nas falas dos EEER. Desta forma, e tal como é salientado no presente estudo, torna-se pertinente que exista uma articulação eficiente e bem definida dos vários níveis de cuidados disponíveis, para que se atinja objetivos que garantam a sustentabilidade do SNS. Estes resultados são corroborados por várias entidades como: o Conselho de Enfermagem (CE) e a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). Segundo o CE (2009), as tipologias de cuidados domiciliários são representativas e permitem a contenção de custos, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da sua eficiência. De acordo com o MS (2009), um dos objetivos estratégicos da UMCCI da RNCCI é a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida. As equipas de resposta domiciliária revelam-se, desta forma, numa solução com menor custo efetivo do que as tipologias de internamento, podendo ser usada como resposta às necessidades que se aproximam com o envelhecimento da população. De acordo com o OPSS (2015) esta solução torna-se também impulsionadora de princípios como a integração do doente no seu processo de transição na sociedade e no seu círculo familiar. As ECCI's tornaram-se num recurso mais económico, que deveriam ter respostas mais rápidas e acessíveis, mas atualmente encontram-se subutilizadas (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2015), tal como salientam os EEER no presente estudo.

Na perceção dos EEER, no que se refere à missão e objetivos da ECCI, é evidenciada a importância e pertinência desta resposta social, sobressaindo a necessidade de entendimento e interiorização do seu papel neste contexto. Tal como salienta o Artigo 27.º do Decreto-Lei nº101/2006 do Ministério da Saúde (2006), ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, à pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que pela sua condição, não podem deslocar-se de forma autónoma. No presente estudo, os EEER, têm bem ciente a sua missão

perante a comunidade na qual estão inseridos, sendo evidente o seu conhecimento da legislação em vigor. Estes profissionais reconhecem e definem objetivos que vão de encontro às necessidades identificadas no doente/família no seu contexto domiciliário, dando respostas concretas e eficazes, mobilizando os seus saberes em articulação constante com os recursos existentes na comunidade. Estes resultados corroboram a opinião de Hoeman (2011), quando refere que os EEER advogam a pessoa para o máximo de autonomia, independência e participação nos objetivos que promovam qualidade de vida, bem-estar e satisfação. Torna-se evidente, na perspetiva destes profissionais a importância da avaliação eficiente e as referências adequadas às reais necessidades dos doentes, para que o acesso a cuidados de saúde especializados seja assertivo e apropriado. Desta forma, é garantido o justo e adequado acesso aos cuidados de saúde disponíveis, são rentabilizados recursos, e são usados de forma correta e eficiente, tal como salienta o MS (2009).

Estes profissionais evidenciam nas suas falas a importância de uma correta e eficiente avaliação do doente/família, no sentido de delinear uma intervenção assertiva, adequada e eficaz, corroborando os resultados obtidos por Ribeiro, Martins, Tronchin e Forte (2018). Os EE, fazem uma avaliação inicial completa e eficiente, gerando uma mobilização da equipa multidisciplinar e uma articulação dos recursos para dar resposta às reais necessidades do doente/família no seu processo de transição. Realizar uma avaliação da pessoa, no momento da admissão, envolvendo os aspetos pessoais e do dia-a-dia, contribui para a criação de uma relação terapêutica e de conhecimento da pessoa, podendo, desta forma, definir medidas realistas e fazer uma gestão eficiente dos recursos. Estas intervenções são evidenciadas há longa data por vários autores, entre eles Rodrigues (1998) que descreve que, a avaliação inicial serve para documentar a planificação de cuidados do enfermeiro, enriquecendo, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades, sendo que para a efetuar, o enfermeiro terá que realizar uma avaliação da pessoa, mas também uma pesquisa de todos os recursos ao seu dispor incluindo a família.

Desta forma, podemos afirmar que a avaliação correta e eficaz vai promover uma referência eficiente, atempada e ajustada às reais necessidades dos doentes, pois torna-se cada vez mais necessária assegurar o uso eficiente dos recursos, sendo evidente esta necessidade nas falas dos EEER que desempenham funções na ECCI, corroborado por Ribeiro, Martins, Tronchin e Forte (2018). Estes profissionais nos seus discursos apontam a importância da adequação dos critérios no processo de referência, no entanto, salientam

que existem vários constrangimentos neste processo, nomeadamente a falta de potencial de reabilitação do doente, a falta de informação e a falta de trabalho em equipa.

Os EEER descrevem que existe falta de trabalho em equipa, isto é, referem ausência de um trabalho conjunto entre equipas referenciadoras, ECCI e equipe médica, o que dificulta a resolução de situações pontuais, que poderiam ser resolvidas de uma forma mais imediata. Diversos autores (Pereira, Rivera & Artmann, 2013; Scherer, Pires & Jean, 2013), mencionam a importância das ações interdisciplinares no trabalho em equipa, salientam a possibilidade de a prática de um profissional ser enriquecida mediante a prática do outro, resultando numa transformação para ambos, gerando intervenções mais completas na realidade em que estão inseridos. Desta forma resulta a soma dos diferentes saberes e conhecimentos de uma equipe multiprofissional que incidirá sobre os resultados da intervenção no processo saúde/doença, que estão condicionadas ao trabalho em equipe. Esta preocupação foi já evidenciada por Hinojosa et al. (2001), quando referem a importância de se criar uma cultura colaborativa que permita uma genuína cooperação entre os membros de uma equipa, para a satisfação e êxito da intervenção em saúde. Os autores descrevem cinco passos para a criação das equipas que incluem: confiança; o desenvolvimento de crenças e atitudes comuns; o empowring dos membros da equipa; reuniões efetivas para gestão da equipa e por último promover o feedback sobre o funcionamento da mesma. Desta forma, podemos afirmar que devem ser pensadas novas formas de trabalho em saúde e para isso, é necessário investir na comunicação entre os profissionais.

Segundo a DGS, a comunicação eficaz entre “profissionais de saúde trata-se da transmissão de informação entre os profissionais, que se distingue por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (Norma nº 001/2017, 2017, p.4). Segundo os Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* (2010), a comunicação efetiva é o elemento-chave para garantir a segurança do doente, refletindo-se diretamente na qualidade dos cuidados. A comunicação entre profissionais e a coordenação de ações é de extrema importância, pois pode evitar a fragmentação de cuidados, dos quais dependem os resultados em saúde, a efetividade clínica e a satisfação profissional (Evanoff et al, 2005). No estudo de Dingley et al. (2008), esta afirmação é reforçada ao referir que uma comunicação insuficiente e não efetiva entre os elementos da equipa profissional, contribui para a ocorrência de efeitos adversos, cujas falhas poderão resultar em malefícios para o doente, prolongamento do internamento, aumento do consumo de recursos, insatisfação profissional e conduzir a um rápido *turnover* dos profissionais. O

bom funcionamento em equipa multidisciplinar, com base numa comunicação eficaz, aumenta os níveis de motivação e favorece maiores índices de satisfação profissional e bem-estar, contribuindo para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados. Como reforça Fernandes (2013), a comunicação multidisciplinar e interdisciplinar tornou-se nos dias de hoje uma exigência dos serviços de saúde e deve estar presente entre os profissionais que trabalham em instituições e organismos que cooperam em saúde, possibilitando cuidados mais completos, eficazes e centrados nas reais necessidades do doente, evidenciando uma ação dos profissionais mais estimulante e organizada. Esta opinião é corroborada também por Cunha (2017), que garante que a comunicação entre os profissionais de saúde que fazem parte de uma equipa multidisciplinar é de extrema importância, pois assume a responsabilidade de articulação e integração de cuidados adequados às necessidades reais do doente, enfatizando a consciencialização e a formação das equipas referenciadoras para ECCI, facto também evidenciado nas falas dos EEER, no presente estudo. Desta forma, a comunicação torna-se fundamental entre doente/família, mas também entre profissionais, para que haja um entendimento correto e efetivo. A comunicação entre profissionais deve estar bem presente, como corrobora Fernandes (2013), na comunicação interdisciplinar em saúde, em qualquer serviço onde se prestem cuidados de saúde, é exigível que todos os profissionais, das diferentes áreas de atuação, trabalhem como uma equipa multidisciplinar, de forma a satisfazerem um objetivo comum, ou seja, a saúde e bem-estar das pessoas.

Os EE, sugerem a multidisciplinaridade da equipa como um aspeto a melhorar. Sugerem a inclusão de um EEER nos CSP, como elemento responsável pela referenciação de doentes para ECCI, referindo que este estaria mais capacitado para fazer uma avaliação mais efetiva das reais necessidades de cuidados especializados dos doentes, pois possui competência científica, técnica e humana especializadas na sua área. (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Sugerem também a inclusão de enfermeiros generalistas na ECCI, por forma a desempenhar competências na área científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais, libertando os enfermeiros especialistas para a prestação de cuidados especializados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A criação de um horário específico da equipa médica exclusivo para a ECCI, é também uma sugestão dos EE, por forma a dar uma resposta atempada e eficaz aos doentes admitidos, evitando constrangimentos entre equipas. Com a melhoria da comunicação e com a multidisciplinaridade das equipas sugeridas pelos especialistas, poder-se-á atingir uma melhoria significativa na informação, que se irá traduzir em referenciações mais adequadas,



de acordo com a percepção dos EEER que participaram no presente estudo. Severo e Seminotti (2010) corroboram a opinião dos EE que participam no presente estudo, enaltecendo o contributo para as instituições, a equipe multidisciplinar de saúde, que é vista como um elemento facilitador do processo de integralidade da prática do trabalho interprofissional e interdisciplinar proporcionado pelo conjunto de saberes, de conhecimentos e de experiências agregadoras de cada elemento. Como descreve Humphris (2007), a multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, e a multidisciplinaridade refere-se à conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na parceria nos processos de decisão. Este reforço da multidisciplinaridade sugerida pelos profissionais espelhar-se-ia em referências mais completas e adequadas.

Quanto à adequação das referências os enfermeiros especialistas apontam motivos de referência desajustados da realidade, por estes não reproduzirem as reais necessidades dos doentes, resultantes de más avaliações. Estas referências dão origem a descrições pobres e desajustadas, algumas mesmo com a ocultação de informação pertinente, na percepção dos EEER. A falta de informação apontada pelos EE, é corroborada pelo Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (NFRNCCI) através do Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RMRNCCI, 2014), que refere que a informação sobre a RNCCI, os seus objetivos, os recursos existentes e a forma de acesso, estão pouco divulgados na população, nos doentes/famílias, no sistema de saúde, CSH e CSP. Desta forma, torna-se pertinente investir nesta área, melhorando assim, o conhecimento dos profissionais envolvidos no processo de referência, bem como de informar à população dos recursos disponíveis.

Estes profissionais apontam também a reavaliação periódica do doente, bem como da sua referência como essencial, por forma a manter a pertinência da referência enquanto aguardam vaga em ECCI. A falta de atualização de avaliações de doentes e das suas referências enquanto aguardam admissão na ECCI, também leva a referências inadequadas e desajustadas às reais necessidades dos doentes, na medida em que durante o processo de espera há variações do estado de saúde. Quando existem falhas na referência, resultantes de informação incompleta ou más avaliações, poderá ocorrer falta de compreensão por parte do doente/família relativamente à sua situação. Estas situações são geradoras de ansiedade e desinteresse, que podem resultar em não adesão aos tratamentos e até mesmo conflitos com profissionais de saúde. Segundo Osterberg e Blaschke (2005), a

relação entre o doente e os profissionais de saúde, que envolve aspetos como a confiança que o doente deposita no profissional de saúde, no tratamento e nos cuidados de saúde em geral é cada vez mais valorizada como determinante da adesão terapêutica.

Relativamente à referenciação para ECCI, torna-se num processo mais complexo, pois é feita por vários profissionais de diferentes níveis de atuação e intervenção, (CSH, RNCCI e CSP), quer pela sua multidisciplinaridade, quer pelo seu desconhecimento dos recursos disponibilizados pela rede. Tudo isto interfere na capacidade de identificação e de articulação dos diferentes níveis de cuidados (MS, 2009), subutilizando os recursos existentes.

No decorrer do reconhecimento das suas competências como EEER e na sua aplicabilidade no desempenho das suas funções torna-se evidente nas falas destes profissionais o sentimento de insatisfação, pois os seus saberes não são devidamente rentabilizados. O enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. EE é o enfermeiro habilitado e reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (REPE, 2015).

Os EEER através dos seus discursos demonstram conhecer na integra todas as suas competências específicas enquanto enfermeiros especialistas. Estes referem que as suas competências específicas poderiam ser mais exploradas e rentabilizadas, caso a maioria dos doentes referenciados tivessem necessidades de cuidados especializados. Estes profissionais reconhecem que todos os doentes referenciados necessitam de cuidados de enfermagem, mas que nem todos necessitam de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, resultados estes apoiados pelo NFRNCCI através do RMRNCCI (2018), 32% (33% em 2017) dos doentes são referenciados por motivo “Tratamento de Feridas / úlceras de pressão”. No presente estudo os EEER salientam que este motivo é, na verdade, aquele que preenche muitas das vagas em ECCI, e que na grande maioria dos casos os doentes não possuem outros critérios, nomeadamente aqueles que dizem respeito exclusivamente ao conteúdo funcional, enquanto EEER. Estes profissionais evidenciam nos seus discursos que, na sua maioria, os doentes têm múltiplas úlceras, com grande complexidade, são dependentes e com várias consequências da imobilidade já instaladas, pelo que, na grande maioria dos casos não possuem potencial de reabilitação. Desta forma, as vagas existentes

em ECCI tornam-se cada vez mais inacessíveis a doentes com potencial de reabilitação. Referem que tratamento de feridas/úlceras de pressão são cuidados básicos de enfermagem e que deveriam ser assegurados pelos enfermeiros de família ou por enfermeiros de cuidados gerais que complementam a ECCI, libertando os EEER para prestarem cuidados a doentes que beneficiariam com os seus cuidados especializados.

Apontam também o reduzido número de vagas em ECCI, o que leva a um aumento significativo do tempo de espera dos doentes para serem admitidos. Segundo o OPSS (2011), e que vai de encontro com o que salientam os profissionais, os processos de referenciação deverão ser melhorados, devendo também ser aumentadas as taxas de ocupação das tipologias das ECCI. Os resultados do presente estudo são corroborados pelo NFRNCCI através do RMRNCCI (2015), o qual preconiza as seguintes recomendações: aumento dos cuidados prestados em contexto domiciliário e em ambulatório, monitorização da melhoria contínua da qualidade nas ECCI; informação mais transparente e detalhada sobre o número de lugares disponíveis para evitar assimetrias regionais; informação sobre os recursos humanos e sobre a adequação das equipas existentes nas ECCI's e implementação de auditorias externas para identificar oportunidades e ações de melhoria a nível local e regional. Um dos motivos apontados pelo OPSS (2018), para a redução do número de lugares domiciliários, tem sido a falta de recursos humanos existente nestas equipas. Os EEER apontam o número de vagas em ECCI reduzido, e o tempo de espera muito longos, o que é corroborado pelo NFRNCCI através do RMRNCCI (2018), que refere que a tipologia para onde foram referenciados mais doentes a nível nacional foi ECCI, com 29,2% (27,1% em 2017). Isto demonstra que a ECCI se torna numa resposta de cuidados de saúde e numa resposta social cada vez mais procurada pela comunidade, no entanto, esta necessidade encontra-se desajustada das reais possibilidades destas equipas, tal com salientam os EEER nos seus discursos. Os profissionais referem que um dos motivos que leva ao aumento do tempo de espera, são as referenciações desadequadas, com doentes sem potencial de reabilitação, bem como a ocupação de vagas por doentes sem necessidade de cuidados especializados como supracitado. O aumento das taxas de ocupação das ECCI, segundo o OPSS (2015), prende-se com a carência de recursos humanos, em Portugal o número médio de médicos e enfermeiros/1000 habitantes é inferior às médias da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Os profissionais sugerem, o aumento do número de vagas existentes em ECCI como resposta efetiva à comunidade, pois verifica-se que a oferta é inferior à procura, verificando-se grandes listas de espera, bem como o

aumento do tempo de espera para ser admitido. Segundo o NFRNCCI através do RMRNCCI (2019), aguardam vaga em ECCI na região norte 182 doentes, com uma percentagem de 72,5% de doentes em espera. Tudo isto é corroborado pela Direção Geral da Saúde (DGS), na medida em que esta defende a melhoria da coordenação entre os serviços de saúde, os serviços sociais e o aumento do número de doentes cuidados em contexto domiciliário e ambulatório (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2021).

Os EEER, apontam critérios de referenciação muito abrangentes, que consequentemente dão origem a más referenciações. Evidenciam a necessidade de se fazer uma revisão dos critérios de referenciação, por forma a serem uniformizados e a serem usados de forma transversal. Sugerem a priorização de doentes pela necessidade de uma intervenção mais imediata de cuidados especializados. Para tal, seria necessário estipular critérios objetivos e bem definidos de priorização de utentes para a admissão nas ECCI's, salientando sempre a importância do envolvimento de gestores e decisores em saúde no futuro planeamento e desenvolvimento da RNCCI (OPSS, 2018). Seria de extrema importância o desenvolvimento de investigação na área de priorização de utentes referenciados para ECCI, por forma a dar uma resposta mais justa/efetiva. Esta sugestão é reforçada por Costa (2010), que salienta que é necessário conhecer os principais constrangimentos a nível dos processos de sinalização e referenciação e torná-los mais eficientes, para melhorar a articulação e integração entre níveis de cuidados. A integração e articulação de cuidados só serão alcançáveis com a adesão dos profissionais, com formação dos profissionais que participam nos processos de sinalização e referenciação, com monitorização da melhoria contínua da qualidade nas ECCI; informação mais detalhada sobre os recursos disponíveis para evitar assimetrias entre as equipas; maior acuidade dos critérios de referenciação e implementação de auditorias externas e proceder ao acompanhamento (consultas follow-up) para identificar oportunidades e ações de melhoria a nível local e regional (Costa, 2010).

Um dos motivos de referenciação apontado pelos enfermeiros especialistas como um critério usado de forma menos criteriosa é a reabilitação. Este é apontado pelos EEER como um motivo de referenciação usado de forma aleatória, sem que haja uma correta avaliação do doente por forma a perceber o seu potencial de reabilitação. Os participantes do presente estudo, reconhecem que os doentes referenciados pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) hospitalares, aplicam os critérios de referenciação de uma forma mais ajustada às necessidades e potencial de reabilitação do doente, comparativamente às equipas

referenciadoras dos CSP. Em meio hospitalar, quem faz a avaliação e referência de doentes para a RNCCI é a EGA, que incluem EEER, este poderá ser o motivo das referências feitas pelo meio hospitalar serem mais assertivas e adequadas, sobretudo, no que concerne ao potencial de reabilitação. Isto vai de encontro com a importância da inclusão de profissionais especializados nas equipas referenciadoras, tendo como objetivo alcançar uma melhor adequação dos cuidados às reais necessidades dos doentes. Com a multidisciplinaridade das equipas, gera-se uma triangulação de dados clínicos e de conhecimentos especializados, que visam a melhor avaliação, adequação e integração dos cuidados. Como afirma Neves (2012) é necessário diluir o conhecimento das diferentes disciplinas num todo de relações que podem contribuir para compreender a complexidade do ser humano que necessita de cuidados. Referem também que doentes com potencial de reabilitação, que beneficiariam com a sua intervenção imediata não chegam a integrar a equipa ou porque não são referenciados, ou pela demora no tempo de espera para serem admitidos e acabam por ser canalizados para outras áreas. Alguns destes profissionais referem mesmo desmotivação, apontam que muitas vezes, são referenciados para reabilitação motora doentes sem insight cognitivo, tornando o trabalho árduo e muitas vezes inglório para o EEER, pois envolver este doente no processo de reabilitação para obtenção de ganhos é inatingível o que se torna frustrante.

Segundo a MS (2009), deveria existir uma articulação entre a RNCCI e os CSH/CSP para garantir referências mais adequadas e para conseguir articular cuidados em tempo útil. Para que a funcionalidade das referências seja eficiente e eficaz, torna-se necessário que os profissionais envolvidos nos processos de referência avaliem corretamente os doentes para que o seu motivo de referência incida efetivamente nas suas reais necessidades. Também é importante que utilizem assertivamente os critérios definidos pela RNCCI e que saibam efetivamente qual é o trabalho desenvolvido pela ECCI, por forma a utilizar os recursos disponíveis de forma assertiva e eficaz.

Com a melhoria de todas estas vertentes, poder-se-á aumentar a conformidade das referências, ajustando os cuidados às reais necessidades dos doentes.

A falta de informação/formação é apontada por todos os EEER que participaram no estudo. Estes nas suas falas evidenciam a falta de conhecimentos dos doentes/famílias aquando da proposta de referência, levando à desinformação do motivo de referência e do trabalho que é desenvolvido pela ECCI. Esta falta de informação/formação leva a um constrangimento enfrentado diariamente pelos EEER, que têm que gerir expectativas que são

criadas à priori, que poderiam ser evitadas se os doentes e famílias fossem devidamente informados sobre os objetivos e missão da ECCI, bem como dos motivos pelos quais foram referenciados. Segundo Espanha, Ávila e Mendes (2016) a literacia em saúde influencia a decisão de um indivíduo relativamente à sua saúde ou daqueles que lhe são próximos, afetando a qualidade de vida e podendo resultar num aumento de despesas médicas. Em Portugal, cinco em cada 10 indivíduos tem baixos níveis de literacia em saúde (Arriaga et al., 2019-2021). Estes autores, consideram que a literacia em saúde envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e pôr em prática as informações em saúde, tomando decisões sobre os cuidados de saúde de forma informada (Arriaga et al., 2019-2021).

A formação foi apontada como fundamental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente/família. Uma constante atualização de conhecimentos permite uma prestação de cuidados mais adequados e atualizados. Estes profissionais, sugerem a criação de auditorias que monitorizem as referências de forma efetiva, junto de equipas referenciadoras, ECCI's e doentes/família. Segundo Lobo (2020), a auditoria da qualidade, representa o controlo processual que visa assegurar aos participantes do processo, a garantia da qualidade da utilização adequadamente dos procedimentos necessários. O Instituto Português da Qualidade (Instituto Português da Qualidade [IPQ], 2015) define que os elementos essenciais de uma auditoria abrangem a determinação da correspondência de um objeto de acordo com um procedimento que é realizado por pessoas que não têm compromentimentos relativamente ao objeto que está a ser auditado. Sugerem formações obrigatórias a todos os profissionais sobre a RNCCI e ECCI, sugerem o reforço de formação às equipas referenciadoras e sugerem uma melhoria da comunicação entre EGA, CSP e ECCI. A OE acrescenta ainda neste âmbito que, uma prática baseada na evidência é fundamental para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como, para o aperfeiçoamento dos resultados de enfermagem (OE, 2006). Neves e Sousa Domingues (2009) reforça que os conhecimentos e as competências adquiridas com a formação, capacitam os trabalhadores para o desempenho das suas tarefas que exercem, assumindo responsabilidades, melhorando o desempenho e contribuindo para a melhoria do desempenho das equipas e da organização.

No desenvolvimento deste trabalho de investigação tornou-se evidente a escassez de estudos nacionais desenvolvidos sobre a temática em estudo, o que dificultou a comparação e discussão dos resultados. Assim, esta constituiu a principal limitação do presente estudo.

Com a realização desta investigação, não se pretende, que os resultados sejam generalizados ou representativos de outros ACeS ou de outros profissionais que vivenciem diferentes realidades. Porém, podem daqui emergir situações transversais a outros ACeS do país, originando fenómenos semelhantes.





## 2.6. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, podemos concluir que os dados atingiram a sua saturação, tendo em conta o universo de EEER do ACeS que participaram no estudo. Podemos concluir também que a maioria dos participantes são do género feminino. Atendendo à média de anos de trabalho, podemos dizer que possuem uma vasta experiência profissional, quer com enfermeiros, quer como EE.

Os EEER que integram as UCC's e que prestam cuidados nas ECCI's, assumem um papel preponderante junto dos doentes/famílias no seu contexto domiciliário, tornando-se no seu apoio profissional, emocional e social no regresso à vida real. Estes profissionais especializados, conhecem a missão da ECCI como resposta no âmbito dos cuidados de saúde no seu contexto social e reconhecem e definem objetivos que vão de encontro às necessidades identificadas no doente/família no seu contexto domiciliário, dando respostas concretas e eficazes, mobilizando os seus saberes em articulação com os recursos existentes na comunidade. Estes profissionais relevam a promoção da autonomia do doente, a capacitação do cuidador e as estratégias adaptativas do contexto, como ferramentas essenciais no processo de reabilitação. Contudo estes profissionais, não reconhecem a necessidade de cuidados especializados a todos os doentes que são admitidos na equipa.

Este estudo, pretende conhecer as vivências e o significado atribuído pelos EEER de um ACeS do Norte de Portugal, relativamente à referenciação de doentes admitidos na ECCI, identificando os constrangimentos que vivenciam diariamente. Estes profissionais identificam como constrangimentos: referenciações inadequadas, falta de informação, falta de trabalho em equipa e potencial de reabilitação.

Os enfermeiros especialistas evidenciam nos seus discursos que a maioria das referenciações são feitas sem que haja uma avaliação adequada dos doentes, para que seja feita uma descrição correta e apropriada que possa gerar uma referenciação adequada, eficiente e enquadrada com as reais necessidades dos doentes. Esta inadequada avaliação, dá origem a referenciações desadequadas e desajustadas, criando expectativas irrealistas aos doentes e família.

Apontam também, a falta de informação importante aquando da descrição do doente, tal como: uma descrição pormenorizada da condição física e cognitiva do doente, os dispositivos, as feridas, a força muscular, entre outros. Torna-se unânime na perceção destes profissionais a necessidade de serem realizadas reavaliações dos doentes que se encontram

a aguardar vaga, no sentido, de serem ajustados os seus critérios de referência às reais necessidades dos doentes. No sentido de perceber as desadequadas avaliações dos doentes bem como o uso desajustado dos critérios de referência, seria pertinente desenvolver estudos de investigação nesta área, que permitissem fazer uma correspondência de parâmetros obrigatórios de avaliação nos doentes com os critérios de referência definidos.

A falta de trabalho em equipa na perspetiva destes profissionais é evidenciada, pois consideram que deveria haver uma relação mais participativa entre equipas referenciadora e ECCI, e também dentro da ECCI deveria existir uma comunicação mais próxima e mais participativa com a equipe médica. Esta falta de trabalho em equipa não contribui de forma positiva para se gerarem referências adequadas, pois é geradora de falta de comunicação, o que interfere na transmissão de informação e na partilha de conhecimento.

O potencial de reabilitação apontado como constrangimento prende-se com as inadequadas avaliações dos doentes e com a falta de comunicação entre equipas, originando assim referências inadequadas e desajustadas das reais necessidades e potencialidades dos doentes.

Quanto ao reconhecimento de necessidades de cuidados especializado aos doentes referenciados para ECCI torna-se evidente, que a totalidade dos EEER reconhece necessidades de cuidados de enfermagem, mas não de cuidados especializados. Estes profissionais salientam que doentes com necessidades de cuidados especializados, como: pós AVC mais imediato, cinesiterapia respiratória, pós-operatório ortopédico, patologia respiratória como pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crónica, asma ou doenças degenerativas na sua fase inicial, entre outras, não chegam a ser referenciados. Afirmam também que recebem muitas referências para desempenharem funções que poderiam ser asseguradas pelos enfermeiros de cuidados gerais, como tratamento de feridas e capacitação do cuidador em cuidados de enfermagem básicos, como posicionamentos, cuidados de higiene e alimentação entérica. As vagas ocupadas com doentes com cuidados de enfermagem básicas, são vagas que ficam indisponíveis para doentes que necessitam de cuidados de enfermagem especializados. Desta forma, gera-se um subaproveitamento do recurso, não rentabilizando uma mais-valia disponível para a sociedade que são os conhecimentos especializados e trabalho desenvolvido pelos EEER.

Os EEER reconhecem a importância da sua missão perante a sociedade e têm como objetivo inerente à sua profissão dispor dos seus conhecimentos, quer enquanto enfermeiro,

quer enquanto enfermeiro especialista em prol do benefício do doente/família no seu domicílio. Desta forma, para que esteja disponível e para que seja utilizada esta valência de uma forma mais rentável e assertiva, fazem a sugestão de algumas melhorias, tais como: revisão dos critérios de referência; criação de equipas multidisciplinares; aumento de vagas em ECCI, estabelecimento de priorização de doentes, reavaliação e formação.

Apontam que os critérios de referência, são muito abrangentes, que foram criados numa fase inicial de conceção destas equipas e que se torna evidente a necessidade de serem revistos. Na perspetiva destes profissionais, desta revisão deve resultar uma uniformização de critérios, tornando-os transversais, deve também emergir uma forma adequada de priorizar doentes de acordo com as necessidades de cuidados especializados.

Sugerem a criação de uma equipa multidisciplinar, diversificando as equipas das ECCI's e dos CSP. Os EEER pretendem com isto, atingir a multidisciplinaridade das equipas em várias vertentes, incluindo: enfermeiro generalista nas ECCI's; incluindo clínicos com horário específico para a ECCI, no sentido de fazerem um acompanhamento mais ativo e atempado dos doentes admitidos, bem como de melhorar a comunicação; sugerem também a inclusão de EEER nas equipas referenciadoras dos CSP, no sentido de serem feitas avaliações mais corretas e efetivas, originando referências mais descritivas e mais adequadas. A multidisciplinaridade da equipa, iria exigir uma comunicação mais eficaz entre profissionais, adequando recursos às necessidades do doente/família usando-os de forma mais eficiente.

Para dar resposta às necessidades da população sugerem o aumento do número de vagas em ECCI, como solução para o encurtamento das listas e do tempo de espera, podendo desta forma, dar uma resposta mais rápida e eficaz.

Por último, e de extrema importância, sugerem a formação/informação como ponto fundamental para que todo este ciclo inicie uma mudança. Indicam a formação/informação das equipas referenciadoras como fulcral para que se gere um uso correto e eficiente dos recursos, com origem em referências eficientes e adequadas. A formação/informação de equipas referenciadoras, também origina doentes e famílias mais informadas relativamente ao trabalho desenvolvido pelas ECCI's, dando origem a expectativas mais realistas e mais controladas. Estes profissionais reforçam no seu discurso que, equipas referenciadoras bem formadas, geram referências mais adequadas e pertinentes, tornando o uso de recursos mais eficiente e eficaz.

Ao longo do desenvolvimento deste estudo de investigação, ressalta-se que não foram encontrados estudos nacionais desenvolvidos na mesma área possíveis de serem comparados, mas foram encontrados alguns estudos que abordam pontos em comum. Esta escassez de investigação na área, tornou-se numa limitação no momento de análise e discussão dos resultados.

O presente estudo realça várias reflexões críticas sobre a investigação, sobre a melhoria contínua da qualidade e sobre a prática de cuidados de enfermagem. Todos estes termos são transversais, pois caminham juntos ao longo da história. A investigação é fundamental para a obtenção de novos conhecimentos e para o desenvolvimento científico, caminhando no sentido de atingir a qualidade em saúde. Os EEER pautam-se pela prestação de cuidados que sejam acessíveis e justos, tendo em consideração os recursos disponíveis, usando-os de forma adequada e que atinjam a satisfação do doente. A prática de cuidados de enfermagem especializada, distingue-se pelo conhecimento, pela formação e pela experiência que lhe permite prestar cuidados adequados e assertivos. Neste sentido, a realização deste estudo é de extrema importância, pois permitiu desenvolver investigação numa área pouco explorada, percecionando as vivências dos EEER quanto à referenciação de doentes para ECCI, identificando os constrangimentos que surgem de forma recorrente, demonstrando assim que este recurso não está a ser usado de forma eficiente e eficaz. Estes resultados poderão ser divulgados pela Comunidade Científica, no sentido de percecionar se serão transversais a outras realidades. Com estes resultados, poderão ser usadas as sugestões de melhoria dos constrangimentos apontados por estes profissionais para obtenção da melhoria contínua da qualidade, atingindo assim a excelência na prestação de cuidados de enfermagem.

Pela pertinência deste estudo, pretende-se o envio para conhecimento dos resultados à Comissão de Ética da ARS Norte, ao Presidente do Conselho Clínico bem como ao Diretor Executivo do ACeS. Será realizada e disponibilizada a programação de uma formação, com a apresentação dos resultados, para as diferentes equipas do ACeS onde foi aplicado o estudo e que ficará ao dispor das UCC's, para partilha de conhecimento. Será também proposto a publicação de um artigo científico com a divulgação dos resultados.

### **3. CAPÍTULO – CONCLUSÃO DO PERCURSO FORMATIVO**



## CONCLUSÕES

O processo formativo em contexto de EC, acrescenta sempre momentos de aprendizagem e de desenvolvimento de competências nas mais variadas vertentes da enfermagem de reabilitação. O contexto comunitário, é sempre muito enriquecedor, pela sua diversidade nas mais variadas dimensões: ambiental, familiar, social e económico. A conjugação de todas estas vertentes, torna-se desafiantes, na medida em que, estimula a criatividade, obrigando a estudante a sair da sua zona de conforto, originando desafios diários. O EC permitiu que aprofundasse conhecimentos e que desenvolvesse mais destreza com a mobilização de recursos na comunidade e com a avaliação das condições habitacionais. Permitiu também o desenvolvimento de uma postura de liderança e de elo de ligação com a equipa multidisciplinar. Ao longo deste percurso formativo, a estudante desenvolveu autonomia e responsabilidade profissional, mobilizando conhecimentos, atualizando-os, tornando-se assertiva nas tomadas de decisão e na gestão de liderança.

Com o aumento da esperança média de vida, com o envelhecimento da população e consequentemente o aumento da procura de cuidados de saúde e sociais, torna-se de extrema importância o correto e adequado uso de recursos de acordo como as reais necessidades dos doentes. Ter a oportunidade de desenvolver o projeto de investigação em contexto de EC na área que mais despertava interesse á estudante, foi uma mais-valia para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. A temática de investigação desenvolvida, confirma a sua relevância para a eficiência no uso de recursos, demonstrando-se como uma resposta sustentável do SNS e potenciadora de ganhos em saúde. Apresenta-se como uma temática inovadora, no sentido, em que não existe muita investigação desenvolvida na área, mas também pertinente, pois pôde verificar que é uma problemática partilhada pelos EEER que participaram no estudo.

A referenciação de doentes tendo em consideração o correto uso de recursos, adequados aos níveis de cuidados torna-se elementar, pois adequa os cuidados às reais necessidades dos doentes, investindo no seu potencial de reabilitação. Desta forma, promove-se a participação e exercício da cidadania, maximizando a funcionalidade do doente bem como o envolvimento e responsabilização da família.

Foi desenvolvida uma formação que demonstra os resultados do estudo de investigação realizado, com o objetivo de partilha de informação/formação às equipas referenciadoras. Como objetivo pessoal, pretende-se também fazer a divulgação dos dados, publicando-os e tornando-os acessíveis a toda a comunidade científica.

Neste EC, surgiu oportunidade de desenvolver o estágio de forma regular, adaptado as horas de estágio definidas semanalmente com o contexto profissional e a vida familiar.

No decorrer do percurso formativo salienta-se de menos positivo a interrupção abrupta no processo formativo pela situação pandémica, tornando-se demasiado longa, salienta-se também a mudança de exigências feitas no ciclo de estudos pela OE, incluindo um estágio de natureza profissional com carga horária de 390h, alterando regras no decorrer do curso de mestrado. Estas situações exigiram readaptações sucessiva com exigências suplementares para que conseguisse conduzir a vida pessoal, profissional e formativa.

Por fim, concluo que, os objetivos estabelecidos pela escola para este percurso formativo, com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER, foram desenvolvidos e atingidos na sua plenitude. Foi também um caminho de superação, de desenvolvimento pessoal e profissional, regulado pelos princípios orientadores do exercício profissional e por uma prática baseada na evidência.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Aaker, D. A.; Kumar, V. & Day, G. S. (2004). *Pesquisa de marketing*. Atlas
- Administração Regional de Saúde do Norte (2014). *Manual de Procedimentos - Para implementação e desenvolvimento da ECCI*. [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Manual%20Procedimentos%20ECCI/Manual\\_Proced\\_Implement\\_De\\_senvol\\_ECCI\\_Jun2014.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Manual%20Procedimentos%20ECCI/Manual_Proced_Implement_De_senvol_ECCI_Jun2014.pdf)
- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. (1ª ed.) Universidade Aberta. ISBN: 978-989-97582-1-6
- Alves, A. M. S., Graça, L. C., Delgado M. A., Cerqueira, M. M., Sá, J. M. (2013). *Orientações para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos*. <https://pt.scribd.com/document/360459232/Orientacoes-Para-a-Elaboracao-e-Apresentacao-de-Trabalhos-Cientificos>
- Amaral, A. (2015). *Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/28468>
- Amaral, M., Moreira, M. & Ribeiro, D. (1996). O papel do supervisor no desenvolvimento do professor reflexivo: estratégias de supervisão. In, Alarcão, I. (Org.), *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto Editora;
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>
- Araújo, N. M. F. (2008). *Ações Autónomas de Enfermagem: Ganhos em saúde*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa] <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/680/1/TESE.pdf>

Arriaga, M. T., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2019-2021).

*Plano de ação para a literacia em saúde*. Ministério da Saúde.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Azevedo, P., Gomes, B., Pereira, J., Carvalho, F., Ferreira, S., Pires, A. & Macedo, J.

(2019). Dependência funcional na alta dos cuidados intensivos: relevância para a enfermagem de reabilitação. *Enfermagem Referência*, volume IV (20), p. 37-45.

[https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832019000100005?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832019000100005](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000100005?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000100005)

Balsanelli, A. P.; Cunha, I. C. K. O. & Whitaker, I. Y. (2009). Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com o perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. *Rev Lat Am Enferm*, vol. 17(1).

<https://www.scielo.br/j/ape/a/XxbVBF7s8qxtMXdzjChhGhC/?format=pdf&lang=pt>

Baptista, C. & Sousa, M. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios, segundo Bolonha*. (4ª ed.). Pactor.

Batista, M. P. P.; Almeida, M. H. M. & Lancman, S. (2011). Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, vol. 22 (3).

<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46383/50140>

Bouso, R.S.; Poles, K. & Cruz, D.A.L.M. (2014). Conceitos e Teorias na Enfermagem. *Rev Esc Enferm*, vol. 48(1).

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/BpDkhRpD4mz5mw39sm6bQkJ/?format=pdf&lang=pt>

- Braga, R. (2016). *Reeducação da Deglutição*. In Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Orgs.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (1ª ed.). Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4
- Caires, S. & Almeida, L. (2000). Os estágios na formação dos estudantes do ensino superior: tópicos para um debate em aberto. *Revista Portuguesa de Educação*, vol.13 (2), p. 219-241.  
[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=3083&id\\_revista=24&id\\_edicao=173](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3083&id_revista=24&id_edicao=173)
- Caires, S. & Coimbra, J.L. (2011). Do ensino superior para o trabalho: Contribuir dos trabalhos para a colocação profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, vol.12(1).  
[https://www.researchgate.net/publication/37650563\\_Do\\_ensino\\_superior\\_para\\_o\\_trabalho\\_Contributo\\_dos\\_estagios\\_para\\_insercao\\_profissional](https://www.researchgate.net/publication/37650563_Do_ensino_superior_para_o_trabalho_Contributo_dos_estagios_para_insercao_profissional)
- Cardim, J. (2005). *Formação Profissional: Problemas e Políticas*. ISCSP-UTL
- Carinhas, M. J. A. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à Pessoa com alteração da Mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN - 978-989-8444-24-0.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)
- Carvalho, R., Gomes, I., Dinis, R., Mesquita, C. & Mestrinho, M. G. (2007). *Parceria e Cuidado de Enfermagem: uma questão de cidadania*. Formasau. ISBN: 978-972-8485-86-3
- Coelho, S.& Mendes, I. (2011). Da Pesquisa à Prática De Enfermagem Aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Reflexão*, vol. 15(4), p. 845 – 850  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/xkwqGfDtDZ4ZRRSHm9ttKmp/?format=pdf&lang=pt>

- Coelho, S.& Mendes, I. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Reflexão*, vol.15(4). <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>
- Coelho, S.M.S. & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Reflexão*.  
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>
- Combinato, D. S.; Vecchia, M.D.; Lopes, E.G.; Manoel, R.A.; Marino, H.D.; Oliveira A.C.S.& Silva K.F. (2010). “Grupos de conversa”: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade* 22(3), 558-568.  
<https://www.scielo.br/j/psoc/a/tTTNDtQP3HbcwvQMHHknzrB/abstract/?lang=pt>
- Comissão Europeia. (2014). *Communication from the commission: on effective, accessible and resilient health systems*. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a1a5bb20-be49-11e3-86f9-01aa75ed71a1/language-en>
- Conselho de Enfermagem. (2009). *Referencial do Enfermeiro*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCC%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2011). *CIPE/ICNP versão beta 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.  
<http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). (2018). *Integridade na Investigação Científica*.  
<https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/IntegridadeCNECV2018.pdf>

- Cunha, A. (2017). *Constrangimentos no processo de sinalização e referenciação às Equipas de Cuidados Continuados Integrados no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa].  
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/22905/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Andreia%20Maria%20Cunha.pdf>
- Declaração de Helsínquia. (2008). <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2008.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Diário da República: I série, n.º 205.  
<https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104/98 (1998). Diário da República: I série, n.º 93.  
<https://files.dre.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>
- Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006). Diário da República: I série, n.º 109.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 163/2006. (2006). Diário da República: I série, n.º 152.  
<https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2006/08/15200/56705689.pdf>
- Decreto-Lei n.º 396/2007. (2007). Diário da República: I série, n.º 251.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/396-2007-628017>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Diário da República: I série, n.º 38.  
<https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Decreto-Lei n.º 93/2009. (2009). Diário da República: I série, n.º 74.  
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2009/04/16/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 50/2017. (2017). Diário da República: I série, n.º 24.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/50-2017-106388650>

- Denzin, N.K. & Lincoln, Y. S. (2008). *The Sage handbook of qualitative research*. (4th ed.). Sage Publication.
- Despacho n.º 10143/2009. (2009). Diário da República: II série, n.º 74.  
<https://files.dre.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015. (2015). Diário da República: II série, n.º 102.  
<https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 5739/2015. (2015). Diário da República: II série, n.º104.  
<https://files.dre.pt/2s/2015/05/104000000/1387813879.pdf>
- Dingley, C., Daugherty, K., Dering, M. K., & Persing, R. (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches. Performance and tools*. vol. 3.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/?report=reader>
- Direção Geral Da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2015-2020*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral Da Saúde. (2010). *Plano Nacional De Saúde 2011-2016 – Cuidados De Saúde Hospitalares*. <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSH2.pdf>
- Direção Geral Da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.  
[http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_versaoresumo\\_mai20133.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_mai20133.pdf)
- Direção Geral Da Saúde. (2020). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Duarte, S.F.C. (2010) *Continuidade em Cuidados Domiciliários: o papel do Enfermeiro*.  
[Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]  
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3816>



- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*. [https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers\\_direitos-e-deveres.pdf](https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf)
- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. (2016). *Relatório Síntese “Literacia em Saúde em Portugal”*. [Centro de Investigação e Estudos de Sociologia/IUL da Fundação Calouste Gulbenkian]. <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal/>
- Evanoff, B.; Potter, P.; Wolf, L.; Grayson, D.; Dunagan, C. & Boxerman, S. (2005). *Can we talk? Priorities for patient care differed among health care providers*. In: Henriksen K. [et al.] (Orgs.), *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Research Findings. Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol1/Evanoff.pdf>
- Fernandes, A.F.F. (2013). *Dificuldades sentidas pelas equipas dos Cuidados de Saúde Primários, na referência de utentes para a RNCCI*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Bragança]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9931>
- Fernandes, U., & Soares, N. V. (2013). Modelos de liderança adotados por enfermeiros de um hospital do Rio Grande do Sul. *Journal of Nursing and Health*, vol. 2(1). <file:///C:/Users/Filipa/Downloads/3452-7641-1-PB.pdf>
- Fialho, F., Cónim, R. & Reis, S. (2004). Análise de Conteúdo: uma técnica protagonista na abordagem em Enfermagem. *Revista Servir*, vol. 52(6), p. 284-290.
- Fialho, J., Saragoça, J. & Silva, C. (2013). *Diagnóstico Social - Teorias Metodologias Casos Práticos*. (1ª ed.). Sílabo. ISBN: 978-972-618-917-6
- Fortin, M., Cotê, J. & Fillion, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. ISBN 9789898075185

- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. (3ªed.). Instituto Piaget.
- Fricke, J. (2010). *Activities of Daily Living*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- George, J. B. [et al.]. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. (4ª ed.) Artmed. <https://pt.slideshare.net/nayarakalline1/teorias-de-enfermagem-os-fundamentos-prtica-profissional-julia-b-george>
- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Fim de Século. ISBN: 9789727542734
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press. ISBN: 0820701742 9780820701745
- Giorgi, A. (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 8. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20797222.2008.11433956>
- Giorgi, A. (2008). Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. (p. 386-409. *Vozes*
- Giorgi, A. (2014). *An affirmation of the phenomenological psychological descriptive method: A response to Rennie*. *Psychological Methods*. <http://dx.doi.org/10.1037/met0000015>
- Gonçalves, S., Gonçalves, J. & Marques, C. G. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa*. Pactor. ISBN 978-989-693-114-8
- Hermans, G., & Van den Berghe, G. (2015). Clinical Review: Intensive care unit acquired weakness. *Critical Care*, 19(274). Doi:10.1186/s13054-015-0993-7

- Hicks, C. M. (2000). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: Conceção de Projetos de Aplicação e Análise*. (3ª ed.). Lusociência. ISBN: 972-8930-19-4
- Hinojosa, J.; Bedell, G.; Bucholz, E.; Charles, J.; Shigaki I. & Bicchieri, S. (2001). *Team collaboration: a case study of an early intervention*. *Qualitat. Health Res.* DOI: 10.1177/1049732011291190552001. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11221116/>
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação, prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed.). Lusodidacta. ISBN: 9789898075314  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018\\_acumulado\\_dadosestatisticos\\_nacional.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf)
- Humphris, D. (2007). *Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: a way forward?*. *Contemporary Nurse*, DOI: 10.5172/conu.2007.26.1.48  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2007.26.1.48>
- Ibita, S. (2008). International Bobath Instructors Training Association. <https://ibita.org/>
- Instituto Nacional De Estatística (2020). *Projeções de População Residente*  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUEst\\_dest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUEst_dest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional De Estatística (2021). *Censos de 2021*.  
[https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt)
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2021). *Guia informativo do IPVC*.  
[https://www.ipvc.pt/ese/wp-content/uploads/sites/4/2021/03/APA7th\\_Guia\\_BibliotecasIPVC.pdf](https://www.ipvc.pt/ese/wp-content/uploads/sites/4/2021/03/APA7th_Guia_BibliotecasIPVC.pdf)
- Instituto Português Da Qualidade (2015). *Norma Portuguesa EN ISO 9000:2015, Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário*.

- Johnstone, M. (1987). *Reabilitação do hemiplégico adulto*. [Seminário de atuação segundo o método de Margareth Johnstone]. Alcoitão
- Joint Commission (JC). (2010). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais*. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. ISBN 978-85-61459-07-9. <http://www.jointcommission.org/>
- Lei nº 11-A/2013. (2013), Diário da República nº 19, Série I de 28/01/2013. <https://files.dre.pt/1s/2013/01/01901/0000200147.pdf>
- Lei n.º 156/2015. (2015), Diário da República nº 181, Série I de 16/09/2015. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lobo, R. N. (2020). *Gestão da Qualidade*. (2ª ed.). Érica. ISBN: 9788536532608. [https://books.google.com.br/books?hl=ptPT&lr=&id=S8y8DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=lobo,+2019&ots=BRm\\_u9X6th&sig=FSmzHTvNA57gzf8fLvTUNxZUm8Y#v=onepage&q=lobo%2C%202019&f=false;](https://books.google.com.br/books?hl=ptPT&lr=&id=S8y8DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=lobo,+2019&ots=BRm_u9X6th&sig=FSmzHTvNA57gzf8fLvTUNxZUm8Y#v=onepage&q=lobo%2C%202019&f=false;)
- Lundsgaard, J. (2005). *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment, and fiscal sustainability?* OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264012639-en>
- Malhotra, N. (2001). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. (3.ed.). Bookman
- Mattar, F. N. (2001). *Pesquisa de marketing*. (3.ed.). Atlas
- Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6
- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência. ISBN: 978-972-8930-78-3

- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14 ed.). Hucitec
- Ministério da Saúde. (2009). *Unidade De Missão Para Os Cuidados Continuados Integrados: Modelo de Referência de Utentes*. [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Directiva\\_Tecnica\\_3\\_UMCCI\\_2009\\_Modelo\\_Referenciacao\\_Doem.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Directiva_Tecnica_3_UMCCI_2009_Modelo_Referenciacao_Doem.pdf)
- Neves, A. P., & Souza Domingues, M. J. C. (2009). *Desempenho dos estudantes das instituições públicas e privadas no ENADE: um estudo no estado de Roraima* [Simpósio]. Simpósio De Excelência Em Gestão E Tecnologia. [https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos09/237\\_237\\_segetAlberiorevisado.pdf](https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos09/237_237_segetAlberiorevisado.pdf)
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Referência*, Volume 3 (8), p. 125-134. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239967014.pdf>
- Norma nº 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (2017). Diário da República nº 19, Série I, de .08/02/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2013). *Relatório De Monitorização Da Rede Nacional De Cuidados Continuados* <https://ptdocz.com/doc/335176/relat%C3%B3rio-implementa%C3%A7%C3%A3o-e-monitoriza%C3%A7%C3%A3o-da-rncci>
- Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2014). *Relatório De Monitorização Da Rede Nacional De Cuidados Continuados*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-Anual-da-RNCCI-2014.pdf>

- Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2015).  
*Relatório De Monitorização Da Rede Nacional De Cuidados Continuados*  
<https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatorio-de-monitorizacao-anual-de-2015.pdf>
- Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2017).  
*Relatório De Monitorização Da Rede Nacional De Cuidados Continuados*  
<https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-2017.pdf>
- Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2018).  
*Relatório De Monitorização Da Rede Nacional De Cuidados Continuados.*  
[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI\\_2018.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_2018.pdf)
- Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2019).  
*Relatório De Monitorização Da Rede Nacional De Cuidados Continuados*  
[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio\\_-\\_Monitorizacao\\_RNCCI-2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_-_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *10/30 Anos: Razões Para Continuar*  
- *Relatório de Primavera 2009*. Mar da Palavra. ISBN 9789728910426.  
[https://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp\\_2009.pdf](https://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2009.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011) *Relatório de Primavera - Da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde.*  
[https://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp\\_2011.pdf](https://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2011.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Relatório de Primavera - Crise & Saúde Um país em sofrimento.*

<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7263/1/RelatorioPrimavera2012.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Relatório de Primavera - Acesso aos cuidados de saúde – Um direito em risco?*

[https://www.uc.pt/org/ceisuc/Research/Health\\_Systems/OPSS/RP/rp\\_2015](https://www.uc.pt/org/ceisuc/Research/Health_Systems/OPSS/RP/rp_2015)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018) *Relatório de Primavera*. Escola Nacional de Saúde Pública. <https://www.ensp.unl.pt/relatorio-primavera-2018-disponivel-para-download/>

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Referencial do enfermeiro*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. ISBN: 978-989-8444-24-0.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Normas para o Cálculo de Dotações Seguras Dos Cuidados de Enfermagem*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesse](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesse)

[guras dos cuidados de enfermagem ag 30 05 2014 aprovado por maioria pr  
oteg.pdf](#)

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro\\_cj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Estatística de Enfermeiros*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018\\_acumulado\\_dadosestatisticos\\_nacional.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf)

Organização Para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2005). *Panorama da*

*Saúde: Indicadores da OCDE*. [https://www.oecd-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264012639-sum-)

[ilibrary.org/docserver/9789264012639-sum-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264012639-sum-)

[pt.pdf?expires=1653992143&id=id&accname=guest&checksum=2AE31969EC5E9A4BAA35B1A0AAC0A234](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264012639-sum-)

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England journal*

*of medicine*, vol.353(5), p. 487–497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>

Pereira, R. C. A., Rivera, F. J. U. & Artmann, E. (2013). The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 17 (45), p. 327-340.

<https://www.scielo.br/j/icse/a/Ft6bq9kVPDcKvcPtR9THjYD/?format=pdf&lang=pt>



- Pina, J.C. (2013). *A pessoa com depressão após Acidente Vascular Cerebral*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde].  
<http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6157>
- Portaria n.º 50/2017 do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2017). Diário da República n.º 24, Série I de 02/02/2017.  
<https://files.dre.pt/1s/2017/02/02400/0060800629.pdf>
- Projeto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Cuidados na Comunidade Sol Invictus (2017)  
<file:///F:/3%C2%BA%20semestre/Projeto%20Mestrado/ECCI%20Sol%20Invictus%202017.pdf>
- Quivy, R.; Marquet J. & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª ed). Gradiva. ISBN: 9789896169299
- Raine, S. (2006). *Defining the Bobath concept using the Delphi technique*.  
<https://doi.org/10.1002/pri.35>
- Regulamento n.º 125/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República n.º 35, Série II de 18/02/2011. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/125-2011-3477014>
- Regulamento n.º 168/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República n.º 47, Série II de 08/03/2011.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20168-2011\\_IndividualizacaoEspecialidades.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20168-2011_IndividualizacaoEspecialidades.pdf)
- Regulamento n.º101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República n.º 48, Série II de 10/03/2015. <https://files.dre.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf>
- Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República n.º 79, Série II de 23/04/2015. <https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>

Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República n.º 119, Série II de 22/06/2015.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 26,

Série II de 06/02/2019. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 85,

Série II de 03/05/2019.

[https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2019/Maio/Regul\\_392\\_2019.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2019/Maio/Regul_392_2019.pdf)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010. (2010). Diário da República: I série, n.º

94. <https://files.dre.pt/1s/2010/05/09400/0165601656.pdf>

Ribeiro, O.; Martins, M.; Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses Sobre os Conceitos. *Texto Contexto Enfermagem*, vol. 27(2).

<https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Ricardo, R.M.P. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde].

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7680/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20ganhos%20em%20sa%C3%BAde%20utilizando%20o%20%C3%8Dndice%20de%20Barthel.pdf>

Rocha, S. & Almeida, M. C. (2000). O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.

8(6), p. 96-101. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000600014>

- Rodrigues, C., Sousa, J., Alves, A., Gomes, A. T. & Silva, C. (2005). *Desafios do Movimento da Qualidade ao Sistema e às Organizações que Promovem o Emprego e a Empregabilidade das Pessoas com Deficiência*. [Projeto “GESQUAL do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. IEFPP].  
<http://www.crrpg.pt/investigacao/Documents/colecao/desafios-movimento-030706.pdf>
- Rodrigues, M. A. (1998). Das fontes de informação ao discurso científico. (1ª ed.).  
*Referência*. [file:///C:/Users/Filipa/Downloads/ref\\_0-41a48.pdf](file:///C:/Users/Filipa/Downloads/ref_0-41a48.pdf)
- Ruiz Olabuenaga, J. I. (1996). *Metodologia de la investigación cualitativa*. (5ª ed.).  
Deusto. ISBN: 978-84-9830-673-6  
<https://books.google.es/books?id=WdaAt6ogAykC&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Ryan, G., Toohey, S. & Hughes, C. (1996). The purpose, value, and structure of the practicum in higher education: a literature review. *Higher Education*, vol. 31, pp. 355-377. <https://doi.org/10.1007/BF00128437>
- Sampaio, F.A.A.; Aquino, P. S.; Araújo, T. L. & Galvão, M. T. G. (2008). Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. *Acta Paul Enferm*, vol. 21(1).  
<https://www.scielo.br/j/ape/a/jHgqvZr3JRZgrJDw3nLnqNm/?format=pdf&lang=pt>
- Santos, D.I.F.A. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente* [Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta de Lisboa].  
<http://hdl.handle.net/10400.2/732>

- Scherer, M. D. A.; Pires, D. E. P. & Jean, R. (2013). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18 (11), p. 3.203-3.212. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. (2ª ed.). Lidel, ISBN: 978-972-757-717-0
- Severo, S. B.; Seminotti, N. (2010). Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*.  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/3X3NgmHJhZ7RynW6dKw8TNd/?lang=pt>
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*, II série (6), p.91-108. <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Siqueira, M. M. M. (2002). *Medidas do comportamento organizacional*. [Estudos de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo].  
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/MmZMYgkntBK7dDxyxmWv/?format=pdf&lang=pt>
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Sousa, M. S. (2004). *Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice*. (1ª ed.). Âmbar. ISBN 972-43-0861-8
- Streubert, H. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. (5.ª ed.). Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-34-5
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2007). *Consolidated criteria for reporting qualitative research*. vol.19(6). <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2021/03/VERSA%CC%83O-FINAL-COREQ.pdf>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2022). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados*

*Integrados*. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)

Velloso, I. & Tizzoni, J. (2020). Critérios e Estratégias de Qualidade e Rigor na Pesquisa Qualitativa. *Ciencia y Enfermeria*. DOI: 10.29393/CE26-22CEIS20022.  
<https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-28.pdf>

Vieira, D., Caires, S. & Coimbra, J. (2011). Do ensino superior para o trabalho: contributo dos estágios para a inserção profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, vol.12 (1), pp. 29-36.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-33902011000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902011000100005)

Vilelas, L. (2020). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. 3(ed.). Sílabo

Wehbe, G. & Galvão, M. C. (2005). Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência. *Rev Bras Enferm*, vol. 58(1).  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/bNrKyqvVHk8DjFWbQm8RvjF/abstract/?lang=pt>



**ANEXOS**





ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO ACES



## PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Projeto / Estudo n.º \_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Receção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo: Susana Flor Oliveira Neto

Contacto telefónico: 914583725

E-Mail: sus\_flor@hotmail.com

Qualificação Académica: Licenciada em Enfermagem

Funções que desempenha: Enfermeira

Instituição: Hospital Senhora da Oliveira EPE – Serviço de Urgência

Designação do Estudo: Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um ACES Quanto aos Critérios de Referenciação

Área científica em que se enquadra o estudo: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): 10/10/2021 a 31/03/2022

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Estudo Fenomenológico – análise qualitativa.

O principal objetivo da análise de conteúdo consiste na transformação de todo o material recolhido e consequentemente a disposição dessa informação em categorias analíticas determinadas à priori ou à posteriori.

A análise dos dados será realizada após a transcrição das entrevistas, de acordo com o método de Giorgi:

- 1) obter sentido do todo: leitura repetida das transcrições com o objetivo de obter uma ideia geral da perceção descrita;
- 2) discriminação das unidades de significado: as entrevistas transcritas serão lidas de forma demorada, e quando identificada uma mudança de significado nas transcrições, estes serão evidenciados, como aspetos relevantes do fenómeno sob investigação.



**Método de recolha dados (anexar instrumento recolha):**

**Instrumento de colheita de dados do estudo:**

"Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Quanto aos Critérios de Referenciação"

**Questões de Contexto:**

- Género;
- Tempo de exercício profissional como enfermeiro especialista;
- Tempo de serviço numa ECCI. (compreendido nos intervalos: 0-5 anos; 6-10; mais de 11 anos)

**Guião da entrevista:**

- Na sua opinião, qual é a principal missão e objetivos dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação da ECCI?
- Face à experiência como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na comunidade, como vivência na sua prática clínica a referenciação de utentes para ECCI?
- Na sua opinião, identifica necessidades de cuidados especializados a todos os utentes admitidos na ECCI?
- Quais os constrangimentos que identifica com maior frequência?
- Na sua opinião, quais são as soluções que encontra para fazer face a esses constrangimentos?

**Descrição do que consiste a colaboração do ACES:**

Para a realização do estudo deverá ser solicitado um parecer da Comissão de Ética do ACES no qual me encontro a desenvolver o estágio de natureza profissional e onde me é exigido realizar um projeto de investigação. A colaboração pretendida é o parecer favorável para que possa desenvolver o respetivo trabalho, podendo assim aplicar as entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que desempenham funções no ACES.

Todo este estudo terá como princípio a Declaração de Helsínquia, relativamente às entrevistas a realizar, pretende-se acautelar todos os princípios éticos inerentes a este



#### OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

**Objetivo Geral:**

Descrever o significado atribuído pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação de um ACES relativamente aos critérios de referenciação dos utentes admitidos na ECCI.

**Objetivos específicos**

- a) Conhecer os critérios de referenciação/sinalização de utentes para a ECCI de um Aces situado a Norte de Portugal;
- b) Conhecer a perceção que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um ACES situado a Norte de Portugal têm relativamente às necessidades de cuidados especializados dos utentes admitidos na ECCI;
- c) Identificar soluções de melhoria para os constrangimentos identificados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um ACES situado a Norte de Portugal.

**Metodologia:**

O método que melhor se adequa ao projeto será uma pesquisa exploratória descritiva, com recurso a uma entrevista semiestruturada para colheita, análise e interpretação de dados à luz da ética profissional.

A orientação metodológica utilizada será a análise fenomenológica de Giorgi, cujo objetivo orienta-se na procura do significado da ação humana por meio da sua análise e compreensão.

**População alvo:**

A amostra do presente estudo é uma amostra por conveniência. A escolha deste método deve-se acima de tudo à facilidade na obtenção dos dados. A amostra são os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que trabalham na ECCI de um ACES situado a Norte de Portugal

**Crítérios de inclusão:**

São critério de inclusão todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que trabalham numa ECCI de um ACES situado a Norte de Portugal e que aceitem participar no estudo.



3) transformação da linguagem comum das unidades de significado em linguagem científica: as unidades de significado serão reescritas em linguagem adaptada para o fenómeno em estudo, mantendo-se fiéis aos significados referido pelos participantes. Essa variação permitirá estruturar e sintetizar as unidades de significado transformando-as numa estrutura descritiva da experiência vivida pelos participantes. Durante o projeto será assegurada a proteção dos direitos e liberdade dos enfermeiros que participam nas entrevistas. Serão garantidos os seus direitos, tais como a proteção dos dados, o anonimato e a confidencialidade.

**Palavras – chave:** RNCCI; Critérios de Referência; EEER; Sentimentos; ECCI

**Co-Investigador(es)** (quando aplicável)

**Nome(s) Completo(s):**

#### OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

(Exemplo: Orientador)

**Nome(s) Completo(s):** Professora Dra. Andreia Maria Novo Lima

##### Declaração do orientador

Eu, Andreia Maria Novo Lima, orientadora da unidade do Mestrado em Têcnicas de Reabilitação, Susana Flor Oliveira Novo, declaro ter conhecimento do conteúdo do projeto de investigação aqui apresentado à Comissão de Ética da ARS Norte com o título "Perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação de um ACES quanto aos critérios de referência", e concordo com os procedimentos propostos para a sua realização.

Mais declaro que me comprometo a orientar e supervisionar a unidade de modo que todos os procedimentos ético-legais sejam respeitados.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 12 de novembro de 2021

**Instituição:** Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo



tipo de estudo. Não deve constar qualquer elemento identificativo ou identificável dos respetivos enfermeiros que aceitem participar do estudo.

A aplicação deste estudo não acarreta qualquer despesa à ARS Norte, ao ACES Alto Ave nem aos participantes do estudo.

#### Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS.

Data: 19/11/2021

Assinatura: *Suzanne Flor Oliveira Netto*

Projeto / Estudo n.º \_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Receção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável

Não Favorável

Data:

PRESENTE DO CONSELHO CLÍNICO

Assinaturas:

ACES DO ALTO AVE

*António Almeida Miguel Costa*

DIRETOR EXECUTIVO

Nada a opor à sua realização,

*Dr. José Novais de Carvalho*

Dr. José Novais de Carvalho  
Diretor Executivo  
ACES DO ALTO AVE





ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA ARS NORTE



COMUNICAÇÃO   
  INFORMAÇÃO   
  PARECER   
 DATA: 2022-03-16   
 REFERÊNCIA: CE/2022/45

PARA .....: CONSELHO DIRETIVO

DE .....: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ..: PI 20220007 - Perceção dos Enfermeiros Especialistas em  
 Enfermagem de Reabilitação de um ACES Quanto aos Critérios de  
 Referenciação

EXARADO NA ATA Nº 2022\_13  
REUNIÃO DE 2022-03-24

**DELIBERADO AUTORIZAR**  
2022-03-24

Carlos Nunes  
Presidente do CD

*Maria Clara Castro*

Maria Clara Castro  
Vice Presidente do CD

Paula Duarte  
Vogal do CD

**A - Apresentação do pedido de apreciação**

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (CES da ARSN) recebeu no dia 28 de Janeiro de 2022, o estudo sobre a : "**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DE UM ACES QUANTO AOS CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO**" da autoria de Susana Flor Oliveira Neto, (Enfermeira, Centro Hospitalar Alto Ave, EPE.), no âmbito do VI curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana sobre a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Maria Eduarda Magalhães, contando com a orientação pedagógica da Professora Andreia Lima. O pedido de parecer foi instruído com os documentos obrigatórios para a sua submissão.

**B - Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas**

Com o presente estudo pretende-se conhecer os critérios de referenciação/inativação de uterías para a ECCI; conhecer a perceção que os Enfermeiros têm relativamente às necessidades de cuidados especializados dos uterías admitidos e encontrar soluções de melhoria para os constrangimentos identificados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação do ACES. Trata-se de pesquisa exploratória descritiva, com recurso a uma entrevista semiestruturada através da análise fenomenológica de Giorgi, sendo a população em estudo os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que reacionam as referenciações na ECCI do ACES do Alto Ave, sendo a amostra do presente estudo uma amostra por conveniência. O instrumento de recolha de informação foi construído em duas partes: na parte inicial, foi feito um questionário para caracterização sociodemográfica dos participantes bem como o seu percurso profissional, e na segunda parte foi feito um guião de entrevista semiestruturada com questões abertas que visam o relato da experiência profissional que o estudo pretende abordar. Será feita uma gravação de áudio da entrevista. O Ficheiro será guardado numa pasta segura com código de segurança. As entrevistas serão transcritas e a sua gravação será apagada de imediato, as transcrições serão guardadas numa pasta em computador privado com palavra-passe e serão destruídas após a conclusão do trabalho de investigação. O contato com os participantes será realizado previamente, com a colaboração dos enfermeiros coordenadores das ECCI's onde trabalham os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Para a realização da entrevista aos profissionais, será solicitado o preenchimento de um consentimento informado, após terem sido explicados os objetivos do projeto em questão. Deste consentimento consta a declaração por escrito da decisão voluntária de participação e autorização de

gravação, inclui também a possibilidade de recusarem a sua participação e/ ou desistirem em qualquer momento das entrevistas ou a possibilidade de não responderem a alguma das questões colocadas durante a entrevista.

#### **C - Conclusão**

Reconhecendo a relevância do estudo e considerando que o mesmo satisfaz os requisitos de confidencialidade dos direitos dos potenciais participantes, a Comissão de Ética para a Saúde da ARSN deliberou nesta data, dar parecer favorável à realização do estudo. Os investigadores devem comunicar os resultados, assim que o estudo esteja concluído.

Porto, 8 de Março, 2022



Maria José Ferreira Santos  
Presidente da Comissão de Ética

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE I – CRONOGRAMA





<b>Outubro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Início do Ensino Clínico;</li> <li>- Integração na UCC Sol Invictus;</li> <li>- Interiorização do trabalho desenvolvido na equipa;</li> <li>- Levantamento de necessidades;</li> </ul>
<b>Novembro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa e desenvolvimento da fundamentação teórica do trabalho de investigação;</li> <li>- Ajuste do tema de investigação bem como dos objetivos definidos para o projeto;</li> </ul>
<b>Dezembro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração da entrevista de acordo com os objetivos;</li> <li>- Realização e solicitação do respetivo pedido de autorização ao Diretor Executivo e Presidente do Conselho Clínico do ACES, para desenvolver o trabalho de investigação;</li> </ul>
<b>Janeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização e solicitação do respetivo pedido de autorização á comissão de ética da ARS Norte, para aplicação das entrevistas e respetiva colheita de dados;</li> <li>- Inicio da elaboração do respetivo relatório de estágio;</li> </ul>
<b>Fevereiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento do relatório de estágio;</li> <li>- Continuação do desenvolvimento do trabalho de pesquisa e de fundamentação teórica;</li> </ul>
<b>Março</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aplicação das entrevistas aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação de um Aces do Norte;</li> <li>- Colheita de dados;</li> <li>- Finalização do Ensino Clínico;</li> </ul>
<b>Abril</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise dos resultados;</li> <li>- Finalização do projeto;</li> </ul>
<b>Maiο</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalização do projeto;</li> </ul>
<b>Junho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrega do relatório de estágio e respetivo trabalho de projeto;</li> <li>- Preparação da apresentação e defesa do projeto;</li> <li>- Apresentação do projeto á comunidade científica.</li> </ul>



APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO



## **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

### **de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**Título do estudo:** Perceção Dos Enfermeiros Especialistas Em Enfermagem De Reabilitação De Um Aces Quanto à Referenciação de Doentes.

**Enquadramento:** No âmbito do VI curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, inserido na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional, foi-me proposto desenvolver um projeto de investigação. Este estágio decorrerá na UCC Sol Invitus, sobe a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Maria Eduarda Magalhães, contando com a orientação pedagógica do estágio e do respetivo projeto de investigação da Professora Dra. Andreia Novo Lima.

**Explicação do estudo:** O método que melhor se adequa ao projeto será uma pesquisa exploratória descritiva, com recurso a uma entrevista semiestruturada para colheita, análise e interpretação de dados à luz da ética profissional. A orientação metodológica utilizada será a análise fenomenológica de Giorgi.

A amostra do presente estudo é uma amostra por conveniência, a população em estudo são os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que rececionam as referenciações na ECCI de um Aces do Norte.

Todas as entrevistas, serão realizadas pelo mesmo investigador, serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Estas resultarão apenas de um encontro previamente agendado entre entrevistador/entrevistado, na UCC onde os participantes do estudo desempenham funções. A previsão da duração de cada entrevista será estimada em 30min.

**Condições e financiamento:** A realização deste estudo é de carácter voluntário do investigador. A sua aplicação não acarreta qualquer despesa á ARS Norte, bem como ao Aces Alto Ave e aos participantes do estudo. Apresenta apenas alguma despesa residual inerente á investigação que será assegurada pelo investigador.

A decisão de participar no estudo é de carácter voluntária bem como a respetiva autorização de gravação da entrevista. O participante, tem a possibilidade de recusar a sua participação e/ ou desistir em qualquer momento da entrevista ou a possibilidade de não responderem a alguma das questões colocadas durante a entrevista.

A realização deste estudo, bem como a sua colheita de dados tem parecer favorável do Diretor Executivo e Presidente do Conselho Clínico do ACeS e da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

**Confidencialidade e anonimato:** As entrevistas a realizar aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, pretendem acautelar todos os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo. Não constam qualquer elemento identificativo ou identificável dos respetivos enfermeiros.

Durante o projeto será assegurada a proteção dos direitos e liberdade dos enfermeiros que participam nas entrevistas. Serão garantidos os seus direitos, tais como a proteção dos dados, o anonimato e a confidencialidade.

A gravação da entrevista será apagada após a sua transcrição, estas serão guardadas em computador privado do investigador com palavra passe e posteriormente serão destruídas após a conclusão do trabalho de investigação que tem data limite de entrega em Junho de 2022.

**Investigador:** Enfermeira Susana Flor Oliveira Neto, a desempenhar funções no Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães (Telem.: 914583725; Email: sus\_flor@hotmail.com)

**Assinatura/s:** .....  
.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... /.....  
/.....

APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS





## **Instrumento de Colheita de Dados do Estudo:**

“Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um Aces  
Quanto à Referenciação de Doentes”

Questões de Contexto:

- Género;
- Tempo de exercício profissional como enfermeiro;
- Tempo de exercício profissional como enfermeiro especialista;
- Á quanto tempo trabalha numa ECCI

0-5 anos	6-10 anos	Mais de 11 anos
----------	-----------	-----------------

Guião da entrevista

- Na sua opinião, qual é a principal missão e objetivos dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação da ECCI?
- Face à experiência com Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na comunidade, como vivencia na sua prática clínica a referenciação de doentes para ECCI?
- Na sua opinião, identifica necessidades de cuidados especializados a todos os doentes admitidos na ECCI?
- Quais os constrangimentos que identifica com maior frequência?
- Na sua opinião, quais são as soluções que encontra para fazer face a esses constrangimentos?



## APÊNDICE IV – FOLHETO E PANFLETOS



✓ → **Conselhos**

- → As mudanças de posicionamento devem ser realizadas de 2 em 2 horas;
- → Ter uma alimentação e hidratação adequadas;
- → Manter a pele sempre limpa e seca, mudando ou limpando as zonas sujas com a frequência adequada às necessidades da pessoa;
- → Manter os lençóis esticados, evitando rugas sob o paciente;
- → Palpação: temperatura; pontos de dor; pontos de hipó e hipersensibilidade; rigidez; edemas;

✓ → Para prevenir o SÍNDROME DE IMOBILIZAÇÃO deve:

- → Realizar Mobilização - passivas, ativas assistidas, ativas e resistidas. (3-5x/dia);
- → Posicionamento correto no leito.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO  
Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
Escola Superior de Saúde

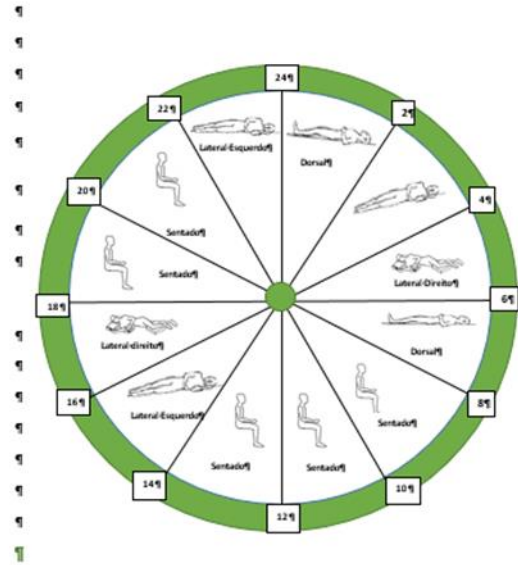


UCC - Universidade da Madeira

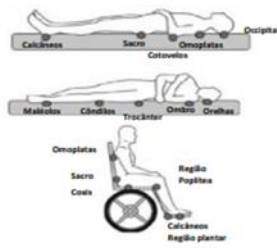
Trabalho Elaborado no Estágio de Natureza Profissional, na UCC, sob a orientação da Especialista em Enfermagem de Reabilitação Eduarda Magalhães, pela aluna do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do IPVC Susana Neto

Janeiro de 2022 - Taipas

## Posicionamentos



### Zonas de Pressão



### ✓ Decúbito Dorsal



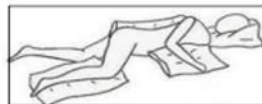
Posicionar o doente no centro da cama, com a coluna vertebral alinhada. A cabeça e ombros apoiados numa almofada baixa. Afastar ligeiramente os membros superiores do tronco com flexão do cotovelo. Aplicar pequenas almofadas por baixo dos joelhos. Colocar pequenas almofadas por baixo da região aquilina deixando os calcanhares livres. Aliviar a roupa junto dos pés;

### Decúbito Lateral Direito



Posicionar a cabeça sobre uma almofada com volume ajustado à altura do corpo. O membro inferior "de cima" com a anca em extensão e joelho fletido a 35°. Membro inferior "de baixo" com a anca e joelho fletidos a 20°. Membro superior "de cima" afastado do tórax. Posicionar o membro superior "de baixo" em ligeira flexão. Verificar o alinhamento corporal, observando-o dos pés da cama.

### ✓ Decúbito lateral Esquerdo



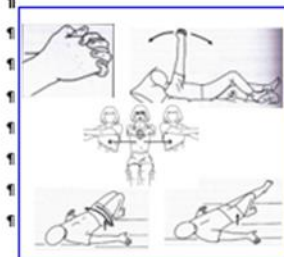
Posicionar a cabeça sobre uma almofada com volume ajustado à altura do corpo. O membro inferior "de cima" com a anca e joelho fletido a 35°. O membro inferior "de baixo" com a anca em extensão e joelho fletidos a 20°. Membro superior "de cima" afastado do tórax. Membro superior "de baixo" com o ombro em rotação neutra.

#### 4- Vestir/ Despir

- O lado afetado é o primeiro a vestir e o último a despir;
- Usar roupa larga e com bastante elasticidade;
- É aconselhável os botões pequenos serem substituídos por maiores;
- Usar sapatos, se possível fechados, que se adaptem bem ao pé e permitam estabilidade.



#### 5- Alguns Exercícios para realizar em casa



- Adaptar o interior da casa com corrimões, rampas, para facilitar a mobilidade do doente;
- Retirar os tapetes dos cômodos e usar sapatos fechados para evitar as quedas.



¶  
¶



INSTITUTO ALAMEDA  
DE FOCO DE CURITIBA  
Centro de gestão de saúde



UCC - Centro de Referência em AVC

Parêntese elaborado no Estágio de Nataveza Profissional, na UCC Sol **UCC** - Taipei, sob orientação da ERE Especialista em Enfermagem de Reabilitação Educativa Magalhães, pela aula do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do IFVC Susana Neto.

Janeiro de 2022 - Taipei

## A Pessoa com AVC, Acidente Vascular Cerebral

### Ensinos ao doente e cuidadores sobre:

#### 1. Posicionamentos

#### 2. Levante

#### 3. Transferências

#### 4. Vestir/ Despir

#### 5. Exercícios



¶  
¶

### 1- POSICIONAMENTOS

#### 1.1- DECÚBITO DORSAL

- A almofada que coloca debaixo da cabeça deve também ficar debaixo dos ombros;
- Apoiar o braço afetado sobre almofadas mantendo-o esticado, ligeiramente afastado do corpo e com a palma da mão virada para cima;
- Coloque uma almofada sobre a anca e a perna do lado afetado.



#### 1.2- DECÚBITO SOBRE O LADO AFETADO

- Manter almofada na cabeça;
- Apoiar o braço afetado sobre o colchão, mantendo a mão aberta com a palma da mão virada para cima; puxe o ombro afetado ligeiramente para a frente;
- Apoiar a perna e o pé sobre almofadas dobrando ligeiramente a anca e o joelho;
- A perna afetada fica apoiada no colchão ligeiramente fletida ao nível dos joelhos.



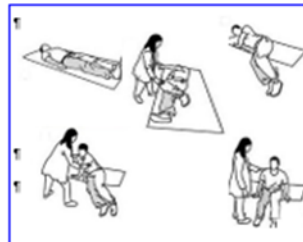
#### 1.3- DECÚBITO SOBRE O LADO SÃO

- Manter a almofada debaixo da cabeça;
- Apoiar o braço afetado sobre almofadas à altura do ombro;
- Apoiar a perna e o pé afetado sobre almofadas dobrando ligeiramente a anca e o joelho.



#### 2- Levante

- O membro inferior não deve ser colocado por baixo do membro afetado e as pernas são arrastadas até se encontrarem fora da cama;
- Rodar o tronco para o lado não afetado (levando o braço afetado sobre o corpo);
- Apoiar-se sobre o braço não afetado com a ajuda do cotovelo e mão de forma a ficar sentado;
- O familiar pode ajudar colocando uma mão no lado não afetado do corpo e dando um impulso no levante.



### 3- TRANSFERÊNCIAS

- Colocar a cadeira junto à cama num ângulo de 30°;
- Retirar o pedal da cadeira do lado junto à cama;
- Travar a cadeira;
- O doente senta-se na cama com os pés assentes no chão;
- O familiar coloca-se de frente para o doente, segurando-o pelas calças ou cintos;
- Trava os joelhos do doente com os seus joelhos.



- Ajuda o doente a levantar-se fazendo pressão com os seus joelhos nos dele e segurando-o pelo cinto/calças até ficar de pé (o doente pode apoiar a mão do lado não afetado na cadeira, para ajudar);
- A familiar/cuidador roda e faz rodar o doente sobre o pé não afetado, sentando-o na cadeira.



## Benefícios da Reabilitação Pulmonar

- Aumento da capacidade pulmonar;
- Diminuição da Dispneia;
- Aumento da capacidade de realizar atividades de vida diária;
- Diminuição do número de internamentos por agravamento respiratório;
- Diminuição do tempo de internamento por patologia respiratória;
- Maior capacidade de enfrentar doenças como DPOC, Pneumonia e SARS-CoV-2.

### Relaxamento:

Fechem os olhos.

Preste atenção à sua respiração. Respire lentamente pelo nariz, tentando encher de ar a barriga (notando como se elevam as mãos) e seguidamente encha o peito de ar. Retenha o ar nos pulmões por uns segundos. Expire lentamente o ar pela boca ou pelo nariz. Faça uma pausa de poucos segundos e volte a realizar o exercício.



### Não esquecer:

- Beber Líquidos;
- Fazer exercício Físico;
- Uma boa Higiene Pulmonar;
- Recorrer à ajuda de um Enfermeiro de Reabilitação sempre que necessitar de atualizar o seu programa de reabilitação respiratória.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

Faculdade de Saúde e Bem-Estar



UCC School of Health Sciences

Trabalho Elaborado no âmbito do Estágio de Naturopatia Profissional, na UCC Sol (Viana do Castelo), sob a orientação da Especialista em Enfermagem de Reabilitação Edaarda Mega Fêres, pela aluna do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do IPVC Susana Neto.

Janeiro de 2022 - Taipas

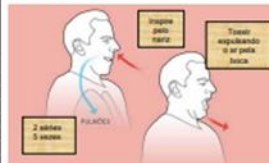
# REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA



## Exercícios Respiratórios no Domicílio

### Higiene Respiratória

#### Tosse assistida

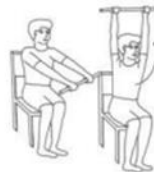


#### Exercícios de Expansão Pulmonar



Deitado de barriga para cima e uma perna fletida, faça a elevação da outra perna e conte até cinco, baixando de seguida, troque a perna e repita. Inspire sempre que eleva a perna e expire quando baixa.

### Exercícios Sentados Reducação Costal Global



Na posição sentado, numa cadeira com os pés apoiados no chão, segurar um bastão, um cabo de vassoura ou uma toalha, com as mãos próximas aos joelhos. Inspire pelo nariz o máximo que puder e eleve o bastão, expire o ar lentamente pela boca enquanto baixa o bastão até à altura dos joelhos.

Este exercício garante que os alvéolos pulmonares da base dos pulmões sejam preenchidos pelo ar.

### Treino de Exercício Muscular



#### Exercício circular

- 1-Posicione-se em pé de frente para uma cadeira;
- 2-Apoie ambas as mãos na cadeira ou parede;
- 3-Suba nas pontas dos pés, realizando o movimento de subir e descer;
- 4-Repita 2 séries de 10 vezes

#### Agachamento

- 1-Sentado numa cadeira, com as pernas paralelas;
- 2-Com os braços esticados, apoie as mãos noutra cadeira;
- 3-De seguida, levante-se segurando na cadeira e torne a sentar;
- 4-Repita 2 séries de 10 vezes



#### Extensão de quadril

- 1-Posicione-se em pé de frente para uma cadeira;
- 2-Apoie uma de suas mãos na cadeira;
- 3-Estenda uma das pernas para trás, tirando o pé do chão.
- 4-Repita 2 séries de 10 vezes

#### Elevação dos membros superiores

- 1-Posicione-se em pé, com as pernas ligeiramente afastadas;
- 2-Com os cotovelos estendidos, segure o bastão em frente ao corpo;
- 3-Eleve o bastão acima da cabeça, de seguida retorne à posição inicial;
- 4-Repita 2 séries de 10 vezes.



Não se esqueça de: inspirar quando se eleva e expirar quando volta à posição inicial.





APÊNDICE V – QUADRO ILUSTRATIVO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DA  
ENTREVISTAS E IDENTIFICAÇÃO DOS TEMAS, SUB TEMAS E UNIDADES DE  
REGISTO



**Quadro 1** – Tabela ilustrativa dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas e identificação dos temas, subtemas e unidades de registo.

Tema1	Subtemas	Unidades de registo
<p><b>Missão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover a autonomia;</li> <li>✓ Capacitar o cuidador;</li> <li>✓ Estratégias de adaptação do contexto.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) “Potenciar e capacitar a autonomia dos utentes...” (E4)</li> <li>2) “Temos também a capacitação do cuidador, que é uma das nossas grandes áreas de trabalho, ...” (E6)</li> <li>3) “Penso que sim, a principal missão é promover a autonomia do utente, capacitar o prestador de cuidados e promover a readaptação do ambiente domiciliário.” (E13).</li> </ol>
Tema 2	Subtemas	Unidades de registo
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) “...utentes que são referenciados pelo hospital ou pelas unidades de internamento da rede são utentes com melhor potencial de reabilitação ...” (E1);</li> <li>2) , “As referências que nos chegam das unidades de saúde família, são referências de utentes com menor potencial de reabilitação...” (E1);</li> <li>3) “... são realidades do dia a dia que vivenciamos que desmotivam a equipa que trabalha em reabilitação, porque penso que podíamos ser aproveitados para trabalhar outro tipo de utentes que teriam maior benefício, utentes que tenham potencial de recuperação e que muitas das vezes não temos acesso.” (E2);</li> <li>4) “Nem sempre está adequada, o motivo está desajustado da realidade que muitas vezes encontramos na primeira avaliação do doente no seu domicílio” (E3);</li> <li>5) “A referência que é feita, nem sempre corresponde aquilo que nós encontramos no domicílio do utente. Muitas vezes nas referências estão escritas umas coisas e nós vamos e encontramos outras. Os critérios de referência, ou os motivos de referência dos utentes muitas vezes não se adequam à situação do utente naquele momento...” (E5);</li> <li>6) “A maior parte das vezes as referências são uma breve abordagem do doente, os diagnósticos médicos e mais nada. Nós a maior parte das vezes não conseguimos ter uma</li> </ol>

<p><b>Constrangimentos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Referenciações Inadequadas;</li> <li>✓ Falta de Informação;</li> <li>✓ Falta de trabalho em equipa;</li> <li>✓ Potencial de Reabilitação.</li> </ul>	<p>visão do doente antes da abordagem (...) outras vezes nem descrevem que o doente tem dispositivos como as algalias, não descrevem o nível de força que o doente tem, feridas que não estão referenciadas.” (E10);</p> <p>7) “Muitas vezes olhamos para umas notas de referênciação que não estão nada atualizadas para o utente que nós temos á nossa frente.” (E13);</p> <p>8) “Outra das coisas que identificamos com frequência é a constante gestão de expectativas que temos que fazer com o utente e família, na sua maioria não sabem o que é uma ECCI, nem sabem o que é que a ECCI lá vai fazer a casa. Portanto eles não são esclarecidos pelas equipas referenciadoras sobre o trabalho que é desenvolvido por esta equipa.” (E2);</p> <p>9) “... os critérios gerais são muito abrangentes e que desta forma, todos os utentes encaminhados acabam por ter critérios válidos...” (E1);</p> <p>10) “as más referenciações, muitas das vezes vamos avaliar um utente e os critérios de referênciação definidos para aquele utente não são ajustados, ou seja, a avaliação que dá origem á referênciação deveriam ser mais recentes e mais pormenorizadas. (...) A avaliação deveria ser mais focada nos objetivos da referênciação, (...) daquele utente, e não ser usados outros motivos que não se adequam para que o doente seja possível de ser admitido. (E4);</p> <p>11) “utentes com idades muito avançadas, com pouco potencial de reabilitação e que nos são referenciados para fazer reforço muscular, e ficamos com a sensação que investimos e que não tivemos retorno, pois a condição da pessoa já não é favorável, ficamos com a sensação de que os motivos da referênciação são pouco realistas.” (E1);</p> <p>12) “... na reconciliação terapêutica, nem sempre temos acesso ao médico, quer seja da parte do hospital, quer seja dos cuidados de saúde primários.” (E11).</p>
--------------------------------	---	--

Tema 3	Subtemas	Unidades de registo
--------	----------	---------------------

<p style="text-align: center;"><b>Necessidade de cuidados especializados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Função dos EEER;</li> <li>✓ Funções não adequadas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) “Nem todos os doentes referenciados necessitam de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, muitas vezes os utentes são referenciados exclusivamente para tratamento de feridas, (...). Capacitar famílias em cuidados básicos, como os cuidados de higiene, que podem muito bem ser feitos pelo enfermeiro de família.” (E3)</li> <li>2) “... o enfermeiro de família ter mais disponibilidade ou maior número de enfermeiros para prestarem cuidados preventivos, cuidados de promoção da saúde que atualmente não existe, os colegas estão mais direcionados para a prestação de cuidados diretos e mostram-se menos disponíveis para acompanharem as famílias e capacitarem-nas.” (E1);</li> <li>3) “Como por exemplo doentes do foro ortopédico ou doentes num pós AVC, que necessitariam de uma intervenção mais imediata, que nós sabemos que quanto mais cedo intervirmos mais ganhos temos, esses doentes não conseguem chegar até nós em tempo útil, muitas vezes já chegam a nós numa fase mais tardia e que já não há muito a recuperar porque os défices já estão instalados.” (E5);</li> <li>4) “... o que acontece é termos vagas ocupadas com tratamentos de feridas que poderias ser perfeitamente assegurado pelo enfermeiro de família e uma cinesioterapia só poderá ser feita por um enfermeiro especialista em reabilitação.” (E5).</li> </ol>
--	--	---

Tema 4	Subtemas	Unidades de registo
<b>Sugestões de melhoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Critérios de referenciação;</li> <li>✓ Equipas multidisciplinares;</li> <li>✓ Diversificação da equipa;</li> <li>✓ Vagas em ECCI;</li> <li>✓ Estabelecimento de prioridades;</li> <li>✓ Reavaliação;</li> <li>✓ Formação/Informação</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) “Aqui seria tentarmos rever estes critérios de referenciação, isto é de 2017 ou 2016 e entretanto não sofreram qualquer atualização e seria importante rever os critérios de referenciação e tentar que sejam mais específicos, para da parte também de quem avalia também pressionar um bocadinho mais o que lá vem, não é, os motivos de referenciação serem mais questionados.” (E13);</li> <li>2) “Este trabalho deveria ser transversal a todas as equipas para uniformizar os critérios de referenciação para que estes sejam mais assertivos e mais adequados a cada utente.” (E5);</li> <li>3) “Também deveria haver uma forma de priorizar utentes pelas suas necessidades, nós sabemos que doentes que necessitam de cinesioterapia, é uma necessidade imediata, e nós deveríamos ter vagas próprias para esse tipo de intervenções.” (E5);</li> <li>4) “As atualizações das referenciações também deveriam ser mais corretas e feitas periodicamente até o utente ser admitido.” (E8);</li> <li>5) “Por vezes noto que quem faz as referenciações das EGA’s dos hospitais ou da RNCCI de internamento, têm enfermeiros de reabilitação e têm uma visão mais abrangente, mais eficaz e mais criteriosa.” (E1);</li> <li>6) “Na minha opinião seria importante na equipa referenciadora ter um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.” (E3);</li> <li>7) “Relativamente á reconciliação terapêutica acho que deveríamos ter formas de comunicação ou protocolos, deveria haver protocolos entre os hospitais e os cuidados de saúde primários. Ou então os médicos de família ter um tempo estipulado para acompanhar a equipa ao domicílio ou em último recurso ter um médico com horário definido para acompanhar a ECCI.” (E 11);</li> <li>8) “Se calhar o aumento do número de camas em ECCI, que nos permitiria dar uma maior resposta, para deixar de haver esta lista de espera. Não faz sentido os utentes estarem 3-4 meses á espera de uma vaga.” (E6);</li> </ol>

		9) “Também haver maior informação e formação de quem referencia, deveriam ter um maior conhecimento de como funciona a rede e qual o papel da equipa da ECCI, a importância do esclarecimento dos cuidadores, dar-lhes as melhores informações sobre o papel da equipa, para que a referenciação e o acompanhamento do utente decorram da melhor forma possível.” (E7).
--	--	---





## APÊNDICE VI – FORMAÇÃO





### FORMAÇÃO INTERNA – PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

Ação de Formação	*Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um ACES Quanto à Referenciação de Doentes*				
------------------	---	--	--	--	--

Data	A-designart	Horários	A-designart	Duração	1h
------	-------------	----------	-------------	---------	----

Destinatários	Enfermeiros e Médicos	Nº Formandos	X
---------------	-----------------------	--------------	---

Entidade responsável da Formação	Aces-Alto-Ave	Local da formação	A-designart
----------------------------------	---------------	-------------------	-------------

Formador(es)	Enf. Susana Flor Oliveira Neto	Nº Horas	1h
	Enf. Esp. Maria Eduarda Magalhães	Nº Horas	1h
		Nº Horas	

Objetivos	<p>Esta formação pretende partilhar os resultados obtidos através do estudo de investigação desenvolvido num ACES do norte de Portugal, relativamente à perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação quanto à referenciação de doentes que rececionam nas ECC's. O interesse deste tema surge da relevância para a eficiência da utilização de recursos, procurando atingir a sua superior competência.</p>
-----------	---

Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expor os resultados e a conclusão obtidos com a realização do estudo de investigação, que são demonstrativos das vivências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um ACES do Norte de Portugal;</li> <li>Dar a conhecer a perceção que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um ACES do Norte de Portugal têm relativamente à referenciação de doentes, bem como às necessidades de cuidados especializados dos doentes admitidos na ECC;</li> <li>Partilhar soluções de melhoria dos constrangimentos referidos pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação de um ACES do Norte de Portugal;</li> </ul>
-----------	---

• -> Criar momentos de reflexão e de debate entre equipas referenciadoras e ECCL, promovendo o trabalho em equipa e a comunicação tendo como foco principal a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a eficiência no uso de recursos.


Metodologia:						
Expositiva	Demonstrativa			Prática simulada		


¶



## Diapositivo 1

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS  
ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO DE UM ACES QUANTO À  
REFERENCIAÇÃO DE DOENTES**

  
Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
Escola Superior de Saúde

  
UCC Sol Invictus

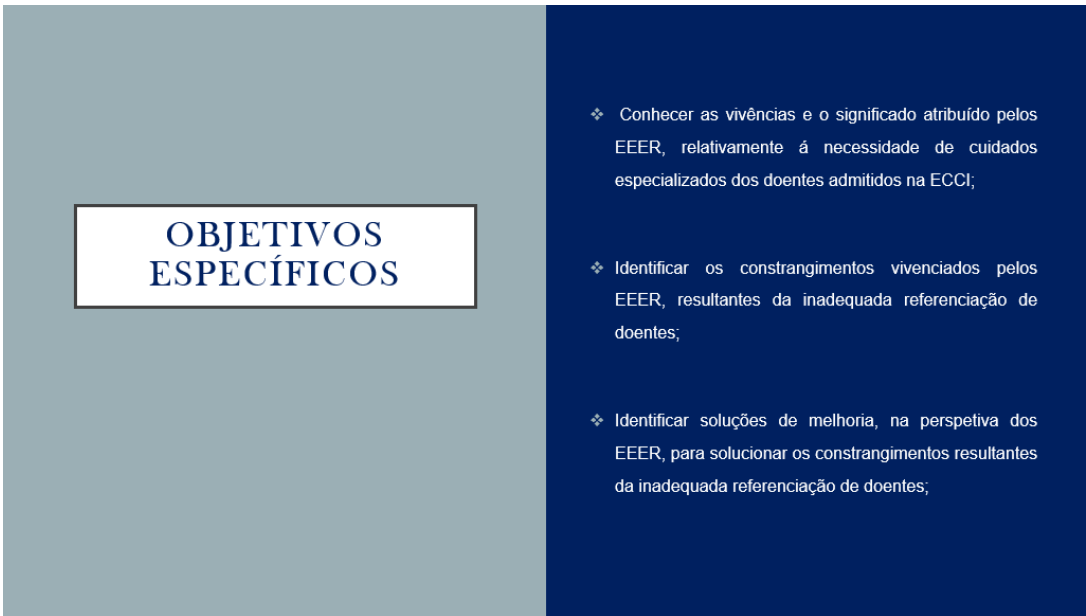
Aluna de Mestrado – Susana Neto

## Diapositivo 2

**OBJETIVO GERAL**

- ❖ Conhecer as vivências e o significado atribuído pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) de um ACES do Norte de Portugal relativamente à Referenciação de Doentes.

### Diapositivo 3

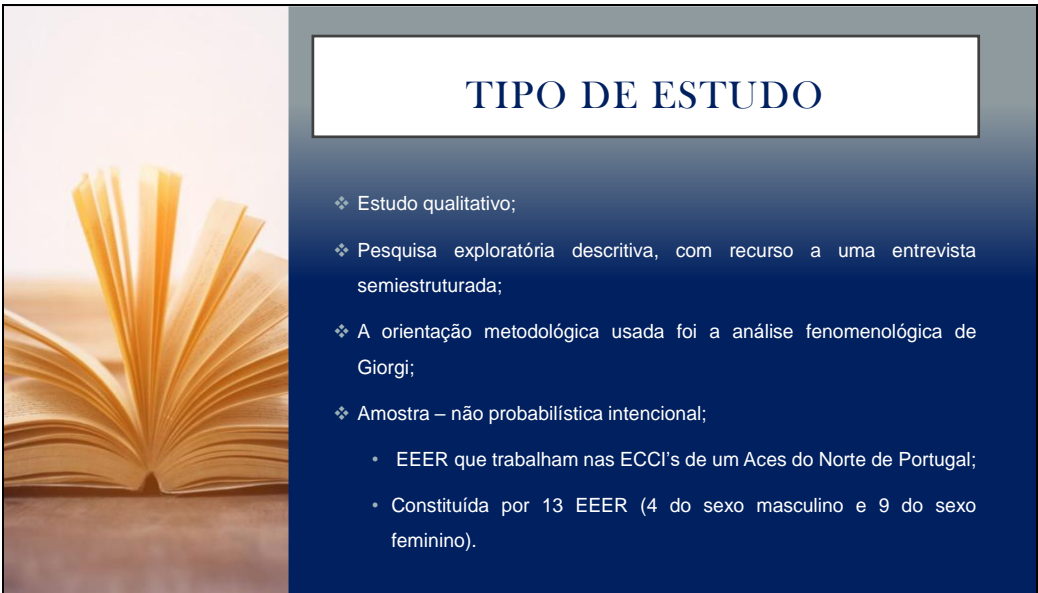


The slide features a light blue background on the left with a white box containing the title "OBJETIVOS ESPECÍFICOS" in dark blue. The right side has a dark blue background with three bullet points in white text.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Conhecer as vivências e o significado atribuído pelos EEER, relativamente à necessidade de cuidados especializados dos doentes admitidos na ECCI;
- ❖ Identificar os constrangimentos vivenciados pelos EEER, resultantes da inadequada referenciação de doentes;
- ❖ Identificar soluções de melhoria, na perspetiva dos EEER, para solucionar os constrangimentos resultantes da inadequada referenciação de doentes;

### Diapositivo 4

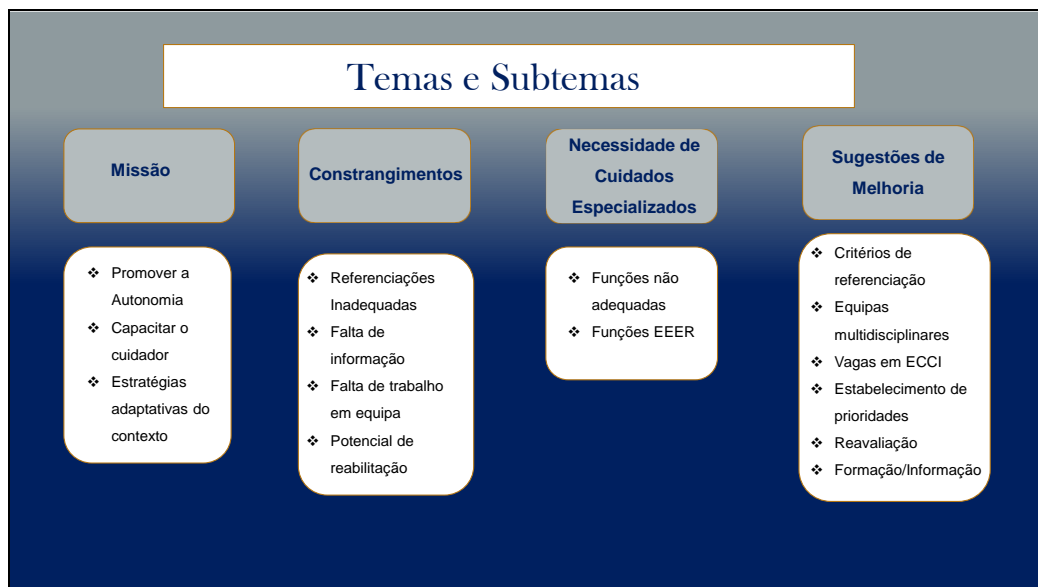


The slide features a light blue background on the right with a white box containing the title "TIPO DE ESTUDO" in dark blue. The left side has a dark blue background with a photograph of an open book with its pages fanned out. Below the title, there are four bullet points in white text.

#### TIPO DE ESTUDO

- ❖ Estudo qualitativo;
- ❖ Pesquisa exploratória descritiva, com recurso a uma entrevista semiestruturada;
- ❖ A orientação metodológica usada foi a análise fenomenológica de Giorgi;
- ❖ Amostra – não probabilística intencional;
  - EEER que trabalham nas ECCI's de um Aces do Norte de Portugal;
  - Constituída por 13 EEER (4 do sexo masculino e 9 do sexo feminino).


## Diapositivo 5



## Diapositivo 6


### MISSÃO

- ❖ "Potenciar e capacitar a autonomia dos utentes..." (E4)
- ❖ "Temos também a capacitação do cuidador, que é uma das nossas grandes áreas de trabalho, ..." (E6)
- ❖ "... a principal missão é promover a autonomia do utente, capacitar o prestador de cuidados e promover a readaptação do ambiente domiciliário." (E13)



## Diapositivo 7

### CONSTRANGIMENTOS



- ❖ "...utentes que são referenciados pelo hospital ou pelas unidades de internamento da rede são utentes com melhor potencial de reabilitação ..." (E1) e "As referenciações que nos chegam das unidades de saúde família, são referenciações de utentes com menor potencial de reabilitação..." (E1)
- ❖ "... são realidades do dia a dia que vivenciamos que desmotivam a equipa que trabalha em reabilitação, porque penso que podíamos ser aproveitados para trabalhar outro tipo de utentes que teriam maior benefício, utentes que tenham potencial de recuperação e que muitas das vezes não temos acesso." (E2).
- ❖ "Nem sempre está adequada, o motivo está desajustado da realidade que muitas vezes encontramos na primeira avaliação do doente no seu domicílio" (E3),

## Diapositivo 8

### NECESSIDADE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

- ❖ "A referenciação que é feita, nem sempre corresponde aquilo que nós encontramos no domicílio do utente. Muitas vezes nas referenciações estão escritas umas coisas e nós vamos e encontramos outras. Os critérios de referenciação, ou os motivos de referenciação dos utentes muitas vezes não se adequam á situação do utente naquele momento..." (E5)
- ❖ " Como por exemplo doentes do foro ortopédico ou doentes num pós AVC, que necessitariam de uma intervenção mais imediata, que nós sabemos que quanto mais cedo intervirmos mais ganhos temos, esses doentes não conseguem chegar até nós em tempo útil, muitas vezes já chegam a nós numa fase mais tardia e que já não há muito a recuperar porque os défices já estão instalados." (E5),



## Diapositivo 9

### NECESSIDADE DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS (CONT.)

- ❖ “Nem todos os doentes referenciados necessitam de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, muitas vezes os utentes são referenciados exclusivamente para tratamento de feridas, (...). Capacitar famílias em cuidados básicos, como os cuidados de higiene, que podem muito bem ser feitos pelo enfermeiro de família.” (E3),
- ❖ “... o que acontece é termos vagas ocupadas com tratamentos de feridas que poderiam ser perfeitamente assegurado pelo enfermeiro de família e uma cinesioterapia só poderá ser feita por um enfermeiro especialista em reabilitação.” (E5).

## Diapositivo 10

### SUGESTÕES DE MELHORIA CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO



- ❖ “Aqui seria tentarmos rever estes critérios de referenciação, isto é de 2017 ou 2016 e entretanto não sofreram qualquer actualização e seria importante rever os critérios de referenciação e tentar que sejam mais específicos, para da parte também de quem avalia pressionar um bocadinho mais o que lá vem, não é, os motivos de referenciação serem mais questionados.” (E13);
- ❖ “Este trabalho deveria ser transversal a todas as equipas para uniformizar os critérios de referenciação para que estes sejam mais assertivos e mais adequados a cada utente.” (E5).

## Diapositivo 11

### SUGESTÕES DE MELHORIA (CONT.)

EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES

- ❖ “Por vezes noto que quem faz as referências das EGA's dos hospitais ou da RNCCI de internamento, têm enfermeiros de reabilitação e têm uma visão mais abrangente, mais eficaz e mais criteriosa.” (E1)
- ❖ “Na minha opinião seria importante na equipa referenciadora ter um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.” (E3)
- ❖ “Relativamente á reconciliação terapêutica acho que deveríamos ter formas de comunicação ou protocolos, deveria haver protocolos entre os hospitais e os cuidados de saúde primários. Ou então os médicos de família ter um tempo estipulado para acompanhar a equipa ao domicílio ou em último recurso ter um médico com horário definido para acompanhar a ECCL.” (E 11)

## Diapositivo 12

### SUGESTÕES DE MELHORIA (CONT.)


VAGAS EM ECCL  
ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES  
REAVLIAÇÃO

- ❖ “Se calhar o aumento do número de camas em ECCL, que nos permitiria dar uma maior resposta, para deixar de haver esta lista de espera. Não faz sentido os utentes estarem 3-4 meses à espera de uma vaga.” (E6).
- ❖ “Também deveria haver uma forma de priorizar utentes pelas suas necessidades, nós sabemos que doentes que necessitam de cinesioterapia, é uma necessidade imediata, e nós deveríamos ter vagas próprias para esse tipo de intervenções.” (E5).
- ❖ “As atualizações das referências também deveriam ser mais corretas e feitas periodicamente até o utente ser admitido.” (E8).

## Diapositivo 13

### SUGESTÕES DE MELHORIA (CONT.)

FORMAÇÃO/INFORMAÇÃO



❖ “Também haver maior informação e formação de quem referencia, deveriam ter um maior conhecimento de como funciona a rede e qual o papel da equipa da ECCL, a importância do esclarecimento dos cuidadores, dar-lhes as melhores informações sobre o papel da equipa, para que a referenciação e o acompanhamento do utente decorram da melhor forma possível.” (E7).

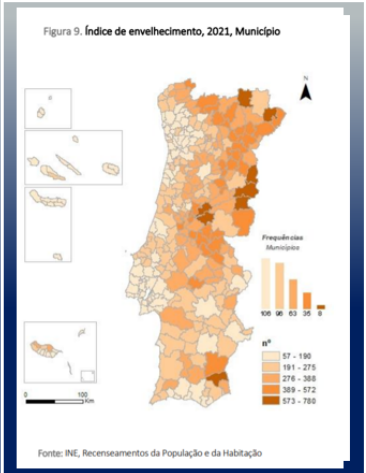
## Diapositivo 14

### DISCUSSÃO DE RESULTADOS

❖ Os enfermeiros especialistas salientam a elevada faixa etária dos doentes referenciados para ECCL, isto vai de encontro com as alterações sociodemográficas, é notório o envelhecimento da população em Portugal, como comprova o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021), nos Censos de 2021.

❖ Esta tendência coloca grandes desafios aos EEER, pois na sua procura constante pelos mais altos níveis de satisfação dos utentes/famílias, estabelece novas estratégias no processo de transição para melhorar a qualidade de vida ao longo do seu ciclo.

Figura 9. Índice de envelhecimento, 2021, Município



Fonte: INE, Recenseamentos da População e da Habitação

## Diapositivo 15

**UCC**  
**UNIDADE DE CUIDADOS NA**  
**COMUNIDADE**

**ECCI**  
**Equipas de Cuidados Continuados**  
**Integrados**

- ❖ As equipas de resposta domiciliária revelam-se, desta forma numa solução menos custo efetivas do que as tipologias de internamento, podendo ser usada como resposta às necessidades que se avizinham com o envelhecimento da população.
- ❖ Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2015), as ECCI tornaram-se num recurso mais económico, que deveria ter respostas mais rápidas e acessíveis, mas que se encontram a ser subutilizadas.



## Diapositivo 16

**MISSÃO E OBJETIVOS DA ECCI**

- ❖ Os EEER, têm a sua missão perante a comunidade na qual estão inseridos, sendo evidente o seu conhecimento da legislação em vigor.
- ❖ Reconhecem e definem objetivos que vão de encontro às necessidades identificadas no doente/família no seu contexto domiciliário, dando respostas concretas e eficazes.
- ❖ Salienciam a importância de uma correta e eficiente avaliação do doente/família, para delinear uma intervenção assertiva, adequada e eficaz.
- ❖ Desta avaliação inicial, é gerando uma mobilização da equipa multidisciplinar e uma articulação dos recursos para dar resposta às reais necessidades do doente/família.

Promover uma referência eficiente, atempada e ajustada às reais necessidades dos doentes torna-se cada vez mais necessária para assegurar o uso eficiente dos recursos.

## Diapositivo 17

### AVALIAÇÃO E REFERENCIAÇÃO DE UTENTES

❖ Na perspetiva dos enfermeiros especialistas (EE), as avaliações devem ser eficientes e as referenciações devem ser adequadas às reais necessidades dos doentes, para que o acesso a cuidados de saúde especializados seja assertivo e adequado.

❖ Avaliação



❖ Referenciação



Desta forma é garantido o justo e apropriado ingresso nos cuidados de saúde disponíveis, são rentabilizados recursos, pois são usados de forma correta e eficiente.

## Diapositivo 18



Potencial de Reabilitação




Trabalho em Equipa



Falta de Informação

❖ Os EEER salientam que existem vários constrangimentos no processo de referenciação, nomeadamente a falta de potencial de reabilitação do doente, a falta de informação e a falta de trabalho em equipa.

## Diapositivo 19



- ❖ A comunicação entre profissionais e a coordenação de ações é de extrema importância, pois pode evitar a fragmentação de cuidados, dos quais dependem os resultados em saúde, a efetividade clínica e a satisfação profissional (Evanoff et al 2005)
- ❖ Uma organização de saúde, caracterizada pela multidisciplinaridade, carece de uma constante necessidade de troca de informação e de uma eficiente comunicação na equipa.
- ❖ Multidisciplinaridade da equipa como um aspeto a melhorar.
  - ✓ Inclusão de EEER nos Cuidados de Saúde Primários (CSP);
  - ✓ Inclusão de enfermeiro generalista na ECCI;
  - ✓ Criação de horário específico da equipa médica para dar apoio à ECCI.

Com a melhoria da comunicação e com a multidisciplinaridade das equipas, podemos atingir uma melhoria significativa na informação, que se irá traduzir em referenciações mais adequadas.

## Diapositivo 20

### REFERENCIAÇÕES

- ❖ Os EE's apontam motivos de referenciação desajustados das reais necessidades dos doentes, resultantes de más avaliações.
- ❖ Apontam referenciações com descrições pobres e desadequadas, algumas mesmo com a ocultação de informação pertinente.

Quando existem falhas na referenciação, resultantes de informação incompleta ou más avaliações, há menor compreensão por parte do doente/família relativamente à sua situação o que provoca ansiedade e desinteresse, que pode resultar em não adesão aos tratamentos e até mesmo conflitos com profissionais de saúde.

## Diapositivo 21

Os EEER reconhecem que todos os doentes referenciados, necessitam de cuidados de enfermagem, mas que nem todos necessitam de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

### REABILITAÇÃO

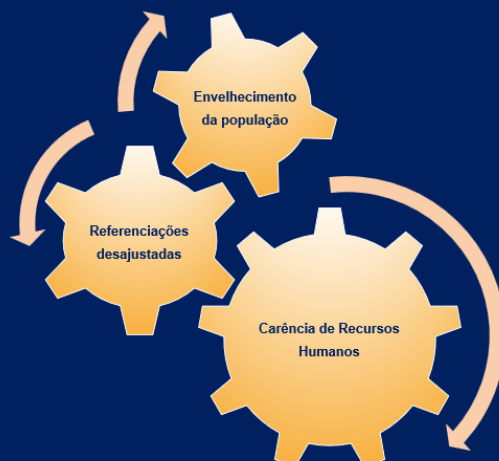
- ❖ Usado de forma aleatórias, menos criteriosa, sem que haja uma correta avaliação dos doentes;
- ❖ Na sua maioria, são referenciados, doentes com pouco potencial de reabilitação
  - idades muito avançadas;
  - incapacidades instaladas;
  - doentes sem insight cognitivo.

### TRATAMENTO DE FERIDAS

- ❖ Tratamento de feridas/úlceras de pressão são doentes, na sua maioria com múltiplas úlceras, de grande complexidade, não têm potencial de reabilitação, maioritariamente totalmente dependentes, acamados e com imobilidades instaladas, requerendo internamentos muito prolongados.

## Diapositivo 22

- ❖ Os EEER apontam o reduzido número de vagas em ECCL, o aumento do tempo de espera dos doentes para serem admitidos.



Segundo o Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI 2019), aguardam vaga em ECCL na região norte 182 doentes, com uma percentagem de 72,5% de doentes a aguardar vaga em lista de espera.

## Diapositivo 23

Costa (2010), salienta que é necessário conhecer os principais constrangimentos a nível dos processos de sinalização e referenciação e torná-los mais eficientes, para melhorar a articulação e integração entre níveis de cuidados.

❖ Os EEER apontam com sugestão de melhoria:

- ✓ Fazer uma revisão dos critérios de referenciação, uniformizando-os para serem usados de forma transversal a nível nacional;
- ✓ Multidisciplinaridade das equipas;
- ✓ Aumentar o número de vagas em ECCI,
- ✓ Criar critérios de priorização de doentes pela necessidade de uma intervenção mais imediata de cuidados especializados;
- ✓ Reavaliação periódica dos doentes e da sua referenciação , por forma a manter a pertinência da referenciação enquanto aguardam vaga em ECCI.

## Diapositivo 24



### INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO

❖ Falta de conhecimentos dos doentes/famílias :

- 1) motivo de referenciação;
- 2) trabalho desenvolvido pela ECCI.

Cria um constrangimento enfrentado diariamente pelos EEER, que têm que gerir espectativas que são criadas á priori.



## Diapositivo 25




### FORMAÇÃO

- ❖ Auditorias que monitorizem às referências de forma efetiva, junto de equipas referenciadoras, ECCI's e utentes/família;
- ❖ Formações obrigatórias a todos os profissionais sobre a RNCCI e ECCI;
- ❖ Reforço de formação às equipas referenciadoras;
- ❖ Melhoria da comunicação entre EGA, CSP e ECCI.

A Ordem dos Enfermeiros refere que "uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem" (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

## Diapositivo 26


### CONCLUSÕES



- ❖ Os EEER, assumem um papel preponderante junto dos doentes/famílias no seu contexto domiciliário, tornando-se no seu apoio profissional, emocional e social no regresso à vida real;
- ❖ Os EE demonstram conhecimentos sobre a missão e os objetivos da ECCI, têm conhecimentos da literatura e da legislação em vigor. Estes profissionais relevam a promoção da autonomia do doente, a capacitação do cuidador e as estratégias adaptativas do contexto, como ferramentas essenciais no processo de reabilitação.

## Diapositivo 27

### CONCLUSÕES (CONT.)




- ❖ É evidente a Subutilização deste recurso, pois são apontados critérios de referenciação muito abrangentes tornando a rentabilidade pouco efetiva.
- ✓ Necessidade de revisão dos critérios de referenciação,
- ✓ Critérios de referenciação transversais,
- ✓ Referenciações resultantes de corretas avaliações de doentes/famílias,
- ✓ Referenciações ajustadas às reais necessidades dos doentes/famílias.

Após a implementação desta melhoria, espera-se obter a superior competência nas referenciações de doentes para ECCI utilizando os recursos de forma eficiente e eficaz.

## Diapositivo 28

### CONCLUSÕES (CONT.)



- ❖ Toma-se evidente que os critérios de referenciação são o ponto fundamental de mudança para o correto e eficiente uso do potencial de cuidados disponíveis na ECCI.
- ❖ Criação de equipas multidisciplinares, com mobilização de conhecimentos distintos e melhoria da comunicação não só com o doente/família, mas também entre profissionais.
- ❖ Promoção de formação contínua nas equipas.

Diapositivo 29



Diapositivo 30

CONHECIMENTO é saber o que fazer,  
HABILIDADE é saber como fazer,  
COMPETÊNCIA é CONCRETIZAR ...

João Alberto Carvalho

## Diapositivo 31

### BIBLIOGRAFIA

- Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (2019) Disponível em: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio - Monitorizacao\\_RNCCI-2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf).
- Evanoff, B. et al. (2005) – Can we talk? Priorities for patient care differed among health care providers. In: Henriksen K. et al. – Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Vol. 1: Research Findings). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) Disponível em <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol1/Evanoff.pdf>;
- Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021), Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_base\\_dados&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt);
- COSTA, A. – Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3\\_anos\\_RNCCI.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf);
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Disponível em :[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_IdoneidadeFormativa\\_AG29Maio2010\\_VCorrecla\\_25Jun2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecla_25Jun2010.pdf);