



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PROCESSO DE CUIDADOS DO ENFERMEIRO E
ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO EM
UNIDADES DE CONVALESCENÇA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Maria Cristina Alves Duarte

PORTO | 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PROCESSO DE CUIDADOS DO ENFERMEIRO E ENFERMEIRO
DE REABILITAÇÃO EM UNIDADES DE CONVALESCENÇA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela Prof. Doutora Bárbara Pereira Gomes
e coorientada pela Prof. Mestre Maria Narcisa da Costa Gonçalves

Maria Cristina Alves Duarte

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Bárbara Gomes, que me guiou nesta caminhada e, acreditou em mim e neste trabalho, pela disponibilidade, incentivo, sabedoria, rigor e pelo processo formativo que me proporcionou.

À Professora Mestre Narcisa Gonçalves, coorientadora, pela sua motivação e conselhos no decurso desta aprendizagem.

Ao meu Pai, que já não se encontra entre nós, mas esteve sempre presente, amparando-me nesta caminhada.

À minha Mãe pela coragem, estímulo, carinho, as palavras que não cabem neste texto.

À minha Irmã pela ajuda, compreensão, partilha e apoio incondicional na condução deste trabalho.

Aos Enfermeiros que aceitaram participar no estudo, pela sua colaboração e disponibilidade em partilharem as suas experiências. Sem eles o trabalho não teria sido exequível.

A todos aqueles que não cabem nesta página, mas que contribuíram para a realização desta dissertação.

A todos o meu sincero

Muito Obrigada

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD`s – Atividades de Vida Diária

AIVD`s – Atividades Instrumentais de Vida Diária

Art.º – artigo

CE – Conselho de Enfermagem

CEER – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DL – Decreto-Lei

D.R. – Diário da República

ECL`s – Equipas de Coordenação Local

ECR`s – Equipas de Coordenação Regionais

EGAS – Equipas de Gestão de Altas

EG – Enfermeiro Generalista

ER – Enfermeiro de Reabilitação

et al. – e outros

etc. – e outras coisas mais

IAI – Instrumento de Avaliação Integral

LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MIF – Medida de Independência Funcional

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

REPE – Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCs – Unidades de Convalescença

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo conhecer o processo de cuidados desenvolvido pelos enfermeiros, generalistas e de reabilitação, em Unidades de Convalescença, da RNCCI, a partir do relato de experiências destes profissionais de enfermagem. Optou-se por um estudo exploratório descritivo, com uma abordagem qualitativa. A amostra foi não probabilística intencional, constituída por dez enfermeiros generalistas e seis enfermeiros de reabilitação. Para a recolha de dados optou-se pela entrevista semi-estruturada e para o tratamento de dados efetuamos a análise de conteúdo, segundo Bardin (2009).

A finalidade deste estudo consiste em conhecer os contributos do trabalho dos enfermeiros, generalistas e de reabilitação, em UCs, e perceber a influência destes na reconstrução da autonomia do autocuidado, da pessoa com dependência funcional.

Decorrente da análise dos discursos, emergiram cinco categorias: métodos de prestação de cuidados, recursos na recolha de informação, planejar um turno de trabalho, capacitação para o autocuidado e desocultar o papel do enfermeiro de reabilitação.

Realçamos neste estudo, que os métodos de prestação de cuidados nestas unidades de cuidados se inscrevem no método individual e de enfermeiro responsável. Destacamos que, os instrumentos de medida preconizados pela RNCCI, para avaliar a pessoa com dependência no autocuidado, são pouco direcionados para a ação dos enfermeiros generalistas, enfatizando a terminologia da CIPE para estratificar os graus de dependência da pessoa nos autocuidados. Os enfermeiros de reabilitação utilizam escalas, que avaliam a força muscular, o tónus muscular e, o equilíbrio corporal, as quais evidenciam a capacidade funcional da pessoa, complementando a avaliação de enfermagem.

Os enfermeiros, generalistas e de reabilitação, planeiam o trabalho de um turno com base na passagem de turno e dos planos de cuidados. Já os enfermeiros de reabilitação recorrem às suas anotações pessoais para guiarem a sua ação num turno de trabalho. No cerne na ação destes enfermeiros está a capacitação para o autocuidado, que descreve a capacitação da pessoa dependente e do prestador de cuidados, para o autocuidado, através dos processos de ajudar, envolver a família, ensinar, instruir, treinar, orientar e informar, avaliar, validar e referenciar.

O papel do enfermeiro de reabilitação nestas UCs, para além da prática especializada de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, é evidenciado o seu papel de formador em

contexto de trabalho, e de perito e conselheiro dos enfermeiros generalistas, na prática de cuidados.

Palavras-chave: Enfermeiro; Enfermeiro Reabilitação; Unidade de Convalescença; Autocuidado; Processo de Cuidados.

ABSTRACT

Care process of the nurse and rehabilitation nurse in Convalescence Units

The present study aimed at knowing the care process developed by generalist and rehabilitation nurses in Convalescence Units, of the RNCCI, based on the report of experiments of these nursing professionals. We opted to an exploratory descriptive study with a qualitative approach. The sample was intentional non-probabilistic, consisting of ten generalist nurses and six rehabilitation nurses. For data collection we chose the semi-structured interview and for the data processing we perform the content analysis, according to Bardin (2009).

The purpose of this study is to understand the contributions of the work of generalist and rehabilitation nurses in CUs, and understand their influence on the reconstruction of the self-care autonomy of the person with functional dependence.

Arising from the analysis of discourses, five categories emerged: methods of care delivery, resources for gathering information, planning a work shift, training for self-care and uncover the role of the rehabilitation nurse.

We emphasize that in this study the methods of care delivery in these care units fall within the individual method and responsible nurse. We highlight that the measuring instruments advocated by the RNCCI to evaluate the person with dependency in self-care are poorly targeted to the action of generalist nurses, emphasizing the terminology of CIPE to stratify the dependency degree of the person in self-care. Rehabilitation nurses use scales that assess the muscle strength, muscle tone and body balance, which demonstrate the functional capacity of the person, complementing the nursing assessment.

Generalist and rehabilitation nurses plan the work of a shift based on the shift change reports and care plans. Already, the rehabilitation nurses make use of their personal notes to guide their action in a work shift. The heart of the action of these nurses is the training for self-care, which describes the capacity of the dependent person and caregiver for self-care, through the process of helping, involve the family, teach, instruct, train, guide and inform, evaluate, validate and reference.

The role of the rehabilitation nurse in these CUs, in addition to the specialized practice of rehabilitation nursing care, is evidenced their trainer role in the workplace and of expert and advisor of generalist nurses in care practice.

Keywords: Nurse; Rehabilitation Nurse; Convalescence Unit; Self-care; Care process.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCETUAL	17
1 – Modelo de Cuidados Continuados em Portugal	17
1.1- <i>Modelo de Cuidados Continuados – Perspetiva Histórica</i>	18
1.2 – <i>RNCCI – Uma Política de Cuidados</i>	22
1.3 – <i>Unidades de Convalescença – Uma Tipologia Integrada de Cuidados</i>	28
2 – Contexto de Trabalho como um Espaço Potencializador no Desenvolvimento das Competências dos Enfermeiros	30
2.1 - <i>Organização do Trabalho de Enfermagem</i>	32
2.2 – <i>Desenvolvimento das Competências</i>	35
3 – Autocuidado um Conceito Central dos Enfermeiros	46
CAPÍTULO II – OPÇÕES METODOLÓGICAS	51
1 – Contextualização da Problemática	52
2 – Objetivos e Finalidade do Estudo	55
3 – Questões de Investigação	56
4 – Tipo de Estudo	56
5 – Contexto e Participantes do Estudo	58
6 – Procedimento de Recolha de Dados	60
7 – Considerações Éticas	63
8 – Tratamento e Análise dos Dados	64
CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
1 – Métodos de Prestação de Cuidados	70
2 – Recursos na Recolha de Informação	74
3 – Planear um Turno de Trabalho	84

4 – Capacitação para o Autocuidado	87
5 – Desocultar o Papel do Enfermeiro de Reabilitação.....	107
CONCLUSÕES	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	131
ANEXO I – Guião da Entrevista	133
ANEXO II – Aprovação do Estudo	141
ANEXO III – Carta de Explicação do Estudo e Consentimento	
Informado.....	147
ANEXO IV – Declaração de Consentimento Informado.....	151
ANEXO V – Matriz Global dos Dados.....	155

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Características dos cuidados continuados em Portugal em 2003	21
QUADRO 2: Caracterização dos participantes do estudo	59
QUADRO 3: Métodos de prestação de cuidados	70
QUADRO 4: Recursos na recolha de informação	74
QUADRO 5: Planear um turno de trabalho	84
QUADRO 6: Capacitação para o autocuidado	88
QUADRO 7: Desocultar o papel do enfermeiro de reabilitação	107

INTRODUÇÃO

A investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos (Fortin, 2009). Destaca-se de todos os outros métodos de aquisição de conhecimento, como sendo o mais rigoroso e o mais aceitável, dado que assenta num processo racional. É dotado de um poder descritivo, explicativo e preditivo dos factos, acontecimentos ou fenómenos. Um dos aspetos que o distingue dos outros métodos é o facto de poder ser corrigido de acordo com a sua progressão e, recolocar em questão tudo o que ele propõe.

É pela investigação que se expande o campo de conhecimentos em Enfermagem, esta visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão. É o motor impulsionador de qualquer profissão, pelo que é através desta via que os profissionais de enfermagem demonstram o seu contributo específico e insubstituível para os ganhos em saúde (Gomes et al., 2014).

A redação do presente trabalho, decorre na sequência de um estudo de investigação, realizado no âmbito do I Curso de Mestrado de Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Desde já, assumimos as eventuais lacunas que possam ocorrer ao longo do relatório e, reiteramos que no seu decurso esteve sempre presente o sentido de rigor e lealdade.

Por nos situarmos ainda, num estadio inicial da construção da disciplina do conhecimento *Enfermagem*, podemos afirmar que tudo o que se queira investigar é útil (Basto, 2009). Seguindo a linha de pensamento da autora, pretendemos conhecer o processo de cuidados do enfermeiro e enfermeiro de reabilitação em Unidades de Convalescença (UCs), da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A RNCCI preconiza uma mudança na conceção da prestação de cuidados, colocando a pessoa, a sua família e as suas necessidades de cuidados no cerne do atendimento, o que constitui um novo paradigma de cuidados de saúde e de apoio social em Portugal, situando-se como um novo nível intermédio, entre os de base comunitária e os de

internamento hospitalar, cujo principal objetivo da Rede é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência (DL nº101/2006), assegurada por unidades de internamento, ambulatório, equipas hospitalares e/ou equipas domiciliárias.

Apesar de não desenvolver a atividade profissional em unidades da RNCCI, mas no decurso da sua especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi-lhe proporcionado a passagem por uma Unidade de Convalescença (UC), onde participou, aprendeu e apreendeu, entre outros aspetos, o modo como os enfermeiros, generalistas e de reabilitação, desenvolvem o seu trabalho nesta unidade de cuidados, com especial atenção para a atuação do enfermeiro de reabilitação, aguçando assim o seu interesse por esta tipologia de cuidados.

Sabemos que a profissão de enfermagem é essencialmente prática, enraizada na ação, possuindo um forte vínculo ao fazer (Hesbeen, 2000), assim como as práticas dos enfermeiros são indissociáveis da forma como está organizado o seu trabalho (D`Espiney, 1997). Parafraseando Fortin (1999, p.49) “ (...) *os campos da prática podem levantar muitas interrogações e constituir desta forma uma fonte de domínios a explorar*”. Neste estudo questionamo-nos: “*Como organizam os enfermeiros e enfermeiros de reabilitação o seu trabalho em Unidades de Convalescença?*”.

Optou-se por um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, de modo a compreender o processo de cuidados destes enfermeiros em Unidades de Convalescença, centrando nas experiências e práticas, daqueles que estão a ser investigados. Para tal, foi realizada a entrevista semi-estruturada a enfermeiros e enfermeiros de reabilitação a exercer funções em UCs.

Esta dissertação está organizada em três capítulos. No primeiro capítulo, é explanado o enquadramento concetual, que serve de base ao estudo. No segundo capítulo, dirigida ao trabalho de campo, onde são apresentadas as opções metodológicas, incluindo a contextualização da problemática, os objetivos e a finalidade do estudo, as questões de investigação, o tipo de estudo, o contexto e os participantes, e o modo como se processou o trabalho de campo, abrangendo o instrumento de recolha de dados e o processamento dos mesmos, não esquecendo as considerações éticas que norteiam o estudo.

No terceiro capítulo, é apresentada a análise e discussão dos resultados baseada em cinco categorias, os métodos de prestação de cuidados, recursos na recolha de informação,

planear um turno de trabalho, capacitação para o autocuidado e desocultar o papel do enfermeiro de reabilitação.

Por último, apresentamos as conclusões onde também constam as implicações do estudo nas diferentes áreas de atuação dos enfermeiros. Em anexo, colocamos os documentos imprescindíveis, designadamente o guião da entrevista, o modelo de consentimento livre e informado, e aprovação para a realização deste estudo.

Consideramos o estudo pertinente, pois pode contribuir para o avanço no conhecimento em Enfermagem, para desocultar o rumo perfilado para o desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“Cada investigador tem a necessidade de clarificar o quadro de referência que vai seguir no seu estudo.”

(Basto, 2009, p. 14)

1 – Modelo de Cuidados Continuados Integrados em Portugal

O aumento progressivo da esperança média de vida e o aumento de pessoas vítimas de acidentes ou com patologias de evolução prolongada, e potencialmente incapacitantes, impõe novas necessidades em cuidados de saúde, para as quais urge organizar respostas adequadas.

As situações de dependência não estão restritas a um determinado grupo etário, existindo pessoas dependentes de todas as idades, sendo a maior prevalência na população idosa. Nas faixas etárias mais jovens a dependência ocorre na maioria dos casos associada a situações de deficiência congénita ou adquirida. Nos idosos a dependência, para além da que resulta das situações já descritas, como consequência do envelhecimento humano (Nogueira, 2009).

Em Portugal, à semelhança com os países desenvolvidos, o fenómeno do envelhecimento da população é uma realidade, e apresenta-se como um sério desafio às políticas sociais, pois no nosso país “ (...) a prestação de serviços em cuidados continuados foi tradicionalmente confiada ao sistema familiar ou a organizações caritativas” (Gesaworld, 2005, p. 47).

Tal como refere Gonçalves (2010), a rede de serviços, ao nível dos cuidados de saúde primários e diferenciados, não são capazes de responder de forma integrada e articulada às necessidades das pessoas em situação de dependência, com doença crónica evolutiva, pois os cuidados a prestar a estes grupos-alvo devem garantir a continuidade de cuidados numa fase em que não se justifica o internamento hospitalar mas, que ainda apresentam uma situação clínica que não os permite regressar a casa na melhor condição.

A integração dos cuidados continuados na malha dos serviços prestados à população portuguesa com necessidades comuns exigiu não só, a revisão dos modelos usados na abordagem curativa dos cuidados de saúde como também, na revisão dos cuidados de natureza comunitária (Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005).

Uma das metas do Programa do XVII Governo, em 2005, consistiu na definição de políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, as quais determinaram o desenvolvimento de cuidados de proximidade aos idosos e pessoas em situação de dependência, através da criação de um novo modelo de serviços de cuidados, que permite a articulação entre os vários serviços e instituições de saúde e de apoio social.

1.1 – Modelo de Cuidados Continuados – Perspetiva Histórica

No início de uma nova legislatura, em março de 2005, o modelo de cuidados continuados baseava-se nas diretrizes contempladas no Despacho conjunto nº 407/98, de orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, como realça o relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da RNCCI, emanado pela UMCCI em julho de 2007.

No Despacho supracitado, são apresentadas as orientações que visam criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da ação social, dirigida às pessoas em situação de dependência, de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência, e dos contextos sócio-familiares em que se inserem. O mesmo propõe a criação de:

“ (...) um modelo de intervenção articulada de completa interface saúde/acção social com o envolvimento de vários parceiros e o aproveitamento e racionalização dos recursos existentes, no respeito das competências institucionais, regionais e locais, procurando que as acções a desenvolver sejam graduais e flexíveis” (Despacho conjunto nº407/98, p.8328).

Os objetivos que subjazem a esta medida são, a promoção da autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências, das famílias que daqueles cuidam, e como intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais, sempre

que este se mostre necessário ao processo de reabilitação, com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao seu domicílio.

O modelo proposto é direcionado a grupos-alvo, que são as pessoas em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente, resultante ou agravada nomeadamente por:

- Isolamento geográfico;
- Doença crónica;
- Situação de doença, ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio;
- Deficiência física e mental;
- Alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados e/ ou de apoio social;
- Inexistência ou insuficiência de apoio diurno e/ou noturno.

No atendimento das necessidades destes grupos-alvo contempla três tipos de respostas:

- Apoio social – serviço de apoio domiciliário, centro de dia, famílias de acolhimento, lar de apoio e lar residencial, e centro de atividades ocupacionais; para pessoas com doenças de foro mental e psiquiátrico unidade de vida apoiada, unidade de vida protegida, unidade de vida autónoma e fórum sócio-ocupacional;
- Cuidados de saúde continuados;
- Respostas integradas.

Contudo este modelo não foi desenvolvido de forma homogénea no nosso país, pois até então, os cuidados de saúde prestados aos idosos e pessoas dependentes não satisfaziam as necessidades e expectativas da população, distorcendo a eficácia e eficiência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e lançando a desigualdade entre os cidadãos, só quem possuísse recursos próprios poderia ser decentemente assistido no segmento final da sua vida ou, quando em situação de dependência, resultante de outro fator que não a idade (Campos, 2008).

Segundo a UMCCI (2007a) no ano de 2002, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002, publicado em Diário da República, nº 69 de 22 de maio, é definida a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, designada por Rede, que se destina a:

“ (...) desenvolver respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social incluindo como tipologias de resposta: Apoio domiciliário integrado (ADI); Centro de promoção da autonomia, para prestação de cuidados diurnos; Unidade de apoio integrado transitório; Unidade de apoio integrado prolongado e Unidade de apoio integrado permanente”.

Um ano mais tarde através do Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de novembro, é reformulada a rede de prestação de serviços de cuidados continuados no âmbito da saúde, destinada a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar da pessoa vítima de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica suscetível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem. Nesse mesmo diploma são contempladas as unidades de internamento indiferenciadas, unidade de recuperação global e unidade móvel domiciliária, em que as duas últimas modalidades nunca foram desenvolvidas (UMCCI, 2007a).

Os cuidados continuados são, considerados pela OE (2003), uma área nuclear na resposta integrada às necessidades na área da saúde das pessoas com dependência, capazes de assegurar a transição dos utentes entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, em que estes devem ser inseridos numa rede global de prestação de cuidados de saúde e de ação social, de modo a garantir a satisfação das necessidades das pessoas neste âmbito.

Todavia, apesar da oferta de serviços de cuidados continuados apresentar naquela época uma grande variabilidade ao nível das respostas de internamento, estas não possuíam clareza sobre os cuidados a prestar, sem diferenciação de tipo de utentes, grau de complexidade de necessidades a cobrir e diferenciação de tipo de serviço, mostrando-se um serviço frágil e heterogéneo para as referências dos utentes.

O quadro 1 apresenta as características abrangidas pelo modelo definido no Decreto-Lei nº 281/2003, que marcaram o início dos cuidados continuados em Portugal.

Quadro 1 – Características dos Cuidados Continuados em Portugal em 2003

Características	DL nº 281/2003, de 8 de novembro
Modelo e Tipologia de Cuidados	Intervenção de saúde e Segurança Social dissociada; Sem Tipologias específicas; Centrada em cuidados de saúde.
Destinatários	Cidadãos em situação de perda de funcionalidade ou em situação de dependência.
Configuração	Rede como um conjunto de serviços prestadores de cuidados de recuperação, em interligação com a rede de prestação primários e com os hospitais, mas sem definição da sua intercomplementaridade.
Modelo de Implementação	Modelo sem critérios de cobertura territorial; Sem definição do processo de implementação.
Tipos e Modelo de Cuidados	Sem diferenciação de tipos de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade de internamento para o conjunto de destinatários que precisam de cuidados de internamento; ▪ Unidade móvel domiciliária e Unidade de recuperação global, sem implementação efetiva. Inexistência de oferta de serviços em cuidados paliativos, estando implementadas anteriormente três unidades hospitalares (IPO do Porto e Coimbra, Hospital do Fundão).
Modelo de Gestão	Segundo a entidade contratante e entidade prestadora; Diferentes tipologias de acordos, protocolos e contratos conforme a entidade contratante que não contemplavam objetivos nem metas de eficiência, nem de qualidade; Sem definição do sistema de coordenação e direção; Sem mecanismo de acompanhamento e avaliação definidos.
Modelo de financiamento	Sem verba específica; Múltiplo, segundo a tipologia do prestador e entidade contratante; Preços diferentes segundo as entidades; Sistema de pagamento às entidades segundo capacidade instalada e contratada.

Fonte: UMCCI (2007) *Relatório de monitorização das experiências piloto da RNCCI 27 de julho de 2007*

1.2 – RNCCI – Uma Política de Cuidados

A progressiva consciencialização da necessidade de políticas intersectoriais que respondam às necessidades reais das pessoas e famílias conduziu, ao desenvolvimento de intervenções integradas, que exigem abordagens por parte da área da saúde e da ação social, dirigida a pessoas em situação de dependência (Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002).

A pessoa em situação de dependência é entendida como, a situação em que esta se encontra por:

“falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só realizar as actividades de vida diária.” (DL nº 101/2006, capítulo I, art.º 3º, alínea h).

Com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o qual reconhece a rápida alteração da estrutura demográfica ocorrida no nosso país, e dá ênfase ao grupo etário com mais de 65 anos, que está a crescer devido à melhoria dos sistemas de saúde e das condições de vida, sendo estes os maiores consumidores de cuidados de saúde, bem como a necessidade de criar políticas integradas de saúde e de apoio social, que permitam desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência, proporcionando, segundo Gonçalves (2010), um sistema prestador nacional, com resposta adequada, articulada e eficaz.

Não obstante, as alterações demográficas observadas nos últimos anos e as previsões para as próximas décadas, pois Gonçalves (2010) prevê para 2050 um ganho de esperança de vida de perto de 4 anos para as mulheres e de 4,5 anos para os homens, atingindo em média cerca de 85 e 79 anos respetivamente, combinando também o incremento do emprego feminino e as migrações para os centros urbanos, que produziram de forma paulatina uma mudança na organização dos sistemas familiares, quebrando de algum modo a rede de apoio informal que até então constituíam, factos que sensibilizaram os responsáveis políticos portugueses de forma a criar uma rede de serviços públicos de Cuidados Continuados (Gesawordl, 2005).

A elevada taxa de atividade feminina em Portugal, associada ao elevado número de idosos, que vivem sozinhos ou com o cônjuge, também idoso, “ (...) gera inevitavelmente um processo de substituição dos cuidadores informais, tradicionalmente prestados pela família e os vizinhos, por prestadores institucionais, organizados para prestar cuidados no

domínio da saúde e serviços sociais, afectando os recursos económicos, humanos e financeiros com elevado valor social” (Gonçalves, 2010,p. 563).

Assim, perante estas alterações demográficas e sociológicas da população portuguesa, que exigem respostas diferentes das habituais oferecidas pelos serviços de saúde e de apoio social, estas respostas:

“ (...) devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com acompanhamento familiar.” (DL nº101/2006, p.3856).

Para garantir estas respostas, é instituída em 6 de junho de 2006, pelo Decreto-Lei nº 101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tutelada em parceria com o Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, para assim cumprir a meta estabelecida no Programa do XVII Governo Constitucional, o desenvolvimento de ações mais próximas dos idosos e pessoas em situação de dependência, promovendo de forma adequada e com equidade, na sua distribuição territorial, a possibilidade de uma vida mais autónoma e de maior qualidade.

O modelo gizado, segundo Guerreiro (2006), é parte integrante do SNS e adaptado às novas necessidades da população, para proporcionar cuidados continuados integrados adequados, ao novo perfil epidemiológico e demográfico, e que possa garantir acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados aos seus utilizadores.

A criação e o desenvolvimento da RNCCI, na opinião de Campos (2008, p. 107), *“(...) foi uma das mais importantes reformas do sistema de saúde desde que em 1978 foram criadas em Portugal as condições de acesso universal aos cuidados de saúde.”* Também Reis (2008) acrescenta, que o objetivo do sistema de saúde será cada vez menos o tratamento de cada doença de cada pessoa, mas responsabilizar-se pela manutenção da saúde de uma população.

Assim, estamos perante uma nova linha de serviços que densifica a oferta de cuidados e/ou contratualizados pelo SNS para a população idosa e dependente (Gonçalves, 2010) e, constitui uma inovação organizacional no campo de intervenção conjunta da saúde e de apoio social.

A RNCCI é um modelo que se situa num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, e assenta num modelo de respostas intersectoriais, onde pontuam as respostas de saúde e sociais, numa tentativa de cuidar holisticamente a pessoa (Lopes et al., 2010).

Os cuidados continuados só fazem sentido na perspetiva holística, em que a pessoa é considerada como um todo, e para alcançar esta finalidade são necessárias equipas interessadas, motivadas, empenhadas com objetivos comuns, linguagem aferida e liderança (Branco e Santos, 2010).

A Rede destina-se a prestar cuidados continuados integrados, tanto na residência do utente como em instalações próprias, através de equipas multidisciplinares que atuam em estreita colaboração com os hospitais e centros de saúde, considerada uma prioridade em Portugal.

Por cuidados continuados integrados entende-se:

“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, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (DL nº101/2006, capítulo I, art.º 3º, alínea a).

A RNCCI materializa um novo paradigma de cuidar a pessoa em estado de dependência, temporária ou permanente (Campos, 2007), no qual o utente, a sua família e os que daquele cuidam são o alvo de intervenção neste modelo de cuidados, cujo objetivo geral da Rede, de acordo com o artigo 4º, do capítulo I, do diploma que a legisla (DL nº101/2006), *“(...) é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”*.

Como objetivos específicos constituem os seguintes (DL nº 101/2006, capítulo I, art.º 4º, ponto 2):

- a) *“A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;*
- b) *A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;*
- c) *O apoio e o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;*
- d) *A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;*

- e) *O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;*
- f) *A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;*
- g) *A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.”*

Além destes objetivos acima mencionados, a UMCCI (2009, p.6) enumera como estratégicos à intervenção os seguintes:

- *“Diminuição da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos;*
- *Diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares;*
- *Redução do número de internamentos e reinternamentos de pessoas em situação de dependência;*
- *Redução dos custos das unidades hospitalares de agudos.”*

Na estrutura delineada pela RNCCI baseia-se no respeito pelos princípios descritos no artigo 6º, do capítulo II, do Decreto-Lei nº101/2006, que são os seguintes:

- a) *“Prestação individualizada e humanizada de cuidados;*
- b) *Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;*
- c) *Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;*
- d) *Proximidade da prestação de cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;*
- e) *Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;*
- f) *Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;*
- g) *Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;*
- h) *Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;*
- i) *Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;*
- j) *Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.”*

A filosofia preconizada neste novo espaço de prestação de cuidados centra-se na funcionalidade, nas capacidades dos utentes (Lopes et al., 2010), ou seja, no seu potencial de recuperação, assenta na adequação dos cuidados às necessidade de reabilitação ou de manutenção de funções básicas da pessoa, permitindo-lhe quando possível recuperar a independência para o seu autocuidado, sem dúvida uma área por excelência para o exercício profissional dos enfermeiros, em particular para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

O modelo de cuidados continuados integrados assenta numa Rede, de âmbito nacional, que engloba diferentes tipologias de unidades de cuidados, que respondem em

conformidade com as diferentes necessidades das populações e localidades, que na opinião da OE (2003, p.11), estas unidades “ (...) *deverão ser verdadeiras unidades de cuidados nas quais se prestem todos os cuidados necessários à recuperação, com a máxima participação dos utentes e respectivas famílias.*”

Pois a Rede é assegurada por:

- Unidades de internamento – Unidade de Convalescença; Unidade de Média e Reabilitação; Unidade de Longa Duração; Unidade de Cuidados Paliativos;
- Unidade de ambulatório: Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia;
- Equipas domiciliárias: Equipas de Cuidados Continuados Integrados; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

A coordenação deste modelo de intervenção integrada e articulada é exercida a nível nacional, regional e local. Com a Resolução do Conselho de Ministros nº 168/2006, é formalizada a criação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), com natureza de estrutura de missão, para a condução e lançamento do projeto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de operacionalização da RNCCI, e contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições, de natureza privada e social, e em articulação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

A coordenação da Rede aos níveis regional e local, visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais, permitindo uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis de coordenação, garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades, e equipas que se inserem neste espaço de cuidados (Despacho nº19040/2006).

Assim, os principais mediadores na coordenação da RNCCI, numa visão piramidal e de acordo com a divisão hierárquica desta Rede (UMCCI, 2009), são as seguintes:

1. Equipa de coordenação nacional através da Unidade de Missão - UMCCI;
2. Equipas de coordenação regionais, as ECR`s (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), que articulam com a coordenação a nível nacional e local, e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede;
3. Equipas de coordenação local, as ECL`s, que articulam com a coordenação a nível regional, asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede, a nível local, bem

como a articulação e coordenação dos recursos, e atividades no seu âmbito de referência.

Os cuidados continuados integrados iniciam-se no momento da alta do hospital de agudos, garantindo a continuidade dos cuidados, através do ingresso em unidades de internamento alternativas ao hospital ou no domicílio do utente, em que o apoio é efetivado por equipas de cuidados domiciliários multidisciplinares, as quais começam agora a dar os primeiros passos, e consideramos esta nova modalidade de cuidados como a ponte entre os cuidados diferenciados e o regresso ao domicílio. Por domicílio entende-se *“a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência.”* (DL nº101/2006, capítulo I, art.º 3º, alínea o).

O acesso à RNCCI faz-se por intermédio das Equipas Coordenadoras Locais (ECL's), através da proposta oriunda, do hospital através das EGAS (Equipas de Gestão de Altas) ou do centro de saúde (comunidade), independentemente da tipologia de cuidados.

A acessibilidade dos utilizadores deste inovador modelo de cuidados é em função das suas necessidades e tem como destinatários, as pessoas que se encontrem em situação de dependência funcional transitória decorrente do processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade; incapacidade grave, com forte impacto psicossocial e doença severa, em fase avançada ou terminal (DL nº101/2006).

Mediante a proposta de ingresso, a ECL, após análise e decisão, identifica e providencia o melhor recurso da Rede que responde às necessidades do utente e família, sendo também responsável por verificar o cumprimento dos critérios de referenciação.

Como critérios de exclusão, no acesso à RNCCI, são considerados os seguintes (UMCCI, 2007a, p.77):

- *“Episódio de doença em fase aguda que requeira internamento em hospital;*
- *Necessidade exclusiva de apoio social;*
- *Necessidade de internamento para estudo diagnóstico.”*

Na opinião de Campos (2008, p. 119), *“(…) esta reforma dos cuidados continuados visa ampliar os ganhos em saúde e gerar eficiência através de quatro dimensões”:*

- Ganhos em anos de vida;
- Redução de episódios de doença ou diminuição da sua duração;
- Decréscimo das situações de incapacidade temporária ou permanente, provocada por doenças ou sequelas de traumatismos, e aumento da funcionalidade física;

- Redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde individual.

1.3 – Unidades de Convalescença – Uma Tipologia Integrada de Cuidados

As Unidades de Convalescença (UCs) são uma das tipologias de internamento preconizadas na RNCCI, recentes no nosso país mas não a nível internacional, pois já nos séculos XIII e XIX foram criadas estruturas denominadas de Convalescença, que se destinavam à prestação de cuidados básicos de alimentação e higiene (UMCCI, 2006). A sua conceção evoluiu ao longo do tempo e não tem relação com aquilo que se entende atualmente por Unidade de Convalescença, contudo, podemos afirmar que é “uma estrutura velha vestida de novo”.

No enquadramento sobre as UCs, emanado pela UMCCI em 2006, constata-se que não há consenso na definição internacional para esta tipologia, encontrando-se sob a mesma designação conceitos diversos.

Também Ferrin (2005) corrobora com esta ideia e, refere que as Unidades de Média Duração na Catalunha são designadas como UC, nos países Anglo-Saxónicos como “Geriatric Rehabilitation Units” e em França “Moyen Séjour”, podem ser nomeadas fazendo referencia a cuidados intermédios, subagudos ou unidade de transição, em que a recuperação funcional é o objetivo principal.

Em Portugal, a Unidade de Convalescença é designada como:

“Unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar cuidados tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.” (DL nº 101/2006, secção I, art.º 13º, ponto 1).

A UC destina-se essencialmente para prestação de serviços a pessoas dependentes, com perda transitória de autonomia, ou seja, as pessoas que apresentam uma doença de base e que se encontram a recuperar de um processo, agudo ou de agudização de um processo crónico, e com perda de autonomia potencialmente recuperável, e não necessitando de internamento hospitalar mas, que ainda requerem cuidados e tratamentos intensivos, como exemplos salientamos as situações de pessoas pós-cirurgias a fraturas do

colo do fémur, AVC e doenças crónicas com descompensação (UMCCI, 2006), com tempo de internamento previsível de 30 dias.

Os motivos das propostas de referenciação dos utentes para esta tipologia de cuidados são a dependência nas AVD'S (92%), o ensino ao utente/cuidador informal (88%) e a necessidade de reabilitação (86%), de acordo com o relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI no ano 2010, apresentado pela UMCCI (2011a).

Para Gallo e Vázquez (2009), estas unidades constituem um passo intermédio entre o hospital de agudos e o domicílio, quando o impacto da incapacidade requer um período de aprendizagem e adaptação, quer para a pessoa como para a sua família, “ (...) *é um recurso intermédio de apoio à recuperação pós-hospitalar e prévia ao regresso ao domicílio*” (UMCCI, 2006, p. 15), de forma a amenizar este momento de transição.

O objetivo primordial nestas unidades é a recuperação funcional das pessoas com incapacidade transitória mas, também prestar cuidados dirigidos à adaptação das pessoas à incapacidade, ao envolvimento e aprendizagem dos familiares no cuidado destas pessoas, ao cuidado e cicatrização de úlceras e feridas, à planificação do destino do utente no momento da alta do internamento da unidade e, à avaliação dos síndromes geriátricos.

A estrutura deste tipo de internamento é menos medicalizada e desprovida de altas tecnologias, mas integra profissionais de vários quadrantes, em que os cuidados de saúde a prestar decorrem da prestação já iniciada no hospital de agudos e/ou da agudização da doença crónica, e destinam-se essencialmente à reabilitação, readaptação e reinserção dos utentes no meio familiar e social, com a maior autonomia possível.

O trabalho desenvolvido nestas unidades radica no desenvolvimento de uma avaliação completa, integral e interdisciplinar de cada utente, que é comum em toda a Rede, para que seja delineado um plano individual de cuidados adaptado às necessidades de cuidados e, com identificação dos objetivos terapêuticos para cada utente (UMCCI, 2006).

Na elaboração do plano individual de intervenção é esboçado um “pacote de cuidados” (Dias e Santana, 2009) pela equipa multidisciplinar, no qual são envolvidos os utentes, familiares ou cuidadores informais respeitando as suas capacidades e necessidades. Este é um instrumento de trabalho de utilização transversal em toda a Rede, e definido pelo artigo 3º, do capítulo I, do diploma que legisla a RNCCI (DL nº101/2006) como “*o conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais*”.

Os cuidados prestados nestas unidades são garantidos por uma equipa multidisciplinar, na qual se insere a equipa de enfermagem, que implica um trabalho integrado e pró-ativo, tendo como foco de atenção as necessidades da pessoa e destinam-se essencialmente à reabilitação, mais concretamente à capacitação para o autocuidado da pessoa dependente e, a rápida reintegração no seu meio familiar e social.

Os enfermeiros são um elemento transversal em toda a Rede, em que estes profissionais de saúde são os que melhor se posicionam para responder aos objetivos deste novo espaço de cuidados (OE, 2009a), pois a missão dos enfermeiros consiste em ajudar os indivíduos, famílias e comunidades a alcançar um nível funcional ótimo em todos e em cada um dos estados de saúde que possa apresentar, assim como o nível máximo de bem-estar possível (Rodriguez, 2008), através de um trabalho em equipa e simultaneamente, uma oportunidade para o desenvolvimento das suas competências e dar visibilidade social ao seu trabalho.

2 – Contexto de Trabalho como um Espaço Potencializador no Desenvolvimento das Competências dos Enfermeiros

O trabalho de enfermagem ocorre no contexto do trabalho em saúde, onde os enfermeiros interagem com outros profissionais de saúde e, é influenciado pelas diretrizes institucionais (Pires, 2009). Os diversos profissionais de saúde, apesar das suas especificidades, exercem o seu trabalho maioritariamente em instituições ou serviços de saúde, desenvolvendo-o como parte de um trabalho coletivo e partilhando o mesmo “objeto” de trabalho, os seres humanos, que carecem dos cuidados destes profissionais.

O trabalho em saúde produz um bem não material resultante da organização dos serviços de saúde, no qual se integra o trabalho dos enfermeiros, cujo produto final, o cuidado, é consumido pelo o utilizador, no mesmo momento em que é produzido, desenvolve-se por seres humanos para outros seres humanos, cuja sua dimensão ultrapassa os saberes de uma única profissão. Na perspetiva de Pires et al. (2004, p. 440):

“O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do sector de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material que se completa no acto da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercialização no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da actividade.”

Este é um trabalho desenvolvido de um modo parcelar pelos diversos grupos de profissionais, os quais desenvolvem as suas ações com certa autonomia, no que tange ao seu processo de trabalho, e gerado pelas necessidades em saúde dos cidadãos.

Os enfermeiros atuam num contexto multiprofissional e “ (...) têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde” (DL nº161/96, capítulo IV, art.º 8º, ponto 3), onde se distinguem dois tipos de intervenções de enfermagem: as autónomas, iniciadas pela prescrição do enfermeiro, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em que este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção; e as interdependentes, as iniciadas por outros técnicos da equipa para atingir um objetivo comum decorrentes, de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares.

Assim, apontamos que o trabalho em enfermagem, desenvolve-se em interdisciplinaridade com os demais profissionais da área da saúde e, é entendido, como uma prática social e articulada a outras práticas como a saúde, a educação, a produção de medicamentos, efetivado por meio do trabalho (Felli e Peduzzi, 2005). Não se limita só ao cumprimento de rotinas e execução de tarefas, mas faz parte de um trabalho coletivo, em que os profissionais se inter-relacionam com os seus pares e com a pessoa no atendimento das suas necessidades em saúde, “ (...) exercendo a sua autonomia profissional mas simultaneamente reconhecendo a sua interdependência. A colaboração dos diferentes elementos da equipa passa pelo respeito, pela competência, autonomia e responsabilidade de cada um, pela partilha do poder e pelo reconhecimento das zonas de sobreposição” (Figueiredo, 1997, p. 22).

Apesar das divergências entre as disciplinas de Sociologia, Economia, Ergonomia e Psicologia que circunscrevem a conceção do trabalho, em que para uns trata-se de uma relação social do tipo relação salarial, outros de um emprego, e para outros ainda como uma atividade de produção social (Dejours, 2004). Seguindo a linha de pensamento de Dejours (2004, p. 28) “ (...) o trabalho é tudo aquilo que implica do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: os gestos, o saber-fazer, a mobilização da inteligência, a capacidade de reflexão, de interpretação e de reacção às situações”, por outras palavras, o trabalho é a capacidade de expressão direta do pensamento e de ação dos indivíduos, nas situações profissionais (Zarifian, 2005), decorrentes no atendimento das necessidades humanas, que na área da enfermagem são especificamente as necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa e comunidade.

2.1 – Organização do Trabalho de Enfermagem

Os modelos de organização do trabalho implementados a partir dos anos 70, procuraram romper com os modelos Taylorista/Fordistas, na tentativa de promover a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão, designados por “*novas formas de organização do trabalho*” (Matos, 2002), pois os anteriores modelos centravam-se no aumento da produtividade e na eficiência da organização, relegando o trabalhador para segundo plano.

Trata-se de uma perspetiva centrada no fator humano, e inserida num movimento de humanização do trabalho, que segundo Kovács (2006), tem como características estruturas hierárquicas mais planas, conteúdos funcionais mais ricos e diversificados, trabalho em equipa, centralidade nas competências, autonomia na realização do trabalho e participação dos trabalhadores. A mesma autora cita o “*Livro Verde: Parceria para uma Nova Organização do Trabalho*” divulgado pela Comissão Europeia (1997), que identifica as novas formas de organizar o trabalho com a “*empresa flexível*”, ou seja, não existe um único modelo para uma nova organização do trabalho, este conceito implica estruturas inovadoras, assentes nas competências e na participação dos trabalhadores.

A organização do trabalho de enfermagem é um processo que envolve os profissionais de enfermagem nas suas relações com os utentes, portanto, entre sujeitos sociais (Matos, 2002). É entendido como um processo que implica as relações entre os profissionais de enfermagem e os seus pares, as relações com os doentes/ família/ prestadores de cuidados; a divisão do trabalho; os conhecimentos em saúde e em enfermagem, e o modelo de gestão do próprio local de trabalho.

Face ao exposto, a organização do trabalho de enfermagem passa pela eleição do método de trabalho que melhor se adequa ao contexto profissional. A sua seleção segundo Frederico e Leitão (1999), tem por base os objetivos da organização e unidade de cuidados; o número e tipo de utentes, e o seu grau de dependência; os recursos humanos e materiais disponíveis; características das instalações, em que nenhum deles tem a intenção e pretensão de ser perfeito (Hesbeen, 2001).

Os métodos de organização do trabalho em enfermagem são fundamentados nos princípios das teorias da administração e, referem-se ao modo como o trabalho é ordenado e distribuído pelos enfermeiros (Parreira, 2005). No entanto, Paiva et al. (2010) no seu estudo desenvolvido sobre as teorias administrativas em saúde, que teve como objetivo

revisar as influências destas teorias na organização dos serviços de saúde, nomeadamente no trabalho de enfermagem, focando a qualidade da assistência, como subsidio para a reflexão do processo de trabalho em enfermagem, concluiu que as teorias que exercem mais influência são as teorias Taylorista, Clássica, das Relações Humanas, Burocrática e da Qualidade Total. Contudo, segundo a autora, estas não contemplam as necessidades e subjetividades dos utilizadores e profissionais, e não garantem a melhoria da qualidade do trabalho em saúde.

Todavia, a adoção do tipo de método de trabalho espelha a filosofia de cuidar, de uma instituição ou unidade de saúde, a conceção dos cuidados, um modo de pensar a organização dos cuidados, indo muito além de uma simples distribuição de atividades (Parreira, 2005), e a sua utilização tem subjacentes os seguintes princípios (Frederico e Leitão, 1999):

- Tornar o trabalho dos enfermeiros mais fácil e seguro;
- Rentabilizar o tempo e os recursos;
- Eliminar a duplicação de pessoal e de esforços;
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, são vários os métodos de trabalho que servem de suporte à prática dos cuidados, sobre os quais faremos uma breve abordagem:

Método Funcional: baseia-se na distribuição de tarefas específicas (cuidados de higiene, tratamento a feridas, administração de medicação, etc.) a cada enfermeiro, numa unidade de cuidados (Frederico e Leitão, 1999). Constitui uma herança do Taylorismo em que, as tarefas a realizar são distribuídas em função do grau de dificuldade técnica e das aptidões dos elementos da equipa (Hesbeen, 2001). Dá ênfase à realização da tarefa, onde o alvo da ação não é o doente, mas a tarefa a desenvolver (Kron e Gray, 1994 citado por Parreira, 2005). O doente é assim repartido por tarefas, efetuadas por diferentes enfermeiros, numa perspetiva mecanicista (Parreira, 2005), em que valoriza a quantidade de trabalho em detrimento da qualidade, em que o cuidar é fragmentado, reduzindo a intervenção do enfermeiro a simples atos.

Este tipo de modelo tem como grandes características, a fraca comunicação entre os elementos de uma equipa, não existindo um plano de ação centrado no doente, torna o trabalho mais rotineiro, dificulta a interação e a relação pessoal, promove a repetitividade

dos cuidados, dificulta a avaliação dos cuidados e o enfermeiro não tem uma visão global das necessidades do seu doente (Parreira, 2005), tornando o trabalho alienante, sendo este profissional apenas um mero executante de tarefas. Como principais vantagens da sua utilização, salientamos a máxima eficiência para a atividade em questão, e o aumento da produtividade de cada elemento (Parreira, 2005).

Método Individual: consiste na distribuição de um certo número de doentes, de acordo com o grau de dependência, a cada enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados aos que lhe foram atribuídos, durante o turno de trabalho (Frederico e Leitão, 1999). O enfermeiro presta todos os cuidados aos doentes que lhe foram confiados, durante a jornada de trabalho, atendendo às suas necessidades, não ocorrendo fragmentação de cuidados durante esse período, sendo este método pautado pelo cuidado integral.

As vantagens decorrentes deste método são essencialmente: a individualização dos cuidados; favorece a relação enfermeiro/utente, permitindo a conceção do utente sob o ponto de vista holístico; possibilita a continuidade dos cuidados; fomenta a criatividade; aumenta a responsabilidade do enfermeiro e a sua capacidade de decisão. Contudo, existem limitações na sua aplicação, são elas as diferenças ao nível de competência individual dos elementos prestadores, e diferentes níveis de conhecimento, que poderá causar assimetria na prestação de cuidados e requer uma maior dotação de pessoal (Parreira, 2005).

Método de Equipa: consiste na organização de uma ou mais equipas, sendo-lhe atribuída a responsabilidade de um grupo de doentes, pelo o qual assume a responsabilidade da prestação global dos cuidados. A equipa é liderada por um elemento, que assume a responsabilidade de tomar decisões referentes às prioridades das necessidades dos doentes e planeamento, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem (Frederico e Leitão, 1999).

Este método surge em resposta a uma necessidade decorrente da diversidade de qualificações e capacidades dos diferentes elementos da equipa (Parreira, 2005), tendo como principais características, a descentralização da responsabilidade e a promoção da discussão sobre os cuidados prestados. No entanto, este método requer um grande espírito de equipa e com alguma tendência em cair no método funcional.

Método Primário ou de Responsável: consiste em atribuir a cada enfermeiro doentes, preferencialmente em número não superior a quatro, pelos quais é responsável durante todo o seu internamento. Para permitir a continuidade de cuidados, cada enfermeiro responsável é assessorado por enfermeiros associados. Cabe ao enfermeiro responsável planear os cuidados desde a admissão até à alta (Frederico e Leitão, 1999), e dar indicações necessárias, na sua ausência, para que os seus doentes sejam atendidos de acordo com a análise da situação efetuada por esse mesmo enfermeiro (Hesbeen, 2001).

O método de trabalho explicitado proporciona uma prestação de cuidados com maior nível de personalização, confere maior autonomia ao enfermeiro e facilita o ensino, mas requer maior dotação de pessoal e dificuldade na sua adequação ao regime de horário rotativo (Parreira, 2005).

A reflexão sobre os diferentes métodos de prestação de cuidados permite-nos concluir, segundo Costa (2004), que:

- Quanto à qualidade, a prestação de cuidados globais, contínuos, coordenados e imputáveis depende do método de prestação selecionado. A centralização ou descentralização do poder de decisão, que é ainda influenciado pela filosofia da organização, pelos recursos disponíveis e pelo estilo de liderança dos gestores de enfermagem;
- Quanto à organização, qualquer um dos métodos tem vantagens e inconvenientes, o que nos leva a refletir sobre os efeitos da sua utilização, para equacionar a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e a satisfação no trabalho, e as vantagens de interação que daí advêm.

A forma como o trabalho dos enfermeiros é organizado, no qual a participação de todos se dê de modo efetivo, em todos os momentos do processo de trabalho, centrando-o na linha das necessidades dos seus utilizadores de cuidados, e simultaneamente, seja potenciador do desenvolvimento das competências destes profissionais quer a nível individual, quer a nível coletivo.

2.2 – Desenvolvimento das Competências

Num contexto de complexidade e de imprevisibilidade, que é peculiar no trabalho dos enfermeiros, estes profissionais mobilizam capacidades na ação para fazer face à

complexidade das situações de trabalho, ou seja, agem com competência (Serrano, 2008), pois “ (...) o profissional é aquele que sabe administrar uma situação profissional complexa” (Le Boterf, 2003, p. 37).

A noção de competência não é nova e o seu uso não é recente, estando ainda longe de ser um conceito consensual e pacífico. Dada a sua complexidade e polissemia, este vocábulo reveste-se de distintos significados, com enfoque em diferentes áreas disciplinares (Psicologia, Ciências da Educação, Gestão, Sociologia do Trabalho, entre outras), no qual a noção de competência muda de sentido consoante o domínio que é utilizado (Esteves, 2009), e muitos autores consideram um conceito ainda em construção.

O conceito de competência acentuou-se a partir da década de 80, que para Sousa et al. (2006) este tem-se assumido como uma forma de repensar as interações entre, de um lado, as pessoas com os seus saberes e capacidades, do outro lado, as organizações com os seus desenvolvimentos no campo dos processos de trabalho e dos processos relacionais, não se restringindo somente às fronteiras do ambiente de trabalho, de certo modo deixando de se limitar à execução de tarefas, mas envolvendo a dimensão cognitiva, profissional e individual (Ruthes e Cunha, 2008).

Para Gomes (1999, 2008) as competências nascem, desenvolvem-se, evoluem, envelhecem e desaparecem no contacto com a realidade. Como refere Costa (2002) qualquer que seja o conceito de competência que se apresente, seja numa perspetiva mais funcionalista, seja numa perspetiva mais behaviorista, a sua lógica será sempre mais espacial do que temporal, pressupõe sempre, para a autora (2002, p. 70), “ (...) um movimento de transição de um saber ou de um saber-fazer para a realização desse mesmo saber”.

Não obstante, a possibilidade de interpretar a competência de múltiplas maneiras, decorrente de diferentes visões teóricas, sustentadas em matrizes epistemológicas diversas (DeLuiz, 2001), Brandão (2007) refere que é possível identificar duas grandes correntes teóricas. A primeira representada, nomeadamente por autores norte-americanos (Boyatzis, 1982; e McClelland, 1973, por exemplo), que entendem a competência como um conjunto de qualificações ou características subjacentes à pessoa, para realizar determinado trabalho ou lidar com uma dada situação, estes enfatizam claramente a perspetiva das competências como características ou traços pessoais, profunda e sólidamente estruturados na sua personalidade, sendo percecionado como um stock de recursos que o indivíduo detém (Fleury e Fleury, 2001).

Esta perspectiva está ancorada a uma matriz condutivista ou behaviorista para a identificação e construção de competências (Deluiz, 2001), a qual percebe a competência como uma habilidade que reflete a capacidade da pessoa e descreve o que ela pode fazer, e não o que realmente faz, independentemente da situação ou circunstância.

As competências definidas deste modo, são as características que diferenciam um desempenho superior de um mediano ou fraco (Deluiz, 2001), constituindo-se assim como as competências centrais. As características necessárias para realizar um trabalho, mas que não conduzem a um desempenho superior, são designadas competências mínimas.

Para Deluiz (2001), a análise behaviorista parte do pressuposto que as pessoas realizam bem o seu trabalho de acordo com os resultados esperados, e define o posto de trabalho em termos das características destas pessoas e do seu desempenho. A mesma autora aponta como principais críticas a esta matriz, a distinção entre competências centrais e mínimas, não é clara, e que os modelos de competência preconizados são pouco adequados para organizações que operam em constantes mutações, sendo que esta análise se limita apenas à descrição de funções e tarefas dos processos produtivos.

A segunda corrente é representada essencialmente por autores franceses (Le Boterf 1999; e Zarifian, 1999, por exemplo), que associam a competência não a um conjunto de atributos da pessoa, mas sim às suas realizações em determinado contexto, ou seja, àquilo que o indivíduo produz ou realiza no seu trabalho, enfatizam o conceito de competências enquanto comportamentos ou ações.

Nesta última perspectiva o que realmente conta, na opinião de Ceitil (2006), não é a presença ou não de traços pessoais, mas a sua expressão fenomenal na e pela ação da pessoa. O mesmo autor (2006, p.33) simplifica ainda esta questão mencionando que “ (...) *de pouco importa que uma pessoa possua um conjunto de traços ou características pessoais, eventualmente predictoras de um bom desempenho, se esse bom desempenho não ocorrer*”. Não basta possuir conhecimentos ou capacidades, se a pessoa não sabe mobilizá-los de modo pertinente e no momento oportuno, numa situação de trabalho.

A nossa abordagem teórica de competências segue de perto a perspectiva dos autores franceses, e corroboramos com Le Boterf (2003), quando este afirma que a competência só existe e só pode ser considerada como tal, na ação, pois “ (...) *não há competência senão posta em acto*” (Le Boterf, 2003, p. 51), esta realiza-se na ação, não pré-existe a ela. O mesmo autor para melhor explicitar a sua ideia, faz a analogia com o pensamento, em que este não pré-existe à linguagem, mas que se realiza e se transforma com ela.

O ponto-chave desta perspectiva, na opinião de Ceitil (2006), são as competências concebidas como um produto de interações e como resultados de desempenho, elas só fazem realmente sentido na e pela ação.

Segundo Fernandes (2007), a alusão ao conceito de competência, na área da enfermagem, aparece pela primeira vez mencionado nos documentos de Florence Nightingale, no livro *“Notes on Nursing”*, em que o vocábulo é utilizado para referir as qualidades que as estudantes deveriam possuir para serem enfermeiras, no final do curso. Por outro lado, na opinião de Abreu (2001), em enfermagem, a constelação de competências que o exercício do trabalho evoca não é um adquirido intrínseco ao indivíduo e muito menos um processo estático.

Nesta sequência, para Malglaive (1997) citado por Alarcão e Ruas (2005), a competência apresenta-se como uma estrutura dinâmica cujo motor não é mais do que a atividade, o saber em uso e a formalização são os seus aspetos complementares. Contudo, na opinião de Alarcão e Ruas (2005), esta afirmação não dá suficiente atenção ao aspeto essencial, a integração dos saberes e das atitudes que a pessoa mobiliza em função da compreensão que tem da situação com que se defronta. Pois para as duas autoras, a competência é a capacidade de agir em situação, o que implica a manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê.

Atualmente, face aos desafios que se colocam nos contextos de trabalho, aos profissionais não basta ter um diploma, pois os conhecimentos gerais obtidos nos dispositivos de formação inicial rapidamente se tornam obsoletos (Le Boterf, 2005). Também, não é menos verdade, que os diplomas validam nomeadamente, os recursos adquiridos na formação inicial ou formações explícitas, sendo o meio para medir ou certificar as qualificações (Pires, 1994), cuja noção de qualificação circunscreve o reconhecimento numa pessoa capacidades para exercer uma profissão, um emprego ou uma função, mas não é sinónimo que a pessoa saiba agir com competência, significa antes que ela dispõe de certos recursos com os quais pode construir as competências (Le Boterf, 2003), pois a competência não se transmite, constrói-se, sendo indissociável da atividade pela qual se manifesta (Pires, 1994).

A certificação das qualificações dá a garantia, pelo menos teórica, de que os diplomados possuem conhecimentos necessários para ocupar validamente os postos para os quais se qualificaram (Lopes e Picado, 2010), que é reconhecido socialmente, estando na base da classificação dos empregos.

Também para Reinbold e Breillot citados por Pires (2002), a formação não gera só por si competência, é necessário que a pessoa se situe num contexto onde possa desenvolver a sua experiência.

Para Le Boterf (2003) a competência não é um adquirido da formação, nem um saber que se possui, é principalmente um saber agir, responsável e validado, que se baseia num saber mobilizar, num saber integrar e saber transferir recursos tão diversos como conhecimentos, capacidades e atitudes, ou seja, o enfermeiro terá de ser capaz de mobilizar as capacidades ou conhecimentos adquiridos em momentos oportunos organizando, selecionando e integrando apenas os conhecimentos úteis e saber adaptar às diferentes situações.

Ruthes et al. (2010) afirmam que a competência para a realização de uma tarefa é sinónimo de a pessoa deter conhecimentos, habilidades e atitudes, compatíveis com o desempenho dessa mesma tarefa, sendo capaz de colocar esse potencial em prática, sempre que necessário. As autoras referem-se aos conhecimentos, como o que as pessoas sabem, ao saber; às habilidades, o que as pessoas fazem, representa o saber-fazer; e às atitudes, o que elas são, a vontade de realizar as ações, que na combinação destes resulta o bom desempenho.

Na perspetiva de Le Boterf (2003), as competências resultam de três fatores indissociáveis o saber agir, o querer agir e o poder agir. O "*saber agir*" que supõe combinar os recursos pertinentes através da formação, a qual permitirá o enriquecimento dos conhecimentos, pelo treino para o reforço de capacidades, pela análise e partilha de práticas, por situações de trabalho profissionalizantes e pela construção de representações nos percursos de cada um, que orientarão a seleção e a mobilização dos recursos.

O "*querer agir*" refere-se às motivações pessoais do indivíduo, pela sua autoimagem positiva, por um contexto de reconhecimento, de confiança e de incentivo. Não se pode separar da motivação e intencionalidade do indivíduo, dado que ele se orienta por sistemas de valores, de significados e de modelos socialmente partilhados. Também a construção de representações e da sua autoimagem são fortemente influenciados pelo meio cultural e social, no qual o indivíduo se insere. A autoimagem é determinante no envolvimento do indivíduo na situação, no sentido de se assumir como indivíduo-sujeito, com confiança nos seus próprios recursos.

O "*poder agir*" remete para a existência de um contexto, de uma organização do trabalho, de condições sociais que tornam possível e legítimo ao indivíduo assumir a

responsabilidade e os riscos. É possível “*poder agir*” através de um contexto facilitador, que passa pela organização do trabalho, pelos recursos, por atribuições e missões que reconhecerão liberdade e iniciativa, condições de trabalho e rede de recursos.

O contexto é tão importante de considerar como o indivíduo. As situações de trabalho podem ser mais ou menos profissionalizantes, os dispositivos de formação podem ser mais ou menos pertinentes e competitivos. A responsabilidade da construção das competências é uma responsabilidade partilhada entre os indivíduos, gestores e formadores (Le Boterf, 2003).

Por tudo o que foi descrito faz-nos refletir, de um modo interrogativo, sobre as competências que mobilizam os enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, na prática dos cuidados.

De acordo com o Código Português Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro é o profissional com reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais aos indivíduos, família, grupos e comunidade. Na opinião de Hesbeen (2003), ser enfermeiro generalista não é uma ausência de especialização, nem uma especialização, mas é a base que fundamenta uma postura de abertura à existência, em que o cuidado ocupa um lugar incontornável, considerando como uma etapa do desenvolvimento profissional, a partir da qual poderão seguir-se diversas especializações. Na perspetiva do mesmo autor (2003, p.118) ao citar Gautard-Rayroud, considera que o enfermeiro generalista:

“ (...) avalia e compreende o carácter único da situação vivida pela pessoa, pelo grupo ou pela colectividade, cujas necessidades em cuidados tem como função identificar; a sua acção não pode constituir um processo linear, mas antes circular, visto que ela se ajusta às múltiplas e complexas realidades das pessoas ou grupos (...) deve estar apta para fazer face às mudanças (...) deve possuir uma cultura profissional de base, de elevado nível, bem como uma sólida identidade profissional que lhe permitam enfrentar com sucesso este contexto.”

O enfermeiro especialista é o profissional, ao qual lhe são reconhecidas as competências para prestar além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados específicos na área clínica da sua especialidade. A sua atuação tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº122/2011).

Para Alarcão e Ruas (2005, p.375) a competência do enfermeiro (generalista e especialista) deve alicerçar-se num conjunto de características entre as quais distinguem-se:

- *“Uma personalidade equilibrada e humanista, responsável;*
- *Conhecimentos científicos e técnicos sólidos e actualizados;*
- *Capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares;*
- *Uma atitude de aprendizagem continuada.”*

A Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade reguladora da profissão de enfermagem, definiu o perfil de competências do enfermeiro em cuidados gerais considerando-as como *“ (...) um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar”* (OE, 2004, p. 16). Recentemente, este organismo regulador definiu o perfil de competências do enfermeiro especialista, que é coerente com os domínios considerados nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais, ou seja, como o *“conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais”* (Regulamento nº 122/2011, art.º 2, ponto 1).

Pelas premissas estabelecidas no Regulamento acima mencionado, formulam-se cinco domínios de competências para os enfermeiros especialistas, quatro comuns e um específico, sendo entendido o domínio de competência pela a Ordem dos Enfermeiros (2009b, p. 11) *“ (...) como uma esfera de acção compreendendo um conjunto de competências como linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados”*.

Assim, estes profissionais, independentemente a sua área de especialidade, partilham quatro domínios de competências comuns, que segundo o documento que as legisla são elas: a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria continuada da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº 122/2011).

O domínio de competências específicas, o da prestação de cuidados especializados para cada área de especialização em enfermagem, é o eixo que diferencia as competências dos enfermeiros especialistas, em que estas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definidos para cada área de especialidade, adequando os cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº 122/2011).

Através desta entidade reguladora, é elencado um sistema de competências para a profissão de enfermagem, que para Fortuno et al. (2009), este reveste-se de capital importância e que permite entre outros aspetos:

- Refletir sobre o próprio trabalho;

- Monitorizar a qualidade dos serviços que se prestam;
- Facilitar a definição dos objetivos educativos nas instituições de ensino;
- Especificar os níveis exigíveis em cada uma das fases formativas e de responsabilidade no exercício da profissão;
- Ser um marco de referência dos sistemas de avaliação e de titulação;
- Ter maior mobilidade e flexibilidade intraprofissional;
- Orientar a formação contínua;
- Detetar potenciais problemas;
- Estruturar as carreiras profissionais nas organizações, de acordo com o nível de competência;
- Permite uma gestão por competência dos recursos humanos.

No parecer da OE (2009b), a definição de um perfil de competências visa, por um lado, prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e, por outro lado, dar a conhecer aos cidadãos os padrões de cuidados que podem usufruir, por parte destes profissionais de saúde.

Deste modo, é proporcionada uma visão mais clara do âmbito de intervenção dos enfermeiros e enfermeiros especialistas, na medida em que especifica o conjunto de competências nos diferentes níveis da profissão de enfermagem, *“cujo cuidado é o núcleo da competência”* (Ruthes et al., 2010, p. 318), possibilitando o agir centrado no cuidado integral.

A prestação de cuidados de saúde coloca os enfermeiros perante situações problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, pela desordem (D`Espiney et al., 2004), exigindo a mobilização de novas competências profissionais, mais genéricas e transferíveis, que se adequem a estes cenários de instabilidade (Pires, 1994).

Na perspetiva de Pires (1994, p.4), as novas competências profissionais são um conjunto de características não especificamente técnicas, mas mais do âmbito pessoal e relacional do próprio indivíduo, *“ (...) tais como a capacidade de trabalho em grupo, de tomada de decisões, de iniciativa de liderança, entre outras que fazem parte dos perfis profissionais desejáveis (...) resultantes de factores como as modificações da organização do trabalho”*, não se restringindo à especificidade de uma profissão.

A mesma autora descreve uma nova tipologia de competências a partir da análise dos trabalhos publicados sobre esta problemática, a mesma constatou que apesar destas competências serem denominadas e caracterizadas de modos diferentes, mediante o tipo de abordagem e os contextos onde se desenvolveram, estas possuem um denominador comum: trata-se de um conjunto de competências não técnicas, mas referentes a características do indivíduo e do seu comportamento, que de acordo com a autora, podem ser agrupadas em: “*competências genéricas*”, “*soft skills*” e as “*competências de terceira dimensão*”.

As “*competências genéricas*” são denominadas como as características do indivíduo que frisam a sua postura na vida, determinando o comportamento, que é revelador de características pessoais, que podem algumas serem observáveis e outras latentes. Está implícito o reconhecimento de capacidades que o indivíduo desenvolve na sua vida através de experiências vividas, em oposição à aquisição de conhecimentos obtidos por aprendizagens formais.

Pires (1994) identifica onze competências genéricas principais, baseadas no trabalho de Mac Ber, que posteriormente foi desenvolvido por Daniele Casanova, a designar:

- **Espírito de Iniciativa**, que consiste na capacidade do indivíduo em realizar ou propor as ações necessárias, sem ser forçado pelos acontecimentos ou solicitado por alguém;
- **Perseverança**, que consiste em realizar as ações consecutivamente e de diferentes modos, até transpor os obstáculos que impugnam a consecução dos objetivos;
- **Criatividade**, que significa criar um trabalho original, imaginativo ou expressivo, também aplicável às ideias;
- **Sentido de Organização**, que consiste na habilidade para desenvolver planos lógicos e pormenorizados, de modo a orientar a ação em relação a um objetivo;
- **Espírito Crítico**, consiste na habilidade para pensar de forma analítica; aplicar princípios de análise de problemas a fim de aprofundar um conjunto de conhecimentos (o que faz, como faz e porque se faz);
- **Autocontrolo**, significa manter o domínio sobre as suas próprias emoções e pensamentos, perante situações emotivas e/ ou stressantes;
- **Atitude de Liderança**, consiste na capacidade de se responsabilizar por um grupo, por uma atividade, e orientar os esforços do grupo de um modo eficaz;

- **Persuasão**, consiste na habilidade de induzir nos outros a sua vontade e obter destes o seu apoio;
- **Autoconfiança**, significa ter confiança e certezas nas suas próprias capacidades, habilidades, vontade em defender o seu próprio julgamento de valores face à oposição;
- **Perceção e Interperceção nas Relações Pessoais**, consiste na capacidade intuitiva de captar as preocupações, os interesses e os estados emotivos dos outros;
- **Preocupação e Solicitudude em Relação aos Outros**, significa a capacidade em escutar os problemas dos outros preocupando-se com o seu bem-estar.

Estas competências desenvolvem-se a partir de experiências do percurso pessoal ou profissional do indivíduo, podendo ser desenvolvidas no âmbito de atividades laborais, de formação e atividades ligadas à sua vida social e familiar (Pires, 1994), sendo transferíveis, passíveis de serem exercidas espontaneamente em diversas funções.

Outro tipo de competências mencionadas, as *“soft skills”*, enumerados pelos trabalhos do Eurotecnet citado por Pires (1994, p.11), um conjunto de competências fundamentais para a qualidade do desempenho, tais como: *“ (...) a flexibilidade, adaptabilidade, autonomia, responsabilidade, criatividade, iniciativa, abertura a novas ideias, motivação, liderança e as capacidades de trabalho em grupo, de comunicação, de análise, e de aprendizagem”*.

Como afirma Gomes (2008, p. 96), *“ (...) estas competências resultam da problematização das práticas, na compreensão e no sentido do trabalho”*, em que o próprio enfermeiro faz uma análise crítica e percebe o que se passa na sua unidade de cuidados, ou seja, esta capacidade de julgamento pessoal é o guia de todas as outras atividades, baseadas na compreensão e no conhecimento prático detido pelo enfermeiro (Pires, 1994).

Deste modo, as competências que compõem o perfil dos futuros profissionais, *“ (...) para além dos conhecimentos técnicos e da experiência, são flexibilidade, responsabilidade, e as capacidades de tomada de decisão, de iniciativa, de planificação, de comunicação e de cooperação”* (Pires, 1994, p. 12).

As *“competências de terceira dimensão”*, também mencionadas pela mesma autora, estão relacionadas com um determinado contexto social e/ou profissional, sendo explicitadas como as atitudes relacionais e de comunicação, capacidades relativas à

autoimagem, capacidade de adaptação e mudança (gestão da incerteza), capacidades criativas, atitudes éticas ou existenciais.

Estas novas competências profissionais, na opinião Pires (1994) são denominadas de formas diferentes, mediante os autores, como competências genéricas, transversais, de autoformação, de terceira dimensão, são competências que mobilizam aspetos psicológicos, cognitivos-afetivos e aspetos, de comportamento social e cultural, que apesar de serem agrupadas com algumas diferenças, na sua essência revelam o mesmo significado. São consideradas pela autora, como características pessoais, o “saber-ser” que se reveste de uma importância vital, nas situações da vida profissional do indivíduo, que exigem frequentemente a sua mobilização, em que o enfermeiro no seu quotidiano desenvolve estas competências, “ (...) que poderão constituir um dos principais factores que concorrem para melhorar a qualidade do desempenho inerente à missão profissional” (Dias, 2006, p. 83).

Para Dias (2006), as competências genéricas ou pessoais são aquelas que determinam o modo como nos gerimos a nós próprios. Constituem um rol alargado, que são até certo ponto aplicáveis a todos os tipos de trabalho, embora requeiram outro tipo de competências para desempenhos diferenciados ou superiores.

Neste sentido, “ (...) as competências representam um traço de união entre as características individuais e as qualidades requeridas para responder com eficácia a uma solicitação profissional” (Dias, 2006, p. 34). Face às exigências do desempenho, os enfermeiros, assim como outros profissionais, são como que obrigados a aprender e a desenvolver capacidades ao longo da vida. Devem assim adquirir todo um conjunto de competências privilegiando as situações de trabalho, de modo a desenvolver um perfil profissional próprio, pela integração de diversos saberes, pois o que:

“ (...) interessa no cuidado de Enfermagem é que o enfermeiro tenha um conjunto de competências que lhe permitam realizar a acção técnica, estando ao lado, sabendo lidar com, sabendo estar, sabendo entender as pessoas nas suas necessidades de cuidados, realizando os cuidados e criando as condições para que o cuidado aconteça (...) é isto que o distingue de uma intervenção de senso comum” (Costa, 2007, p. 31).

Na perspectiva de Abreu (2007), atualmente aos enfermeiros já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos, é lhes solicitado a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, tornando-a mais sólida e consistente.

3 – Autocuidado um Conceito Central dos Enfermeiros

Nos últimos tempos, os enfermeiros têm vindo a procurar sentido para o desenvolvimento das práticas profissionais, de modo que os cuidados de enfermagem possam ser mais significativos para as pessoas, ser mais dirigidos às suas reais necessidades em cuidados de saúde (Abel Paiva, In Prefácio, Petronilho, 2012), com especial ênfase no autocuidado.

O autocuidado, “ (...) é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal (...) é um fenómeno complexo e multidimensional” (Petronilho, 2012, p. 11). Pode ser concetualizado em diferentes perspetivas: como um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, inato, mas também aprendido, no sentido dos indivíduos serem capazes de dar resposta aos requisitos do autocuidado (Orem, 1993), com ou sem ajuda dos profissionais de saúde (no desempenho das AVD's), ou como uma resposta aprendida face aos processos de saúde-doença dos indivíduos, envolverem-se em comportamentos saudáveis, no sentido de integrarem os regimes terapêuticos negociados com os profissionais de saúde (com ênfase na doença crónica) para gerir as condições crónicas, que podemos designar como gestão do regime terapêutico.

Na enfermagem o conceito do autocuidado está ancorado à teoria de Dorothea Orem, a qual desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, um marco teórico de referência para a prática de enfermagem, dando um enorme contributo à evolução de enfermagem. Esta teórica define enfermagem como, uma profissão que satisfaz as necessidades de autocuidado das pessoas, para que estas prolonguem a vida e a saúde ou recuperem do seu estado de doença (George, 2000).

Orem, formalizou a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado como, uma teoria geral composta por três constructos teóricos inter-relacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

A Teoria do Autocuidado descreve o como e o porquê as pessoas cuidarem de si próprias, em que o autocuidado é visto como uma função humana reguladora, não inata, uma vez que precisa de ser aprendida e desenvolvida, de modo a suprir a necessidades reguladoras dos indivíduos. Estas condições estão associadas aos seus estadios de

crescimento e desenvolvimento, estados de saúde, características específicas de saúde ou de estados de desenvolvimento e fatores ambientais.

Autocuidado é entendido por Orem (1993), como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam por si só, em seu próprio benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar. A definição encetada pela a autora é congruente com a descrição do conceito, preconizada pela CIPE® versão 2 (CIE, 2011, p. 41), autocuidado é a *“atividade executada pelo próprio: trata do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.”*

Na perspectiva de Orem (1993) são duas as categorias de autocuidado: o autocuidado universal e o terapêutico. O primeiro corresponde às necessidades humanas básicas, e o segundo, diz respeito às ações que se justificam quando há desequilíbrio entre a necessidade de autocuidado e a capacidade de o executar.

Para que o autocuidado aconteça é necessário um papel ativo da pessoa, cujas funções humanas básicas são determinantes na aptidão de autocuidar, e a avaliação delas revelará se a pessoa tem capacidade para ser independente para o autocuidado ou necessita de ajuda.

O autocuidado, na concepção de Orem (1993), possui requisitos que são eles: I) requisitos universais de autocuidado, são comuns aos seres humanos e associados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano; II) requisitos de autocuidado de desenvolvimento, que ocorrem quando há necessidade de adaptação às mudanças de vida da pessoa; III) requisitos de autocuidado no desvio de saúde, os quais ocorrem quando há mudanças no estado de saúde produzem dependência parcial ou total de outros devido à necessidade de manter a vida e o bem-estar.

A Teoria do Déficit do Autocuidado é o componente fundamental da teoria de Orem, pois explica e descreve o motivo pelo o qual as pessoas carecem de cuidados de enfermagem. A autora salienta que quando as necessidades são superiores às capacidades da pessoa autocuidar-se, surge um déficit de autocuidado. Este déficit de autocuidado determina a relação entre as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidados, orientando para os métodos de ajuda e a compreensão do papel da pessoa dependente no autocuidado. De acordo com a avaliação do déficit do autocuidado, o enfermeiro adapta a sua intervenção, no sentido de minimizar os efeitos desse déficit, utilizando todos os métodos de ajuda, selecionando e combinando-os. Desta forma, o

enfermeiro ensina, orienta, estimula, promove e apoia o doente a suprir as necessidades de autocuidado. O enfermeiro executa a ação pelo doente para satisfazer o seu autocuidado, quando está impossibilitado para o realizar.

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem é determinado como é que os enfermeiros, as pessoas ou ambos dão respostas às necessidades de autocuidado da pessoa. Esta teoria é constituída pelo sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio e educação. No primeiro sistema, o enfermeiro assume a responsabilidade pela efetiva execução das atividades que deem respostas às necessidades de autocuidado, dado que a pessoa é incapaz de se autocuidar. No sistema parcialmente compensatório, o enfermeiro e a pessoa realizam atividades de autocuidado, no entanto a função do enfermeiro é compensar as limitações da pessoa, assistindo-a no seu autocuidado. No sistema de apoio e educação, a pessoa possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução do enfermeiro.

Na análise dos textos legislativos sobre o exercício profissional dos enfermeiros, podemos verificar que o autocuidado é um conceito presente nos enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem e da prática especializada dos enfermeiros de reabilitação. Na procura da excelência no exercício profissional, “ (...) o enfermeiro (...) suplementa ou complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2002, p. 13). Os enfermeiros de reabilitação promovem uma aprendizagem significativa, reforçando comportamentos de adaptação, dotando a pessoa de competência para enfrentar a doença e mobilizar energia, para se adaptar e obter o nível máximo de independência funcional na realização das AVD’s, promovendo o autocuidado (OE, 2011).

O autocuidado é reconhecido como uma habilidade humana, e a sua prática está diretamente relacionada com as condições que cada pessoa tem disponíveis para o fazer. Este engloba as atividades exigidas à satisfação das necessidades diárias, designadas Atividades de Vida Diária (Brito, 2012). As atividades de autocuidado são ditadas pelo potencial, capacidades, preferências, estilo de vida e participação da pessoa (Theuerkauf, 2000). Para o autor (2000, p. 173), o autocuidado “ (...) é mais do que grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados pessoais”.

O conceito é encarado como um fenómeno de saúde e foco da atenção dos enfermeiros, sendo este um dos principais aspetos que norteiam o mandato social da profissão, o que faz dele um conceito central no exercício profissional dos enfermeiros.

CAPITULO II – OPÇÕES METODOLÓGICAS

No primeiro capítulo deste trabalho, explanaram-se os conceitos teóricos considerados importantes para orientar o estudo. O capítulo, que se inicia, debruça-se numa das partes nobres do processo de investigação, que visa descrever os procedimentos apropriados, que permitem identificar e exaltar os aspetos mais importantes da investigação (Ribeiro, 2010).

A metodologia, segundo Reis (2010), é a organização crítica das práticas de uma investigação, que vai permitir auferir conclusões fiáveis e consonantes com os propósitos, a que o investigador se propõe encetar, condição necessária para que o estudo tenha rumo e possa ser analisado de forma crítica por outros investigadores.

No decurso desta fase procede-se à determinação dos métodos a utilizar para obter respostas às questões de investigação formuladas, sendo necessário escolher um desenho apropriado, que varia de acordo com o objetivo do estudo; definir a população e amostra; e eleger o instrumento de recolha de dados que melhor se adequa (Fortin, 2009).

Deste modo, Fortin (2009, p.53) afirma que o investigador “ (...) *assegura-se da fidelidade e da validade dos métodos de colheita de dados, de maneira a obter resultados fiáveis (...) e as decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo.*”

É nesta perspetiva que passamos a explicitar os aspetos metodológicos que cerceiam o nosso estudo, seguindo as opções metodológicas recomendadas, não só por um autor, mas por diferentes autores, tais como: Fortin (1999, 2009), Bogdan e Biklen (2003), Ribeiro (2010), Streubert e Carpenter (2013), entre outros.

De seguida serão apresentados: a contextualização da problemática, os objetivos e finalidades do estudo, as questões de investigação. Aduzir-se-á as características do estudo, com a designação da amostra, do instrumento de recolha de dados e o processamento dos mesmos, e as considerações éticas a que atende o estudo.

1 – Contextualização da Problemática

A RNCCI é uma estratégia a nível nacional para a prestação de cuidados a pessoas idosas e a cidadãos em situação de dependência, formalizada através do DL nº 106/2006, de 6 de junho, emergindo um novo modelo de prestação de cuidados, inserido no SNS, que é operacionalizado através de uma Rede nacional e intersetorial, que integra políticas do setor da saúde e da segurança social.

É implementado um novo nível de cuidados, que é transversal a todo o SNS e ao apoio social, cujo âmbito de intervenção da RNCCI se fundamenta no princípio dos “3R`s”: Reabilitação, Readaptação e Reinserção (UMCCI, 2007b).

As UCs são uma das tipologias preconizadas por este modelo de cuidados, definida como:

“uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou outra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensa, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, ou descompensação de processo crónica” (DL nº106/2006, secção I, art.º 13º, ponto 1).

Estas preenchem o hiato existente entre o momento da alta do hospital de agudos e o regresso a casa da pessoa dependente, quando o impacto da incapacidade requer um período de aprendizagem e adaptação, quer para o utente quer para a sua família.

Os cuidados prestados nestas unidades são garantidos por uma equipa multidisciplinar, na qual se insere a equipa de enfermagem, o que implica um trabalho integrado e pró-ativo, centrado na pessoa dependente e sua família, destinam-se essencialmente à reabilitação, mais precisamente, ao ensino e treino dos utentes e seus familiares nos autocuidados, nos quais o utente é dependente, e à rápida reintegração no seu meio social, em condições de maior independência possível, por outras palavras é o reeducar para uma nova vida.

O valor de uma equipa manifesta-se, segundo Hesbeen (2003), pela capacidade que os diferentes atores dessa equipa têm para, com os recursos de que dispõem, articular os meios de modo a oferecerem à população uma verdadeira combinação de competências.

Segundo a Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (CEER, 2010, p. 22), os cuidados continuados são para os enfermeiros de reabilitação “ (...) *mais uma oportunidade para estes profissionais fazerem uso das suas competências que detêm e ao colocá-las em prática, contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem*”, e nós

acreditamos que estes constituem mais uma oportunidade, quer para os enfermeiros generalistas, quer para os enfermeiros de reabilitação, para darem visibilidade ao seu trabalho e expandirem outras competências, indo muito além das que são específicas do seu âmbito profissional, pois as unidades de internamento da RNCCI constituem novos campos de atuação para estes profissionais de saúde, e tal como afirma Serrano et al. (2011) os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

Os enfermeiros neste espaço de cuidados ajudam, substituem e complementam as competências funcionais da pessoa em situação de dependência, na consecução das suas necessidades fundamentais (OE, 2009a). A sua intervenção é orientada para a satisfação dessas necessidades, a máxima independência na realização das atividades de vida, os processos de readaptação funcional aos défices, ajudando a pessoa-alvo desses cuidados (OE, 2009a).

Tal como é mencionado no Referencial do Enfermeiro, elaborado pelo Conselho de Enfermagem, da OE (2009a, p.24), o enfermeiro de reabilitação “ (...) neste modelo de cuidados integrais e integrado dos serviços e instituições da RNCCI, desempenham um papel pivot na equipa multiprofissional, determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes potenciando o seu desenvolvimento.”

Ainda o mesmo Referencial (OE, 2009a), salienta que o enfermeiro de reabilitação ao realizar o diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem para a pessoa dependente, coordena e articula o exercício dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais, assim como ao nível da RNCCI, o enfermeiro de reabilitação “ (...) concebe, implementa e monitoriza planos de Reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais, decorrentes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante da deficiência/ incapacidade ou doença crónica” (OE, 2009a, p.23).

A sua presença constitui uma mais valia para a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois são profissionais com conhecimento aprofundado e que têm em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e edificam um dos pilares nesta política de cuidados, já que as tipologias delineadas “ (...) estão vocacionadas para a prestação de cuidados às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física ou funcional” (CEER, 2010, p.22).

Nesta tipologia de cuidados, que exige respostas focadas nas pessoas e orientadas para aquilo que estas podem ainda executar do que para as suas incapacidades, os enfermeiros e em especial os enfermeiros de reabilitação desempenham um papel fundamental (CEER, 2010), dado o seu maior nível de conhecimentos e experiência acrescida, lhes permite efetuar com segurança um juízo clínico, e elaborar um plano de intervenção individualizado e diferenciado.

Apesar do enfermeiro de reabilitação ser um elemento basilar na equipa de saúde da RNCCI, devemos ter em conta que o processo de reabilitação da pessoa dependente não se esgota neste profissional. Cruz (2008) afirma que se deve alongar a toda a equipa de enfermagem, e muitas das técnicas utilizadas deverão ser generalizadas e incentivadas por bons gestores de cuidados, sempre dirigidas para o processo de reabilitação.

O contexto da organização dos cuidados de enfermagem, os diferentes atores, a interação entre eles, a singularidade dos processos e a necessidade de uma resposta integrada à pessoa-alvo dos cuidados, promovem o desenvolvimento de competências, não só a nível individual, mas de uma capacidade coletiva, o que inclui tanto a lógica da organização do trabalho, como a gestão participativa (Costa, 2002).

Também Gomes (2006) refere, que o desenvolvimento de competências vai muito além dos processos formativos, pois as situações de trabalho, o contexto da prática de cuidados, tendo subjacente o meio organizacional, potenciam o desenvolvimento de competências dos enfermeiros a nível individual e coletivo.

As competências são articuladas com as situações profissionais bem definidas, e é a partir do contexto de trabalho, do modo como este é organizado, dos desafios e dos projetos propostos numa organização aberta e flexível, que esta é enriquecida e capacitada para melhor responder às necessidades em cuidados de enfermagem, com impacto na qualidade dos cuidados prestados.

Partindo destas premissas, formula-se a questão do nosso estudo, que para Quivy e Campenhoudt (2005, p. 34) constitui “ (...) o primeiro passo para pôr em prática uma das dimensões essenciais do processo científico: a ruptura com os preconceitos e as noções prévias.”. Na perspetiva dos mesmos autores (2005, p. 44) “ (...) com esta pergunta, o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor” e “ (...) servirá de primeiro fio condutor da investigação”, que para cumprir essa função a questão deve ser clara, exequível e pertinente.

Assim interessa-nos saber e compreender:

“Como organizam os enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, o seu trabalho, em Unidades de Convalescença?”, de forma a potenciar o desenvolvimento das suas competências e, simultaneamente respondendo às atuais necessidades em cuidados de saúde da pessoa dependente, sendo esta a questão central que nos move ao longo de todo o trabalho científico.

2 – Objetivos e Finalidade do Estudo

Das reflexões explanadas, e do problema contextualizado e formulado, num estudo como este implicará atingir determinados objetivos, que conferem ao trabalho de investigação o valor, o interesse e pertinência.

Para Fortin (2009, p. 160) “ (...) o enunciado do objectivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue”, são as linhas orientadoras no percurso de uma investigação.

Como tal, foram definidos os seguintes objetivos do estudo:

- Compreender os métodos de prestação de cuidados dos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, em Unidades de Convalescença;
- Compreender a dinâmica de trabalho dos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, em Unidades de Convalescença;
- Identificar os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação na pessoa com dependência e sua família, em Unidades de Convalescença.

A finalidade deste estudo consiste em conhecer os contributos do trabalho dos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, em UCs, e perceber a influência destes na reconstrução da autonomia do autocuidado, da pessoa com dependência funcional.

3 – Questões de Investigação

As questões de investigação estão ligadas a um estado do conhecimento menos avançado, são mais precisas que a questão preliminar (Fortin, 2009).

A partir da questão central emergiram outras interrogações que servem de suporte à sua clarificação, assumindo-se “ (...) *como os pontos de referência do investigador com o objecto de estudo*” (Costa, 2002, p. 133), pois são estas que direcionam toda a pesquisa.

Neste sentido optamos por colocar as seguintes questões:

- Qual o método de organização do trabalho dos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, em Unidades de Convalescença?
- Como avaliam os enfermeiros e enfermeiros de reabilitação a pessoa com dependência, em Unidades de Convalescença?
- Como planeiam o seu trabalho os enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, em Unidades de convalescença?
- Quais as atividades dos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação na organização dos cuidados em Unidades de Convalescença?
- No momento da alta, como referenciam para a comunidade a pessoa com dependência e o seu prestador de cuidados?

4 – Tipo de Estudo

Para responder às questões de investigação e, considerando a natureza da problemática em estudo, a pesquisa foi direcionada para um tipo de estudo exploratório e descritivo, baseada na abordagem qualitativa, que nos parece ser mais adequada ao estudo.

Um estudo descritivo “ (...) *serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população (...) são geralmente baseados em questões de investigação ou objectivos.*” (Fortin, 2009, p. 237), que para Polit et al. (2004, p. 177) têm a finalidade de “ (...) *observar, descrever e documentar os aspectos da situação.*”.

Procura-se assim, descrever características de grupos de enfermeiros, situações e acontecimentos, e intervenções específicas dos enfermeiros, sobre a qual versa a pesquisa.

O carácter exploratório da pesquisa, deve-se ao facto de não existir um conhecimento aprofundado sobre a área em estudo, o que permite explorar as situações de cuidados caracterizadas pela interação dos profissionais de enfermagem e dos beneficiários dos cuidados (Hesbeen, 2000). Não se trata de desvendar o que já existe mas, de:

“ (...) revelar a pratica de cuidar, de a estetizar, de pôr certos factos em evidência e de partilhar um certo número de interrogações. É este tipo de acção que vai permitir esclarecer um pouco mais o profissional, o artifice dos cuidados, na sua vontade de criar cuidados únicos, singulares, pertinentes e que sejam de ajuda na situação de um paciente e dos seus familiares” (Hesbeen, 2000, p.158).

A opção pela abordagem de natureza qualitativa permite, *“ (...) uma compreensão alargada dos fenómenos. O investigador observa, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tais como se apresentam, mas não mede nem controla.”* (Fortin, 2009, p. 20). Com este tipo de abordagem estamos mais preocupados em compreender o fenómeno em estudo, tal como se apresenta, sem procurar controlá-lo, pois numa abordagem qualitativa investiga-se “com” e não “para” as pessoas de interesse (Fortin, 1999).

Ao enveredar por um estudo qualitativo, implica um trabalho de proximidade e interativo, exigindo o contacto face a face, entre o investigador e o sujeito ou grupo, em contexto natural (Ribeiro, 2010), não interessando ao investigador enumerar ou medir eventos (Neves, 1996), mas sim, perceber o significado das palavras ou dos comportamentos dos sujeitos, colocados em diferentes situações não provocadas (Fortin, 2009), sendo útil para descrever experiências, opiniões e sentimentos, atribuindo e percebendo um significado.

Bogdan e Biklen (2003) apontam cinco características para a investigação qualitativa, ressaltando, os mesmos autores, que alguns estudos considerados qualitativos não revelam na totalidade estas características:

- O ambiente natural como fonte direta de dados, e o investigador como instrumento fundamental;
- O carácter descritivo;
- Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
- Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva (enfoque indutivo);
- O significado é de importância vital na abordagem qualitativa (o interesse do investigador no significado que as pessoas atribuem às coisas e à sua vida).

Assim, estas características orientam os investigadores qualitativos numa jornada de descoberta e participação, aliciando o desejo do investigador de compreender mais o fenómeno em estudo (Streubert e Carpenter, 2013).

5 – Contexto e Participantes do Estudo

A população em estudo, entendida como “ (...) *uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*” (Fortin, 1999, p. 202) é constituída por dois grupos, os enfermeiros de reabilitação e os enfermeiros generalistas, das Unidades de Convalescença seleccionadas.

Para que tenhamos acesso à informação necessária para compreender a organização do trabalho dos enfermeiros, deparamo-nos com a necessidade de seleccionar os participantes do estudo, ou seja, os enfermeiros generalistas e enfermeiros de reabilitação incluídos na investigação, e que constituem a fonte de dados.

Deste modo, efetuamos uma amostra que “ (...) *é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo*” em que “ (...) *certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população*” (Fortin, 2009, p. 312), sendo a amostra não probabilística, pois “ (...) *não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra*” (Fortin, 2009, p. 324), e intencional, “ (...) *para pinçar os casos a serem incluídos na amostra.*” (Polit et al., 2004, p. 229), dado que são definidos um conjunto de atributos que, estes enfermeiros devem possuir para serem fonte de dados.

Da população em estudo foram seleccionados os enfermeiros generalistas e enfermeiros de reabilitação, de acordo com os critérios de inclusão traçados e pertinentes para a nossa pesquisa, que são os seguintes:

- Todos os participantes no estudo devem trabalhar em regime de horário completo, pois nem todos os enfermeiros destas unidades estão a tempo inteiro.
- Só serão incluídos os participantes que não se encontrem em programa de integração na Unidade de Convalescença;
- Só serão incluídos os participantes que fazem parte da dotação de pessoal da unidade – critério definido após contacto com as unidades, dado que uma das unidades incluídas no estudo, insere enfermeiros que não fazem parte do quadro de pessoal

dessa unidade de cuidados, mas que por motivos de remodelação da instituição de saúde foram reaproveitados estes recursos humanos.

O grupo de participantes deste estudo é, assim constituído por dezasseis enfermeiros, como caracteriza o quadro seguinte:

Quadro 2 – Caracterização dos participantes do estudo

Entrevista	Idade	Género	Ano de conclusão de curso de base	Ano de conclusão da especialidade	Anos de exercício profissional	Anos de exercício como enfermeiro de reabilitação	Anos de atividade na Unidade Convalescença	Formação específica em cuidados continuados
ER1	37	M	1997	2007	13	3	3	NÃO
ER2	48	M	1989	2008	21	3	4	NÃO
ER3	47	F	1987	1995	24	16	2	NÃO
ER4	45	M	1987	1995	24	14	2	NÃO
ER5	38	F	1994	2008	17	3	4	NÃO
ER6	43	F	1992	2007	18	4	4	PÓS-GRADUAÇÃO
EG7	35	F	1996	/	14	/	4	NÃO
EG8	36	F	1996	/	14	/	4	NÃO
EG9	29	M	2004	/	7	/	4	NÃO
EG10	32	F	1999	/	11	/	4	NÃO
EG11	39	F	1992	/	17	/	2	NÃO
EG12	46	F	1989	/	21	/	2	NÃO
EG13	35	M	1997	/	13	/	2	NÃO
EG14	23	F	2009	/	2	/	1	NÃO
EG15	24	F	2009	/	2	/	1	NÃO
EG16	25	F	2008	/	2	/	2	NÃO

Pela análise do quadro 2 podemos referir que:

- Dos dezasseis participantes, seis são enfermeiros de reabilitação e dez são enfermeiros generalistas;
- É visível, a predominância do género feminino, o que se enquadra numa profissão historicamente associada à mulher. No entanto, observando por categoria

profissional, nos enfermeiros de reabilitação essa associação não é possível afirmar, dado que o género é na mesma proporção;

- O número de anos de atividade destes profissionais de enfermagem, nas Unidades de Convalescença, oscila entre 1 a 4 anos. Apesar da RNCCI ter sido regulamentada em junho de 2006, três das unidades em estudo iniciaram a sua atividade em outubro de 2007 e a quarta unidade em janeiro de 2009;
- Também podemos constatar que, do número total de enfermeiros, apenas um dos participantes, um enfermeiro de reabilitação, é detentor de uma pós-graduação em Cuidados Continuados Integrados, dado o carácter recente desta tipologia de cuidados no nosso país. Como afirma Lopes et al. (2010, p. 46), ao analisar o presente e perspetivando o futuro dos Cuidados Continuados Integrados em Portugal, “ (...) *cerca de quatro anos, é um tempo muito curto para que se tenha operado mudanças nas diversas formações profissionais e criado novas formações que respondam ao paradigma que é preconizado. Contudo são meritórias as experiências já existentes.*”
- Outro dado relevante para a caracterização da amostra é, o tempo de exercício profissional destes enfermeiros, que na sua maioria perpassa o tempo de atividade nestas unidades, o que vem corroborar as afirmações de Lopes et al. (2010, p. 37), no que diz respeito a esta classe profissional, que apesar da RNCCI emergir como um novo nível de cuidados, a sua estrutura organizacional “ (...) *não se caracteriza como algo construído de novo a partir do exterior, mas antes como um novo nível de cuidados construído a partir dos já existentes. Ou seja, foram os profissionais aos mais diversos níveis, pertencentes aos outros dois níveis de cuidados que assumiram essa função*”.

6 – Procedimento de Recolha de Dados

A natureza do problema de investigação, os objetivos e o tipo de estudo determinam a escolha da técnica de recolha de dados, de entre a panóplia de métodos disponíveis. Cabe ao investigador decidir qual o mais apropriado para servir a sua investigação.

A entrevista é a técnica eleita, constituindo-se como estratégia nuclear para recolher os dados na voz do próprio entrevistado, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia acerca do modo como os entrevistados percebem a sua

realidade (Bogdan e Biklen, 2003). Com esta técnica consegue-se explorar determinadas ideias, investigar motivos e opiniões, o que não é possível através do inquérito. A forma como determinada resposta é dada, o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, entre outros pormenores, podem transmitir informações que uma resposta escrita nunca revelaria, pois numa entrevista a resposta pode ser desenvolvida e clarificada (Bell, 2004).

O tipo de entrevista utilizada no estudo é a entrevista semi-estruturada, a que melhor se adequa para aprofundar determinado domínio ou verificar a evolução de um domínio já conhecido (Ghiglione e Matalon, 2001), o que implica a recolha de grande quantidade de dados, de pequenas amostras ou de caso único, podendo ser registados de distintas maneiras, com diversos tipos de registos, que à *posteriori* serão descodificados e organizados para dar sentido à investigação e para apresentar os resultados (Ribeiro, 2010). Bogdan e Biklen (2003) acrescentam que, na entrevista semi-estruturada se fica com a certeza de obter dados comparáveis entre vários sujeitos. Para o efeito, levou-se para o campo de estudo um guião (Anexo I), que na sua conceção teve por base os objetivos do estudo, a partir dos quais se formularam as questões.

Assim, este instrumento contém as grandes linhas do tema a explorar, dando liberdade ao entrevistado para responder, e à investigadora ao longo da resposta poder fazer inflexões para outras questões que surgem do discurso do inquirido, e que não estavam previstas.

Após a elaboração do guião de entrevista, procedemos uma experiência prévia, para validação, recorrendo a dois peritos em enfermagem de reabilitação e a uma enfermeira generalista com experiência em unidades de internamento da RNCCI, mas que não labora nas unidades em estudo.

Com esta experiência, foi possível avaliar as questões quanto à sua formulação, explorar a existência de eventuais dúvidas nas questões colocadas, assim como, no sentido de verificar a dimensão da entrevista. Esta é uma etapa imprescindível a qualquer estudo, porque permite corrigir ou modificar as questões de forma a resolver problemas imprevistos, e serve também para o próprio investigador se preparar para a entrevista.

As entrevistas foram gravadas, após autorização dos peritos, não tendo sido incluídas no *corpus* de análise, mas através destas o guião sofreu um refinamento das questões, para melhor servir os objetivos do estudo.

Após esta primeira etapa, e com a autorização formal do Conselho de Administração das Instituições de Saúde (Anexo II), às quais estão vinculadas as Unidades de

Convalescença, foram contactados os enfermeiros chefes ou os enfermeiros responsáveis das unidades, em algumas este contacto foi pessoal, em outras, dada a sua distância da nossa residência, o primeiro contacto foi via telefone, a fim de se proceder à marcação do dia e hora da entrevista com os enfermeiros, bem como explicitar os objetivos do estudo e os critérios de seleção dos participantes. Em todos os casos mostraram-se recetivos e foram previamente agendadas as entrevistas.

As entrevistas ocorreram nos meses de março e abril de 2011, e tiveram lugar nas salas de reuniões das UCs, num clima de confiança, para que o enfermeiro se sinta à vontade para responder às questões, sem qualquer interferência do ambiente de trabalho que decorria para lá das paredes destas salas, evitando interrupções, com a duração em média de trinta minutos.

Ao solicitar a colaboração dos enfermeiros, foi explicado individualmente a técnica de recolha de dados, a entrevista, os objetivos do estudo, o fim a que se destinam os dados obtidos e a necessidade da gravação em áudio, para melhor tratar os dados.

Antes do início de cada entrevista, e após a explanação dos objetivos e a permissão da mesma, foi entregue a cada enfermeiro a carta de explicação do estudo e consentimento informado (Anexo III), que foi lido e de seguida assinada a declaração de consentimento (Anexo IV), garantindo a confidencialidade das informações.

No decurso da entrevista, cada enfermeiro teve a liberdade de exprimir as suas perceções, relatar a sua experiência em UCs, sendo a investigadora a facilitar essa expressão, sem que se afaste dos objetivos da investigação, decorrendo a conversa de um modo fluído.

Com a aplicação desta técnica de recolha de dados não pretendemos apenas trazer para as palavras aspetos contidos no pensamento do enfermeiro, através do expressar das suas convicções acerca das perguntas formuladas, mas tentamos o mais possível que explicitassem as suas práticas, exemplificando, produzindo declarações mais em torno de “como fazem” do que em torno do “que idealizam que deve ser feito”. A intenção não era apenas colocar questões acerca de determinados aspetos da sua organização do trabalho, mas colocar este enfermeiro entrevistado a falar sobre a sua própria experiência.

No final de cada entrevista agradecemos a disponibilidade destes participantes, em dispensarem algum tempo do seu trabalho para colaborem no estudo, e reforçada a importância do seu contributo.

Para complementar as informações gravadas, de forma a não perder alguns aspetos importantes para a análise, foram anotadas algumas expressões faciais e posturas no decurso da entrevista.

Cada uma das entrevistas foi auscultada, logo após a sua gravação, para verificar se esta fazia sentido, e determinar a necessidade de realizar mais uma entrevista. Posteriormente procedeu-se à transcrição das entrevistas em suporte informático, emergindo assim, os dados deste estudo.

Após a transcrição das entrevistas, foram devolvidas a cada participante a transcrição da sua entrevista, de forma a analisarem e a validarem os dados, assegurando a credibilidade. Nenhum dos participantes se opôs a transcrição apresentada, confirmando o conteúdo destas transcrições, e a maioria dos enfermeiros envolvidos mostrou-se disponível para informações adicionais, caso necessário.

7 – Considerações Éticas

A investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética, pelas características que lhe são intrínsecas. Sempre associada à procura da verdade, que para Martins (2008) exige rigor, isenção, persistência e humildade, às quais a investigação em enfermagem não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos.

Independentemente da natureza do projeto de investigação, os princípios éticos de autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, devem ser respeitados e guiarem todo o processo de investigação (Martins, 2008), permitindo à investigadora, à luz desses princípios, discernir sobre a sua atuação no terreno, sendo que estes “ (...) *vão balizar os limites de acção*” (Martins, 2008, p. 64).

Também Fortin (2009) salienta que, qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas, pelo que a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa.

Este tipo de estudos torna os seres humanos suscetíveis a danos no que concerne aos seus direitos e liberdade, pelo que se torna imprescindível que se tenha em atenção todas as medidas que garantam a proteção da pessoa.

Na opinião de Fortin (2009), o investigador deve obter da parte dos potenciais sujeitos um consentimento livre e esclarecido, tornando-se esta, a diretriz fundamental a ser respeitada pela investigadora. Para que este princípio seja honrado, foi redigido, e posteriormente foi enviado ao Conselho de Administração dos Hospitais, aos quais as UCs estão agregadas, um pedido de autorização para a realização do estudo, tal como, a declaração de consentimento informado, em Anexo IV, aos participantes, para a entrevista e sua gravação em áudio.

De forma a garantir os direitos dos participantes, estes foram informados sobre os objetivos do estudo e do teor da entrevista (Anexo III), ainda informados, que poderiam desistir do estudo se assim o desejassem, a qualquer momento, sem que daí advenha nenhum prejuízo, quer a nível pessoal quer a nível profissional, o que não ocorreu. Após estes esclarecimentos, foi obtido o consentimento informado por escrito de cada participante.

8 – Tratamento e Análise de Dados

O tratamento e a análise de dados resultantes de um estudo de investigação é uma das fases mais complexa e misteriosa, esta envolve o trabalho com os dados, em que “ (...) *os dados a analisar na investigação qualitativa são as palavras e não números.*” (Fortin, 2009, p. 295). O termo *dados*, como referem Bogdan e Biklen (2003, p. 149), são os materiais em bruto recolhidos no terreno, onde decorreu a pesquisa, constituindo o *corpus* de análise e “ (...) *são simultaneamente as provas e as pistas que (...) ligam-nos ao mundo empírico*”, que no presente estudo são exclusivamente as páginas de materiais descritivos, resultantes das transcrições das entrevistas.

À medida que as entrevistas foram realizadas, as mesmas foram auscultadas e transcritas na íntegra logo após o seu decurso, o que nos ajudou a familiarizar com os dados e permitiu ter uma ideia geral sobre os assuntos abordados, sendo esta estratégia defendida por vários autores, entre os quais Bogdan e Biklen (2003), assim como Streubert e Carpenter (2013), pois à medida que os dados são recolhidos vão sendo revistos e organizados para descobrir o que os dados revelam, e verificar a necessidade de novas entrevistas.

Tendo em conta os objetivos e a natureza do nosso trabalho optou-se para a análise qualitativa das entrevistas, a técnica de análise de conteúdo. Através desta, procura-se “arrumar” num conjunto de categorias o “conteúdo manifesto” nas respostas dos enfermeiros (Amado, 2000), tratando de forma metódica, informações e testemunhos sobre a prática, que os enfermeiros da pesquisa nos confiaram nas suas próprias palavras, que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Bardin (2009, p. 44) define a análise de conteúdo como, *“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”*. A partir deste conjunto de técnicas que permitem organizar, sintetizar e fornecer uma estrutura aos dados, tentando *“(...) conhecer aquilo que está por detrás das palavras sobre as quais se debruça (...) é uma busca de outras realidades através das mensagens”* (Bardin, 2009, p. 45), compreendendo o sentido das respostas.

Através da técnica de análise de conteúdo, tentamos ultrapassar as incertezas e o enriquecimento da leitura, sem deixar de parte o *“(...) rigor e necessidade de descobrir (...) de ir além das aparências”* (Bardin, 2009, p. 31), o que julgamos ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo partilhar com os outros a nossa visão pessoal.

Para depurar as mensagens contidas nas entrevistas, de modo a chegar ao âmago do conteúdo, não sendo esta técnica *“(...) exclusivamente com um alcance descritivo”* mas *“(...) o seu objectivo é a inferência”* (Bardin, 2009, p. 23), optamos por utilizar a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009, p. 121), organizada em torno de três etapas, que são recursivas, até conseguirmos a estabilização dos dados, são elas:

- 1) *A pré-análise;*
- 2) *A exploração do material;*
- 3) *O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.*

A pré-análise é a fase de organização dos dados, que corresponde, segundo Bardin (2009, p. 121), *“(...) a um período de intuições, mas tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um pequeno esquema preciso no desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.”*

Nesta primeira fase realizamos uma primeira leitura, de um modo fluente, dos textos produzidos pelas respostas dos enfermeiros, que permite um esboço preliminar do sistema

de categorias, passando de leituras sucessivas e verticais, a leituras cada vez mais minuciosas e horizontais.

A segunda fase, baseia-se na descrição da análise, que não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas. Esta fase “ (...) *consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente definida*” (Bardin, 2009, p. 127).

Após a leitura dos dados procedeu-se à sua codificação, processo moroso, no qual os dados foram transformados e agrupados em unidades, o que permite atingir uma representação do conteúdo. Esta codificação é um processo faseado de decisões e ações, adaptadas às características do material a estudar, e aos objetivos do estudo. Durante este processo, extraímos as unidades de registo ou unidades de significação que “ (...) *corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base*” (Bardin, 2009, p. 130). As unidades foram agrupadas pelas temáticas em questão, procedendo-se à sua categorização.

A categorização é “ (...) *uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (...), com os critérios previamente definidos*” (Bardin, 2009, p. 145). A definição das categorias, na análise de conteúdo, tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados em bruto, apresentando-os com um sentido, através de expressões curtas e abrangentes. Para melhor explicitar todo o sentido da categoria procedemos à elaboração de subcategorias, que esmiúçam a categoria em questão.

No decurso da categorização, tivemos em conta as qualidades, defendidas por Bardin (2009), que uma categoria deve possuir nomeadamente: a exclusão mútua, na qual cada unidade de registo só pode pertencer a uma categoria; homogeneidade, um sistema de categorias deve referir-se a um único tipo de análise; pertinência, as categorias devem estar adaptadas ao conteúdo e aos objetivos do estudo; objetividade e a fidelidade, em que as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises.

E por último, a fase de análise de conteúdo que traduz o tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação, ou seja, tornar os resultados significativos e válidos, utilizando quadros, de forma a sistematizarem e colocar em evidência as informações obtidas pela análise (Bardin, 2009).

Os resultados da recolha de dados do estudo serão apresentados, analisados e discutidos na fase empírica do estudo, de acordo com as categorias e as subcategorias delineadas, nutrindo-as com os excertos das entrevistas.

Com o propósito de assegurar a confidencialidade aos participantes do estudo, que qualquer informação fornecida por estes não deverá identificar os participantes, foi atribuído a cada entrevista um código com duas letras e um número, de forma a não identificar o participante. Assim, foram atribuídos a cada enfermeiro de reabilitação as letras ER e um número, como por exemplo ER1, ER2, ... ER6. Aos enfermeiros generalistas foram atribuídas as letras EG e também um número, como por exemplo EG7, EG8, ... EG16.

CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O capítulo que se inicia, visa apresentar, analisar e discutir os dados obtidos do estudo. Bogdan e Biklen (2003) referem que, a análise de dados baseia-se na organização sistemática de transcrições de entrevistas, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão dos materiais recolhidos, o que permite apresentar aos outros aquilo que se encontrou. Deste modo são apresentados os resultados, a análise crítica e discussão dos mesmos, entrelaçando com as perspetivas dos diferentes autores e investigadores, procurando interpretar as divergências e paridades encontradas.

No sentido de conhecer o fenómeno em profundidade e edificar uma narrativa interpretativa, a partir dos discursos dos enfermeiros participantes no estudo, através da exploração e descrição do trabalho dos enfermeiros, generalistas e de reabilitação, nas UCs, invocamos autores como Bardin (2009), Bogdan e Biklen (2003), na procura de novos significados e em busca de sentido, numa descrição da experiência humana (Fortin, 1999).

No decurso da análise emergiram cinco categorias, que na sua construção teve por base alguns dos tópicos temáticos do guião da entrevista, a salientar as seguintes:

- Métodos de prestação de cuidados;
- Recursos na recolha de informação;
- Planear um turno de trabalho;
- Capacitação para o autocuidado;
- Desocultar o papel do enfermeiro de reabilitação.

Para ilustrar de forma mais clara a análise de dados, faremos a sua apresentação através de quadros, onde incluiremos as categorias e as respetivas subcategorias, com vista ao conhecimento do processo de cuidados do enfermeiro e enfermeiro de reabilitação em UCs. A matriz global de dados encontra-se descrita no Anexo V.

1 – Métodos de Prestação de Cuidados

Os enfermeiros envolvidos no estudo quando questionados: Qual o método de trabalho dos enfermeiros nesta unidade de cuidados? As respostas obtidas revelam os métodos de prestação de cuidados de enfermagem preconizados, que dão origem às subcategorias, tal como ilustra o quadro seguinte:

Quadro 3: Métodos de prestação de cuidados

Categoria	Subcategoria
Métodos de prestação de cuidados	Individual
	Enfermeiro responsável
	Equipa
	Rotinas

Individual

O método de trabalho individual consiste na atribuição de um determinado número de utentes a cada enfermeiro, de acordo com o grau de dependência dos mesmos.

O enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados globais aos utentes que lhe foram atribuídos, durante um turno de trabalho (Frederico e Leitão, 1999), não ocorrendo a fragmentação de cuidados no decurso desse período.

Como é perceptível por alguns relatos, num turno de trabalho “...temos os nossos doentes...” (EG8), onde “...a cada enfermeiro é atribuído um determinado número de utentes e ele é responsável pela prestação de cuidados (...) ou seja, ele é responsável pelos doentes dele...” (ER2).

Outros enfermeiros referem que, a atribuição de um determinado número de utentes, num turno de trabalho, é espelhado “...no plano de trabalho estão divididos os utentes pelos dois enfermeiros generalistas (...) esse enfermeiro generalista fica responsável por esses onze utentes...” (EG9), o qual “...recebo os meus doentes e preparo a medicação dos meus doentes (...) nas higienes, nos treinos das transferências, nos treinos do vestuário, onde cada enfermeiro trabalha com os seus doentes...” (EG10, EG14).

Este método de trabalho rompe com a divisão de tarefas, responsabilizando o enfermeiro pelo atendimento integral, proporcionando uma visão global das necessidades

do utente, em que *“...o método individual de trabalho tem que ser um guia orientador de atuação...”* (EG7), o que não invalida a colaboração entre colegas, apesar de serem *“...atribuídos um determinado número de doentes que trabalhamos sozinhas, embora tenhamos sempre a colaboração dos colegas...”* (ER5).

O método em análise, na opinião de alguns dos participantes *“...não é aquele método puro e duro, em que eu só trato dos meus doentes e o colega dos dele...”* (EG9), pois *“...se eventualmente outro doente que não me foi atribuído se precisar de alguma coisa por exemplo, na alimentação, necessita de ir à casa de banho e nesse momento eu não estou ocupada, então faço eu...”* (EG14), ou *“...se for preciso ajudar algum dos doentes do meu colega, porque está ocupado com outro doente, então eu colaboro.”* (EG10), durante um turno de trabalho existem *“...sempre situações é quem estiver mais perto ou mais disponível responde às necessidades do utente...”* (EG9)

É nítido nos seus discursos a cooperação que existe entre os enfermeiros, em que *“...colaboramos muito uns com os outros nos cuidados...”* (EG8). É realçado por dois enfermeiros de reabilitação, que o enfermeiro não trabalha sozinho com o seu doente, *“...pode trabalhar em equipa com o assistente operacional, porque o assistente operacional tem o mesmo número de utentes que o enfermeiro...”* (ER2), *“...em que cada enfermeiro presta cuidados individuais aos seus utentes em conjunto com a auxiliar (...) isto mais no turno da manhã.”* (ER6).

Enfermeiro responsável

Também emerge da análise dos discursos o método de trabalho de enfermeiro responsável, no qual:

“...é feita a distribuição de doentes pelos enfermeiros que estão de serviço nesse dia, é a nossa enfermeira chefe quem distribui (...) diz-nos que vamos ficar com dois, três ou quatro doentes, o número de doentes que for, e que recebemos o primeiro ou o segundo doente, dependendo do número de doentes que vão entrar nesse dia, é ela quem orienta as entradas...” (EG11).

Na opinião de Penaforte e Martins (2011), essa divisão de trabalho efetuada pela enfermeira chefe tem a função de manter a ordem no grupo e na unidade, garantindo a continuidade dos cuidados.

O enfermeiro destacado como enfermeiro responsável para o utente em questão, fica com a total responsabilidade de planear, prestar e avaliar os cuidados desde o momento da

admissão até à alta do utente, promovendo a continuidade de cuidados, e pelas afirmações que se seguem é ele quem:

“...dá entrada ao doente, é quem fica responsável pelo doente...” (EG11);

“...é ele quem o recebe, faz a avaliação inicial, faz o preenchimento do aplicativo informático, SAPE...” (EG13);

“...é quem faz o acolhimento, desde apresentar a unidade, a equipa se o doente tiver condições para isso, o quarto, e são contactados telefonicamente os familiares.” (ER3);

“...faz o plano de cuidados mediante a avaliação que fez do doente...” (EG12).

Por tudo o que é apontado por estes profissionais é o enfermeiro responsável, quem efetua a avaliação inicial, identifica as necessidades afetadas nos utentes, traça o plano de cuidados de enfermagem, incluindo o *“...o ensino à família, a preparação da alta é o enfermeiro responsável...”* (ER3), sendo que esse enfermeiro *“...é sempre o enfermeiro generalista que é o enfermeiro responsável ...”* (ER4).

De certo que estamos conscientes que é humanamente inviável a permanência de um só enfermeiro, durante todo o período de tempo de internamento do utente, pelo que na ausência deste, os cuidados aos utentes são assumidos por outro colega da equipa, assumindo a figura de enfermeiro assistente (Frederico e Leitão, 1999), mas o enfermeiro responsável *“...sempre que estamos de serviço ficamos com esses doentes, quando não estamos fica outro colega...”* (EG11).

Deste modo todos os enfermeiros são concomitantemente enfermeiros responsáveis para alguns utentes, e enfermeiros assistentes de outros enfermeiros, o que não os impede de fazer alterações ao plano de cuidados já delineado, sempre que se justifique, pois *“... qualquer um dos colegas pode-o fazer, pois tem autonomia para o fazer...”* (EG12). Mas é o enfermeiro responsável quem *“...tem a obrigação de todos os dias, quando está a trabalhar, de atualizar o plano, embora os assistentes também o atualizam (...) mas o enfermeiro responsável é responsável pelo processo todo (...) não quer dizer que no momento da alta ele esteja presente...”* (ER4).

Equipa

Ainda, na análise da mesma questão emerge outro método de trabalho, o de equipa, revelado por dois enfermeiros, que por coincidência laboram na mesma unidade de cuidados, sendo um enfermeiro de reabilitação e o outro enfermeiro generalista, que quando indagados sobre o método de trabalho respondem:

“...aqui o método de trabalho eu acho que é por equipa...” (EG15, ER5).

Estes enfermeiros referem-se ao método de trabalho de equipa *“...porque nós trabalhamos todos em equipa (...) ajudamo-nos mutuamente no que for necessário, nos cuidados, mas cada um dá a medicação aos seus doentes e presta os cuidados de higiene, mas imagine que uma colega termina primeiro que a outra colega, essa colega vai ajudar a colega...” (EG15)* e *“...são nos atribuídos um determinado número de doentes que trabalhamos sozinhas, embora tenhamos a colaboração dos colegas...” (ER5).*

A alusão a este método de trabalho, na perceção destes dois profissionais de enfermagem, foca-se em termos de cooperação entre colegas, ao espírito de inter-ajuda no quotidiano da sua prática profissional, sendo que esta perspetiva não é totalmente condizente com Parreira (2005).

Para o autor, no método de equipa é efetuada a divisão dos enfermeiros em equipas, e cada uma das equipas é liderada por um enfermeiro, o qual tem entre outras responsabilidades, a de orientar e coordenar a equipa *“(...) maximizando as capacidades do todo e das diferentes formações e competências individuais.” (Parreira, 2005, p. 273)*, tendo por base a liderança no planeamento e avaliação da prestação de cuidados a cada utente, e comunicação eficaz para assegurar a continuidade dos cuidados.

Rotinas

Alguns dos relatos dos enfermeiros fazem alusão às rotinas instituídas nas UCs, com influência no método de prestação de cuidados de enfermagem:

“Não podemos abdicar das rotinas...” (EG9);

“No turno da manhã é aquela rotina, porque quer queiramos quer não, tendo em conta a dotação do pessoal não podemos dizer assim, que o doente está habituado a tomar banho à tarde, toma banho à tarde! Não temos pessoal que nos permita alterar...” (EG7);

“...todos os utentes vão de manhã ao chuveiro...” (EG16,ER5);

“...turno da tarde as rotinas são praticamente as mesmas exceto o banho (...) todos os doentes fazem levantar, vão à mesa lanchar...” (EG11).

As rotinas são descritas, por estes participantes, como um conjunto de atividades pré-determinadas para um turno de trabalho, *“(...) são actos diários que se processam nos serviços, têm como alvo os doentes” (Costa, 2002, p. 262)* e servem de fio condutor para as atividades a concretizar num turno de trabalho.

Ainda, um dos entrevistados salienta que, *“...as tarefas nem sempre são as mesmas, por mais que a gente diga que é rotineiro não é, os doentes são diferentes e por vezes há mais que fazer...”* (EG7), o que refuta a opinião de Hesbeen (2001, p.7) sobre a rotina. Para o autor, *“A rotina torna os comportamentos rígidos e, para além de levar a perdas de tempo com gestos inúteis perante situações particulares, transforma os prestadores de cuidados em técnicos especializados que passam de cama em cama para fazer o que está previsto no plano de trabalho.”*

2 – Recursos na Recolha de Informação

A categoria em análise inscreve eixos do discurso que se referem à questão: Como avaliam os enfermeiros/enfermeiros de reabilitação a pessoa com dependência nesta unidade?

Da análise das entrevistas, os enfermeiros referem que empregam vários recursos na recolha de informação, para concretizarem as suas avaliações da pessoa dependente, como representa o quadro seguinte:

Quadro 4: Recursos na recolha de informação

Categoria	Subcategoria
Recursos na recolha de informação	Instrumentos de medida
	Observação
	Entrevista
	Sistemas de informação

Instrumentos de medida

O Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) é um dos itens a preencher no aplicativo informático da RNCCI, como é salientado por um dos participantes *“...temos que fazer o IAI...”* (ER3). Este é de carácter obrigatório e avalia domínios tais como idade, sexo, queixas em saúde, estado de nutrição, quedas, a locomoção, queixas emocionais, estado cognitivo, estado social, hábitos, e ainda pelo relato de um enfermeiro de reabilitação *“...o IAI é constituído por escalas que são o Katz, o Lawton...”* (ER6), que avaliam a autonomia física e instrumental nas atividades de vida.

Apesar do IAI ser um instrumento amplo, que avalia várias dimensões da pessoa, nos relatos dos enfermeiros sobressai unicamente, uma das partes que compõem esse mesmo instrumento:

“Nas unidades de convalescença o que está estipulado em lei são dois instrumentos (...) o índice de Katz e Lawton...” (ER1);

“Na avaliação o que nós fazemos é basicamente o preenchimento das escalas...” (EG7);

“...em termos de dependência essa avaliação é feita pelo preenchimento das escalas da plataforma da Rede...” (EG13).

Da análise do conteúdo das entrevistas, é unânime o recurso ao Índice de Katz e Índice de Lawton para avaliar a capacidade funcional dos utentes, nas UCs em estudo. Esta é avaliada em dois domínios, com enfoque nas atividades de vida diárias (AVD's) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD's). As primeiras são mensuradas pela aplicação do Índice de Katz, que avalia o desempenho da pessoa em seis atividades, sendo elas: o banho, o vestir, o controlo dos esfíncteres, o alimentar, o transferir e o ir ao sanitário. As segundas, são avaliadas através do Índice de Lawton, que inclui atividades como: o usar o telefone, gerir o dinheiro, fazer compras, a lida da casa, usar os meios de transportes, tomar a medicação, preparar refeições e tratar da sua roupa.

Segundo Marín e Casanovas (2001) citado por Figueiredo (2007), estas escalas não só procuram obter uma medida da dependência, como proporcionam um conjunto limitado de categorias, obtidas a partir do índice elaborado, que ajudam a classificar as pessoas dependentes, dado que avaliação funcional é o desígnio subjacente na sua criação:

“...nós temos que utilizar escalas para aferir a dependência, porque eu posso avaliar uma coisa e o meu colega pode avaliar outra...” (EG12).

Hayes (2000) refere que um instrumento de avaliação deverá ser prático, simples de aplicar e que produza resultados significativos que possam orientar o processo de reabilitação, que na ótica destes profissionais de enfermagem são as suas intervenções específicas juntos dos seus utentes, no sentido dos “3Rs”: Reabilitar-Readaptar-Reinsserir.

No entanto pelo depoimento de dois enfermeiros deixam transparecer, juízos menos favoráveis quanto, à utilização destas escalas na sua prática de cuidados:

“...o índice de Katz e Lawton, na minha opinião são muito restritas e dão pouca informação...” (ER1);

“...a Rede tem o índice de Lawton e de Katz que apenas nos diz em que autocuidados o doente é dependente...” (EG9).

Podemos inferir através da opinião destes enfermeiros, a estreita utilidade atribuída ao uso destes índices, tal como a visibilidade limitada destas na sua prática clínica, na avaliação da pessoa dependente, pois não revelam com precisão como se traduzem as manifestações da dependência no autocuidado.

No que toca ainda a este aspeto, encontramos nos relatos, dados que nos levam a analisar e interpretar sobre o modo como avaliam o grau de dependência no autocuidado dos seus utentes, sendo que alguns enfermeiros referem:

“...também avaliamos quando fazemos o processo de enfermagem, a nível do SAPE, a nível dos vários focos que vamos preenchendo relativamente à dependência, em grau moderado, elevado, muito elevado, reduzido, ou seja, quando falo em focos, falo nos autocuidados...” (EG9, EG10,EG13);

“...a dependência do doente é avaliada nos autocuidados, mas nós não temos o CIPE/SAPE, mas temos um programa informático instituído por nós, onde fazemos os diagnósticos e as intervenções de enfermagem em linguagem CIPE (...) através da linguagem CIPE conseguimos esmiuçar o grau de dependência do doente por autocuidados...” (EG14).

Pelos discursos destes enfermeiros é perceptível que a linguagem CIPE está enraizada nas suas práticas, sendo o juízo “dependente” enfatizado por estes profissionais, para expressar o grau de dependência da pessoa nos vários domínios do autocuidado.

Dependência é um conceito definido pela CIPE® versão 1.0 (CIE, 2006, p. 107) como, “o estado com as características específicas: de estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda ou apoio.”. Esta classificação estratifica o grau de dependência em grau reduzido, moderado, elevado e muito elevado, que nos depoimentos dos enfermeiros, esta é a forma valorizada para expressarem o grau de dependência dos seus utentes nos diferentes domínios do autocuidado, para que possam em seguida implementarem as suas intervenções, mediante as necessidades dessas pessoas.

Também no estudo desenvolvido por Barra e Sasso (2010) apontam a utilização deste sistema de classificação, o qual facultou aos enfermeiros a organização e o desenvolvimento do raciocínio lógico no processo de assistir/ cuidar dos utentes em cuidados intensivos.

Na prática de cuidados, segundo Brito (2012), os enfermeiros tomam por foco o autocuidado e associam-lhe o juízo “dependência” para traduzir as necessidades de cuidados de enfermagem nesse domínio. Estas necessidades significam que a pessoa carece de ajuda de outra, total ou parcial, para fazer face às diferentes atividades de autocuidado.

Ainda, no decurso da análise de conteúdo, os enfermeiros fazem alusão a outras escalas que servem de guia na avaliação da pessoa com dependência, como é perceptível pelos excertos seguintes:

“...depois temos a escala de Braden, a de Morse ...” (EG10, EG11, EG12, EG14, EG15);

e

“...aplicamos também a escala de coma de Glasgow para avaliar estado de consciência...” (ER5, ER6, EG14).

Nos depoimentos de três enfermeiros emerge mais uma escala utilizada nas suas avaliações, *“...fazemos também o preenchimento da MIF...”* (ER3, EG11, EG13), que *“...é um instrumento de avaliação da autonomia funcional...”* (EG13) que *“...temos (...) no SAPE e em suporte de papel, (...) que fica anexado ao processo clínico do doente...”* (ER3).

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação, desenvolvido para acompanhar as pessoas sob um processo de reabilitação (Silveira et al., 2011), mede a incapacidade da pessoa nas seguintes categorias de desempenho: autocuidados, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social (Hayes, 2000). No total são 18 atividades de vida diárias medidas numa escala de sete níveis. O nível 1 indica dependência completa (assistência total), e o nível 7 completa independência. Os itens da MIF são somados para criar um score que vai de um máximo de 126 pontos, que representa a independência total, a um mínimo de 18, que representam a dependência em todas as áreas.

Silveira et al. (2011), referem que a MIF é um instrumento que pode elucidar a necessidade de cuidados exigidos aos profissionais de saúde, a qualidade de vida quando esta for determinada a partir das atividades de vida diária e a recuperação da funcionalidade, quando utilizada em diferentes momentos à mesma pessoa. Hayes (2000) acrescenta que esta escala é usada para estabelecer critérios de admissão, alta e manutenção dos ganhos de reabilitação.

A aplicação desta escala é feita *“...de 7 em 7 dias ela é preenchida (...) é uma escala muito abrangente, ótima para se trabalhar (...) todos os colegas a preenchem, seja enfermeiro generalista ou enfermeiro especialista...”* (EG13).

Nos discursos dos enfermeiros de reabilitação são, desveladas outras escalas utilizadas na avaliação da pessoa com dependência funcional física:

“...para além destas, utilizo também as escalas para avaliar a força muscular e a espasticidade...” (ER5, ER6);

“...depois utilizo a escala de avaliação da força muscular Mecil Council (...) dá-me logo a perspetiva que o doente pode ou não fazer (...) utilizamos a escala de Asworth.” (ER1);

“...utilizo também se for um doente do foro neurológico a escala da força muscular, utilizo a escala do equilíbrio corporal, tudo isto está parametrizado...” (ER2);

“...no que diz respeito à força muscular, avaliamos segundo a escala de avaliação dos níveis de força, e esta escala está inserida no sistema SAPE (...) a escala de avaliação de equilíbrio não consta no sistema SAPE” (ER4).

Os aspetos avaliados, por estes enfermeiros de reabilitação, colocam em relevo a capacidade funcional da pessoa, importante não só para a mobilidade física da pessoa mas também, crucial para as expressões da independência física funcional que são elas, o levantar, o erguer, o sentar, a transferência, a marcha assim como, para a consecução das restantes atividades de vida diárias.

Ao verbalizarem o uso de escalas para mensurarem estes parâmetros, alguns dos entrevistados revelam que, *“...estas escalas não estão no aplicativo da Rede (...) são escalas que estão gravadas na minha cabeça, que eu vou registando alguns dos aspetos em texto livre, nas notas de enfermagem...” (ER1)*, como tal *“...socorrendo-me do meu conhecimento...” (ER4, ER6)*, ou ainda como acrescenta um enfermeiro de reabilitação *“...pela minha experiência, na avaliação eu utilizo-as ...” (ER6)*.

É visível nos excertos que, a incorporação destas escalas, advêm do seu percurso formativo, como enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação e que, no seu contexto de trabalho as colocam em prática.

Outro aspeto valorizado, na opinião de dois enfermeiros generalistas, é a utilidade atribuída à avaliação do enfermeiro de reabilitação na prática de cuidados, pois *“...o enfermeiro especialista com a avaliação das forças que faz a nível dos segmentos, do hemicorpo afetado ou não, permite que a gente tenha uma orientação, uma melhor avaliação do doente.” (EG7)* e *“...a partir dessa avaliação feita pelo enfermeiro especialista ele vai-nos transmitir o que é que o doente necessita...” (EG8)*.

São estes os motivos aludidos por dois enfermeiros generalistas, para que seja o enfermeiro de reabilitação a efetivar a avaliação da pessoa dependente nestas unidades, confirmados na voz de um enfermeiro de reabilitação, a existência destes apelos por parte dos seus colegas generalistas:

“...temos colegas quando entra um doente na unidade, essencialmente nos doentes com AVC, a necessitar de reabilitação pedem sempre que a avaliação que nós temos que fazer na plataforma da Rede seja feita pelo enfermeiro de

reabilitação, porque têm conhecimentos, porque avalia mais em profundidade (...) porque acham que fica mais completa...” (ER3).

Uma das competências dos enfermeiros de reabilitação é, avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade (Regulamento nº 125/2011), daí reside a sua peculiaridade na avaliação da pessoa com dependência.

Na opinião de Maureen (2011) a avaliação funcional poderá ser considerada como uma extensão dos componentes tradicionais da avaliação de enfermagem. Dada a preparação especializada dos enfermeiros de reabilitação, estes detêm o conhecimento adequado que permite uma avaliação completa (Laranjeira, 2010) da pessoa em todas as vertentes e a aplicação dos cuidados de reabilitação a pessoas em situação de dependência, fundamentais na sua recuperação.

Observação

A observação é uma capacidade humana, que no dia a dia é uma das formas mais usadas para conhecer pessoas, acontecimentos e objetos (Brasil, 1997). É uma técnica básica para se obter informações, por meio dos sentidos.

Na análise das entrevistas, a observação é expressa diretamente, por quatro enfermeiros, como um recurso mobilizado para o conhecimento efetivo da situação da pessoa dependente:

“...depois esta avaliação é muito pela observação...” (EG9,EG10,EG12);

“...para avaliar o doente, eu observo, testo o doente...” (ER3).

Alguns dos enfermeiros, revelam os aspetos significativos nas suas observações da pessoa, numa lógica de descoberta e de descrição que são eles:

“...o estado da pele...” (EG10);

“...se tem feridas ou não, e a sua localização...” (EG14);

“...avaliamos os dados antropométricos, pesamos e medimos...” (EG14);

“...avaliamos os sinais vitais...” (EG15).

Na perspetiva de ambas as categorias profissionais, a observação é enfatizada pela sua importância na avaliação funcional da pessoa no autocuidado, observando as manifestações da dependência nos diferentes autocuidados, como meio de obter

informação sobre o seu grau dependência funcional, e desta forma obter subsídios para o agir destes enfermeiros:

“...à entrada fazemos logo uma observação global do doente (...) se o doente permitir, tentamos logo que ele se levante, que deambule para verificar qual é a dependência...” (EG13);

“...através da observação do doente nos diferentes autocuidados...” (EG15), “...no sentido se o doente é capaz de fazer sozinho determinadas atividades, desde o erguer, o deitar, o transferir...” (EG7), “...se são capazes de tomar sozinho ou não banho, se precisam de ajuda para se vestirem ou não...” (EG10);

“...a nível da alimentação, se come ou não sozinho, a nível da transferência, se transfere-se ou não sozinho, a nível do posicionar-se, se precisa de ajuda ou não...” (EG12);

“...que limitações tem para tomar banho (...) o doente vai tomar banho e eu posso ir com ele para ver as dificuldades que ele tem...” (ER2).

Os enfermeiros de reabilitação dão mais realce, nas suas observações, aos aspetos relacionados com a mobilidade da pessoa, com impacto na consecução das atividades de autocuidado:

“...o transferir-se e o deambular quase sempre somos nós, enfermeiros de reabilitação, quem avaliamos (...) mas a área de reabilitação que implica o transferir-se, o verticalizar-se, o levantar-se, o deambular, o andar com auxiliar de marcha é sempre a cargo do enfermeiro de reabilitação...” (ER3);

“...não há outra forma sem estar junto dele, para fazer determinadas atividades ou movimentos (...) no que diz respeito ao equilíbrio, transferências e deambulação isso fica para o enfermeiro de reabilitação, nós é que fazemos a avaliação e a planificação (...) fica para nós esse trabalho...” (ER4).

Theuerkauf (2000) refere que o enfermeiro de reabilitação antes de iniciar a sua avaliação da pessoa, deve utilizar o seu conhecimento que tem do processo de doença, para compreender o potencial funcional de cada indivíduo, de modo a predizer as suas limitações, que é corroborado pelos relatos de dois enfermeiros de reabilitação, ao evidenciarem que as sequelas provocadas pelas diferentes patologias nos utentes são determinantes nas suas observações:

“...avaliamos os autocuidados (...) nesta avaliação é pela observação do doente (...) no dia da entrada podemos avaliar o autocuidado alimentar-se e no dia seguinte já se vai avaliar o autocuidado higiene, o vestir, o deambular, depois depende de cada patologia, se são AVC, se são doentes submetidos a próteses da anca, isso tudo tem que se avaliar...” (ER5);

“...é feita uma avaliação física a nível motor e sensitiva. Em termos de avaliação motora é avaliado em todos os utentes, em termos sensitivos avaliamos mais nos utentes com AVC...” (ER6).

A importância da observação na prática de cuidados, nos dizeres destes enfermeiros, como elemento fundamental na determinação das necessidades da pessoa com dependência, assim como, constitui uma capacidade e habilidade dos enfermeiros (Brasil, 1997), para que possam compreender a real situação da pessoa dependente.

Entrevista

Na perspectiva destes enfermeiros, a entrevista é utilizada como uma técnica no desenvolvimento da prática profissional diária, especialmente para a colheita de dados, pois *“...para avaliar o doente fazemos sempre a entrevista...”* (ER4), no intuito de *“...obter todos os dados possíveis através do doente...”* (ER3).

Nos seus relatos é salientado que, esta técnica é aplicada não só à pessoa, mas também, aos familiares ou prestadores de cuidados, quando se fazem acompanhar por estes, no momento de admissão na unidade:

“...na avaliação inicial geralmente fazemos sempre a entrevista com o utente e o prestador de cuidados ou familiar que o acompanha...” (EG9, EG12, EG14, EG15, EG16);

“...essa avaliação do doente, também socorremo-nos da família, até porque nós fazemos uma reunião com a família logo à entrada.” (EG11).

É crucial que a entrevista se desenrole naturalmente, como uma conversa normal, para que a pessoa não se sinta invadida, fique menos defensiva e possa então colaborar mais facilmente (Phaneuf, 2001).

Nos discursos de alguns dos participantes é perceptível que, aplicação desta técnica ao utente está condicionada pelo seu estado cognitivo, *“...dependendo do estado de consciência do doente...”* (EG14), se *“...o próprio doente quando está consciente e orientado, quando tem capacidade para tal.”* (EG16) é entrevistado *“... caso contrário é com um familiar...”* (ER3), apresentando-se a família como alternativa, para obter informação sobre a pessoa dependente no autocuidado.

Os dados coligidos por estes profissionais, com base neste recurso vão no sentido de *“... saber como era o doente em casa...”* (EG15), *“... saber como é que foi a pessoa antes e como é que ela está, há quanto tempo é dependente, isso tudo pesa...”* (EG12), explorando os antecedentes da pessoa, assim como, obter informação sobre *“...as condições habitacionais, para tentar prever por exemplo, se vamos ter que ultrapassar uma banheira, ou seja, as barreiras arquitetónicas...”* (EG10) e deste modo antever as eventuais barreiras

arquitetónicas do domicílio e também averiguar “...a parte social, com quem mora o doente, com quem não mora, o cuidador, às vezes até um bocadinho a relação que existe, será o vizinho, os cuidados que ele já tinha em casa, para tentar antever o que vamos ter que trabalhar...” (EG10).

Foi também referido por um enfermeiro de reabilitação que, realiza “...a entrevista à família, sempre que há oportunidade...” (ER6), não só com o objetivo de obter “...as informações que precisamos mais para completar através do familiar...” (ER3), para constituir a história pregressa da pessoa mas também, para saber quais as expectativas do utente e família relativamente à sua estadia na unidade, assim como, é também um momento oportuno para esta enfermeira comunicar as potencialidades do utente:

“...as admissões são sempre de tarde, daí tenho a oportunidade de entrar em contacto com a família na admissão (...) e de aferir algumas informações, e até agendar um próximo contacto, uma próxima entrevista, isto depende da disponibilidade da família, isto aqui nada é pressionado, e também já ponho a par da situação como vai decorrer, o que normalmente, lá está faz parte do acolhimento (...) as expectativas, eu coloco sempre na avaliação inicial (...) e na avaliação que eu coloco no aplicativo, coloco sempre as expectativas do utente e muitas vezes da família...” (ER6).

Na opinião destes enfermeiros a entrevista é um recurso empregue, para melhor conhecerem a pessoa que carece dos seus cuidados, a partir da qual é elencado um plano de intervenção, e em nosso entender, para essa pessoa, esta é também a primeira e melhor oportunidade para verbalizar o seu estado de saúde (Domingues et al., 2010), quando apresenta condições para tal.

A família é citada pelos entrevistados, com uma fonte de informação sobre o utente e não como um alvo a avaliar, pois uma família com um dos seus membros dependente requer também uma avaliação por parte destes profissionais de saúde “ (...) para conhecer o impacto que o indivíduo com dependência origina no sistema familiar como determinar o apoio de que necessitam para responder às suas necessidades, saber identificar as forças e as fragilidades dessa família.” (Araújo et al., 2011, p. 875).

Sistemas de informação

O recurso aos sistemas de informação é uma ajuda apreciável na opinião de alguns enfermeiros, permitindo trazer um complemento de informação para a avaliação da pessoa com dependência.

A RNCCI possui um sistema de informação próprio, o “GestCare CCI”, designado por uns como aplicativo informático, e por outros como a plataforma da Rede, que integra a informação sobre os utentes da RNCCI, na ótica das diferentes disciplinas, “...que nos dá o perfil do doente, essa é composta pela avaliação do médico, do enfermeiro das EGAS de onde vêm os doentes...” (ER3), sendo o meio privilegiado de partilha de informação entre as diversas tipologias abrangidas por esta entidade, em que “...o doente antes de chegar à unidade nós já temos disponível a informação, o resumo da informação do doente que nos vai entrar...” (EG13), possibilitando uma melhor perceção da situação global da pessoa.

Foi referido pelos enfermeiros, o recurso à informação disponibilizada no sistema de informação da RNCCI, através da qual acedem à informação acerca do utente que recebem nas suas unidades de cuidados, “...na Rede tem informação sobre o utente, sobre os autocuidados, a medicação...” (EG9), sendo aspetos enfatizados nas avaliações destes profissionais:

“...utilizamos essa informação até para avaliarmos o doente que nos entra...”
(EG13);

“...verifico sempre os registos que vêm na Rede, para depois confrontar com a realidade no momento...” (EG8, EG12);

“...quando os doentes chegam, nós já conhecemos pelo menos a primeira ou a segunda avaliação, depende, a que foi feita para a Rede...” (ER4).

Pelas suas afirmações constatamos ainda que, não se limitam só à informação disponível no sistema de informação da Rede, mas também à informação disponibilizada pelos locais de proveniência dos utentes, mais em concreto à carta de alta do hospital de agudos, em suporte de papel, realçado por alguns enfermeiros, que essa informação por vezes é mais atual e completa:

“...na minha avaliação que faço do doente recorro à informação que o doente traz do hospital de referência, em suporte de papel, assim como, a informação que vem da Rede que se encontra no aplicativo.” (EG16), validando a suas avaliações com base nestas informações. Pois “...vemos sempre a informação que vem do doente, tanto da Rede, como quando vêm do domicílio (...) da Rede imprimimos o que está na Rede, mas às vezes vêm dos serviços de origem e trazem informação dos colegas, e nós recorremos a essa informação sempre que possível.” (EG11);

“...mas não recorro só a essa informação, mas às vezes até mais da alta do hospital de agudos (...) tem às vezes mais informação completa que a própria Rede.” (ER4);

“...o doente (...) é referenciado (...) com uma informação médica e uma informação de enfermagem, essa informação vem em suporte de papel e no aplicativo da REDE...” (ER3);

“...o doente também traz uma carta de transferência da unidade de agudos...”
(EG13);

“...normalmente trazem carta de enfermagem...” (EG8).

A panóplia de informação revelada nas entrevistas é importante para o enfermeiro se manter informado acerca da pessoa que têm perante si. Como refere Phaneuf (2001), antes de entrar em contacto com a pessoa, é bom informar-se e ler o seu processo, deste modo evitará questões inúteis e possibilita a criação de um clima acolhedor.

Seguindo a linha de pensamento da autora, a utilidade desta informação sustenta o depoimento deste enfermeiro, pois *“...juntamente com o processo clínico cruzamos sempre os dados para ver a orientação, se os dados que temos no processo estão de acordo com o que o utente refere...”* (EG9), esta é a utilidade atribuída aos registos provenientes dos diferentes sistemas de informação, na avaliação da pessoa com dependência, por estes profissionais de enfermagem.

A informação sobre a pessoa a cuidar é basilar para os cuidados de enfermagem, e *“(...) é indubitável que os sistemas de informação – velhos ou novos, baseados em papel ou computador – afectam a prática de enfermagem”* (Sousa, 2006, p. 41).

3 – Planear um Turno de Trabalho

O quadro seguinte representa a categoria em análise relativa ao planear um turno de trabalho, que emerge da questão colocada de forma aberta: Como planeia o seu trabalho nesta unidade de cuidados?

Ao analisar as respostas, é evidenciado pelos enfermeiros que, para planearem as atividades a concretizar num turno de trabalho recorrem à informação veiculada na passagem de turno, ao plano de cuidados de enfermagem delineado para cada utente assim como, às suas anotações pessoais.

Quadro 5: Planear um turno de trabalho

Categoria	Subcategoria
Planear um turno de trabalho	Passagem de turno
	Planos de cuidados
	Anotações pessoais

Passagem de turno

A passagem de turno é uma atividade peculiar no trabalho dos enfermeiros, na qual ocorre a transmissão de informação verbal entre os enfermeiros que terminam e os que iniciam o turno de trabalho, recriada ciclicamente no trabalho diário destes profissionais de saúde (Penaforte e Martins, 2011) e que ocorre também nas UCs.

Através da *“...passagem de turno ficamos com um conhecimento global de todos os doentes...”* (ER5), *“...pois é transmitido pelos colegas como passou o doente durante o turno...”* (EG15), *“...transmite-nos de que forma é que os utentes são dependentes ou independentes, especificando os autocuidados em que é dependente, quais as alterações, pois por vezes há agudizações do seu estado...”* (EG16), *“...é nesse momento que veicula a informação que nos ajuda a delinear o nosso trabalho...”* (EG11).

É visível nestes excertos que, a informação transmitida é sustentada na pertinência da assistência prestada e intercorrências, proporcionando uma visão global de todos os utentes da unidade, momento no qual são resgatados os dados relevantes para prosseguir o trabalho no turno seguinte.

Segundo Marques et al. (2012), a passagem de turno é um relato verbal, que sintetiza todas as atividades executadas com os doentes e todas as ocorrências significativas no turno, garantindo a continuidade dos cuidados desenvolvidos.

A informação veiculada nesse espaço orienta o enfermeiro para a ação, para o tipo de ajuda e cuidados a prestar, auxiliando-o a definir ou a redefinir as estratégias a implementar no turno subsequente:

“...na passagem de turno os colegas referem, aquele doente ainda não consegue fazer autonomamente; então eu vou lá e reforço os ensinamentos e vejo se faz ou não faz corretamente, e depois dou o feedback ao colega...” (ER2).

Para Pinho et al. (2003), estas informações constituem parâmetros norteadores para o enfermeiro planejar o seu trabalho, no turno que se inicia.

A passagem de turno é uma oportunidade estratégica de comunicação entre os enfermeiros e de feedback sobre o trabalho desenvolvido, mas também. *“...é discutido de certa forma (...) o que se poderá fazer mais ainda (...) ficando com uma ideia do que posso desenvolver nesse turno...”* (ER6). Este tempo de passagem de turno é propício para *“ (...) discutir (...) a situação do beneficiário dos cuidados e a ajuda singular que os profissionais propõem dar-lhe”* (Hesbeen, 2000, p. 79), que na opinião de Barbosa et al. (2013) estimula a reflexão crítica sobre os cuidados a prestar à pessoa, no turno seguinte.

Plano de cuidados

Os discursos dos enfermeiros fazem alusão a outro instrumento de trabalho importante para definir o trabalho a realizar num turno, o plano de cuidados de enfermagem:

“...é com base nesses planos que nós desenvolvemos as nossas atividades...” (EG13);

“...o plano de cuidados elaborado para a prestação de cuidados ajuda a planear o meu trabalho...” (EG15);

“...no início do turno gosto de ir ao computador e verificar as intervenções, os ensinamentos programados para aquele turno, e assim já consigo planear aquilo que pretendo fazer naquele turno...” (EG10).

Na ótica destes profissionais de enfermagem, um dos alicerces para a planificação do seu trabalho, é o plano de cuidados. Phaneuf (2001) refere que este comporta elementos organizacionais de trabalho dos enfermeiros. A mesma autora argumenta ainda que, serve também de guia na orientação das suas atividades, a incrementar num turno de trabalho.

Os planos de cuidados são um tipo de registos de enfermagem, “ (...) um registo que vai orientar a prática (...) considerado uma ajuda à prática diária.” (Hesbeen, 2001, p. 142).

Anotações pessoais

Encontramos nos relatos dos enfermeiros de reabilitação, um modo particular de planearem o seu trabalho. Durante um turno de trabalho, o enfermeiro de reabilitação tem a seu cargo todos os utentes da unidade de cuidados, e para melhor guiar a sua ação, recorre às suas anotações pessoais, em formato de notas manuscritas:

“...ando aqui com um papelinho por exemplo, onde tenho aqui, eu sei que ao senhor da cama 2 tenho que fazer mobilizações ativas-resistidas; tenho que avaliar o equilíbrio corporal do doente da cama 6, que foi um doente que entrou, tenho que avaliar a força muscular; o doente da cama 12, tenho que treinar o equilíbrio, fazer mobilizações, movimentos finos; tenho que avaliar a senhora X que entrou com um AVC isquémico...” (ER2).

As anotações pessoais são uma estratégia adotada por este enfermeiro, quando inicia uma jornada de trabalho, de forma otimizar a sua ação, face as exigências das situações de trabalho com que se depara.

Outros dois enfermeiros de reabilitação, que exercem funções no mesmo serviço, referem elaborar as anotações pessoais:

“...nós, enfermeiros de reabilitação, temos um plano em suporte de papel que nos ajuda a orientar o nosso trabalho (...) onde está mencionado basicamente todo o trabalho da reabilitação...” (ER3);

“...vamos também tendo um apontamento, que é um resumo de todos os doentes, não é um plano, é um resumo do estado e de aquilo que está a ser feito aos utentes (...) temos isso compilado numa folha ou duas, que vamos passando de enfermeiro para enfermeiro de reabilitação (...) os aspetos mencionados nessa folha são, as questões que motivaram o internamento, há quanto tempo, se há lesões anteriores ou não, e se estamos a trabalhar o equilíbrio, marcha, no geral, vários autocuidados, e depois temos notas referentes se já faz, consegue ter equilíbrio estático ou não, dinâmico, se já faz marcha com andarilho ou não...” (ER4).

Os dados que compõem estas anotações *“...está também no SAPE, logicamente que é de lá que recolhemos essa informação...” (ER4)*, emergindo de uma necessidade sentida por estes profissionais, tornando mais célere a visualização das atividades a desenvolver num turno, a cada utente, não imprimindo diariamente o plano de cuidados porque:

“...o enfermeiro de reabilitação com vinte doentes ter que imprimir tudo para ir ver, não tem a noção...” (ER3);

“...para não andarmos a procurar o que está escrito ou não...” (ER4).

Para Pinho et al. (2003), as anotações pessoais são um recurso informal que visa, sobretudo reduzir a carga mental de trabalho e assegurar a fiabilidade das suas ações.

4 – Capacitação para o Autocuidado

A categoria em análise inscreve segmentos dos discursos alusivos à atuação dos enfermeiros nas unidades em estudo, e de forma específica procuramos, que estes participantes falassem não só sobre o que fazem mas, especificamente a forma como intervêm na pessoa com dependência funcional, pois o *“...objetivo é promover autonomia, diminuir a dependência, faz todo o sentido que toda a equipa trabalhe com este objetivo...” (ER6).*

Na perspetiva dos entrevistados, a capacitação para o autocuidado tem grande expressividade na ação destes profissionais de saúde, determinando assim, a categoria em análise e as várias subcategorias. Consideramos que as subcategorias explanadas ilustram a capacitação da pessoa e do prestador de cuidados informal para o autocuidado, que podem apreciar-se no quadro seguinte:

Quadro 6: Capacitação para o autocuidado

Categoria	Subcategoria
Capacitação para o autocuidado	Processo de ajudar
	Processo de envolver a família
	Processo de ensinar
	Processo de instruir
	Processo de treinar
	Processo de orientar e informar
	Processo de avaliar
	Processo de validar
	Processo de referenciar

Processo de ajudar

A ajuda é a compensação de uma incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva (Colliére, 1999), nas várias atividades de autocuidado. O enfermeiro satisfaz as necessidades do autocuidado terapêutico, compensando as incapacidades da pessoa, deste modo ajuda a completar a competência funcional em que a pessoa esteja parcialmente incapacitado (REPE, 1996), que *“...passa muito pela assistência nos autocuidados...”* (EG9, EG13).

É a natureza do ou dos problemas, que guia o tipo de ajuda e a forma de a proporcionar, como revelam os seguintes excertos:

“...auxiliar os utentes nas transferências...” (EG12,EG13);

“...auxiliar no vestir e despir...” (EG11,EG13, EG16);

“...ajudando-o a fazer aquilo que não consegue fazer...” (EG14);

“...porque o enfermeiro aqui não dá um banho, ele assiste a um banho...” (ER2);

“...é o doente quem primeiro faz e eu depois assisto...” (EG11).

O enfermeiro *“...na unidade cuido do doente...”* (EG15), em que *“...a equipa enfermagem trabalha na perspetiva do autocuidado...”* (ER2), *“...no sentido do doente adquirir a sua autonomia...”* (ER5), *“... não é só dar um simples comprimido e já está tudo feito, ou dar-lhe banho e está tudo feito, não! Nós aqui é deixar o doente fazer até ele onde puder, depois se virmos que ele não consegue é que vamos ajudar...”* (ER5).

Deste modo enfatizam a participação ativa da pessoa no seu autocuidado, não valorizando a dimensão da atividade mas, procurando explorar com ela tudo aquilo que

ainda consegue realizar para cuidar de si própria, ajudando sem substituir, a concretizar aquilo que é desejável para ela e, em muitos casos, a aumentar as suas expectativas (Hesbeen, 2003).

É igualmente perceptível o enfoque dado pelos enfermeiros à teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, para sustentar a resposta aos requisitos de autocuidado da pessoa. A ação destes profissionais de enfermagem enquadra-se no sistema parcialmente compensatório de Orem (1993), no qual o enfermeiro executa algumas medidas de autocuidado, compensando as incapacidades da pessoa.

O enfermeiro baseia-se nas necessidades e nas capacidades da pessoa no desempenho das atividades do autocuidado, ajudando-a a readquirir as capacidades de autocuidado que possam ter perdido. São pequenas ajudas, que dão um novo sentido à vida e alimentam a esperança, e revelam a preocupação destes enfermeiros com a pessoa, “...são pequenas ajudas que eles até conseguem fazer grandes progressos...” (ER6), são as “ (...) pequenas coisas que constituem os cuidados de enfermagem.” (Hesbeen, 2000, p. 47).

A linha de atuação destes profissionais de enfermagem é consensual, e vai no sentido “...de não substituir o doente e dar-lhe tempo para fazer.” (ER1 a EG16).

A este propósito Vieira (2008, p. 115) afirma que, “O cuidado exige tempo, o tempo do outro”, o que implica respeitar o ritmo da pessoa, dar-lhe tempo para (re) adaptar-se à sua nova condição; desenvolvendo as suas capacidades funcionais, promovendo a independência no autocuidado e acrescentando qualidade à vida.

Processo de envolver a família

Envolver é um conceito, segundo CIPE® versão2 (CIE, 2011, p. 96), com as seguintes características “ *ação de empenhamento e demonstração de interesse para com os outros indivíduos e vontade de ajudar outros*”. Pela análise dos discursos, o envolvimento da família inicia-se “...desde o momento que o doente entra até à sua alta, nós vamos planeando juntamente com os familiares, vamos detetando as suas necessidades...” (EG15).

Segundo a literatura consultada, habitualmente a família é a primeira resposta nas situações de dependência no autocuidado, podendo ser o único responsável pela continuidade dos cuidados e, se ela não for envolvida nos cuidados durante o período de internamento, pode falhar nessa tarefa (Lopes, 2013). Também Branco e Santos (2010)

sublinham que uma família envolvida nos cuidados se torna uma família mais esclarecida e mais cooperante, e certamente mais confiante e responsável pela assistência à pessoa.

No sentido mais formal, de envolver a família nos cuidados é, realizada a reunião com a família e a equipa de cuidados de saúde da unidade, onde “...*estão presentes, a assistente social, o médico, o enfermeiro responsável pelo o doente, se possível, enfermeira chefe, o familiar que vier...*” (EG13), ocorrendo “...*na primeira semana do internamento...*” (ER4, EG11).

Nessa abordagem é explicado o plano individual de intervenção delineado, onde “...*tentamos fazer um diagnóstico da situação em termos das necessidades que possa vir a ser daquele utente (...) quais são as metas que se pretende atingir com este doente/utente...*” (EG13), dando uma visão da equipa multidisciplinar sobre o prognóstico da incapacidade e do trabalho a desenvolver.

A reunião é uma excelente oportunidade para envolver a família no processo de aquisição de maior independência funcional e reinserção social, partilhando com ela a informação sobre a doença, a sua evolução e o grau de dependência da pessoa, o tipo de ajuda que necessitam, possibilitando que haja uma consciencialização efetiva das limitações e das necessidades de cuidados da pessoa dependente no autocuidado; esclarecer as suas dúvidas e gerir as expectativas face à evolução da pessoa dependente, durante a sua permanência na Unidade de Convalescença:

“...é discutido um bocadinho, informada a família, por vezes eles vêm com umas expectativas muito elevadas, porque pensam por o doente ter vindo para aqui já vai andar, e nem sempre é assim, o facto de ter um AVC ou ter uma prótese não quer dizer..., há muitos que felizmente recuperam mas, há outros que não, nós temos neste momento doentes que estão aqui mas não vão recuperar nada, é informada a família e, é discutido com a família a melhor opção para o doente...” (EG11);

“...eles têm que ser esclarecidos em relação ao plano, e tirar todas as dúvidas (...) gerir um pouco as expectativas ...” (ER6).

Através desta abordagem é possibilitado aos profissionais conhecer um pouco mais da situação familiar e social da pessoa, proporcionando respostas organizadas e flexíveis, de acordo com as necessidades e preferências dos utentes (UMCCI, 2011b), adequando as intervenções ao seu contexto de vida:

“...todos em conjunto discutem os problemas que têm em casa, se os tem, tudo o que se passa em redor do doente e tentar resolver...” (ER5).

Na opinião de Brito (2012), o envolvimento da família de uma pessoa dependente no autocuidado desencadeia a necessidade de que, pelo menos um membro da família assuma o papel de prestador de cuidados. Assim, no decurso dessa reunião:

“...tentamos definir o prestador de cuidados para o doente ou tentamos que eles definam quem é o prestador de cuidados, que nos indicam que no seio familiar ou fora do seio familiar quem é que vai ser o responsável, o prestador de cuidados daquele utente, na maioria dos casos é a família outras vezes não, são pessoas de fora mas, que vão ser o prestador de cuidados...” (EG13).

Desta forma é validada a escolha de alguém, um membro da família ou alguém muito próximo da pessoa, para prestador de cuidados, que na maioria das vezes se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados (Sequeira, 2010), aquando do regresso a casa.

Por vezes é também solicitada a presença da pessoa dependente nestas reuniões, o que nem sempre é consensual entre os profissionais, estando condicionada pela capacidade cognitiva da pessoa, pois alguns deles são de opinião que, se *“...o doente está consciente e orientado, e fala, ele também é solicitado para vir à reunião...”* (EG12, EG13) mas, se o doente *“...já não tem capacidade de decisão ou essa capacidade de decisão está alterada, pela doença ou por sequela da patologia que esteve na base desta situação de dependência, nesse caso somos um pouco mais condescendentes.”* (EG13) ficando ao critério da equipa a sua presença ou não.

Por outro lado, *“...temos familiares que não querem a presença do doente, o que nos deixa um pouco numa ambivalência...”* (EG13) estando apenas presente *“...quando o utente é capaz de decidir...”* (ER6), participando mais ativamente no processo de decisão exercendo a sua autonomia (Queiroz e Araújo, 2007).

Martins (2002, p.98) afirma que, *“Querer reabilitar um deficiente sem envolver a família será criar, no futuro uma barreira no entendimento do viver em conjunto. Não basta ensinar o deficiente a ser independente, quando a família vai dificultar essa independência ou reforçar a dependência.”*

No estudo de Sousa et al. (2012, p.650), para os enfermeiros dos cuidados continuados, o que afasta os cuidados reais do ideal, a pessoas idosas dependentes, é o não envolvimento da família *“ (...) pois sem a família mesmo que se prestem cuidados ideais de enfermagem, haverá algo em falta: o apoio e compreensão das pessoas significativas.”*

Paralelamente a este envolvimento da família nos cuidados, gera no enfermeiro o desenvolvimento de competências de comunicação e negociação e, na família sentimentos de responsabilidade e compromisso para com o seu familiar (Serrano, 2008).

Processo de ensinar

O processo de ensinar implica “ (...) *dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde*” (CIE, 2011, p.96), que na perspetiva dos entrevistados é “...no sentido de adquirir o máximo de autonomia possível.” (EG15, EG16), segundo os “...objetivos específicos para cada situação...” (ER4), que passa pelo ensino de estratégias adaptativas para o autocuidado, que poderá ser por exemplo, “...dar-lhe estratégias para ele tomar banho...” (EG7), ajudando a desenvolver a capacidade para tomar-banho, tornando a pessoa independente ou maximizando a funcionalidade possível, para este autocuidado, ou ainda:

“...ensinar como a pessoa se deve transferir...” (EG12, EG15);

“...ensinar a maneira mais correta para deambular...” (EG15);

“...ensinos sobre estratégias para sentar...” (EG10).

Dos discursos dos enfermeiros de reabilitação emergem outro tipo de ensinamentos como, o “...ensino de auto-mobilizações no leito...” (ER6), “...ensinamos o posicionar-se de modo a que o doente adquira autonomia nesses posicionamentos (...) os posicionamentos anti-espásticos (...) ensinar a andar com auxiliar de marcha...” (ER3), pois se a pessoa “...não conseguir sentar, nem levantar, o doente fica acamado e não consegue desenvolver os restantes autocuidados...” (ER1).

Desta forma é proporcionado, por estes profissionais de enfermagem, à pessoa um conjunto de habilidades que foram cortadas por força de um evento crítico gerador de dependência, ensinando a reaprender a viver com as incapacidades adquiridas.

Ainda, no decurso da análise de conteúdo das entrevistas, encontramos outro tipo de ensinamentos realizados pelos enfermeiros de reabilitação, no sentido de recuperar e habilitar de novo a pessoa com défice funcional ao nível respiratório: o “...ensinar a respirar (...) a dissociação dos tempos respiratórios (...) reeducação diafragmática...” (ER2), os exercícios com o “...bastão para abertura da grade costal ...” (ER2), a “...cinesiterapia respiratória...” (ER2,ER6), que através de um ensino bem orientado sobre os exercícios a realizar, melhora o padrão funcional respiratório, minimiza as incapacidades instaladas ao nível respiratório e previne complicações, aumentando a tolerância ao esforço, reduzindo o gasto energético durante a realização das atividades de autocuidado.

Na perspetiva da CEER (2010), o que distingue os cuidados de enfermagem de reabilitação dos restantes cuidados de enfermagem é, o tipo de conhecimento que o

enfermeiro especialista possui e, a abordagem terapêutica que usa no seu tempo de contacto.

É também realçado por alguns enfermeiros, a capacitação para a gestão do regime terapêutico. Considerado um tipo de autocuidado, como atividade iniciada pela própria pessoa, a qual executa as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, integrando atividades para o tratamento e prevenção da doença na vida diária (CIE, 2006). Para tal, são realizados “...ensinos mais específicos desde pesquisas de glicemia...” (EG9,EG10), “...conhecimentos sobre hipocoagulação...” (EG9,EG10) e “...hipertensão...” (EG10).

A capacitação para a gestão do regime terapêutico é realizada pelos “...os colegas...” (ER2), enfermeiros generalistas, centrando-se nos défices de conhecimentos sobre o regime medicamentoso e alimentar, em que esses “...ensinos (...) são variados dependendo do tipo de doente (...) e dos diagnósticos secundários (...) hipertensos, (...) diabetes...” (ER1), debruçando-se sobre aspetos de autovigilância e autocontrolo das doenças crónicas como, “...hábitos alimentares (...) insulinoaterapia...” (ER1), “...a autoadministração de insulina...” (ER2).

No que toca à capacitação para a assunção do papel de prestador de cuidados que, “...depende muito do objetivo que está traçado para aquele doente e, que aquele cuidador vai ter que aprender...” (EG7) e que passa por aquilo, que tradicionalmente, no contexto da profissão designamos por ensinos, os quais se revestem de uma importância fundamental, para que estes possam exercer o seu papel em contexto domiciliário, de forma responsável e segura:

“...fazendo ensinos de acordo com as necessidades do doente ou dos familiares...” (ER4);

“...os ensinos que fazemos (...) são todos, todos os que forem necessário para a pessoa ir para casa, e cuidar do seu familiar ou da pessoa que vai ter a seu cargo, pois nem sempre é a família direta...” (EG11).

Estes ensinos enquadram-se, numa lógica de transferência de conhecimentos e capacidades para o cuidador, tendo por foco as respostas humanas que requerem cuidados de enfermagem à pessoa dependente, centralizado na aquisição de saberes e saber-fazer (Petronilho, 2007).

Da análise dos discursos, podemos inferir que o processo de ensino-aprendizagem incide em aspetos de natureza mais técnica e instrumental, focados na pessoa com *deficit* no autocuidado, como evidenciam os seguintes excertos:

“...ensinos aos prestadores de cuidados basicamente a nível dos autocuidados...” (EG8, EG16);

“...Os ensinamentos que fazemos é mais na mobilidade deles, nas posturas, transferências, posicionamentos, mais na perspectiva da autonomia do próprio doente...” (EG12);

“...fazer os ensinamentos nas AVD’S e noutras necessidades consoante o tipo de doente...” (EG13,EG14);

“...os ensinamentos mais frequentes as transferências, a higiene, o vestir e despir o utente com uma parésia ...” (ER2);

“...ensinamentos sobre a alimentação (...) o estímulo do controlo vesical...” (ER3);

“...ensinamos aos prestadores como transferir o doente, como pegar no doente, as estratégias, o que eles podem fazer em casa. De um modo geral ensinamos as transferências, como ir com eles à casa de banho, como trocar a fralda, como lidar com equipamentos adaptativos por exemplo, uso de talheres adaptados, por vezes ensinamentos sobre administração de alimentação por sonda...” (EG10).

Também, no decurso do processo de ensino aos prestadores de cuidados são abordados aspetos mais teóricos, centrados na gestão do regime medicamentoso e alimentar, como proferem alguns dos entrevistados:

“...ensinamentos sobre a diabetes, a administração de insulina, pesquisas de glicemia...” (EG12);

“...também em termos da gestão do regime terapêutico, (...) ensinamentos sobre pesquisas de glicemia capilar (...) utentes que são hipocoagulados nós referimos a necessidade de controlo da alimentação e da necessidade do controlo analítico...” (EG16);

“...preparação dos alimentos (...) e alimentação saudável...” (EG11,EG13).

Podemos inferir que, o processo de ensino dos prestadores de cuidados, segundo os enfermeiros participantes, é caracterizado por intervenções do tipo ensinar, muito focadas no domínio cognitivo, em que *“...debitamos o conhecimento (...) primeiro ensinamos...”* (EG12), centrado na informação teórica, no saber.

Processo de instruir

Instruir consiste em *“ (...) fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa”* (CIE, 2011, p.97) e encontramos, no discurso de um enfermeiro generalista, o exemplo que ilustra o processo de instruir sobre um tipo de autocuidado, no qual o enfermeiro explica e demonstra as técnicas e/ou os procedimentos de posicionar-se na cadeira à pessoa, instruindo posturas inibitórias do padrão espástico para além de, corrigir o alinhamento corporal e estabilização dos membros do hemicorpo acometido:

“...como a pessoa se deve posicionar na cadeira (...) pessoas com plegias que precisam de correção (...) nós estamos sempre a dizer, corrija essa postura, faça mais força para ali, faça menos força para acolá, olhe está torta...” (EG12).

Outro momento valorizado pelos participantes, no processo de instruir, é o momento em que, o enfermeiro explica e demonstra as técnicas, e procedimentos ao prestador de cuidados, no qual *“...o prestador de cuidados (...) inicialmente observa...”* (EG16), no sentido da apropriação do conhecimento para a ação, ou seja, o enfermeiro ensina através de uma informação sistemática sobre como fazer, isto é instruir, nutrindo com *“ (...) notas explicativas sobre os porquês, as vantagens de fazer de determinada forma”* (Sequeira, 2010, p. 176).

Processo de treinar

A *“...filosofia dos cuidados continuados é que o doente saia o mais autónomo possível, dentro das suas possibilidades e do seu potencial...”* (EG14) e alguns dos enfermeiros reconhecem na sua atuação, a importância do estímulo, do incentivo e da persistência no desenvolvimento das capacidades da pessoa, que eventualmente possam estar adormecidas, *“...é estimulá-lo ao máximo, torna-lo mais autónomo possível, utilizando as melhores estratégias possíveis...”* (EG14) e *“...às vezes com um simples ponto-chave que pode ser um cotovelo, nós conseguimos endireitar o tronco de maneira a que o doente tenha uma marcha mais efetiva...”* (ER1).

O *“...incentivar o doente a fazer...”* (EG8) de forma *“...a colaborar no processo terapêutico, em termos do que é a adesão ao regime terapêutico, quer seja a nível das insulinas, em doentes diabéticos, adesão em termos do processo de reabilitação, incentivá-los a colaborar nesse processo de reabilitação...”* (EG13), focalizando a pessoa nas suas habilidades e capacidades de realização.

E por último, a persistência no processo de treino de capacidades para o autocuidado, *“...nos doentes que têm mais dificuldades na deambulação nós vamos insistindo com eles...”* (EG15) e *“...se o doente hoje não deambula, amanhã vamos tentar que ele deambule...”* (ER5).

Esta forma de atuação é percecionada como um reforço positivo, estimulando a pessoa a (re) adquirir as competências necessárias para se autocuidar de novo mas também, a sentir-se mais confiante e segura.

O treino de capacidades remanescentes e/ou o “...*treinar estratégias adaptativas para os autocuidados...*” (EG9, EG16), em que o processo de treinar é uma forma de instruir, desenvolvendo na prática as capacidades (CIE, 2011) para a pessoa se autocuidar, e dependa o menos possível de outras pessoas.

Deste modo é proporcionada à pessoa, a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível após um evento crítico gerador de dependência, treinando as novas formas de desempenho no autocuidado:

“...treino de marcha, treino de subir e de descer escadas (...) levantar e sentar, treino de transferências, rodar-se...” (ER4);

“...treino de AVD’s...” (ER3);

“...estimular a motricidade fina através da técnica de lavar os dentes, o apertar dos botões, calçar o sapato...” (ER1), dotando a pessoa de um repertório de conhecimentos e habilidades para ser capaz de se adaptar ao novo status produzido pela doença ou acidente, e autocuidar-se de novo.

Todavia, o treino realizado por este profissional especializado em enfermagem de reabilitação, *“...não é só o ato de vestir mas, o tipo de movimentos que fazem que ajuda na reabilitação (...) não é só que ele aprenda mas, que faça e torne a fazer porque está a fazer exercícios...”* (ER6), que treine os exercícios terapêuticos que fazem a diferença no quotidiano da pessoa.

De modo a otimizar este processo de treinar é, realçado por um dos enfermeiros de reabilitação, o uso de alguns produtos de apoio disponíveis no ginásio da unidade, nomeadamente para o treino do equilíbrio e da mobilidade:

“...também podemos utilizar algumas instalações do ginásio para trabalhar os utentes, lá temos a maca, as escadas, as barras paralelas, o espelho, (...) a pedaleira, alavancas...” (ER4).

Após ensinar e instruir o prestador de cuidados, este é colocado a fazer sob a supervisão do enfermeiro, direcionando as suas intervenções para o treino de capacidades e habilidades do prestador de cuidados, para a execução de atividades centradas no complemento e ajuda ao familiar ou convivente significativo, o qual é repetido ao longo do período de internamento:

“...posteriormente marcamos mais alguns dias para verificar se o prestador de cuidados reteve a informação e se demonstra os seus conhecimentos...” (EG16).

Os familiares são incentivados a participarem de forma ativa na prestação de cuidados, deixando de ser meros espectadores passando a atores, “ (...) *de modo a conseguirem um saber-saber e um saber-fazer necessários à adopção de comportamentos informados e conscientes após a alta.*” (Nogueira, 2003, p. 78), no sentido de preparar um membro da família para assistir o seu membro dependente em casa, fulcral para a continuação e recuperação da pessoa.

No decurso desses momentos, os enfermeiros averiguam se os prestadores de cuidados “...*se estão a fazer de maneira correta e vamos corrigindo os prestadores de cuidados...*” (EG15). É assim, observada a performance do cuidador, o que permite ao enfermeiro “ (...) *corrigir determinados erros de forma antecipatória, que de outro modo, seriam corrigidos por tentativa e erro, ou mesmo nunca corrigidos*” (Sequeira, 2010, p. 177); se este interiorizou de forma adequada os conteúdos e as técnicas ensinadas, assegurando que são corretamente executadas, com vista à sua maior autonomia e confiança, desenvolvendo na prática as competências para o desempenho do papel de prestador de cuidados (Andrade, 2009).

Processo de orientar e informar

De acordo com o descrito no REPE (1996), orientar e informar é uma das formas de atuação dos enfermeiros, assenta na transmissão de informação ao utente, que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias.

Assim, é importante “...*explicar-lhes porque devem fazer aquilo, porque se não lhes explicarmos isso não adianta nada, e eu nunca ensino um exercício sem informar o utente o porquê daquele exercício, tal como em todas as atividades, qual a importância de eles fazerem essas mesmas atividades...*” (ER6), que converge com a opinião de Hesbeen (2003, p. XIII), pois se a pessoa “ (...) *não compreender como é que determinada acção contribui para fazer avançar no sentido dos pontos do horizonte que pretende alcançar, essa acção não fará qualquer sentido, parecer-lhe-á insensata.*” Por exemplo, em pessoas com “...*próteses da anca tentamos explicar um bocadinho o que é, os riscos que pode ter se não cumprirem as indicações...*” (EG10).

É igualmente relevante “...*falar do equipamento adaptativo ou como utilizá-lo...*” (EG10), por exemplo, em pessoas com prótese da anca “...*tentamos explicar porque é que deve utilizar o elevador de sanita...*” (EG10), sendo necessário “...*informamos sobre apoios*

técnicos que é necessário adquirir...” (ER2), sugerindo a aquisição de alguns de produtos de apoio ou dispositivos de compensação específicos e adequados, promotores de ganhos de independência para a consecução dos diferentes autocuidados.

O enfermeiro de reabilitação “*...dentro das dificuldades que o utente apresentar, eu sugiro o uso daquela ajuda técnica para executar aquela atividade...*” (ER2) e, também informa sobre “*...o tipo de calçado...*” (EG13) a usar, pois “*...é muito importante para a marcha o tipo de sapato...*” (ER3) para facilitar a marcha e prevenir as quedas.

Apesar dos enfermeiros generalistas informarem sobre a necessidade dos eventuais produtos de apoios e/ou dispositivos de compensação e explicitarem o seu funcionamento, “*...o colega generalista não tem tanto essa sensibilidade, nem tem esses conhecimentos tão aprofundados ...*” porque “*...há uma escolha e é explicado o porquê...*” (ER3) dessa escolha, cujo objetivo é facilitar a atividade a que se destina, promovendo a independência funcional, evidenciando nesta forma de atuação a sensibilidade do enfermeiro de reabilitação para lidar com a diferença (Branco e Santos, 2010).

Na otimização dos cuidados é imprescindível recorrer a outros profissionais de saúde, face aos problemas detetados, quando estes exigem respostas que perpassam a esfera de ação dos enfermeiros, encaminhando a pessoa e os familiares para outros profissionais de saúde:

“...quando precisamos de ajuda encaminhamos o familiar, o doente para (...) a nossa assistente social...” (EG8,EG9,EG10);

“...dizemos às famílias que também, na sua área de residência, também há apoios sociais...” (EG13).

Podemos inferir dos dados a abrangência e o valor da ação dos enfermeiros, mesmo quando o problema não pode ser solucionado no raio de ação desta classe profissional. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002, p.14) “*São elementos importantes (...) a referência das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde*”.

Brito (2012) acrescenta que, a pessoa que vivência um processo de reconstrução da autonomia no autocuidado necessita de informação em inúmeras áreas, particularmente sobre a nova condição de saúde, os recursos na comunidade, as mudanças que terá de realizar e os equipamentos.

Aquando da execução das atividades, é também alertado o prestador de cuidados para a atitude e o comportamento a adotar, “...porque os prestadores de cuidados têm muito a necessidade de substituir o doente ou porque é mais rápido ou porque, é mais prático ou porque pensam que estão a ajudar e, nós explicamos que com este tipo de atitude eles estão atrasar o desenvolvimento do doente...” (EG14).

Para Figueiredo (2007), o ambiente social pode prevenir ou potenciar a dependência, por vezes os familiares têm a expectativa de que a pessoa não tem capacidade para realizar determinadas atividades e, acabam por substituí-la naquilo que ela era capaz de fazer, privando-a deste modo de praticar as atividades para as quais estava capacitada, o que reforça a instauração progressiva da dependência.

Na opinião de Brito (2012), o trabalho com os prestadores de cuidados tem de contemplar, o atender ao potencial de autonomia no autocuidado da pessoa com dependência. Para a autora, um prestador de cuidados focado predominantemente no suplemento de atividades poderá em determinados casos, dificultar o desenvolvimento da mestria da pessoa.

Fazer pela pessoa é muitas vezes mais fácil e menos moroso que fomentar ação e agir contra os *deficits*. Para Ribeiro et al. (2014), os padrões de interação prestador de cuidados/pessoa dependente mais usuais são, a manutenção e o estímulo à dependência.

Como forma de complementar esta capacitação, que é norteada pela comunicação verbal e visual e, tendo em conta as necessidades dos cuidadores “...fazemos o esquema para explicar à família como deverão fazer a toma da medicação...” (EG16) e “...dá-mos um panfleto informativo à família...” (ER1).

Oferecer informação escrita mostra-se útil e prática, desde que adaptada ao nível de literacia do cuidador. Reconhecida como um suporte, ao qual podem socorrer quando chegam ao seu “*locus de cuidado*”, o domicílio. Autores como Petronilho (2007) e Castro (2008) enfatizam, nos seus estudos, a importância da informação escrita, acerca dos cuidados pós-alta da unidade de cuidados, constituindo “ (...) um recurso valioso para clarificar algumas dúvidas que possam surgir enquanto estão sozinhos...” (Petronilho, 2007, p. 159).

Processo de avaliar

A avaliação das intervenções de enfermagem determina a eficácia do plano de cuidados estabelecido, pois o *“...plano é ajustado no decurso do internamento do doente...”* (ER4) e, através da revisão periódica dos progressos ou a falta de progressos da pessoa dependente, no sentido dos resultados esperados, *“...porque os utentes só estão trinta dias, e tem que se fazer avaliações semanais...”* (ER6) é *“...uma visão que dá-mos para fora, para a Rede, da continuidade dos cuidados e do ganho do utente.”* (ER3).

Com o decorrer dos dias, o desempenho funcional da pessoa pode alterar-se e, logo *“...após uma semana do doente estar cá, nós vimos logo se o doente tem potencialidades para sair quase independente...”* (ER1), sendo imperativo a revisão e atualização do plano de cuidados, ajustando o tipo de assistência às necessidades e habilidades do indivíduo, *“...o que é que ele é capaz de fazer ou não fazer sozinho, se necessita da nossa ajuda ou não.”* (EG7), em *“...termos de autocuidado o que é que o doente consegue fazer, se consegue vestir a parte de cima, se já colabora a vestir a parte de baixo...”* (ER3), dando visibilidade aos objetivos para cada uma das áreas do autocuidado, em função do grau de dependência que a pessoa apresenta:

“...a partir do momento que começam a ter potencialidades, para, nós retiramos a cadeira de rodas do quarto...” (ER3);

“...eles desenvolvem essa capacidade de se alimentarem, de comer, que é uma coisa fantástica, é um pequeno ganho que é importante no dia a dia da vida daquele utente...” (ER6).

Pela evolução das capacidades da pessoa face à dependência no autocuidado é, avaliada a sua resposta aos cuidados de enfermagem implementados, quer por generalistas, quer por especialistas, a qual é apreciada e avaliada em relação aos resultados esperados, permitindo aos enfermeiros julgar sobre os *deficits* nos autocuidados, selecionar os métodos de ajuda e, prescrever as intervenções de enfermagem mais apropriadas.

No sentido mais abrangente, o processo de avaliação alonga-se à equipa multidisciplinar, através da realização de reuniões multidisciplinares, com periodicidade semanal, onde estão presentes *“...os médicos, o fisioterapeuta, a assistente social, a terapeuta da fala, a enfermeira chefe, o enfermeiro de reabilitação...”* (ER2,EG9,EG10).

Em outras duas unidades, onde foram recolhidos os dados, é de salientar que *“...a equipa de enfermagem é representada pela enfermeira responsável pela unidade...”* (ER3,ER4,ER5,ER6,EG11,EG12,EG13,EG14,EG15,EG16), sendo estes enfermeiros

responsáveis são também enfermeiros de reabilitação, em que “...o *feed-back* dessa reunião é nos dado pela enfermeira chefe...” (EG13).

Dada a diversidade de necessidades da pessoa, que exige uma intervenção multidimensional, nessa reunião “...é discutido o plano do doente, fala-se sobre o doente e o que é que cada um vai trabalhar...” (ER3), na qual as diferentes perspetivas profissionais são integradas e, deste modo é, quebrado o isolamento em que vivem os diferentes grupos profissionais (D’Espiney, 1997).

Emerge como um espaço de socialização das informações, de discussão conjunta sobre o trabalho a conceber, em prol da melhor qualidade de prestação de cuidados e das necessidades da pessoa, possibilitando uma visão mais integral da mesma.

As reuniões desenrolam-se no sentido de “...prever como é que o doente está, como é que o doente num espaço de tempo de mais quinze dias vai atingir os objetivos propostos para ser integrado, se precisa de prolongamento ou não, da sua estadia na unidade (...) estabelece-se por exemplo, que o doente vai sair daqui a deambular com canadianas ou o doente vai sair daqui independente...” (ER2), na qual é “...traçado o plano multidisciplinar, onde estão mencionados os problemas e depois os objetivos, as estratégias, e temos os *timings* para atingir esses objetivos...” (ER6), em que “...nada é decidido só por uma classe, a decisão que sair é em conjunto e tem que ser bem justificada” (ER3). É esboçado assim, o plano individual de intervenção multidisciplinar, o mais próximo e objetivo das necessidades da pessoa, com metas mensuráveis e monitorizadas periodicamente, o qual “...fica no processo do doente...” (ER5), constituindo um instrumento de trabalho integrado, que contém as principais linhas de ação da equipa multidisciplinar, possibilitando a partilha de informação entre os vários profissionais, aumentando o espírito de equipa, o nível de confiança e a comunicação interna (Mendonça, 2010).

Constata-se ainda, que estes momentos vão muito além de uma simples troca de informação entre os diferentes profissionais, mas destina-se “...para fazer essa partilha, essa análise...” (ER4), fomentando a discussão de situações-problema, percebendo na heterogeneidade de olhares a riqueza do “objeto de trabalho” em cuidados de saúde.

No entanto, quando “...há novos problemas que surgem, que impedem de atingir os objetivos traçados no plano, o que leva a fazer alterações no plano em termos de estratégias e tempos, se conseguiu cumprir naquele tempo ou não, isto é discutido...” (ER6), o plano intervenção é revisto e avaliado com periodicidade adequada ou sempre que a evolução do utente o justifique.

É um momento com dupla função, não só propício a estabelecer objetivos e a desenvolver o plano de ação conjunto, visando dar respostas às necessidades da pessoa dependente no autocuidado, mas também para conhecer e avaliar o trabalho desenvolvido pela equipa de saúde, constituindo um momento ímpar para a integração interdisciplinar e para gerir o trabalho coletivo (Matos e Pires, 2009), o que favorece a construção do sentido coletivo para a ação (D`Espiney, 2010).

Porém, esta atividade não é uma prática comum nas várias UCs que integram o estudo, sendo que numa das unidades foi proferido pelos enfermeiros que *“Não fazemos uma reunião formal (...) por carência de tempo e de recursos...”* (ER1, EG7, EG8). Apesar de sentirem a necessidade de criarem este momento formal com os diferentes profissionais de saúde, para discutirem e analisarem os vários casos que têm a seu cuidado, centrando na pessoa do enfermeiro de reabilitação o elo de ligação com a equipa de cuidados, com a função de representar a equipa de enfermagem, para posteriormente divulgar aos colegas os conteúdos abordados na reunião multidisciplinar e o sentido coletivo para a ação:

“...deveríamos ter uma reunião (...) não com a equipa toda, mas com o enfermeiro especialista, para depois ele transmitir-nos (...) o que estão a trabalhar...” (EG8).

Para que as trocas de informação se processem entre os vários profissionais de saúde da unidade, são apontadas como práticas alternativas a estes encontros regulares e formais, sempre que necessário, as conversas pontuais inter-pares ou a consulta dos registos no sistema de informação da Rede, no sentido de melhor responder às necessidades da pessoa:

“...consultamos verbalmente uns com os outros ou então consultando no aplicativo (...) pontualmente quando um doente se encontra mais cansado, nós, próprios técnicos, procuramos uns aos outros para esclarecer e traçar um melhor plano para o doente...” (ER1).

O mais importante é consciencializar os membros da equipa multidisciplinar *“ (...) de que a missão fundamental que lhes é comum e os une, independentemente das especificidades de cada grupo profissional, é ajudar a pessoa a recuperar, ou melhorar a sua saúde – isto é cuidar da pessoa”* (Hesbeen, 2001, p. 59).

No sentido de habilitar o prestador de cuidados a dar respostas adequadas à pessoa dependente, no contexto da continuidade de cuidados no regresso a casa, é necessário também *“...avaliar desde logo a sua capacidade e disponibilidade para receber ensinamentos, e quais as áreas em que existe maior necessidade de intervir de acordo com as dificuldades manifestadas...”* (EG13).

Nas palavras deste enfermeiro é revelada a preocupação em avaliar a disponibilidade do cuidador para aprender e, conhecer as necessidades de aprendizagem, uma vez que, o não conhecimento das reais necessidades do cuidador, leva a que os profissionais de enfermagem não ofereçam, aos mesmos, as orientações necessárias ao cuidado, de quem cuidam.

Torna-se assim, imprescindível avaliar “...se esse prestador de cuidados tem capacidade física, psicológica e cognitiva para ser prestador de cuidados...” (ER6), ingredientes cruciais para cuidar de alguém, que pelos seus próprios meios, não é capaz para tal, e que interferem no exercício do papel de prestador de cuidados. É reconhecido por muitos autores o impacto produzido na saúde pelo desempenho de papel, quer no próprio cuidador, quer na pessoa a quem o cuidado é prestado (Andrade, 2009).

Também Petronilho (2013) no seu estudo, remete-nos para algumas variáveis envolvidas no potencial de aprendizagem do prestador de cuidados, que podem influenciar a aquisição de mestria. Reportando-se a aspetos relacionados com a capacidade de memória, a capacidade física e a motivação para tomar conta da pessoa dependente.

Para além de avaliar a disponibilidade (física, mental e emocional) dos prestadores de cuidados, é igualmente perceptível nos seus discursos, o interesse dos enfermeiros em conhecerem as vivências de experiências anteriores similares, estratégia à qual recorrem para antever as necessidades de aprendizagem do prestador de cuidados:

“...preparar um prestador de cuidados primeiro verificamos se ele já tem alguma experiência nesta área, nós abordamo-lo, no próprio falar com eles, nós vimos se já tem alguma experiência dizem-nos, já tive uma tia acamada...” (ER5);

“...procuro saber junto deste prestador de cuidados se já tem alguma experiência, em que eles normalmente verbalizam se já cuidaram de alguém e de que forma cuidaram, e isso é muito importante...” (ER6);

“...Sempre que fazemos ensinios ao prestador de cuidados verificamos primeiro se este já possui alguns conhecimentos na prestação de cuidados, de um modo informal questionamo-lo (...) se já alguma vez prestou cuidados (...) e o que sabe sobre os cuidados...” (EG11,EG14, EG15).

Ganha assim sentido, o conhecimento construído em experiências anteriores decorrentes de situações similares. Autores como Nogueira (2003) e Castro (2008) referem que o recurso a experiências anteriores permite aos prestadores de cuidados recordar experiências anteriormente vivenciadas, relembando os conhecimentos já adquiridos e mobiliza-los no momento de cuidar da pessoa.

No entanto, nem sempre essa experiência acumulada é adjuvante na aprendizagem do prestador de cuidados, para tomar conta do seu familiar, como revela um dos participantes, pois:

“...é diferente ensinar um prestador de cuidados que nunca cuidou de ninguém, do que um prestador de cuidados que já teve essa experiência (...) é mais fácil ensinar quem não sabe (...) dos que os outros que dizem que já sabem, porque por exemplo, (...) nos doente com AVC, que sofrem uma disfagia e eles acham que o dar de comer é só dar de comer e, não é! Nós temos que ter cuidados e até na preparação dos alimentos, eles têm que saber...” (EG11).

Processo de validar

O processo de validar é referente ao prestador de cuidados, este é considerado, pelos enfermeiros, apto para o desempenho do seu papel, quando *“...já é totalmente autónomo na prestação dos cuidados ao utente e já não manifesta dificuldades...”* (EG13) e *“...quando já se sentem à vontade (...) quando já é um prestador de cuidados que vai cuidar sozinho, já nem quer a colaboração de ninguém e dizem, eu hoje sou capaz de fazer sozinha...”* (ER6), quando o prestador de cuidado produz um comportamento observável, mostrando a capacidade de adaptação ao cuidado, validando desta forma a capacidade deste prestador de cuidados, para cuidar do seu familiar.

Segundo Petronilho (2007, p.78), o cuidador informal apenas reúne os critérios mínimos de estar capaz de tomar conta do seu familiar dependente *“ (...) quando conseguem, de forma repetida e em momentos diferentes realizar actividades necessárias para dar resposta eficaz às necessidades do doente no regresso a casa”*.

Assim, quando se sentem confiantes para lidar com a situação, demonstrando uma maior prontidão e intenção de cumprir cada tarefa *“...é dada autonomia ao cuidador para poder cuidar do utente na unidade...”* (EG13), *“...deixamos fazer, deixamo-lo à vontade, qualquer coisa chama, outras vezes, ficamos presentes, mas deixamo-lo à vontade...”* (ER6).

Processo de referenciar

O processo de referenciar é alusivo à articulação com a equipa dos cuidados de saúde primários, aquando da alta da unidade de cuidados, como uma das estratégias para promover a continuidade de cuidados em contexto domiciliário, através da carta de alta:

“...aquando da alta leva as cartas de alta para a equipa de enfermagem, assistente social e médico de família (...) para fazer uma articulação com os cuidados de saúde primários...” (EG14).

A articulação entre os enfermeiros da UC e os enfermeiros dos cuidados de saúde primários é, assegurada somente pela carta de alta de enfermagem, em que *“...todos os doentes saem com carta de enfermagem, quer tenham cuidados de enfermagem ou não...”* (EG10), o que constitui *“ (...) um excelente instrumento de comunicação, pois dá informações importantes ao enfermeiro para que este possa continuar a prestar cuidados de saúde”* (Luz, 2003, p. 36).

A informação disponibilizada na carta de alta, centra-se no perfil de necessidades da pessoa com dependência, no momento de regresso a casa, como revelam os excertos seguintes:

“...Nessa carta vai informação dos graus de dependência do doente, aquilo que o doente necessita (...) no que o doente necessita de ser ajudado (...) tratamento a feridas (...) se algum ensino que por vezes não tenhamos conseguido atingir durante o internamento cá, nós pedimos para fazer o reforço dos ensinamentos e qualquer dúvida podem sempre comunicar connosco...” (EG8);

“...a evolução em texto livre como o utente entrou e como evolui durante o internamento, e como está na alta e para onde irá, domicílio, lar, apoio de centro saúde...” (EG9);

“...deixamos abertos os diagnósticos mais pertinentes, em linguagem CIPE (...) a história do doente, o que lhe aconteceu, para onde ele foi, o que ele fez, quando ele entrou, como é que ele vinha quando ele entrou na unidade, o que nós aqui lhe fizemos, como é que ele está neste momento, e ele indo para casa o quanto vai ter...” (EG10);

“...vão mencionados os diagnósticos de enfermagem que ainda estão ativos, e tem também uma parte designada observações, onde vai mencionado em texto livre, por exemplo, uma sonda vesical para mudar, aquilo que é mais premente, nós tiramos do plano aquilo que a pessoa lê e fica a saber aquilo o que é mais premente fazer, colocamos mais as sondas vesicais, sondas nasogástricas, pensos e também como é que está o doente...” (EG12);

“...O doente quando tem alta vai com carta de transferência (...) onde vão também os focos da reabilitação ativos...” (ER2).

É visível nestes discursos que a carta de alta, não se cinge apenas a um conjunto de frases escritas, focadas apenas na informação sobre aspetos meramente técnicos, concretamente, sobre a data de renovação da sonda vesical, da sonda naso-gástrica ou o tratamento de eventuais feridas. Apesar da importância destas informações, os enfermeiros explicitam também a condição de saúde atual da pessoa, a sua evolução durante a sua estadia na unidade de cuidados, a situação social atual e, frisam os aspetos mais relevantes para a continuidade de cuidados, por parte dos enfermeiros dos cuidados

de saúde primários, no sentido de reforçar ou supervisionar os cuidados, o que traduz a individualidade e unicidade da pessoa a cuidar.

Outro conteúdo objetivado na carta de alta, por estes enfermeiros, é o prestador de cuidados, dado que *“...também é uma exigência da REDE, o que é que foi trabalhado, tudo o que foi feito com o prestador de cuidados...”* (ER4). Torna-se fundamental expor sobre o que foi trabalhado com o prestador de cuidados e, o que carece de ser reforçado ou supervisionado no domicílio:

“...o prestador de cuidados vai o foco em aberto, e diz o que vai ou não demonstrado...” (ER2, ER3);

“...se é um doente dependente, em que vai ter o auxílio do cuidador informal, então (...) vai (...) escrito que tem o prestador de cuidados (...) que foram feitos os ensinamentos e o que não conseguimos atingir...” (EG8);

“...colocamos na carta de alta, feitos os ensinamentos ao prestador de cuidados sobre os vários autocuidados e demonstrou-se recetivo, e foi feito o treino...” (EG14, ER6);

“...Na carta de alta de enfermagem (...) vai mencionado também em texto corrido, se o prestador de cuidados reteve os conhecimentos para a prestação dos cuidados, no pós-alta, ou se requer alguma supervisão num determinado cuidado...” (EG16);

“...que esteve cá durante X tempo, que ensinamentos lhe fizemos e o que necessita de ser supervisionado ou reforçado no domicílio...” (ER5).

Todos estes dados possibilitam o conhecimento mais abrangente, não só das necessidades da pessoa, mas também das necessidades do prestador de cuidados. Porém, é realçado por um dos participantes que, *“...muitas vezes essas cartas não chegam aos colegas, ou porque a família não entrega, ou porque se esqueceu...”* (EG13). Este facto coloca em causa, a articulação dos cuidados de enfermagem entre ambas as instituições.

Assim, no sentido de evitar estes constrangimentos no envio e receção da carta alta, é sugerido pelo mesmo enfermeiro, a utilização do correio eletrónico dos enfermeiros dos centros de saúde, da área geográfica da unidade de cuidados, como canal de comunicação seguro:

“...importante era tentar arranjar uma listagem de e-mails das unidades da zona, de modo a fazer este encaminhamento de uma forma mais segura...” (EG13).

Luz (2003) no seu estudo, sublinha a utilização de e-mails, como um canal de comunicação alternativo, ao envio da carta de alta em suporte de papel pelo doente/família.

5 – Desocultar o Papel do Enfermeiro de Reabilitação

É notório, após a apreciação dos discursos, o papel atribuído aos enfermeiros de reabilitação nas UCs, determinando assim, a categoria em análise e as subcategorias. Julgamos que as subcategorias explanadas ilustram o papel destes profissionais de enfermagem nas UCs, tal como se pode ver no quadro que se segue:

Quadro 7: Desocultar o papel do enfermeiro de reabilitação

Categoria	Subcategoria
Desocultar o papel do enfermeiro de reabilitação	Formador
	Perito e Conselheiro

Formador

Nos relatos dos entrevistados, o enfermeiro de reabilitação nestas UCs, assume o papel de formador em contexto de trabalho, na área da especialidade, em modalidades distintas.

Numa das unidades em estudo, um dos participantes refere que na instituição onde exerce a sua atividade profissional tem:

“...um plano de formação anual, onde fazemos formação em termos de transferências, é obrigatório por esta instituição de saúde, são os enfermeiros de reabilitação quem fazem esta formação aos enfermeiros da instituição (...) sobre levantes e transferências, de pesos e de doentes...” (ER3).

São assim, concebidos momentos de (re) aprendizagem, e com obrigatoriedade, sobre técnicas de mecânica corporal na mobilização e transferência, de doentes e objetos, dirigidos a todos os enfermeiros daquela instituição de saúde, no sentido de prevenir as LMERT durante a execução destas atividades, que se podem repercutir na melhoria do desempenho e de qualidade dos cuidados prestados.

Podemos inferir ainda que, o enfermeiro de reabilitação assume o papel de informar e formar sobre as particularidades do contexto de atuação, que simboliza na prática não mais que uma postura tradicional de transmissão de informação (Menoita, 2011).

Pela afirmação que se segue, está bem patente o seu papel de formador nestes contextos de trabalho, em modalidades como a formação em serviço, versando conteúdos da prática clínica:

“...os colegas todos tem formação como andar a dois, a três pontos ou a quatro pontos, todos os colegas generalistas sabem fazer um treino de marcha, porque eu dei-lhes formação e eles sabem como transferir um doente (...) porque eu fiz formação em serviço...” (ER2).

O papel de formador deste profissional de saúde não se cinge apenas ao momento formal, como a formação em serviço, mas também na e pela prática de cuidados *“...começando por aspetos mais simples como os padrões espásticos (...) temos que esclarecer às vezes, que há nuances nesses posicionamentos anti-espásticos, nomeadamente, em doentes que já tenham um padrão espástico em extensão, para evitar os dorsais, senão vai promover mais o padrão espástico...” (ER1).* Os enfermeiros generalistas *“...com o enfermeiro de reabilitação vamos aprender a desenvolver estas atividades com os utentes (...) ele vai-nos orientando e partilhando experiências, e conhecimentos e, vamos aplicando esses conhecimentos.” (EG16).* Ainda no *“...outro dia estivemos a fazer posicionamentos anti-espásticos, com a enfermeira de reabilitação, para ver se estava a fazer bem ou não, se sabia qual era o padrão anti-espástico...” (EG14).*

No decurso da prestação de cuidados são criadas oportunidades de crescimento e enriquecimento, individual e coletivo. D’Espiney (1997, p.173) salienta que *“A produção de saber em enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, de confronto de ideias, de debate”*, promovidas neste caso em concreto, pelo enfermeiro de reabilitação.

Com base na sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, o enfermeiro de reabilitação assume-se como um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade (Regulamento nº 122/2011), atuando como um formador oportuno nestas UCs, com uma filosofia eminentemente voltada para o processo de reabilitação, alongando-o a toda a equipa de enfermagem, em que muitas das técnicas utilizadas por estes profissionais são generalizadas e incentivadas (Cruz, 2008).

Neste sentido, também privilegia os momentos informais para *“...corrigir alguns aspetos da prestação de cuidados (...) há sempre aquele descuido de puxar pelo membro afetado (...) eu peço sempre aos colegas que sejam eles abordarem no levante do doente, numa transferência ou mesmo num push-up pelo lado parético, para evitar as lesões do membro...” (ER3).*

As dinâmicas mobilizadas, evidenciam o papel de formador do enfermeiro de reabilitação, pois na opinião de Martins e Franco (2004), este profissional encontra-se numa posição ideal para servir de ponte entre a teoria e a prática.

Através da partilha de conhecimentos, do questionamento e dos apelos corretivos na prática diária, os enfermeiros generalistas expandem as fronteiras das suas práticas de cuidados e, desenvolvem as suas competências.

Perito e Conselheiro

Partindo da perspetiva de Benner (2001), o enfermeiro perito é o profissional que possui uma vasta experiência, que lhe permite uma compreensão profunda da situação global, agindo intuitivamente, não se perdendo em soluções e diagnósticos infundados, tomando decisões rápidas e seguras, permitindo opinar e/ou gerir situações complexas de forma notável.

O enfermeiro perito pode também ser consultado pelos colegas da equipa de enfermagem, no sentido de esclarecer dúvidas e solicitar conselhos relativos aos cuidados a prestar, em que o perito na conceção dos participantes do estudo é o enfermeiro de reabilitação, como evidenciam os excertos seguintes:

“...o enfermeiro especialista (...) ajuda a traçar o plano de cuidados para os doentes que são atribuídos à colega...” (EG7);

“...sempre que temos dúvidas ou alguma questão perguntamos ao enfermeiro de reabilitação...” (EG14);

“...mas há algumas vezes que, temos dificuldades, temos dúvidas, então aí, pedimos a opinião do enfermeiro especialista...” (EG8).

Estes discursos são corroborados pelos relatos de dois enfermeiros de reabilitação:

“...pedem-nos a nós especialistas um conselho...” (ER5);

“...eles muitas vezes tiram dúvidas com os especialistas...” (ER6).

As razões que subjazem à procura da opinião dos enfermeiros de reabilitação, por parte dos enfermeiros generalistas, na prática de cuidados devem-se:

“...o enfermeiro de reabilitação explica tudo porque que é melhor ser assim...” (EG7);

“...o enfermeiro de reabilitação muitas vezes diz-nos o que devemos fazer...” (EG8).

Nas vozes destes entrevistados, o enfermeiro de reabilitação otimiza a resposta dos enfermeiros generalistas ao nível do processo de tomada de decisão nos cuidados de enfermagem, sendo este um processo complexo e que requer experiência, bem como,

conhecimentos teórico-práticos das matérias em apreço, disponibilizando os seus saberes e pareceres sempre que necessário, para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Evocar o parecer do enfermeiro de reabilitação ocorre quando, os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia, que está além das suas competências como enfermeiros generalistas, porque este profissional possui diferentes saberes derivados da sua formação e da sua experiência profissional, que lhe permitem expor o que é, e o que não é possível fazer (Hesbeen, 2001) junto da pessoa alvo de cuidados:

“...o enfermeiro de reabilitação (...) dá-nos a estratégia melhor, tens que andar com ele de andarilho ou tens que andar com ele com o tripé, mas tentando apoiá-lo do outro lado (...), fornece-nos as armas mais indicadas para nós lutarmos naquele bocadinho com o doente...” (EG7);

“...por vezes estamos a trabalhar e o enfermeiro de reabilitação diz-nos, se calhar neste doente poderíamos fazer desta forma, e então, nós seguimos aquilo que nos foi dito...” (EG8);

“...dizemos aos colegas generalistas que, este doente precisa de estar ao fundo da cama e ajuda-lo a vesti-lo...” (ER5);

“...sobretudo nas transferências, eles pedem-nos muito essa colaboração, temos sempre essa chamada deles...” (ER4).

O enfermeiro especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Regulamento nº 122/ 2011). O nível elevado de conhecimentos, a experiência acrescida do enfermeiro de reabilitação e a responsabilidade por cuidados de maior complexidade, permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa, além de se mostrar recetivo, aberto ao diálogo, disponível para com os seus colegas de profissão, bem como, um elemento de referência dentro da equipa de enfermagem, na orientação das práticas de cuidados de enfermagem, fomentando a harmonia no ambiente de trabalho, para que estes profissionais de saúde se sintam à vontade para colocarem as suas questões e procurarem informação, assumindo-se também como um elemento chave na conceção dos cuidados:

“...eles têm muita abertura comigo e vão questionando-me e tirando dúvidas.” (ER6);

“...nós estamos cá no sentido de orientar e nada de impor, é orientar, isto deve ser feito assim porque o doente é assim, para que haja uma continuidade e todos em consonância.” (ER5).

O “... enfermeiro especialista sem dúvida, que tem um domínio de conhecimentos e umas competências diferentes...” (ER6), num domínio particular de enfermagem, a enfermagem de reabilitação, que através do seu olhar mais profundo sobre a pessoa numa situação específica, implementa intervenções de enfermagem especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projetos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida.

Ainda, o enfermeiro de reabilitação ocupa uma posição privilegiada na equipa de trabalho, que sensibiliza e orienta a prática de cuidados dos seus colegas, em que, “...ajudamos os colegas a ter outra atitude (...) ajuda-los a gerir, a seguir a linha de pensamento da unidade...” (ER5), transportando para a prestação de cuidados, um conjunto de atitudes diferenciadoras que, fazem deste profissional, uma referência na equipa de enfermagem.

Na opinião de Hesbeen (2001, p.34), os enfermeiros de reabilitação “ (...) dispõem de alguns meios muito particulares que fazem parte dos seus recursos e que lhes confere a especificidade necessária para garantir a sua função de perito e conselheiro.”.

CONCLUSÕES

As conclusões que retiramos do estudo são, oriundas da análise dos resultados, que vão de encontro às questões que estiveram na origem do estudo, bem como, dos objetivos e do referencial teórico, que este relatório encerra.

A organização do trabalho dos enfermeiros numa unidade de cuidados implica, a adoção de um método de trabalho que melhor se adequa à prestação de cuidados. Podemos concluir que, os métodos de prestação de cuidados perfilhados são o individual e o de enfermeiro responsável, centrados na pessoa e não nas tarefas a desempenhar, que permitem o maior contacto e conhecimento por parte dos enfermeiros de um grupo restrito de doentes, no sentido de fomentar e fortalecer a relação terapêutica entre o enfermeiro e os utilizadores de cuidados.

É espelhado assim, o modo como concebem os cuidados, refletindo-se posteriormente como os enfermeiros organizam esses mesmos cuidados (Parreira, 2005), o que traduz a filosofia e os pressupostos que orientam as ações destes profissionais de enfermagem.

Todavia, podemos constatar que os métodos de prestação de cuidados, que servem de suporte à prática clínica dos enfermeiros, nestas UCs, dão primazia ao trabalho colaborativo. Mais do que o método de trabalho, é evidenciada a cooperação entre colegas, que chega a ser confundida com o método de trabalho de equipa, com ênfase no espírito de inter-ajuda, na confiança mútua, aspetos valorizados por alguns enfermeiros, de forma a superarem conjuntamente os desafios que lhes são colocados no trabalho diário destes profissionais. Estes são alguns dos predicados que norteiam o trabalho em equipa, um trabalho baseado no esforço coletivo, num clima de confiança e respeito, cooperação, comunicação aberta e clara entre os seus membros (Abreu et al., 2005).

Quanto aos recursos utilizados na recolha de informação, sobre a pessoa dependente no autocuidado, salientaram-se os instrumentos de medida, a observação, a entrevista e os sistemas de informação.

Relativamente aos instrumentos de medida, os enfermeiros referem utilizar o IAI, particularmente os índices de Katz e de Lawton, que são parte integrante do instrumento supracitado, mas pouco direcionados para a ação destes profissionais, nomeadamente, na avaliação da dependência da pessoa no domínio do autocuidado. Os enfermeiros enfatizam nas suas avaliações a terminologia da CIPE®, em que tomam por foco o autocuidado e associam-lhe o juízo “dependente”, nos seus diferentes graus de manifestação, (grau reduzido, grau moderado, grau elevado e grau muito elevado), para traduzir as necessidades de cuidados de enfermagem nesse domínio. Estas necessidades determinam se a pessoa carece da ajuda parcial ou total, de outros, para o autocuidado.

Outros instrumentos utilizados na recolha de informação são a MIF, a escala de Braden, a escala de Morse e a escala de coma de Glasgow. Os enfermeiros de reabilitação integram nas suas avaliações outras escalas, advindas do seu nível de conhecimento especializado, na área de enfermagem de reabilitação, que avaliam a força muscular, o tónus muscular, o equilíbrio corporal, as quais permitem caracterizar de forma diferenciada, o potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, após um evento crítico gerador de dependência, evidenciando a capacidade funcional da pessoa, complementando a avaliação de enfermagem.

A observação é distinguida, quer por enfermeiros generalistas, quer por enfermeiros de reabilitação, pela sua importância na avaliação funcional da pessoa, nos diferentes domínios do autocuidado, permitindo perceber o que a pessoa consegue ou não fazer.

Outro dos recursos utilizados é a entrevista, aplicada não só à pessoa, mas também aos seus familiares/pessoa significativa, no sentido de melhor conhecer a pessoa que carece dos cuidados. De realçar, que a família é citada pelos enfermeiros, como uma fonte de informação sobre a pessoa e, não como um alvo a avaliar, não sendo considerada como uma unidade que também necessita de ser cuidada.

Os sistemas de informação, outro recurso usado na recolha de informação, nos quais são disponibilizadas informações sobre a situação clínica da pessoa, nomeadamente no sistema de informação da RNCCI e a carta de alta do hospital de agudos, salientando que esta última contém informação mais completa e atual, possibilitando um conhecimento mais global e real da condição de saúde da pessoa.

A dependência no autocuidado é avaliada por estes profissionais de enfermagem, através da relação que existe entre a capacidade de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidados (Petronilho, 2013), para a qual é fundamental a capacidade dos enfermeiros

em avaliar o potencial de desenvolvimento da pessoa, com recurso a instrumentos, técnicas e aos sistemas de informação, sendo esta avaliação que conduz ao processo terapêutico.

Os enfermeiros planeiam as atividades a concretizar num turno de trabalho, sustentado na informação veiculada na passagem de turno, pois este é um momento no qual são resgatados os dados relevantes para prosseguir o trabalho no turno seguinte, que envolve o conhecimento das particularidades da pessoa, das suas necessidades e problemas, orientando o enfermeiro para a ação. O plano de cuidados, outro instrumento de trabalho, que sustenta as atividades a desenrolar num turno de trabalho, é um tipo de registo de enfermagem que orientam para a prática de cuidados (Hesbeen, 2001). Já os enfermeiros de reabilitação aludem a uma forma peculiar, para guiarem a sua ação, socorrendo-se das suas anotações pessoais, em formato manuscrito, tornando mais célere a visualização das atividades a incrementar num turno de trabalho.

No cerne da ação dos enfermeiros está a capacitação para o autocuidado, ou seja, o desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com dependência funcional. Neste sentido, o enfermeiro, generalista e de reabilitação ajudam, ensinam, instruem, treinam, orientam, informam, avaliam e referenciam, constituindo um recurso na promoção do potencial de desenvolvimento da pessoa com dependência no autocuidado, evidenciando que os cuidados prestados por estes enfermeiros “ (...) são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, serviço esse que não é coberto por outros grupos profissionais” (Collière, 1999, p. 284).

Os cuidados de enfermagem tem como foco de atenção a promoção dos processos de saúde ao longo do ciclo vital, através da prevenção da doença e promoção dos processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, adaptação funcional aos défices e a adaptação aos múltiplos fatores causadores de dependência, através de processos de aprendizagem da pessoa (OE, 2002).

Num “olhar” mais acurado, para conhecer as diferenças na ação destes profissionais, podemos constatar que os enfermeiros generalistas desenvolvem as competências para o autocuidado da pessoa dependente, incluindo nas suas intervenções, aspetos relacionados com a gestão do regime terapêutico (medicamentoso e alimentar), tendo também implícita a preocupação com a vertente reabilitativa. No entanto, são os enfermeiros de reabilitação, que pelas suas competências acrescidas e específicas, lhe permitem intervir a um nível de

complexidade mais elevado, promovem a máxima autonomia e independência das pessoas portadoras de défices (funcionais, sensitivos, cognitivos) potencialmente recuperáveis e, a manutenção daqueles cujos défices são irreversíveis. Estes centram a sua intervenção em focos específicos no domínio dos processos corporais como a força muscular, o equilíbrio corporal e o movimento articular, pois as dificuldades no desempenho da pessoa no seu autocuidado são, na sua maioria, inerentes às alterações dos processos corporais resultantes do evento crítico.

Deste modo, os enfermeiros de reabilitação, pelas suas competências, estão mais aptos a integrar todas as vertentes dos cuidados necessários à pessoa com incapacidade no desempenho do autocuidado, tendo em conta as necessidades e os objetivos terapêuticos gizados para cada pessoa, estimulando a autonomia e promovendo a independência. Deixamos o excerto de uma entrevista que suporta esta nossa reflexão, e que nos ajuda a inferir sobre a ação do enfermeiro de reabilitação nestas UCs:

“...dar resposta às necessidades do utente no que diz respeito a alterações da força, do equilíbrio, de movimento, de coordenação (...) trabalhamos especificamente membros ou corpo (...) e depois, a outra no que diz respeito em que é que, essas alterações os limitam na sua independência (...) nos autocuidados, o vestir e despir, a higiene, o levante, transferências, mobilidade, marcha...” (ER4).

Neste estudo podemos concluir que, o trabalho dos enfermeiros generalistas e enfermeiros de reabilitação, nestas unidades de cuidados, não se esgota na pessoa alvo de cuidados, mas também abrange a capacitação do prestador de cuidados, seja membro da família ou pessoa significativa, dotando-o de conhecimentos e capacidades, para dar respostas adequadas à pessoa dependente no autocuidado, aquando do regresso a casa, promovendo deste modo a continuidade de cuidados, incluindo-o no grupo de atores não profissionais abrangidos pelo processo de reabilitação (Hesbeen, 2003).

O sucesso da reabilitação depende do envolvimento da família no processo, que implica uma intervenção conjunta com a restante equipa multidisciplinar, através da reunião multidisciplinar com a família. É possibilitado assim, a consciencialização efetiva do prognóstico da incapacidade da pessoa, gerir as expectativas, esclarecer dúvidas, familiarizá-los com os aspetos com que se irão, mais tarde, confrontar e também ajudar a eleger o membro da família, para assumir o papel de prestador de cuidados.

Os enfermeiros avaliam, ainda, a disponibilidade física, mental e emocional do prestador de cuidados para cuidar da pessoa assim como, conhecer experiências anteriores similares, determinantes na adoção do papel de prestador de cuidados.

O desempenho eficaz dos familiares cuidadores, no seu *locus de cuidado*, exige recursos, designadamente, conhecimentos, capacidades, habilidades e suporte para lidar com os problemas surgidos, que afetam o bem-estar e o autocuidado. Através do processo de ensinar, instruir, treinar, orientar, informar, avaliar, validar e referenciar são desenvolvidas as competências, do membro da família ou pessoa significativa, para o exercício do papel de prestador de cuidados, sendo sem dúvida, áreas de atenção dos enfermeiros (Petronilho, 2007).

O autocuidado é um conceito central da enfermagem (Petronilho, 2012), e da enfermagem de reabilitação. Ajudar a pessoa com dependência no autocuidado, bem como capacitar um membro da família ou pessoa significativa, para tomar conta da pessoa dependente no autocuidado, é congruente com o mandato social da profissão de enfermagem.

Mais do que prestar cuidados, o enfermeiro, generalista e de reabilitação, nestas UCs:

“ (...) ajuda a pessoa a criar uma maneira de viver portadora de um sentido para si mesma e que seja compatível com a sua situação, independentemente das condições físicas e da natureza da afecção (...) oferecem ao outro os meios de que dispõem para que ele possa encontrar ou reencontrar o equilíbrio, no caminho que tenha escolhido tomar ou ao longo do qual deverá caminhar” (Hesbeen, 2003).

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa e familiares a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, paralelamente, os enfermeiros promovem a aprendizagem sobre a forma de aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (OE, 2002).

No decurso do estudo, é desocultado o papel do enfermeiro de reabilitação, nestas UCs, pelos enfermeiros generalistas. Além da prática especializada de cuidados, na área da enfermagem de reabilitação, é evidenciado o seu papel de formador nestes contextos de trabalho, em modalidades como a formação em serviço, momentos informais e ainda, na e pela prática de cuidados, criando oportunidades de crescimento individual e coletivo, assumindo-se como um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento nº122/2011), ajudando os enfermeiros generalistas a expandirem as fronteiras das suas práticas de cuidados, promovendo com estes o desenvolvimento da prática.

Os enfermeiros de reabilitação assumem-se como peritos e conselheiros na equipa de enfermagem, um elemento de referência para os enfermeiros generalistas, na orientação e pareceres da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dependência no

autocuidado, onde os enfermeiros generalistas se sentem mais inabilitados, seja por inexperiência ou por falta de conhecimentos, contribuindo com o seu conhecimento aprofundado e as suas competências, acrescidas e específicas, na consolidação da reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, acrescentando valor à equipa de enfermagem. As especializações em enfermagem preparam os enfermeiros para adquirem uma maior capacidade num campo de cuidados e, também para se transformarem em conselheiros dos enfermeiros generalistas (Collière, 1999) na prática de cuidados.

Os resultados do estudo traduzem a importância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros generalistas e enfermeiros de reabilitação, nestas UCs, da RNCCI, em que estes profissionais se completam na ação, revelando ainda, como uma oportunidade para os profissionais de enfermagem demonstrarem a sua utilidade social, por via de maiores ganhos em saúde e com cuidados de maior proximidade com as famílias, opinião corroborada por Petronilho (2013), podendo ser significativos na reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado, fazendo *“Uma Enfermagem com mais Enfermagem...”* (Abel Paiva, In Prefácio, Petronilho, 2012).

Ao tecer este relatório, mais do que uma prova do estudo desenvolvido, é também o testemunho dos momentos de reflexão, de confrontação e de aquisição de conhecimentos, e consideramos ter alcançado os objetivos a que nos propusemos inicialmente.

Dadas as características do estudo, não é nossa intenção a generalização dos resultados e, apontamos as dificuldades sentidas na consecução deste. A principal prendeu-se com a disponibilidade pessoal, e com o tempo que um estudo destes requer, outras como a escassa experiência na área da investigação e ainda o descortino das UCs com enfermeiro de reabilitação.

Consideramos que o conhecimento destes fenómenos se revelam fundamentais, para perceber o processo de cuidados do enfermeiro e enfermeiro de reabilitação, em uso nestas UCs, sobre o qual assenta o verdadeiro trabalho de cuidar de pessoas, 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 sua centralidade não reside nos processos fisiológicos, na doença, no diagnóstico e no tratamento, mas nos processos adaptativos e no modo como os enfermeiros, generalistas e de reabilitação, ajudam a diáde, pessoa e sua família, a encontrarem respostas aos desafios de saúde, após um evento crítico gerador de dependência. Através da transmissão de

conhecimentos, do ensino das estratégias adaptativas e do treino de capacidades, da pessoa dependente e dos seus familiares cuidadores, ajudando-os a serem competentes.

Pensamos que este estudo poderá sugerir algumas implicações nas diferentes áreas de atuação de enfermagem, concretamente a nível da prestação de cuidados e a nível da investigação.

A nível da prestação de cuidados

Decorrente do nosso estudo podemos constatar, a necessidade de um maior refinamento e utilização de instrumentos de avaliação do autocuidado com maior valor clínico para a ação dos enfermeiros, designadamente, a avaliação do perfil de dependência, o tipo e grau de dependência da pessoa nos diferentes autocuidados, para discernir as manifestações da dependência, opinião corroborada por Petronilho (2012).

A nível da investigação

Pensamos que é pertinente dar continuidade ao estudo com a aplicação de outra técnica de recolha de dados, nomeadamente, a observação participante, o que possibilita o confronto e o aprofundamento entre o que é relatado nas entrevistas e a observação da prática de cuidados. Seria igualmente relevante considerar a perspetiva das pessoas dependentes e dos seus familiares cuidadores, em relação ao trabalho desenvolvido por estes profissionais de enfermagem, em UCs, assim como o grau de satisfação destes utilizadores de cuidados.

Por último, analisando a metodologia utilizada, face à questão de partida que nos levou a conceber este estudo, podemos afirmar, que esta nos permitiu esclarecer conceitos e ideias, e ainda, fornece alguns dados importantes para refletirmos sobre as práticas em uso nas UCs, em estudo, assim como para o reconhecimento de alguns problemas reais, que podem ser alvo de futuros estudos de investigação.

Finalizamos este relatório com um pensamento do Padre António Vieira:

“Nós somos o que fazemos.

O que não se faz não existe.

Portanto, só existimos nos dias em que fazemos.

Nos dias que não fazemos apenas duramos.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Ludmila de Ornelas [et al.] – O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2005, vol.58, nº2, p.203-207. ISSN 0034-7167

ABREU, Wilson Correia – *Identidade, Formação e Trabalho – Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2001. ISBN 972-8485-21-2.

ABREU, Wilson Correia – *Formação E Aprendizagem Em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0.

ALARCÃO, Isabel; RUAS, Marília – Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Revista Texto e Contexto Enfermagem* [Em linha]. 2005, vol.14, nº3 [consultado 16 maio 2011], p. 373-382. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3a08.pdf>>.

AMADO, João da Silva – A Técnica de Análise de Conteúdo. *Revista Referência*. 2000, nº5, p.53-63. ISSN 0874.0283.

ANDRADE, Cármen – Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*, 2009, vol.13, nº 1, p.61-71. ISSN 0873-8904.

ARAÚJO, Isabel; PAÚL, Constança; MARTINS, Manuela – Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2011, vol.45, nº4, p.869-875. ISSN 0080-6234.

BARBOSA, Pedro Marco Karan [et al.] – Organização do processo de trabalho para a passagem de plantão utilizando escore para dependência e risco clínico. *Revista de Administração em Saúde*, 2013, vol.15, nº58, p.19-26. ISSN 1519-1672.

BARDIN, Laurence – *Análise De Conteúdo*. 5ªed. Lisboa: Edições 70, 2009. ISBN 978-972-44-1506-2.

BARRA, Daniela Couto; SASSO, Grace Teresinha Marcon – Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 2010, vol.19, nº1, p.54-63. ISSN 0104-0707.

BASTO, Marta Lima – Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: uma proposta de um percurso. *Revista Pensar Enfermagem*, 2009, vol. 13, nº2, p.11-18. ISSN 0873-8904.

BELL, Judith – *Como Realizar Um Projecto De Investigação*. 3ªed. Lisboa: Gradiva, 2004. ISBN: 972-662-524-6.

BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – *Investigação Qualitativa Em Educação*. Porto: Porto Editora, 2003. ISBN 978-972-0-34112-9.

BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui – *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau, 2010. ISBN 978-989-8269-09-6.

BRANDÃO, Hugo Pena – Competências no Trabalho: uma análise da produção científica brasileira. *Estudos de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte*. [Em linha]. 2007, vol.12, nº2 [consultado 16 janeiro 2011]. p. 149-158 Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/epsc/v12n2/a07v12n2.pdf>>.

BRASIL, Virgínia Visconde – O que dizem os enfermeiros sobre observação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 1997, vol.19, nº1, p. 83-94. ISSN 0104-1169.

BRITO, Maria Alice Correia – *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2012.

CAMPOS, António Correia de – *Intervenção do Ministro da Saúde, Correia de Campos, no 1º Aniversário da Rede de Cuidados Continuados*. [Em linha]. Lisboa, 24 de maio de 2007. [consultado 23 maio 2011]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/aniv+cci.htm>>

CAMPOS, António Correia de – *Reformas da Saúde: o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3604-5.

CASTRO, Susana Cristina Pereira – *Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio*, Tese de Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2008.

CEITIL, Mário – Enquadramento geral e perspectivas de base sobre o conceito de competências. In: CEITIL, Mário (Org) – *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Edições Sílabo, 2006. ISBN 972-618-409-6.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 972-757-109-3.

COMISSÃO DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – *Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio*. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 2010, nº33, p.22-27. ISSN 1646-2629.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. ISBN 92-95040-36-8.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

COSTA, Maria Arminda – *Cuidar de Idosos: Formação Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-8485-24-7.

COSTA, Maria Arminda – *Enfermagem: ajudar os outros a ser competentes*. *Revista Ser Saúde*, 2007, nº6, p.24-37.

COSTA, José dos Santos – Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium -Revista do ISPV*. [Em linha]. 2004, nº30, [consultado 2 dezembro 2010], p.234-251. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>>.

CRUZ, Arménio Graduado – *Enfermagem de Reabilitação: uma mais valia nos Cuidados continuados*. *Revista Sinais Vitais*, 2008, nº 79, p.44-50. ISSN 0872-8844.

- DECRETO-LEI nº161/96. D.R. I – *Série A*. Nº205 (96-09-04), p.2959-2962.
- DECRETO-LEI nº 281/2003. D.R. I – *Série A*. Nº259 (2003-11-08), p. 7492-7499.
- DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. I – *Série A*. Nº109 (2006-06-06), p. 3856-3865.
- DESPACHO conjunto nº407/98. D.R. II – *Série*. Nº138 (1998-06-18), p. 8328-8332.
- DESPACHO nº 19 040/ 2006. D.R. II – *Série*. Nº 181 (2006-09-19), p. 19247-19248.
- D'ESPINEY, Luísa – Formação Inicial/ Formação Contínua de Enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, Rui – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997. ISBN 972-0-34125-4.
- D'ESPINEY, Luísa [et al.] – *Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional: grupos por área do Conhecimento – Enfermagem*. Lisboa, 2004. [consultado 2 dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.fap.pt/fotos/gca/Bolonha_Enfermagem.pdf>
- D'ESPINEY, Luísa – *Enfermeiros nas comunidades: produção de cuidados e reconstrução identitária*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, 2010.
- DELUIZ, Neise – O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. *Boletim SENAC*. [Em linha]. 2001 [consultado 2 junho 2011]. Disponível em WWW: [URL:http://www.senac.br/informativo/BTS/273/boltec273b.htm](http://www.senac.br/informativo/BTS/273/boltec273b.htm)>
- DEJOURS, Christophe – Subjectividade, Trabalho e Ação. *Revista Produção*. [Em linha]. 2004, vol.3, nº14 [consultado 14 junho 2011], p. 27-34. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>>;
- DIAS, Maria de Fátima Pereira Batista – *CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS: Contributos para a definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-14-3.
- DIAS, Ana; SANTANA, Silvina – Cuidados Integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão* [Em linha]. 2009, vol.8, nº1 [consultado 11 junho 2011], p. 12-20. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-4464200900010003&script=sci_arttext>
- DOMINGUES, Arena; MATHEUS, Maria Clara; SÁ, Ana Cristina – Entrevista. In: BARROS, Alba Lúcia (org) – *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem*. 2ªed. Porto Alegre: Artmede, 2010, ISBN 978-85-363-2103-5.
- ESTEVES, Manuela – Construção e desenvolvimento das competências profissionais dos professores. *Sísifo – Revista de Ciências da Educação*. [Em linha]. 2009, nº8 [consultado 20 maio 2011], p.37-49. Disponível em WWW: <URL: <http://sisifo.fpce.ul.pt>>.
- FELLI, Vanda; PEDUZZI, Mariana – O Trabalho Gerencial Em Enfermagem. In: KURGANT, Paulina – *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005. ISBN 85-277-1029-3.
- FERNANDES, Olga Maria Freitas Simões de Oliveira – *ENTRE A TEORIA E A EXPERIÊNCIA: Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Loures: Lusociência, 2007, ISBN 978-972-8930-36-3.
- FERRIN, Pau Sánchez – Unidades de Convalescência. *Revista Mult. Gerontologia* [Em linha]. 2005, vol.15, nº1 [consultado 10 dezembro 2010], p.13-15. Disponível em WWW:< URL: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2005_1/g-15-1-004.pdf>.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso – Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*. [Em linha]. 2001, Edição Especial [consultado 10 janeiro 2011], p. 183-196. Disponível em WWW: <URL: http://www.anpad.org.br/rac/vol_5/dwn/rac_v5_eedeop_mtf.pdf>.

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-09-3.

FIGUEIREDO, Daniela – *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN 978-972-796-276-1.

FIGUEIREDO, Maria do Céu Barbieri de – Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. *Revista Sinais Vitais*. 1997, nº10, p.19-22. ISSN 0872-8844.

FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusodidacta, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos de Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTUNO, M. Lieixá [et al.] – Evaluación de la Competencia. *Revista Rol de Enfermaria*. 2009, vol.32, nº11, p.28-31. ISSN 0210-5020.

GALLO, Mª Angeles Olalla; VÁZQUEZ, Mª Paz Miguel – La Atencion Sanitária en la Dependencia. *Revista Rol de Enfermaria*. 2009, vol. 32, nº 7-8, p.15-22. ISSN 0210-5020.

GESAWORLD – *Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Actual*. [Em linha]. Lisboa: Gesawold, 2005. [consultado 3 março 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Diagnostico_Nete_Cuidados_Cont_Integrados_Saude.pdf>.

GEORGE, Júlia B. – *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN 85-7307-587-2.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamim – *Investigação por Questionário*. 4ªed. Oeiras: Editora Celta, 2001. ISBN 972-618-273-5.

GOMES, Bárbara Pereira – *Das práticas às competências dos enfermeiros de reabilitação*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 1999.

GOMES, Bárbara Pereira – Contributos da Formação para o Desenvolvimento de Competências na Área de Enfermagem de Reabilitação. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. [Em linha]. 2006, vol. 15, nº2 [consultado 12 dezembro 2010], p.193-204. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a01v15n2.pdf>>.

GOMES, Bárbara Pereira – *Enfermagem de Reabilitação: um contributo para a satisfação do utente*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2008.

GOMES, Bárbara [et al.] – *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. ISBN 978-898-98443-1-5.

GONÇALVES, Suzete – Cuidados Continuados Integrados. In SIMÕES, Jorge (coord.) – *30 Anos Do Serviço Nacional De Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Edições Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-4110-0.

GUERREIRO, Inês – Cuidados Continuados e Paliativos – Desafios. *Revista de Gestão de Saúde*. [Em linha]. 2006, nº4 [consultado 20 maio 2011], p.21-28. Disponível em WWW:<

URL:<http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/EAEDB7E0-5355-4C8E-B1C0-4B28144F399B/0/GestãoeSaúden22.pdf>>.

HAYES, Margaret Kelly – Avaliação Funcional. In: HOEMAN, Shirley P. *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação*. 2ªed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.

HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – *Qualidade em Enfermagem – pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

HESBEEN, Walter – *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-43-6.

KOVÁCS, Ilona – Novas Formas de Organização do Trabalho e Autonomia no Trabalho. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*. 2006, nº52, p. 41-65. ISSN 2182-7907.

LARANJEIRA, Helena Paula Oliveira – O Enfermeiro de Reabilitação na Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 2010, nº21, p.49-54. ISSN 0873-1586.

LE BOTERF, Guy – *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. 3ªed. São Paulo: Artmed, 2003. ISBN 978-85-363-0129-7.

LE BOTERF, Guy – *Construir as Competências Individuais e Colectivas*. Porto: Edições Asa, 2005. ISBN 972-41-4243-4.

LOPES, Albino; PICADO, Luís – *Concepção da Formação Profissional Continua: Da Qualificação Individual à Aprendizagem Organizacional*. Mangualde: Edições Pedagogo, LDA, 2010. ISBN 978-972-8980-95-5.

LOPES, Manuel [et al.] – *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Cuidados: Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro*. [Em linha]. Évora. 2010; [consultado 20 maio 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min_saude.pt/pns2010-2016/CSC.pdf>.

LOPES, Vera – Planeamento de altas: elo vital da continuidade de cuidados. In: MESTRINHO, Maria Guadalupe; ANTUNES, Lina – *Investigação nos Contextos de Trabalho: Desafios da experiência – um sentido para a reabilitação*. Loures: Lusociência, 2013. ISBN 978-8930-94-3.

LUZ, Elisabete Lamy – Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade dos cuidados. *Revista Nursing*. 2003, nº 75, p.34-44. ISSN 0871-6196.

MATOS, Eliane – *Novas Formas De organização do Trabalho e Aplicação na Enfermagem: possibilidades e limites*. [Em linha]. Florianópolis; Universidade Federal de Santa Catarina, 2002, Tese de Mestrado: [consultado 3 novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.tede.ufs.br/teses/PNFR0383.pdf>>.

MATOS, Eliane; PIRES, Elvira - Práticas de Cuidado na Perspectiva Interdisciplinar: um caminho promissor. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. [Em linha]. 2009, vol. 18, nº2 [consultado 10 dezembro 2013], pp.338-346. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18.n2/18.pdf>>

MARTINS, Catarina; FRANCO, Maria Paula – O Papel Formativo do Enfermeiro Especialista. *Revista Nursing*. 2004, nº192, p.6-9. ISSN 0871-6196.

MARTINS, José Carlos Amado – Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Revista Pensar Enfermagem*. 2008. vol. 12, nº2, p. 62-66. ISSN 0873-8904

MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva – *Uma Crise Acidental Na Família – o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-8485-30-1.

MAUREEN, L. Habel – Educação do doente e da família orientado para resultados. In: HOEMAN, Shirley P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados*. 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.

MARQUES, Luciano Feliciano; SANTIAGO, Luís Carlos; FELIX, Vanessa Curitiba – A passagem de plantão como elemento fundamental no processo de cuidar em enfermagem: o perfil da equipe de enfermagem de um hospital universitário. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2012, vol. 4, nº2, p. 2878-2882. ISSN 2175-5361

MENDONÇA, Cristina – Plano Individual de Intervenção – um instrumento integrado de trabalho. *Revista da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados*. 2010, nº1, p.10-11.

MENOITA, Elsa – *Formação Em Serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: Formasau, 2011. ISBN 978-989-8269-15-7.

NEVES, José Luís – Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração* [Em linha], 1996, vol. 1, nº3 [consultado 10 janeiro 2011]. pp. 1-5. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>>.

NOGUEIRA, Maria Assunção Almeida – *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*. Porto: Universidade do Porto – Instituto Abel Salazar, 2003. Tese de Mestrado.

NOGUEIRA, José Miguel – *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem. *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Plano Nacional de Saúde (PNS) – Orientações estratégicas, contributos/ posição da Ordem dos Enfermeiros. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2003, nº10, p. 7-12. ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar: competências do enfermeiro em cuidados gerais*. (Conselho de Enfermagem). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. (Conselho de Enfermagem). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. (Conselho de Enfermagem). 2009b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*, 2011.

OREM, Dorothea E. – *Modelo de Orem: conceitos de enfermagem em la práctica*. Barcelona: Masson, S.A., 1993. ISBN 84-458-0092-2.

PAIVA, Sónia Maria Alves [et al.] – Teorias Administrativas na Saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*. [Em linha]. 2010, vol. 18, nº2 [consultado 3 novembro 2010], p.311-316. Disponível em WWW: <URL: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2a34.pdf>>.

PARREIRA, Pedro Miguel – *Organizações*. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-46-8.

PENAFORTE, Maria Helena; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira Silva – A visibilidade do autocuidado relativo à higiene na passagem de plantão dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 2011, vol. 19, nº1, p. 1-9. ISSN 0104-1169.

PETRONILHO, Fernando – *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-91-7.

PETRONILHO, Fernando – *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2012. ISBN 978-989-8269-17-1.

PETRONILHO, Fernando – *A Alta Hospitalar do Doente Dependente no Autocuidado: Decisões, Destinos, Padrões de Assistência e de Utilização de Recursos – Estudo exploratório sobre o impacto das transições do doente e do familiar cuidador*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, 2013.

PHANEUF, Margot – *Planificação dos cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-78-3.

PINHO, Diana Lúcia M.; ABRAHÃO, Júlia Issy; FERREIRA, Mário César – As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2003, vol. 11, nº2, p.168-176. ISSN 0104-1169.

PIRES, Ana Luísa – As Novas Competências Profissionais. *Revista Formar*. [Em linha]. 1994, nº10 [consultado 5 dezembro 2010], p.4-17. Disponível em WWW: <URL: http://www.iefp.pt/iefp/publicações/Formar/Documentos/Formar%201994/Formar10_pdf>.

PIRES, Ana Luísa – *Educação e Formação ao Longo da Vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens*. [Em linha]. Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa, Tese de Doutoramento, 2002 [consultado 10 maio 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://run.unl.pt/bitstream/10362/1004/1/pires_2002.pdf>.

PIRES, Denise; RIBEIRO, Edilza Maria; BLANK Vera Lúcia G. – A Teorização sobre Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. [Em linha]. 2004, vol.20, nº2 [consultado 15 dezembro 2010], p.438-446. Disponível em WWW: <URL: <http://www.revista.epspv.fiocruz.br/upload/revistas/84.pdf>>.

PIRES, Denise – A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. 2009, vol.62,nº5 [consultado 10 fevereiro 2011], p.739-744. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>>.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ªed. Porto Alegre: Artmede, 2004. ISBN 85-7307-984-3.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos – Prioridades. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004. Vol. I. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos – Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004. Vol. II. ISBN 972-675-110-1.

QUEIROZ, Elizabeth; ARAUJO, Tereza Cristina C. F. – Trabalho em equipe: um estudo multimetodológico em instituição hospitalar de reabilitação. *Revista Interamericana de Psicologia*. 2007, vol. 4, nº2, p.221-230. ISSN 0034-9690.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual De Investigação Em Ciências Sociais*. 4ªed. Lisboa: Gradiva, 2005. ISBN 972-862-272-1.

REGULAMENTO nº122/2011. D.R. II – Série. Nº 35 (20011-02-18), p. 8648-8653.

REGULAMENTO nº125/2011. D.R. II – Série. Nº 35 (20011-02-18), p. 8658-8659.

REIS, Felipa Lopes – *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha*. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda., 2010. ISBN 978-989-693-000-4.

REIS, Vasco – Que Futuro para o Serviço Nacional de Saúde? *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*. [Em linha]. 2008, nº81 [consultado 10 junho 2011], pp. 51-54. Disponível em WWW: <URL:http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2553.pdf>.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 59/ 2002. D.R. I – Série B. nº 69 (2002-03-22), p. 2752-2754.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº84/2005. D.R. I – Série B. Nº81 (2005-04-27), p. 3200-3201.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 168/ 2006. D.R. I – Série. Nº214 (2006-12-18), p. 8471-8473.

RIBEIRO, José Luís Pais – *Metodologia De Investigação Em Psicologia E Saúde*. 3ªed. Porto: Livpsic, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.

RIBEIRO, Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro; PINTO, Cândida Assunção Santos; REGADAS, Susana Carla Ribeiro de Sousa – A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Fev./Mar. 2014, Série IV – nº 1, p.25-36. ISSN 0874.0283.

RODRIGUEZ, Bibiana Escuredo – Políticas de Dependência: consequências para las famílias. *Revista Rol de Enfermaria*. 2008, vol. 31,nº5, p. 22-32. ISSN 0210-5020.

RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Olm – Entendendo as competências para a aplicação de enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*. [Em linha]. 2008, vol. 61, nº1 [consultado 10 fevereiro 2011], pp. 109-112. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/17.pdf>>.

RUTHES, Rosa Maria; FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina Kowl Olm – Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. 2010, vol. 63,nº2 [consultado 16 junho 2011], p.317-321. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/23.pdf>>.

SEQUEIRA, Carlos – *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda., 2010. ISBN 978-972-757-717-0.

SERRANO, Maria Teresa Pereira – *Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho*. Tese de Doutoramento, Departamento de Didáctica e tecnologia Educativa, Universidade de Aveiro, 2008.

SERRANO, Maria Teresa Pereira; COSTA, Arminda Mendes; COSTA, Nilza Maria – Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista Referência*. 2011,III Série, nº 3, p.15-23. ISSN 0874.0283.

SILVEIRA, Luana [et al.] – Medida de Independência Funcional: um desafio para a enfermagem. *Revista de Saúde Publica de Santa Catarina*. 2011, vol. 4, nº 1, p.70-82. ISSN 2175-1323.

- SOUSA, Liliana Xavier M.; CARVALHAIS, Maribel Domingues; CARVALHAIS, Lucibel Domingues – O cuidado em enfermagem a pessoas idosas dependentes: cuidados domiciliares, hospitalares e continuados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Em linha]. 2012, vol. 14, nº3 [consultado 18 Dezembro 2013], pp.644-653. Disponível em WWW: <URL: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/13693/13437>>.
- SOUSA, Maria José [et al.] – *Gestão De Recursos Humanos : Métodos e Práticas*. 6ª ed. Lisboa: Lidel, 2006. ISBN 978-972-757-441-4.
- SOUSA, Paulino Artur Ferreira de – *Sistemas de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Saúde – um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-75-1.
- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência, 2013. ISBN 989-8075-34-5.
- THEUERKARF, Anaise – Autocuidado e Atividades da Vida Diária. In: HOEMAN, Shirley P. *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação*. 2ªed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *A Prestação de Cuidados nas Unidades de Convalescença – Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI*. Lisboa: UMCCI, 2006.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Integrado (RNCCI)*. Lisboa: UMCCI, 2007a.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: UMCCI, 2007b.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa: UMCCI, 2009.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *Relatório de Monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) em 2010*. [Em linha]. 2011a, UMCCI, [consultado 30 maio 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf>>
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *Manual do Prestador – recomendações para a melhoria continua*. Lisboa: UMCCI, 2011b.
- VIEIRA, Margarida – *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2ªed. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, 2008. ISBN 978-972-54-0195-8.
- ZARIFIAN, Philippe – *Compétences et Stratégies D'Entreprise*. Paris : Éditions Liaisons, 2005. ISBN 2.87880.640.9.

ANEXOS

ANEXO I – Guião da Entrevista

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

GUIÃO DA ENTREVISTA

NOME: Maria Cristina Alves Duarte

Porto, janeiro de 2011

GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevista nº

Data:

Local:

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	JUSTIFICAÇÃO
Idade:	<ul style="list-style-type: none">▪ Caracterizar a amostra do estudo
Género:	
Ano de conclusão do curso de base:	
Ano de conclusão da especialidade:	
Nº de anos de exercício profissional:	
Nº de anos de exercício profissional como enfermeiro de reabilitação:	
Tempo de atividade na Unidade Convalescença: ____meses ____anos	
Formação específica em cuidados continuados:	

	OBJETIVOS	ATUAÇÃO EM CAMPO/ QUESTÕES	OBSERVAÇÕES
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Legitimar a entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação pessoal; Elucidar sobre os objetivos e finalidade do estudo em curso; Consentimento informado; Solicitar autorização para a gravação da entrevista; Informar da possibilidade de recusar a continuação da entrevista a qualquer momento; Esclarecimento de dúvidas. 	Colocar o gravador de forma discreta
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Compreender a organização do trabalho dos enfermeiros e enfermeiro de reabilitação em Unidades de Convalescença; 	<ul style="list-style-type: none"> Como avaliam os enfermeiros/ enfermeiros de reabilitação a pessoa dependente nesta Unidade? Qual o método de trabalho dos enfermeiros nesta unidade de cuidados? Como planeia o seu trabalho nesta unidade de cuidados? Qual a dotação de enfermeiros por turno? Quais os critérios para aferir a dotação de enfermeiros por turno? 	Registrar pequenas notas sobre a alteração da linguagem não verbal (postura, expressão facial) no decurso da entrevista

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender a dinâmica de trabalho dos enfermeiros e enfermeiro de reabilitação em Unidades de Convalescença 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais as atividades do enfermeiro/ enfermeiro de reabilitação na organização dos cuidados de enfermagem na Unidade de convalescença? ▪ Como se articulam os enfermeiros/ enfermeiro de reabilitação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar? 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a resposta do enfermeiro e enfermeiro de reabilitação numa Unidade de Convalescença à pessoa com dependência. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como planeiam os enfermeiros/ enfermeiro de reabilitação a alta da pessoa com dependência? ▪ Qual o papel do enfermeiro/ enfermeiro de reabilitação na capacitação do prestador de cuidados informal da pessoa com dependência? ▪ Como referenciam para a comunidade, no momento da alta, a pessoa com dependência? ▪ Como referenciam para a comunidade, no momento da alta, o prestador de cuidados informal da pessoa com dependência? 	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CONCLUSÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terminar a entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar-se para qualquer esclarecimento; ▪ Disponibilizar-se par informar sobre os resultados do estudo; ▪ Agradecer a colaboração. 	

ANEXO II – Aprovação do Estudo



Exm.º (a) Senhor (a)
Enfª Maria Cristina Alves Duarte
Rua Dr. Severiano, n.º 343 – 2.º D.to
4 510 – 554 GONDOMAR

Sua Refª.	S / comum.	N. Refª.	Of. n.º.	Data
			22	21-02-2011

ASSUNTO: *Recolha de dados*

Informa-se V. Ex.ª que, o Conselho de Administração deste Hospital, autorizou a recolha de dados solicitada através da sua carta de 02 de Fevereiro, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de reabilitação, conforme documento anexo.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração,


José Afonso



Exma. Senhora

Enf.ª Maria Cristina Alves Duarte

Rua Dr. Severiano, n.º 343, 2.º Dto.

4510-554 Fânzeres - Gondomar

Assunto: Resposta a pedido de autorização para recolha de dados

Em referência à V. carta de 6/01/2011, cumpre-nos informar que foi autorizada a recolha de dados solicitada.

No Hospital de Valongo deverá contactar a Enf.ª Helena Antunes dos Santos.

Com os melhores cumprimentos,

El.^a A ENF.ª CHEFE DO CENTRO DE FORMAÇÃO

Arminda de Fátima Pereira Matos

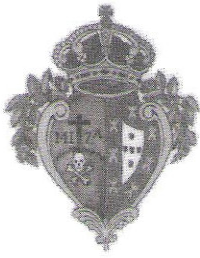
✉ Hospital São João
Alameda Professor Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

✆ +351 225 512 100
✉ geral@hsjoao.min-saude.pt
🌐 www.hsjoao.min-saude.pt

Cont. n.º 507645367
Capital Estatutário 112.000.000,00 Euros
Registo Comercial n.º 507645367



REC-1403-11 00000000



Santa Casa da Misericórdia de Esposende

Ex.ma Senhora
Enf.^a Maria Cristina Alves Duarte
R: Dr. Severiano nº 343 – 2º Dtº
4510 – 554 Fânzeres – Gondomar

Ofício nº 129/2011

25 de Fevereiro de 2011

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados relativo aos enfermeiros e enfermeiros especialistas em reabilitação, na Unidade de Convalescença da Santa Casa da Misericórdia de Esposende.

Ex.ma Senhora,

Encarrega-me a Sr.^a Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Esposende de comunicar a V. Ex.cia que o seu pedido está autorizado, conforme cópia que envio com os despachos respectivos da Sr.^a Provedora e da Sr.^a Enf.^a Directora.

Com os melhores cumprimentos,

A secretária
Argemira Pedrosa

Hospital Valentim Ribeiro - Av. Dr. Henrique Barros Lima, 4740-203 Esposende
Telefone 253 969 480 – Fax 253 969 499 scmesposende@mail.telepac.pt

ULSM 11/03/11 0638 SAIDA

Exma. Senhora
Maria Cristina Alves Duarte
Rua Dr. Severiano Nº 343 – 2º Dtº.
4510-554 FÂNZERES / GONDOMAR

SUA REFERÊNCIA

DATA

NOSSA REFERÊNCIA
09/CAIMF

DATA
2011.03.10

ASSUNTO: PEDIDO DE RECOLHA DE DADOS

Exma. Senhora Enfermeira

Serve o presente para comunicar a V. Exa. que, o seu pedido para recolha de dados, para realizar um estudo de investigação sobre "Como organizam os enfermeiros versus enfermeiros especialistas em reabilitação o seu trabalho em Unidades de Convalescença", foi autorizado em reunião do Conselho de Administração de 1 de Março de 2011.

Com os meus melhores cumprimentos



Margarida Filipe
ENFERMEIRA DIRECTORA

ANEXO III – Carta de Explicação do Estudo e Consentimento Informado

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Maria Cristina Alves Duarte, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre “*A organização do trabalho dos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação em Unidades de Convalescença*”. Este estudo tem como objetivos:

- Compreender os métodos de prestação de cuidados dos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação em Unidades de Convalescença;
- Compreender a dinâmica de trabalho dos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, em Unidades de Convalescença;
- Identificar os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação na pessoa com dependência e sua família, em Unidades de Convalescença.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, não terá qualquer implicação no seu exercício profissional. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com a instituição.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir para uma maior e melhor participação das pessoas na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

ANEXO IV – Declaração de Consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Estudo sobre “**A organização do trabalho dos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação em Unidades de Convalescença**”.

Eu, enfermeiro(a) _____ abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas durante a entrevista.

, ____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:

ANEXO V – Matriz Global dos Dados

MATRIZ GLOBAL DOS DADOS

Categoria	Subcategoria
Métodos de prestação de cuidados	Individual
	Enfermeiro responsável
	Equipa
	Rotinas
Recursos na recolha de informação	Instrumentos de medida
	Observação
	Entrevista
	Sistemas de informação
Planear um turno de trabalho	Passagem de turno
	Plano de cuidados
	Anotação pessoais
Capacitação para o autocuidado	Processo de ajudar
	Processo de envolver a família
	Processo de ensinar
	Processo de instruir
	Processo de treinar
	Processo de orientar e informar
	Processo de avaliar
	Processo de validar
	Processo de referenciar
Desocultar o papel do enfermeiro de reabilitação	Formador
	Perito e conselheiro

