

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Rodrigo Miguel Marques Amaro

Representação Social dos Especialistas em Enfermagem de  
Reabilitação: Implicações nos processos de contratualização

**Relatório Final**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Carlos Manuel de Sousa Albuquerque



Janeiro 2015



“O conhecimento faz-nos responsáveis”

**Che-Guevara**



## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu mentor e a Ele devo tudo.

Aos meus pais Aurora e Carlos, pelo amor incondicional e apoio todos os dias da minha existência.

À Joana, companheira, amiga, namorada que me mantém motivado no desenvolvimento e concretização deste trabalho, bem como, toda a ajuda suplementar na logística necessária para a conclusão da especialidade em reabilitação.

Ao Amor que cresce dia após dia no seio materno da Joana.

À Rita, pela amizade e tempo disponibilizado para ajudar em todo o processo da investigação.

Aos amigos que me ajudaram a manter o incentivo e motivação.

Aos participantes, Enfermeiros Gestores, que se voluntariaram em dar corpo a esta investigação.

Ao orientador Prof. Carlos Albuquerque, pela paciência e motivação constantes.



## **Resumo**

**Enquadramento:** A contratualização de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação tem sido descurada ao longo dos últimos anos em Portugal. A alegação deste facto, por parte dos gestores é fugaz, tendo em conta o impacto positivo nos indicadores de saúde permanente, por parte daqueles profissionais. Este estudo teve como objetivo: compreender se a contratualização dos enfermeiros especialistas em reabilitação pode ser mediada pela Representação Social destes, quando argumentada pelos enfermeiros gestores.

**Método:** Foi desenvolvido um estudo de investigação de natureza qualitativa, com metodologia assente na *Grounded Theory*. A amostra foram os Enfermeiros Gestores de duas unidades de saúde portuguesas. Como técnica de colheita de dados recorreu-se à entrevista semiestruturada aplicada a doze participantes. A análise de dados recorreu à *grounded analysis*.

**Resultados:** Resultaram da codificação axial quatro subcategorias principais: *Contratualização de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação*, *Enfermeiros Especialistas*, *Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e Gestão de Enfermeiros* que culminaram na codificação seletiva, com a categoria central: *Representação Social dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação*. Os Enfermeiros Gestores reconhecem a necessidade de contratualização, apresentando argumentos que assentam na descrição detalhada da especialidade de reabilitação e dos seus benefícios para os clientes (Representação Social). No entanto, relatam constrangimentos económicos que impedem a contratualização e minimizam a argumentação relativa à Representação Social dos Especialistas em Reabilitação focada no cliente.

**Conclusões:** Admitimos que Representação Social dos Especialistas em Enfermagem de Reabilitação é uma forte argumentação a ser utilizada pelos Enfermeiros Gestores, pois assenta numa realidade factual que descreve de forma precisa e eloquente aqueles profissionais, podendo vir a influenciar positivamente a sua contratualização. Confrontando objetivamente o principal pseudo-obstáculo - fator económico. Para tal, é necessário dotar os Enfermeiros Gestores de formação adequada e consistente pelas Organizações tutoras da Enfermagem Portuguesa.

**Palavras chave:** Enfermagem de Reabilitação; Gestores de Enfermagem; Representação Social; *Grounded Analysis*.



## **Abstract**

**Background:** contracting Rehabilitation Specialists Nurses has been neglected to long in recent years in Portugal. The claim of this, by managers is fleeting, taking into account the positive impact on permanent health indicators by those professionals. This study aimed to: understand the contracting of specialist nurses in rehabilitation may be mediated by Social Representation these when argued by nurse managers.

**Method:** a study of qualitative research has been developed using a methodology based on the Grounded Theory. The sample was Managers Nurses two Portuguese health facilities. As data collection technique we used the semi-structured interview applied to twelve participants. Data analysis appealed to the grounded analysis.

**Results:** Resulted from the axial coding four main subcategories: *Contracting Rehabilitation Specialists Nurses, Specialists Nurses, Rehabilitation Specialists Nurses and Management Nurses* culminating in the selective coding, with the central category: *Social Representation of Rehabilitation Specialists Nurses*. Nurses Managers recognize the need for contracting, with arguments that are based on the detailed description of the rehabilitation specialty and its benefits to customers (Social Representation). However, they report economic constraints to contracting and minimize the argument relating to Social Representation of Rehabilitation experts focused on the client.

**Conclusions:** We admit that Social Representation of Rehabilitation Specialists Nurses is a strong argument to be used by nurses managers as it rests on factual reality that describes accurately and eloquently those professionals and could positively influence their contracting. Objectively confronting the main pseudo-obstruction - economic factor. For this it is necessary to provide the appropriate training managers Nurses and consistent Organizations by tutors of the Portuguese Nursing.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Nursing managers; Social representation; Grounded Analysis.



## Sumário

	Pág.
<b>Lista de tabelas</b> .....	xiii
<b>Lista de diagramas</b> .....	xv
<b>Lista de abreviaturas e siglas</b> .....	xvii
<b>Introdução</b> .....	19
<b>1ª PARTE – Enquadramento teórico</b>	
<b>1. Representação Social dos Enfermeiros</b> .....	25
1.1 Enfermagem Gestora .....	26
1.2 Enfermagem Especializada.....	28
1.3 Enfermagem Especializada em Reabilitação.....	32
1.4 Contratualização de Enfermeiros.....	35
<b>2ª PARTE – Estudo empírico</b>	
<b>2. Problemática</b> .....	41
<b>3. Objetivo e Questões da Investigação</b> .....	43
<b>4. Metodologia</b> .....	45
4.1 <i>Grounded Theory</i> .....	45
4.2 Amostragem e Recolha de Dados.....	46
4.3 Caracterização dos Participantes .....	47
4.4 Instrumento de Recolha de Dados .....	48
4.5 Dimensão Ética.....	50
<b>5. Apresentação dos Resultados e Discussão</b> .....	53
<b>6. Conclusão</b> .....	65
<b>Referências bibliográficas</b> .....	69
<b>Lista de referências</b>	
<b>Anexo I – Pedido autorização para a realização do estudo nas Unidades de Saúde ULSG e CHTV</b> .....	81
<b>Anexo II – Aprovação da recolha de dados para o estudo pelos respectivos conselhos de administração das unidades de saúde</b> .....	83
<b>Anexo III – Consentimento informado</b> .....	85
<b>Anexo IV – Guião da Entrevista ao Enfermeiro Gestor</b> .....	87
<b>Anexo V – Pedido ao Conselho de Ética da ESSV</b> .....	89



**Lista de tabelas**

	Pág.
Tabela 1 - Caracterização dos participantes .....	48
Tabela 2 - Participantes: Guarda versus Viseu .....	63
Tabela 3 - Contratualização de EER.....	63



**Lista de diagramas**

	Pág.
Diagrama 1 - Enfermeiros Especialistas.....	55
Diagrama 2 - Enfermeiros Especialistas em Reabilitação.....	57
Diagrama 3 - Contratualização de EER.....	62



**Lista de abreviaturas e siglas**

APER	Portuguesa de Enfermeiro de Reabilitação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHTV	Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
EE	Enfermeiro Especialista
EER	Enfermeiro Especialista em Reabilitação
EG	Enfermeiro Gestor
Enf.	Enfermeiro(s)
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
GA	<i>Grounded Analysis</i>
GT	<i>Grounded Theory</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ULSG	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE



## **Introdução**

Nos últimos anos, uma das grandes preocupações e inquietações dos enfermeiros especialistas tem sido o exercer das funções para as quais estão credenciados, bem como, a valorização, o reconhecimento e a importância atribuída pela equipa de enfermeiros gestores.

Para a aquisição de novas competências, os enfermeiros iniciam um percurso de ensino pós-graduado, nas Escolas Superiores de Saúde. Deparam-se com o dispêndio de tempo efetivo, concomitante com a carga horária laboral de 40 horas semanais (existindo Unidades de Saúde que recusam normativas legais, como por exemplo, a cedência do Estatuto Trabalhador-Estudante), ausência de férias laborais durante o período de estágio (tempo de férias usado para estar presente no estágio), horário de trabalho por turnos, estágio não remunerado, economicamente bastante dispendioso. Ainda assim, os enfermeiros de forma voluntária e com espírito de sacrifício, continuam a sua formação para melhorar a qualidade de cuidados prestados nas Unidades de Saúde onde exercem. No que concerne à Especialização em Enfermagem de Reabilitação, os obstáculos são similares.

Trata-se de uma especialidade com carácter autónomo, que pode e deve implementar-se nas Unidades de Saúde, promovendo um incremento substancial na qualidade de cuidados ao cliente, com consequentes ganhos em Saúde (Koç, 2012).

Não obstante, os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação (EER) continuam a não ser contratados desde há vários anos nos mais diversos serviços das unidades de Saúde.

Ao constarmos tal facto, entendemos ser pertinente investigar quais as Representações Sociais que os Enfermeiros Gestores (EG) têm sobre os EER e, se estas interferem na contratualização destes, nas unidades de Saúde.

A Enfermagem, enquanto grupo profissional, é construída socialmente, isto é, há um conjunto de características partilhadas que a identificam e a tornam conhecida pelos pares e pela sociedade – as suas Representações Sociais. As Representações Sociais são modos de pensamento a partir dos quais os sujeitos elaboram significados ligados a condutas individuais e coletivas mediante a criação de categorias cognitivas e relações de sentido, que são exigidas e podem funcionar como atributo de grupo na identificação, aceitação ou rejeição (Gomes & Oliveira, 2010). Estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, sendo portanto, difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social

(Mendes & Mantovani, 2010). De acordo com Moscovici, as Representações Sociais são fenómenos universais sociopsicológicos, que contêm todas as funções cognitivas - o pensamento, conhecimento, imaginação, e que é compartilhado pelos membros de uma determinada sociedade (Zakrizevska & Bulatova, 2012). Assim, o modo como a enfermagem é construída socialmente não pode ser desconsiderada, dado que a forma como os fenómenos (neste caso, a classe de enfermagem) são representados e percebidos socialmente está interligada e tem implicação nas práticas e dinâmicas sociais (Mendes & Mantovani, 2010).

Nesta âmbito, a gestão é uma área de intervenção da Enfermagem com uma importância estratégica e primordial para a qualidade dos cuidados prestados por qualquer Unidade de Saúde. Os EG são profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação. A qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão diretamente relacionados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão – enfermeiros gestores competentes determinam cuidados de qualidade (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, s.d.).

Com as ferramentas certas, os gestores podem fazer um enorme impacto na melhoria da qualidade dos cuidados percebida pelo cliente. Capacitar o pessoal que tem direto contato com os clientes é talvez o mais importante passo em direção a esse objetivo. Buckingham e Coffman (1999) chamou este domínio "gestão por controlo remoto", isto é, os gestores devem dar autonomia aos colaboradores para desenvolver a qualidade nos procedimentos executados - incluindo os resultados e métricas para serem usadas. Além disso, os mesmos autores sugerem que o direito aos resultados devem ser definidos com a ajuda de todos os envolvidos e, a cada colaborador deve ser permitido a sua própria formação para a realização desses resultados (Chilgren, 2008).

Em qualquer Unidade de Saúde, os EER, devem estar presentes. Os inúmeros casos clínicos internados ou em situação domiciliária, denotam um mau acompanhamento de reabilitação, onde patologias incapacitantes ou potencialmente incapacitantes, são descoradas. A aposta nos EER fará toda a diferença, pelas competências que lhes estão confiadas. Os custos implicados com a Saúde em Portugal são elevadíssimos, sendo uma das faturas mais pesadas, ao erário público, nos processos de recuperação dos clientes com incapacidades temporárias ou crónicas. Onde desde a admissão do cliente nos serviços de urgência, passando pelo internamento (Unidades de Internamento Agudo, Intensivo, Crónico,

Convalescença e/ou Paliativos) e posterior alta e acompanhamento pós alta, deve ter em ação os EER.

Durante o momento de cuidar, o EER entende melhor, o que o cliente está a enfrentar e, de uma forma ideal, incita à colaboração e autodeterminação. Isto ajuda o cliente a promover uma parceria ativa entre ele e o seu cuidado e tratamento, bem como, facilita a tomada de consciência da sua autorrecuperação, provando ser um ponto de viragem para a integração social. (Portal da Saúde, 2014; St-Germain, Cara, & Blais, 2009).

Assim, este trabalho de dissertação contempla na primeira parte o enquadramento teórico, onde o autor faz uma revisão da literatura de acordo com o tema em estudo, na segunda parte é feita a descrição do estudo empírico, onde constam a problemática da investigação, os objetivos do estudo, questões de investigação, a metodologia aplicada (tipo de estudo, teoria aplicada, amostra, dimensão ética, resultados e discussão) e a conclusão.



**1ª PARTE – Enquadramento teórico**



## **1. Representação Social dos Enfermeiros**

A construção do conhecimento da enfermagem é influenciado pelas ciências humanas e sociais, evidenciando-se o uso de diferentes teorias, sendo uma dessas as Representações Sociais. Esta tornou-se muito utilizada para desvendar os aspetos que envolvem e estão implicados no processo saúde-doença.

As Representações Sociais circulam e entrecruzam-se continuamente, através de palavras ou gestos no mundo quotidiano, impregnando a maioria das relações estabelecidas, os objetos que produzimos e as comunicações que estabelecemos. Ao mesmo tempo, as Representações Sociais são caracterizadas através da fala, gestos ou surgem por meio da observação com a respetiva interpretação e análise (Brivio, 2011; Duran, 2012; Martinez, Souza & Tocantins, 2012).

A atribuição desse termo e a inauguração do campo devem-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici, que faz um primeiro delineamento formal a partir do trabalho *La psychanalyse, son image et son public*, em 1961 (Padilha & Oliveira, 2013). Segundo Moscovici (2009) as representações são sociais, por serem um facto psicológico, de três maneiras: possuem um aspecto impessoal, no sentido de pertencer a todos; são a representação de outros, pertencentes a outras pessoas ou a outro grupo; e são uma representação pessoal, percebida afetivamente como respeitante ao ego. As representações são construídas com o duplo fim de agir e avaliar.

A partir destas definições depreende-se que as Representações Sociais se manifestam verbalmente através de conjuntos de conceitos, frases e explicações originadas na vida diária durante o curso das comunicações sociais. São modalidades de conhecimento prático, orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideológico em que vivemos (Schoeps, Almeida, Raspantini, Novaes, Silva & Lefevre, 2013).

O papel do EER é mal compreendido, apesar de ser um dos maiores grupos de profissionais de saúde nas equipas multidisciplinares (Ferreira & Silva, 2012; Pryor, 2008).

Por outro lado, o modelo de gestão atual é identificado com preocupações, centrados em critérios de tomada de decisão orçamentais, racionais e quantitativos, que por vezes podem ser contrastantes com os valores dos profissionais de enfermagem especializados, nomeadamente no que respeita a indicadores de trabalho qualitativos e relacionais assumidos no processo de cuidar (Ferreira & Silva, 2012).

A falta de investimentos nos profissionais dificulta a viabilização das metas e o alcance dos resultados organizacionais, interferindo substancialmente na qualidade assistencial. Porém, coloca-se uma questão chave: o EG detém conhecimento suficiente, acerca da enfermagem de reabilitação? A revisão da literatura é muito parca neste assunto.

No entanto, Vesterinen, Suhonen, Isola, Paasivaara & Laukkala (2013) referem que o gestor de enfermagem precisa de atualização formativa para o desenvolvimento das suas próprias competências profissionais. Por outro lado, o EG precisa de conhecimentos quando discute competências baseadas em evidências de enfermagem, em conexão com a eficiência (fornecendo cuidados de enfermagem com o nível adequado de recursos humanos) e eficácia (obtenção de resultados desejados) em enfermagem. As decisões são facilitadas pelo conhecimento suficiente, experiência de trabalho, apoio dos colegas e supervisores.

### 1.1 Enfermagem Gestora

A gestão dos serviços de Saúde está intimamente relacionada com a enfermagem, na sua formação base de licenciatura, os discentes têm pelo menos uma disciplina teórica que enfoca na gestão de cuidados de enfermagem e o respetivo estágio tutelado por enfermeiros gestores.

Assim, os EG constituem uma estrutura fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Este é um aspecto óbvio que só quem não conhece o sistema ou não tem como prioridade a efetividade da prestação de cuidados de saúde, pode questionar. Estes atores assumem um papel particularmente importante na garantia do funcionamento, gestão de recursos humanos, logística, gestão de cuidados e condições ambientais indispensáveis para o regular funcionamento de qualquer unidade ou estabelecimento de prestação de cuidados de saúde (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, s.d). Para o mesmo autor, no seu exercício profissional os enfermeiros da área de gestão têm como objetivo fundamental a prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa doente, através da gestão de cuidados de Enfermagem, da gestão dos serviços/departamentos ou organizações, da gestão de competências dos recursos disponíveis e da gestão de dinâmicas ao nível do sistema de saúde.

Desenvolver o potencial do enfermeiro gestor é primordial para permitir o estabelecimento de um ambiente de trabalho saudável. Um EG competente promove no colaborador a estabilidade do ânimo, motivação e satisfação no trabalho, por outro lado,

preocupa-se em fomentar a mudança, dissipar a resistência à mudança, apazigua o potencial de conflitos, lidera e defende o seu *staff* como suporte de força e amparo. Esta estabilidade e satisfação constrói a perícia e experiência necessárias para melhorar a qualidade do atendimento ao cliente e segurança (Parry, Calarco, Hensinger, Kearly & Shakarjian, 2012; Stonehouse, 2013).

Aos EG é exigida uma compreensão da relação entre as características pessoais divergentes e, abordagens de trabalho que são inerentes a cada geração, percebendo como as experiências de vida afetam os valores pessoais básicos, criando uma ética de trabalho que influencia o trabalho dos enfermeiros. Com a escassez de contratação de enfermeiros é oportuno, os EG se concentrarem em fornecer um ambiente que reflita as necessidades da força de trabalho atual e, ao mesmo tempo, com foco na sustentabilidade da profissão de enfermagem, torná-la lucrativa para os enfermeiros mais jovens, incentivando-os à entrada na profissão e, para os enfermeiros mais velhos o não abandono, emigração ou aposentação precoce. Neste contexto, os EG que reconhecem e valorizam a abordagem de cada geração de enfermeiros, facilitam a comunicação transformando a atividade de enfermagem, em cada serviço, num local de coesão e cumplicidade. Gerindo as diversas necessidades de comunicação, exploram a criatividade das várias gerações de enfermeiros, aumentando a oportunidade de aprenderem com as experiências uns dos outros, garantindo que as necessidades de cada enfermeiro e da equipa sejam atendidas (Hendricks & Cope, 2012; Titzer, Phillips, Tooley, Hall & Shirey, 2013; Titzer & Shirey, 2013).

No contexto dos EG uma fonte de conhecimento primordial é a sua experiência acumulada e a praxis diária ao longo de anos, concluiu-se que o maior conforto de liderança aparece após 5 anos como líder. Trata-se de um mote temporal para aquisição de traquejo no conforto de liderar e serem perspicazes nas situações de desconforto ou maior responsabilidade na decisão a tomar (Cathcart & Greenspan, 2013).

Assim, para manter os enfermeiros motivados e motores de dinamização dos cuidados, os EG têm na Enfermagem Especializada um argumento de incentivo perante os seus colaboradores, promovendo a apetência para a continuidade dos estudos pós graduados, por forma a qualificar e melhorar os cuidados de enfermagem nos serviços que gerem.

## 1.2 Enfermagem Especializada

Um Enfermeiro Especialista (EE) promove de acordo com uma abordagem global e sinérgica, cuidados de enfermagem e atendimento clínico, em resposta às necessidades complexas dos pacientes e seus familiares numa área de especialidade, tendo em conta os seus conhecimentos em matéria de Saúde. Para isso, o enfermeiro deve possuir conhecimentos, relacionados com a especialidade clínica, que se baseia na experiência sólida e num nível de pós-graduação de educação em enfermagem. Identificam os problemas de Saúde do cliente e estabelecem as prioridades de atendimento. Uma vez estabelecidas as prioridades, os recursos dos EE infundem na avaliação de Saúde exaustiva, em congruência, com uma abordagem global de cuidados com o cliente. O EE segue estes clientes durante toda a sua experiência de cuidados de Saúde. Isso começa com a avaliação do problema, através da elaboração e implementação dos planos de tratamento ou atividades educativas para os clientes e seus familiares. O EE, em seguida, avalia a intervenção e faz os ajustes necessários (McNamara, Giguère, St-Louis, & Boileau, 2009).

Em Portugal, “O título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização, nos termos em que a especialidade vier a ser definida” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 33)

A Ordem dos Enfermeiros fez aprovar em Regulamento, na Assembleia da República, as competências comuns e funções especiais do EE

(...) 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, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de

cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (...) (Regulamento 122/2011, 2011, p. 8648)

O EE tem uma compreensão intuitiva da situação clínica do cliente e concentra-se numa solução precisa, reconhece instantaneamente as respostas terapêuticas (Carolyn, 2012; Silva, 2008).

Por outro lado, a preparação e apoio contínuos, da prática clínica, têm sido identificadas como componentes essenciais. Incluem o suporte organizacional e o financiamento para realizar o desenvolvimento profissional contínuo, através do estudo de pós-graduação e oportunidades de aprendizagem clínicos. O desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros é essencial para garantir que a prática de enfermagem é baseada em evidências, atende aos padrões de melhores práticas e é congruente com as necessidades da sociedade contemporânea. A competência é dependente da contínua atualização, de competências e conhecimentos e, isso deve ser considerado um processo contínuo ao longo da carreira (Black & Farmer, 2013).

O desenvolvimento de uma prática especializada requer um ambiente de trabalho de apoio que promova entre os enfermeiros, a partilha de conhecimentos e aprendizagem com a experiência, ajudando enfermeiros de cuidados gerais, gestores de enfermagem e outros, a implementar estratégias para atingir a visão da especialização em enfermagem (Morrison & Symes, 2011).

Poder-se-á acrescentar que a Carreira de Enfermagem em vigor em Portugal, não estimula à especialização dos enfermeiros, senão vejamos, da anterior carreira com progressão em categorias vertical (Enfermeiro, Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Supervisor, Assessor de Enfermagem) passámos para apenas duas categorias (Enfermeiro e Enfermeiro Principal). Sendo que o Enfermeiro Principal

(...) Para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociável da mesma, e compreende, nomeadamente:

a) Planear e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição

ou utilização de indicadores e respectiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais;

b) Exercer funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico científica, em projetos ou programas;

c) Participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais e colaborar nos do serviço;

d) Coordenar funcionalmente grupo de enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço ou de equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho;

e) Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa, decidindo sobre afetação de meios;

f) Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos, e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica;

g) Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando, com a equipa, a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias;

h) Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria, e participar nos processos de contratualização;

i) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão, com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;

j) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, atividade ou qualidade da sua equipa;

l) Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;

m) Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional;

n) Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;

o) Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de

materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e, ou, nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;

p) Apoiar o enfermeiro-diretor, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas;

q) Participar nos processos de contratualização inerentes aos serviços e, ou, unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;

r) Elaborar o plano de acção e relatório anual referentes à atividade de enfermagem do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de acção e respectivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades (Decreto Lei nº 248, 2009, p. 6672)

Demonstra este Decreto-Lei que o Enfermeiro Principal terá funções ambíguas, com maior incidência na gestão, não contemplando especificamente a área de enfermagem especializada, quer em termos de posição remuneratória, quer no conteúdo funcional de competências, outrora devidamente legisladas (antiga carreira publicada em 1991).

Ao invés na anterior carreira de enfermagem, ao enfermeiro especialista competia executar o conteúdo funcional inerente às categorias de enfermeiro (nível 1) e de enfermeiro graduado e ainda o seguinte: prestar cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais aprofundado de conhecimentos, estabelecendo prioridades de atuação junto do doente, em situação de urgência; emitia pareceres sobre localização, pessoal e equipamento e organização de unidades prestadoras de cuidados na sua área de especialização; Colaboração na determinação de custos/benefícios na área de prestação de cuidados especializados (Decreto-Lei nº 437, 1991).

Pela descrição realizada, facilmente se compreende que a situação atual, quer em termos de competências não valorizadas, quer em termos de carreira de enfermagem incongruente se tornam obstáculos à motivação para prosseguir estudos de especialização na área de enfermagem.

Dentro das áreas da Especialização de Enfermagem existe a Enfermagem Especializada em Reabilitação, que passa a ser descrita em pormenor.

### 1.3 Enfermagem Especializada em Reabilitação

Reabilitação tem como significado a recuperação total ou parcial da Saúde física ou mental, é um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social. Está associada a um conceito mais amplo de Saúde, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito ( Dicionário da Língua Portuguesa, 2014; Gutierrez, 2014; Hesbeen, 2008; Portal da Saúde, 2014).

Enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas maximizando o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (Camera, Bucher, Lewis, Heitkemper, Dirksen, 2013; Regulamento 125/2011, 2011).

É uma filosofia de prática e atitude para cuidar de pessoas com deficiência e problemas de Saúde crónica. O objetivo da reabilitação é restaurar as habilidades cognitivas e/ou físicas perdidas. Subjacente ao conceito de reabilitação é a especialidade de enfermagem de reabilitação. Enfermagem de reabilitação é definida como o diagnóstico e tratamento das respostas humanas de indivíduos e grupos para problemas de saúde reais ou potenciais, relacionados com a capacidade funcional e estilo de vida alteradas. A enfermagem de reabilitação em cada uma dessas configurações procura maximizar a função do indivíduo prejudicada pela lesão da doença (Camicia, Black, Farrell, Waites, Wirt, & Lutz, 2014; Gomes, Rocha, Martins & Gonçalves, 2014; Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013; Regulamento 125/2011, 2011).

Assim, a Ordem dos Enfermeiros regulamentou as competências, publicando em Diário da República que:

(...) o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das

capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento 125/2011, 2011, p. 8658).

O EER projeta e implementa estratégias de tratamento baseadas na teoria de enfermagem científica, relacionado com o autocuidado e que promovem a Saúde física, psicossocial e espiritual. O EER é um professor, cuidador, colaborador e advogado (Camicia *et al*, 2014).

Ainda neste contexto, o autocuidado é o molde da reabilitação, sendo o principal objeto dos EER projetar, ensinar, promover, implementar e avaliar o cliente no seu potencial para o autocuidado.

O autocuidado é a prática de atividades que o individuo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da Saúde e do bem-estar. Tem como propósito, as ações, que, seguindo um modelo adequado a cada cliente, contribui de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2011).

Para a promoção do autocuidado, os primeiros EER em Portugal foram formados em meados dos anos 60 do século anterior, desde essa altura a EER foi continuamente ensinada e, do ano 1965 a 2000, cerca de 1300 enfermeiros adquiriram competências acrescidas nas Escolas de Enfermagem. Não obstante, ainda subsiste a não incorporação dos EER na prestação direta de cuidados especializados (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, s.d.; Silva, 2008).

A assistência de enfermagem em reabilitação proporciona o máximo de independência possível ao individuo, levando em consideração as suas habilidades e potencialidades promovendo e incentivando o autocuidado através do ensino e treino de situações, preparando

a pessoa com deficiência física para uma vida social e familiar de melhor qualidade (Andrade, Souza, Andrade, Chianca & Garcia, 2014).

Para além das funções acrescidas e legisladas atribuídas aos EER, estes são os profissionais de Saúde que estão em melhores condições para coordenar, apoiar e supervisionar o processo para promover resultados de cuidados de qualidade e de custo concertado para as pessoas com condições incapacitantes (Camicia et al, 2014).

Neste âmbito, os EER pretendem contribuir para o Plano Nacional de Saúde, serem intervenientes e parceiros na criação dos ganhos em Saúde nas diversas áreas de intervenção (APER, 2010).

Nos vários estudos obtidos pela revisão da literatura a intervenção dos EER, nos indivíduos internados, num serviço de medicina interna, por exemplo, centram-se no autocuidado e na respiração, alcançando como resultados, a evolução positiva nas capacidades no domínio do autocuidado e mecanismo da tosse eficaz dos doentes, registando aumentos da aptidão no pós-admissão, evidenciando ganhos na redução da sensação de dispneia, relativamente à pré-admissão (Januário, 2014).

Oliveira & Santos (2014) evidenciam no seu estudo de natureza quantitativa, dados estatisticamente significativos, permitindo-lhes concluir que o programa de reabilitação implementado constitui uma opção terapêutica eficaz na melhoria da independência funcional nas pessoas vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com benefício na realização dos autocuidados, mobilidade e locomoção. Assim se comprova a eficácia do programa de enfermagem de reabilitação.

Pereira & Pereira (2014) denotam no estudo de natureza qualitativa, sobre o doente amputado, que os EER favorecem a aproximação ao doente/família, facilitando uma intervenção nesse momento de crise.

Maciel, Pereira & Sousa (2014) comprovaram que, indivíduos após três meses de internamento submetidos a reabilitação, na maioria dos casos (78%) melhoraram os níveis de independência no autocuidado.

Para Saraiva & Cunha (2014) a implementação de programas de reabilitação respiratória têm um reflexo positivo na qualidade de vida, pelo que o recurso a esta terapia como coadjuvante da terapêutica farmacológica, constitui uma estratégia de tratamento dos doentes acometidos por tais alterações. Paralelamente, apurou-se existir um maior

comprometimento da qualidade de vida nos doentes que não foram submetidos a reabilitação respiratória.

Também em ambulatório, os ganhos em saúde se fazem notar. A enfermagem de reabilitação, durante a visita domiciliária, garante a continuidade dos cuidados de enfermagem, previne complicações, otimiza recursos físicos e materiais, colabora para a independência do paciente, dentro das suas condições, num domicílio bem ajustado, família/cuidadores bem orientados e capacitados visando a qualidade de vida e satisfação do cliente e família (Aquarone, Agostini, Linhares, Gimenes & Hasewaga, 2014).

Ainda neste contexto, a APER (2010, p.4) afirma que os cuidados de enfermagem de reabilitação contribuem, para ganhos em Saúde adicionais, tais como:

diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência; diminuição do número de episódios de internamento; diminuição da demora média de internamento e dos custos que lhe estão associados; aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade, como úlceras de pressão, infeções respiratórias, infeções urinárias, deformidades osteoarticulares e hipotonicidade muscular; diminuição do consumo de medicamentos; aumento da adesão ao regime terapêutico; diminuição da dependência funcional e social; diminuição da morbidade; diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio; adequação do ambiente, habilitação, com menor dependência socioeconómica; otimização da reintegração do utente no seio familiar e social.

Não é descabido perceber, em que contexto está a contratualização dos enfermeiros em Portugal, indo ao encontro do porquê da não contratualização dos EER.

#### 1.4 Contratualização de Enfermeiros

Em virtude de um contexto económico tão exigente, a reforma da gestão pública na Saúde é manifesta. Esta visa responder ao ritmo crescente dos gastos em Saúde, procurando, todavia, obter ganhos efetivos.

O Enf. Terfamicael Ghebrehiwet, consultor de política de saúde e enfermagem do conselho internacional de enfermagem, assume que a escassez de enfermeiros e

consequentemente especialistas, tem vindo a tornar-se mais severa. As razões para tal facto prendem-se com vários fatores, entre os quais destaca a crise económica e a adoção de políticas que não estão de acordo com as necessidades de cuidados das pessoas – o que implica grandes restrições na contratação de enfermeiros. Porém a falta destes profissionais também se deve à escassez de docentes em enfermagem. Por outro lado os enfermeiros gestores das unidades de saúde procuram soluções de curto prazo, para fazer face à falta de enfermeiros, mas não é uma boa solução porque traz prejuízo à qualidade de cuidados de saúde prestados (Revista da Ordem dos Enfermeiros, 2012).

As medidas governamentais são implementadas no sentido de uma redução de custos que afeta, impreterivelmente, a contratação de profissionais de enfermagem (Martins, 2013). Procuram-se políticas de racionalização dos recursos escassos, que assegurem a eficiência, a qualidade e acessibilidade dos cuidados de Saúde das populações necessárias para a sustentabilidade do sistema de Saúde (Gonçalves, 2013). Estamos perante modelos de remuneração inadequados tanto ao nível dos cargos de gestão, como de profissionais de enfermagem (Carvalho, 2013).

O défice de enfermeiros nos hospitais e unidades de cuidados de Saúde primários, faz-se notar. A relevância das intervenções dos enfermeiros para a obtenção de ganhos em Saúde da população é patente (Ordem dos Enfermeiros, 2014a). Corrobora, Fernanda citada por Porto Canal (2014, s/p):

(...) em Portugal temos um défice de enfermeiros, os idosos não têm os cuidados de enfermagem que necessitariam e irão morrer seguramente mais cedo (...) quando as unidades de saúde estão dotadas de pessoal qualificado em enfermagem, isso diminui a mortalidade dos doentes.

A Organização Mundial de Saúde alerta para o problema mundial da escassez de enfermeiros e para a necessidade em apostar no crescimento e fortalecimento deste grupo profissional para não colocar em perigo a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2014a).

O número total de EER em 2013 é de 2683, o que significa 0,2683 EER por 1000 habitantes em Portugal, não existindo estudos ou estatística referente à média de EER por habitante ou paciente, quer em Portugal, quer na União Europeia. Ao invés, em termos de enfermeiro de cuidados gerais a média em Portugal cifra-se em 6,23 enfermeiros por 1000 habitantes, sendo que a média estipulada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) é de 8,6 enfermeiros por 1000 habitantes. Mais

especificamente, em relação direta com a amostra deste estudo, no distrito de Viseu existem 5,74 Enf./1000 habitantes e no distrito da Guarda 6,49 Enf./1000 habitantes (Ordem dos Enfermeiros, 2014b).

Os rácios de cuidados de enfermagem definidos na lei apenas permitem responder aos cuidados de saúde prioritários, realidade que é reconhecida tanto por quem cuida, como por quem é cuidado (Grilo & Mendes, 2013). Neste contexto, Shamian (2014, citado por Atlas da Saúde, 2014): “os enfermeiros não têm horas suficientes para fornecer os cuidados necessários” o que provoca impacto negativo sobre a Saúde da população em Portugal.

Para colmatar esta lacuna foi recentemente apresentado e explicitado pela Ordem dos Enfermeiros, o regulamento aprovado pela Assembleia da República Portuguesa que disciplina:

(...) a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Por outro lado, o calculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (Regulamento nº 533, 2014, p. 30247).

Face aos desafios, a mudança nestes contextos de cuidados é imperativa e deverá envolver os conhecimentos dos atores nas tomadas de decisão.

A contratualização na Saúde define-se como um instrumento de negociação de objetivos de desempenho clínico, social e económico-financeiro, entre duas partes: no caso português, quem financia (Estado) e quem presta os serviços (Gonçalves, 2013).

Os factores que influenciam a contratualização de enfermeiros envolvem: o perfil para o cargo, a identificação das dimensões de desempenho do cargo, a identificação do conhecimento e das competências necessárias e, desenvolvimento/avaliação/seleção de instrumentos ou medidas afim de identificar o conhecimento do candidato (Nishio & Franco, 2011).

Em suma, falar da qualidade dos cuidados é falar de pessoas: das pessoas utilizadoras e prestadoras de cuidados. Cargas de trabalho elevadas conduzem a insatisfação, desmotivação e *burnout* nos profissionais, colocando em causa, a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de Saúde (Ordem Enfermeiros, 2014a).

De seguida é descrito o estudo empírico desta investigação.

**2ª PARTE – Estudo empírico**



## **2. Problemática**

Pela revisão de literatura supra descrita, percebemos que a contratualização dos EER tem vindo a ser descorada pelas Unidades de Saúde em Portugal.

Os motivos pelos quais esta situação permanece são, na gíria da comunidade de enfermagem portuguesa, colocados na atual situação financeira do país ou pelo facto de profissionais das tecnologias da Saúde desempenharem as mesmas funções, aspeto corroborado por Deodato (citado por netfarma , 2014, s/p):

(...) com a crise, os enfermeiros ficam com formação, com grau académico de mestre, e depois chegam às instituições de saúde e não são contratados como tal, mas como eram (cuidados gerais). O principal empregador é o Estado e as razões são económicas e financeiras. É profundamente injusto, enfermeiros a prestar cuidados especializados com a categoria e o rendimento igual ao que tinham (...)

O investigador denota que tal facto não terá apenas e só, a argumentação financeira ou o paralelismo de funções entre profissionais, na essência do problema, pelo que, pretende-se através desta investigação procurar outros factores com justificação plausível, demonstrando pela experiência, conhecimento e praxis diária, que os EG detêm, na observação e interpretação da ausência ou insuficiência, de cuidados especializados em reabilitação, nos serviços que gerem.

Porém a realidade da enfermagem portuguesa constata que apenas 20% dos enfermeiros são especialistas e, destes a maioria emigra, dado que as instituições de Saúde, em Portugal, não valorizam a formação (Deodato, citado por netfarma, 2014).

O EG na sua prática clínica seja em contexto hospitalar, nos cuidados de Saúde primários ou nos cuidados continuados e integrados, tem de compreender a reforma do sistema de Saúde e o seu impacto nos cuidados prestados, sendo visionário pensando estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, s.d.). Neste contexto, cabe ao EG argumentar perante a hierarquia a importância dos cuidados prestados pelos EER e a sua necessidade nos serviços.

A função do EG tem como propósito o desenvolvimento e a eficiência organizacional, deve utilizar o conhecimento para planejar, programar, desenvolver, controlar as atividades realizadas nas unidades de Saúde, cumprindo com a missão social e humana, promovendo e protegendo a Saúde da comunidade (Fernandes et al, 2010). Porém, a enfermagem gestora implica a formação contínua, a procura de conhecimentos nas diversas áreas de enfermagem, para sustentar cientificamente a ação de gerência no processo de trabalho. É através do conhecimento, que o profissional desenvolve competências que o tornam mais seguro nas decisões e, desempenhar com eficácia e eficiência o modelo de gestão (Instituto de Administração Hospitalar e Ciência da Saúde, 2013).

Nesta linha de pensamento, o reconhecimento do papel do EER pelos seus pares, torna-se necessário para que a qualidade do processo de reabilitação alcance os níveis de excelência e visibilidade desejados (Andrade *et al*, 2010). A *Association of Rehabilitation Nurse* (2014), admite que o papel do enfermeiro de reabilitação é essencial para a continuidade dos cuidados. Cabe aos enfermeiros gestores, legitimarem esta premissa e melhorarem os ganhos em Saúde, assim como, aumentar/manter a qualidade de vida da população.

Importa neste fase do estudo identificar o objetivo e questões de investigação.

### **3. Objetivo e Questões da Investigação**

O presente estudo tem como objetivo central perceber se a contratualização dos EER pode ser mediada pela Representação Social destes, quando argumentada pelos EG. Para tal, colocaram-se as seguintes questões de investigação, as quais orientaram a análise dos dados:

- Como é que os EG percebem e descrevem os enfermeiros especialistas?
- Que conhecimentos os EG têm sobre os EER?
- Há percepções ou representações sociais dos EG sobre os EER que interferem na contratualização e/ou não contratualização das competências acrescidas dos EER?
- Quais os fatores que interferem na opinião dos EG na contratualização/não contratualização dos EER? (questões financeiras, desconhecimento, entre outros....).



#### **4. Metodologia**

Pelo desafio metodológico e pertinência das questões de investigação, optámos pela *Grounded Analysis* (GA), assente na *Grounded Theory* (GT) pretendendo-se com este estudo, formar teoria ou uma compreensão teórica, através da recolha de informação junto dos principais intervenientes, neste caso, os EG.

##### *4.1 Grounded Theory*

O método da GT é frequentemente utilizado na pesquisa em enfermagem. O objetivo do GT é gerar teoria indutivamente através da comparação e análise de dados constante. É apropriado quando há pouco conhecimento sobre o fenómeno que está sendo estudado ou quando uma nova perspectiva de fenómenos é necessária. Também é útil quando se estuda a interação e ação humana. Na pesquisa pela GA, geralmente há muitas fontes alternativas de dados (Charmaz 2006, Corbin & Strauss 2008, citado por Rintala, Paavilainen, & Astedt-Kurki, 2014). O objetivo é reunir dados que são tão ricos quanto possível. Aquando a recolha de dados, é possível a utilização de entrevistas, observações, vídeos, desenhos, biografias e diferentes tipos de documentos escritos, como diários (Corbin & Strauss, 2008 citado por Rintala et al, 2014; Duarte, 2010).

Os dados das entrevistas consistem em citações diretas de pessoas sobre suas experiências, opiniões, sentimentos e conhecimentos. Os dados das observações incluem descrições detalhadas de atividades das pessoas, comportamentos, ações e interações. Os dados a partir de documentos escritos consistem em descrições das pessoas sobre suas experiências, pensamentos e sentimentos (Polit & Tatano, Beck, 2014).

Na GA, a recolha e análise de dados andam de mãos dadas. A análise consiste em codificação aberta, axial e seletiva (Corbin & Strauss, 1998, citado por Rintala et al, 2014). Estas geralmente são realizadas simultaneamente. Durante a codificação aberta, os dados são analisados linha por linha para definir ações ou eventos e são em seguida, reduzidos a um pequeno conjunto de temas. Codificação axial visa recombina os dados, fazendo conexões entre as categorias e subcategorias, especificando as dimensões e propriedades do texto. Na codificação seletiva, uma categoria é escolhida para ser o núcleo central e todas as outras categorias estão relacionados a essa categoria. Comparação constante, sensibilidade teórica e

amostragem teórica são componentes centrais em GA. Trata-se portanto de uma metodologia complexa, na qual a recolha e análise de dados pode ser um desafio para os pesquisadores. (Corbin & Strauss, 2008).

Pelos preceitos descritos, trata-se de um tipo de investigação qualitativa, estudo não experimental, com metodologia assente na GT. A GA consiste num método para construção de teoria com base nos dados recolhidos, numa lógica indutiva – isto é, a partir dos dados (do que é relatado pelos sujeitos) procura encontrar categorias conceptuais, hierarquicamente organizadas, de forma a chegar a uma teoria ou explicação do fenómeno investigado (Bryant & Charmaz, 2008; Corbin & Strauss, 2008; Engward, 2013). Como produto da aplicação desta metodologia, é possível, assim, estabelecer modelos ou reflexões teóricas - não parte de teorias já existentes, emergindo dos dados recolhidos, nem tem a pretensão de refutar ou provar o conhecimento já existente mas, sim, acrescentar outras perspetivas que possam elucidar o objeto investigado (Dantas, Leite, Lima, & Stipp, 2009; Engward, 2013).

Descreve-se seguidamente a Amostragem, Recolha de Dados e respetivo Instrumento de Recolha, Participantes e Procedimento de Análise dos Dados.

#### 4.2 Amostragem e Recolha de Dados

No presente estudo seguimos o processo de amostragem teórica, preconizada pela GT, o investigador procurou escolher participantes propositadamente, com base nas necessidades de informação que emergem dos dados preliminares (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Estabelecemos um número mínimo de participantes (quatro EG) na qualidade de chefe, supervisor e/ou diretor, adotando, ao longo do processo da recolha de dados, a amostragem teórica seguindo o método comparativo constante (Gordon-Finlayson, 2010) - procedimentos associados à colocação sistemática de questões e à análise indutiva. Assim, apesar da definição *à priori* inicial, a recolha de dados foi orientada pelos resultados emergentes da análise relevantes para o nosso estudo (representações sociais, percepções, noções/conceitos e conhecimentos dos gestores) que foram comparados, introduzindo-se novos casos de comparação, até atingirmos a saturação teórica (Flick, 2002; Gordon-Finlayson, 2010). Dado que a característica sexo é referenciada pela literatura como uma variável importante (Amâncio & Simões, 2004), procurámos recolher o mesmo número de gestores do sexo feminino e do sexo masculino. Tendo obtido doze participantes no total, seis do sexo masculino e seis do sexo feminino.

Também para introduzir maior variabilidade e riqueza dos dados a obter, pretendemos diversificar os participantes em termos de unidade de Saúde, anos de serviço e especialidade de enfermagem do EG. Assim, a recolha foi feita na Unidade Local da Saúde da Guarda, EPE (ULSG) e no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE (CHTV).

A decisão de terminar a recolha de dados foi, então, orientada pela saturação teórica, isto é, quando a introdução de novos casos não acarretasse novas ideias, conceitos ou noções sobre o fenómeno (Flick, 2002). Neste sentido, há um processo cíclico e sistemático de recolha, codificação e análise de dados, no qual determinámos, estrategicamente, quais os dados a recolher (idem).

Foi efetuado pedido formal de autorização para a realização do estudo e aplicação do instrumento de colheita de dados, nas Unidades de Saúde programadas, respetivamente a ULSG e CHTV, que foram aprovados pelos Conselhos de Ética e Conselhos de Administração (Anexo I e Anexo II).

#### 4.3 Caracterização dos Participantes

Pedi-se a cada EG a sua voluntariedade, para participar no estudo, ressaltando a sua confidencialidade e anonimato, para o qual foi elaborado o respetivo consentimento informado (Anexo III).

Na amostra de participantes foram entrevistados 12 EG, alcançando-se a saturação teórica, sendo em igual número quanto à característica sexo, destes 6 participantes são da ULSG e os outros 6 participantes do CHTV com os seguintes critérios:

- Estar inscrito na Ordem dos Enfermeiros;
- Ser especializado numa área de enfermagem, devidamente reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros;
- Ter mais de 10 anos como profissional de enfermagem;
- Ter mais de 5 anos como Enfermeiro Gestor (Chefe, Supervisor e/ou Diretor);

Como já foi referido, os participantes foram entrevistados nos vários departamentos e serviços que englobem a ULSG e o CHTV. O entrevistador foi o investigador principal.

Salienta-se portanto que todos os enfermeiros possuem a categoria de EG, onde constam Enfermeiros Supervisores, Enfermeiros Chefes e Adjuntos de Direção. A média de

idades é de 52 anos, a média de tempo de exercício profissional é de 31 anos e a média de exercício profissional, como EG, é de 17 anos (Tabela 1, p. 36).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

<b>Participantes</b>	<b>Especialidade de Enfermagem</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo Categoria Gestor</b>	<b>Tempo Exercício Enfermagem</b>
<b>P 1</b>	Saúde Infantil e Pediátrica	52	Feminino	14	28
<b>P 2</b>	Saúde Mental e Psiquiátrica	44	Masculino	11	22
<b>P 3</b>	Saúde Materna e Obstétrica	55	Feminino	21	34
<b>P 4</b>	Reabilitação	55	Feminino	14	30
<b>P 5</b>	Médico-cirúrgica	52	Masculino	18	28
<b>P 6</b>	Saúde Mental e Psiquiátrica	49	Masculino	14	25
<b>P 7</b>	Reabilitação	57	Masculino	25	36
<b>P 8</b>	Médico-cirúrgica	56	Feminino	17	35
<b>P 9</b>	Médico-cirúrgica	59	Masculino	17	36
<b>P 10</b>	Médico-cirúrgica	56	Feminino	27	37
<b>P 11</b>	Reabilitação	52	Masculino	15	33
<b>P 12</b>	Saúde Comunitária	49	Feminino	11	26

Desta amostra 33,3% são EE em Médico Cirúrgica, 25,0% são EE em Reabilitação, 16,6% são EE em Saúde Mental e Psiquiátrica, 8,0 % são EE em Saúde Materna e Obstétrica, 8,0% em Saúde Infantil e Pediátrica e 8,0% em Saúde Comunitária.

Todos os EG exercem funções em unidade hospitalar.

#### 4.4 Instrumento de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos através de uma entrevista qualitativa semiestruturada, elaborando-se um guião para o efeito (Anexo IV).

A entrevista é um instrumento de recolha de dados muito afeto à área de Enfermagem e outras ramificações das Ciências Sociais. Ela é a técnica mais adequada uma vez que o investigador dirige-se pessoalmente ao seu entrevistado e aplica as questões, permitindo, com isso, que uma gama de respostas de teor qualitativo sejam inventariadas e analisadas pelo entrevistador (Santos & Caneloro, 2006).

Uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo (Bogdan & Biklen, 2010).

A entrevista semiestruturada permite ao investigador obter respostas quer diretas e sem viés, quer aludir à subjetividade do entrevistado, tornando a riqueza das respostas mais de âmbito qualitativo (Santos & Caneloro, 2006), ao mesmo tempo é valorizada a presença do investigador e oferece a liberdade do entrevistado para alcançar a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação (Araújo, 2004; Pádua, 2007).

Bastos (2009) descreve que para se obter um bom resultado da entrevista semiestruturada o entrevistador deve fazer uma preparação básica da mesma, assim: planeamento da entrevista (objetivo a alcançar), conhecimento prévio do entrevistado (conhecer o grau de familiaridade deste, com o assunto), oportunidade da entrevista (marcar previamente com o entrevistado), condições favoráveis (garantir a confidencialidade do entrevistado), conhecimento prévio do campo (conhecer o local combinado para a entrevista), preparação específica (organizar as questões mais importantes a obter resposta).

Parte de questionários básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida oferece amplo campo de novas hipóteses ou teorias, fruto das respostas obtidas. É interessante salientar que a entrevista semiestruturada é resultado não só da teoria que alimenta o investigador, mas também de toda a informação recolhida do fenómeno em investigação (Martins, 2004).

Na entrevista, desta investigação, constaram questões abertas e fechadas, nas quais o entrevistado pôde expandir a sua opinião de forma livre, mas com o mote de referência à questão colocada.

Para dar espaço às formas de narração do entrevistado, o guião é geralmente estruturado em grandes capítulos, desenvolvendo depois perguntas que apenas são introduzidas, caso o entrevistado as não referir nas respostas. A maior parte das vezes, os investigadores que conceberam a pesquisa são quem realiza as entrevistas, pelo que quando acabam o guião, já o conhecem perfeitamente e têm-no memorizado. Essa memorização permite ao investigador seguir as respostas do participante, sem preocupação com a ordem do questionário. Assemelha-se a entrevista a uma conversa informal e fluida. Assim, aconselha-se que numa primeira fase o guião deva ser elaborado em função dos objetivos que decorrem da problemática em estudo (Guerra, 2006).

O guião desta entrevista divide-se em: questões sociodemográficas; questões relacionadas com as principais atividades e competências dos enfermeiros gestores (quebra gelo); conhecimentos dos EG acerca das competências dos enfermeiros especialistas; conhecimentos dos EG acerca das competências dos EER e opinião/fatores dos EG que influenciam a contratualização de EER. Mediante estes tópicos procedeu-se à metodologia de análise preconizada pela GT.

As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente transcritas. Adicionalmente, foram analisadas através do método da GA, com a ajuda do *software* NVivo, versão 10, sendo que ambos são amplamente utilizados na investigação (Welsh, 2002). O NVivo é um software criado pela *Qualitative Research Software*, uma empresa australiana que se especializou em análise qualitativa de dados. Tem cinco funcionalidades principais: gestão de dados, gestão de ideias, pesquisa de dados, modelação e relato (Saur-Amaral, 2012). Como já referido na recolha de dados, adotámos o procedimento de codificação indutiva, em que a identificação e descrição das Representações Sociais estiveram fortemente relacionados com os dados, não se procurando ajustar a um quadro de codificação pré-existente, sendo, deste modo, um processo de análise conduzida pelos dados (*data-driven*), numa lógica de descoberta (Braun & Clarke, 2006).

Os participantes (EG) foram encorajados a descrever, em detalhe, todos os aspetos abordados no guião da entrevista (Aires, 2011; Polit, Beck, & Hungler, 2004).

#### 4.5 Dimensão Ética

Este trabalho de investigação segue um conjunto de pressupostos que foram expostos ao longo deste compêndio, estes funcionam com base na produção de conhecimento e traduzem-se no método de pesquisa. A dimensão técnica está supra descrita, resta a dimensão não menos importante, a dimensão ética. Relacionada com a atitude, a postura e comportamento face ao seu trabalho, às fontes que utiliza, aos dados que recolhe e às conclusões que formula. Exige-se ao investigador um apurado sentido ético e um cuidado na utilização de métodos e ferramentas disponíveis. Esta honestidade intelectual e científica traduz-se na blindagem da investigação aos valores pessoais do investigador (Oliveira & Ferreira, 2014).

Por outro lado, esta investigação implica a entrevista a pessoas, nomeadamente enfermeiros, pelo que como princípio ético foi salvaguardada a preservação da sua identidade,

nomeadamente algo que os pudesse de alguma forma identificar, nome, imagem, etc. Ainda mantêm os investigadores a dimensão privilegiada de sigilo profissional (Alves, 2007).

Acautelando os princípios éticos na investigação da beneficência, não causar dano ou risco para os demais, os participantes jamais foram expostos a quaisquer danos ou riscos, garantindo a não exploração da informação recolhida, para outros fins que não os previamente mencionados. O respeito pela dignidade humana, incluiu sempre a autodeterminação dos entrevistados, inclusive a sua participação voluntária (leitura e assinatura do consentimento informado, da justiça, dando a notar aos participantes a confidencialidade da sua identidade e dados fornecidos, referenciado que o estudo teria um fim académico e científico (Polit, Beck & Hungler, 2004).

No que concerne aos procedimentos éticos de cariz administrativo, foi solicitada a autorização (Anexo V) ao conselho de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, para proceder à colheita de dados.



## **5. Apresentação dos Resultados e Discussão**

Para maior facilidade de apresentação dos resultados opta-se por descrevê-los seguindo as questões de investigação que deram o mote para o estudo, bem como incorporando igualmente e a sua discussão.

*Como é que os EG percebem e descrevem os EE?*

Pelo resultado obtido os EG percebem e descrevem os **Enfermeiros Especialistas** (12 participantes; 75 referências), segundo a importância (12; 45) em todas as vertentes das especialidades existentes na enfermagem e as suas competências (11; 30) (Diagrama 1, pág. 42). Assim, dentro da importância das especialidades de enfermagem (10; 13) os participantes manifestam e colocam como importantes todas as especialidades (P1 “denoto que todas as especialidades possuem o seu grau de importância na prestação de cuidados” “todas são importantes na sua área de atuação”; P11 “todas têm pertinência”; P5 “todas as vertentes no cuidado têm rigorosamente a mesma importância”) corroborando a literatura revista. Por seu turno, gestores houve que colocaram especialidades de enfermagem mais pertinentes (6; 7) (P3 “fundamentalmente a reabilitação, a saúde materna, médico cirúrgica e a pediatria” P6 “das áreas que eu penso que será extremamente importante será por exemplo: o especialista em reabilitação ou saúde mental”) esta percepção coloca como tónica, o porquê de especialidades menos pertinentes? justificando os EG que existem especialidades com ambiguidade de atuação (4; 4) (P10 “a enfermagem médico-cirúrgica é tudo e nada na sua função”; P12 “a médico-cirúrgica embora saiba pouco da especialidade é aquela na qual coloco mais dúvidas pela generalização da mesma”; P6 “a especialidade médico-cirúrgica, em que, os indivíduos estão numa panóplia de áreas de atuação que os próprios especialistas se perdem dentro da mesma especialidade”), estas respostas podem equacionar um apontamento a reter e investigar (rever as especialidades de enfermagem no seu conteúdo funcional), pois tudo o que é descrito se remonta à praxis diária do EG.

Ainda no âmbito do supra descrito os gestores de enfermagem dão importância à informação acerca das especialidades em enfermagem (11; 25) que denotam ter pouco conhecimento/formação acerca das especialidades de enfermagem (5; 5) (P2 “formação não me tem sido dada”; P5 “nunca me foi dada informação”; P6 “Não, penso que será uma das graves lacunas das associações profissionais que nos representam, nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros”) e o conhecimento acerca das várias especialidades de enfermagem (2; 3)

que possuem deve-se a (P3 “um longo percurso profissional e talvez este tempo me permitiu ir tendo conhecimento da concepção”). O EG conhece melhor a sua própria especialidade (1;1) pois o contexto formativo contribui para o *Know-How* motivador (P4 “a minha especialidade é de reabilitação e estou sempre atento e em formação constante porque me é muito próxima esta necessidade de procura”). Pela dificuldade sentida é de concordância que a informação deveria ser ministrada aos EG (9; 17) por forma a assegurar no gestor um conhecimento profícuo à sua função (P1 “se houvesse informação fora do âmbito da nossa apetência e nos fosse inculcada formalmente”; P 10 “deveria ser ministrada”; P 11 “seria útil, haver esse complemento e essa informação do ponto de vista geral das funções, do que lhes é pedido, das suas competências”; P2 “por vezes estamos a negociar, com outros profissionais, interesses para os doentes e instituição e, para defender estes interesses tenho que ter conhecimento”; P7 “é capaz de haver alguma lacuna de trazer junto de todos os enfermeiros, nomeadamente até dos gestores, as especificidades de cada uma das áreas de especialização”; P5 “pelos colégios da especialidade, dando informação aos responsáveis pelos serviços, sobre para que cada especialidade foi criada e para que cuidados estão aptos e os ganhos em saúde que promovem”), podemos precisar que a formação dos EG deve ser patenteada (neste tema em concreto – Especialidades de Enfermagem), corroborando a literatura revista e os factos narrados.

Na descrição das competências do EE, os EG declaram o cuidado diferenciado (11; 21) como mote e apanágio crucial de especialização (P10 “o EE tende a ser um enfermeiro diferenciado pela especificidade de cuidados”; P5 “deve estar mais vocacionado em doentes de moderado ou alto risco”; P9 “Considero que um doente que tenha uma patologia mais complexa exige atos de enfermagem mais diferenciados” P6 “cuidados diferenciados dentro da sua área de especialização”), sendo que a qualidade (3; 4) pressupõe cuidados de enfermagem dentro das equipas com EE (P2 “prestar cuidados com mais qualidade junto aos doentes” “a unidade tem interesse em ter pessoas mais qualificadas a prestar um serviço de qualidade aos doentes”; P5 “promover a qualidade de cuidados junto dos generalistas”). Por outro lado, a investigação (4; 8) também faz parte das mestrias dos EE (P1 “em todas as vertentes, sendo mais específico, mais investigador, mais científico”; P10 “na área do conhecimento, na área da investigação”; P8 “enfermeiros especialistas para fazerem trabalhos de investigação no serviço”) e ministra conhecimentos à equipa tendo como consequência o papel formativo (P1 “deve ser modelo, sabendo orientar os colegas”; P2 “papel interventivo formativo junto dos colegas generalistas”; P8 “responsável pelos alunos”). Por fim, a gestão

de cuidados (1; 1) (P8 “faz todo o papel que eu faço na minha ausência”) pode ser mais uma das funções de notoriedade e responsabilidade dos EE. Destas descrições podemos concluir que os EG se mantêm concordantes quanto às mais valias, de ter nas equipas EE que pratiquem cuidados diferenciados, promovendo a qualidade, a motivação e a dinamização dos serviços.

Ainda que em concreto os EG não detenham os conhecimentos em pormenor, sendo colocada como uma lacuna a ser suprimida, através da formação institucional ou organizacional fornecida aos gestores de todas as competências das várias áreas de especialização de enfermagem, estes atribuem a importância dos EE, a qualidade que imprimem nos cuidados que prestam, a investigação que promovem, a diferenciação de cuidados que implementam e, não será de menos relevância os ganhos diretos e indiretos em Saúde proporcionados.

Diagrama 1 - Enfermeiros Especialistas



*Que conhecimentos os EG têm sobre os EER?*

De salientar que esta questão subentende um conjunto de questões intrinsecamente interessantes, como sejam: *São suficientes? São fundamentados? Se são fundamentados, em que fontes ou experiências? O que contribui para esse conhecimento?*

Os relatos dos gestores referem os **Enfermeiros Especialistas em Reabilitação** (12, 81) (Diagrama 2, pág. 44) na sua componente técnica de reabilitação (12, 45) (P1 “melhorar a

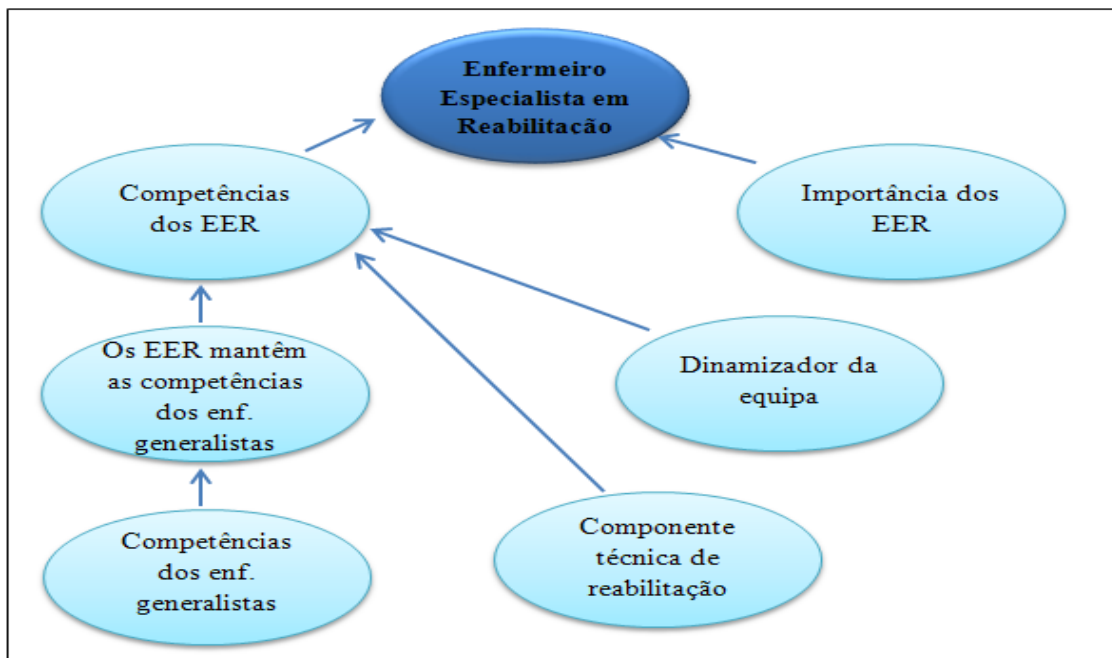
parte respiratória, da deglutição, da mobilidade, da linguagem” “melhorando a amplitude articular do movimento” “focaliza o seu saber e a sua atenção na autonomia para ser inserido na sociedade” “antes da alta, verificar as condições de habitabilidade do domicílio com as limitações que eventualmente sairá do internamento”; P10 “preparação pré operatória e cinesioterapia respiratória” “reabilitar desde que o doente é admitido até à alta, mantendo as suas funções para ser integrado na sociedade o mais rápido possível”; P11 ”levantes, posicionamentos”; P2 “consegue prestar cuidados de forma autónoma” “nomeadamente da mobilidade perdida/adquirida dos doentes” P3 “quer na prevenção, quer no tratamento, quer integração posterior ao internamento” “nas limitações ou dependências que possam ter, quer seja do foro músculo esquelético, pulmonar, cardíaco, enfim, todas as componentes, para além disso é um elemento que concebe os cuidados específicos, pode planeá-los, executá-los, pode contribuir para a elaboração de planos de melhoria contínua“; P4 “Capacita as pessoas com deficiência ou limitações nas atividades ou funções para uma promoção e reinserção das suas atividades de vida” “manutenção das necessidades fisiológicas, executando, orientando, demonstrando, supervisionando e reavaliando as condições do autocuidado e na prevenção de complicações”; P6 “trazer de volta o cidadão que está diminuído ou incapacitado” “um individuo que é submetido a uma grande cirurgia e necessita de estar mais tempo acamado, penso que a recuperação da autonomia total seria muito mais profícua e eficaz se tivesse um EER que fosse tratando dessa parte”; P7 “precocidade do exercício físico, das prevenções, da imobilidade, dos posicionamentos adequados é importante desde o primeiro momento nomeadamente através do ensino ao doente e familiares em contexto”; P8 “reabilitação da parte sexual porque é muito importante nos doentes com enfarte”; P5 ”área específica de atuação, cinesioterapia respiratória, treino da marcha, mobilidade no leito, prevenção de úlceras de pressão ou quedas do leito”). Para além das competências específicas o EER mantém as competências do enfermeiro generalista (9;10) (P 6 “o EER é também um enfermeiro generalista” “tem competências para desempenhar funções de enfermeiro generalista”; P10 “presta cuidados globais” “tem de ter as funções do enfermeiro generalista”), o investigador ao analisar estes relatos conclui a ambiguidade de opinião, senão vejamos, por um lado o EER é diferenciado e com funções acrescidas, por outro, o gestor pressupõe que o mesmo deve prestar cuidados não diferenciados, desvalorizando assim a especialidade na sua essência e campo especial de atuação.

Os gestores de enfermagem colocam a ênfase na importância dos EER (9; 20) como fundamental nas equipas de enfermagem (P1 “importante em todos os serviços” “nós estamos

a trabalhar cada vez mais na área da doença crónica e o EER teria um papel preponderante”; P11 “o especialista na área de reabilitação tem um papel fundamental”; P12 “a reabilitação para mim é importantíssima”; P2 “das mais importantes a ser aplicada” “dada a população muito idosa, com grandes incapacidades, é uma mais valia ter enfermeiros com essa especialidade” “a principal especialidade”; P3 “é imprescindível”; P7 “o EER penso que nos seus serviços conseguiu ganhar o estatuto de que é imprescindível”; P5 “neste momento recusar-me-ia a ser gestor de enfermagem se me retirassem os EER” “é obrigatório que a instituição preste cuidados de reabilitação”).

A resposta é peremptória e inequívoca, os EG conhecem o trabalho executado pelos EER, de forma suficiente para argumentar junto dos pares, gestores de topo e da equipa multidisciplinar. No entanto, grande parte do conhecimento advém da experiência profissional e do contato direto com os EER, implicando apenas um conhecimento empírico e pouco ou nada teórico. Daí, na opinião dos gestores, o EER continuar a prestar cuidados de enfermagem generalista, comprometendo os cuidados especializados pela ignorância ou desconhecimento das horas de cuidados de reabilitação a que cada cliente tem direito.

Diagrama 2 - Enfermeiros Especialistas em Reabilitação



*Há Representações Sociais dos EG sobre os EER que interferem na contratualização e/ou não contratualização das competências acrescidas dos EER?*

As Representações Sociais dos EG, neste contexto, baseia-se na necessidade de EER ser fundamental pela sua especificidade (12, 46) (P1 “mais voltado para a autonomia, a mobilidade, a postura correta, focaliza o seu saber e a sua atenção na autonomia para ser inserido na sociedade”; P10 “é um especialista numa área muito concreta na área em que está especializado, domina técnicas para o levante, para saber respirar, para controlar a dor, para acelerar e potenciar a mobilidade”; P11 “tem um papel fulcral no desenvolvimento de cuidados que se adequam a todos os doentes em termos gerais” “tem um papel importante na área respiratória”; “adquiriu através de formação e atividade profissional, um conjunto de competências que lhe dá capacidade de atender o doente de uma forma mais fundamentada e competente” “tem competência para poder proporcionar cuidados que vão facilitar de uma forma mais incisiva e mais focalizada a recuperação e a melhoria em termos de várias dimensões, nomeadamente em termos motores, em termos respiratórios”; P12 “é um enfermeiro que o vai ajudar numa situação mais específica, pelo problema mais complexo que o doente tem, é sempre apresentado como alguém mais diferenciado” “tem um conhecimento especializado”; P4 “É um enfermeiro que pela sua especificidade tem uma visão holística do doente muito direcionada para a reinserção/adaptação a novas condições de vida” “o movimento diminuído de um membro, ou de uma dificuldade respiratória, diria que será ele que o tratará para recuperar com maior rapidez e segurança, colocando como tónica que é o enfermeiro mais diferenciado para o fazer, precisamente porque analisará o individuo como um todo”; P8 “é um profissional com competências para reabilitar tanto ao nível físico como a outros níveis”; P9 “a pessoa mais indicada para ajudar o doente no primeiro levante, para iniciar os primeiros passos”; P5 “é responsável por aspetos tão importantes como atividades da vida diária, do foro da mobilidade, da capacidade respiratória do doente, áreas da reabilitação motora”).

Esta descrição parece indicar que os EG têm uma Representação Social do EER coerente, real e fundamentada. Pelo que, tais representações sociais explicadas, em mesa de reflexão, para eventual contratualização, interfeririam positivamente, para aquisição de profissionais de enfermagem especializados em reabilitação.

*Quais os fatores que interferem na opinião dos EG na contratualização/não contratualização de EER? (questões financeiras, desconhecimento, entre outros...)*

Na **Contratualização de EER** (12, 157) (Diagrama 3, pág. 49) os EG manifestam vários argumentos que impedem a contratualização de EER (12, 60) nomeadamente a falta de sensibilização e conhecimento (11, 34) quer por parte dos próprios gestores de enfermagem, quer por parte dos gestores de topo (P1 “se soubermos o que eles fazem dar-lhe-emos condições para desenvolver o seu trabalho” “não sei também se todos os EER gostariam de trabalhar em pediatria”), o mesmo participante demonstra fundamentos como “custo acrescido” ou “aqui não acho tão importante”, colocando em causa gastos em Saúde ou mesmo a não necessidade do EER no seu serviço. Por outro lado, admite que em situação de defesa da contratualização de EER “argumentaria mal porque não tenho as bases na área de competência para argumentar”. Os demais participantes mantêm a mesma orientação da falta de sensibilização ou conhecimento (P10 “nós gestores temos dificuldade perceber o que faz o EER”; P3 “a falta de sensibilização e importância que é dada ao EER, por parte dos conselhos de administração” “a falta de interesse das nossas organizações em fazer aplicar aquilo que está legislado”; P4 “falta de reconhecimento da importância do enfermeiro de reabilitação por parte dos gestores de topo”; P7 “há uma falta de sensibilização ao nível do conselho de administração, porque houve diretrizes nesse sentido de não privilegiarem, eu acho que deveria ser o contrário”). Se o conhecimento acerca do que fazem os EER é importante, não menos importante será a responsabilização que os EER têm na divulgação do seu trabalho (4, 6) (P1 “valorizarem o seu trabalho, o divulgarem e se mostrarem presentes e manifestarem a sua mais valia”; P11 “desenvolvimento de uma série de iniciativas e atividades que possam fazer evidências relativas à importância da reabilitação”; P3 “deveriam preocupar-se em passar a imagem do que é o exercício profissional efetivo”; P5 “tornar mais visível o trabalho do EER” “organizando grupos de trabalho que aconselhassem a tutela a suportar os custos com EER”).

Os fatores estruturais e económicos (9, 10) demarcam uma parte da argumentação negativa para a contratualização (P11 “problema da famosa crise em termos de recursos financeiros”; P12 “fator económico”; P4 “contenções financeiras”; P5 “falta de capacidade económica”) mas, em termos de referências, não é das mais descrita. Outro fator impeditivo é a subvalorização dos EER face aos cuidados gerais (5, 11) (P11 “os enfermeiros de reabilitação paulatinamente vão sendo colocados na prestação de cuidados mais gerais”; P2 “a minha maior dificuldade é libertar enfermeiro especialista em reabilitação dos cuidados

gerais” “é um bocado ingrato e eu também fico incomodado com esta situação, porque não consigo libertar os especialistas em reabilitação, porque necessito de assegurar os cuidados gerais”; P7 “muitas vezes alguns enfermeiros chefes sentem-se mais à vontade, para exigir do enfermeiro especialista que privilegie os cuidados de generalista, ficando prejudicados os cuidados de reabilitação”).

As condições de trabalho desfavoráveis & responsabilidade dos EER (3, 5) assumem um papel crescente (P 2 “não lhes foi dado o benefício financeiro como especialistas”; P4 “Na minha equipa estão dois enfermeiros especialistas em reabilitação mas prestam cuidados gerais porque um deles recusou exercer a especialidade e ao outro não foi dada essa oportunidade”).

Os EG também refletiram e manifestaram a realidade dos seus serviços, colocando a tónica em vários argumentos a favor da contratualização (12, 97) demonstrando a preocupação com a necessidade de ter EER mais tempo (cobertura de mais horas diárias de cuidados), mas estão em número insuficiente ou inexistente (11, 22) (P1 “são insuficientes”; P2 “ter mais horas de reabilitação por dia”; P3 “cobrir dois terços do dia e todos os dias do mês”; P6 “são insuficientes, não existem”; P7 “deveríamos ter sempre a presença em todos os turnos”; P8 “deviam distribuir os enfermeiros de reabilitação por todos os serviços”; P5 “a fundamentalidade do cuidado de reabilitação não tem hora, nem dia, é necessária a qualquer hora a reabilitação do doente” “os programas de cinesioterapia respiratória ou de treino de marcha, deveriam ser estendidos ao longo do dia e não haver uma ausência tão prolongada até ao outro dia de manhã” “é urgente que se assegure os cuidados de EER, sobretudo para as dezasseis horas do dia”). Esta alegação é deveras um principado da percepção que o EG tem do EER, trata-se de um dos relatos mais importantes durante a entrevista, pois denota que o EG pode e tem argumentos (Representação Social) que demonstram a necessidade de ter EER e o fundamento para os contratualizar.

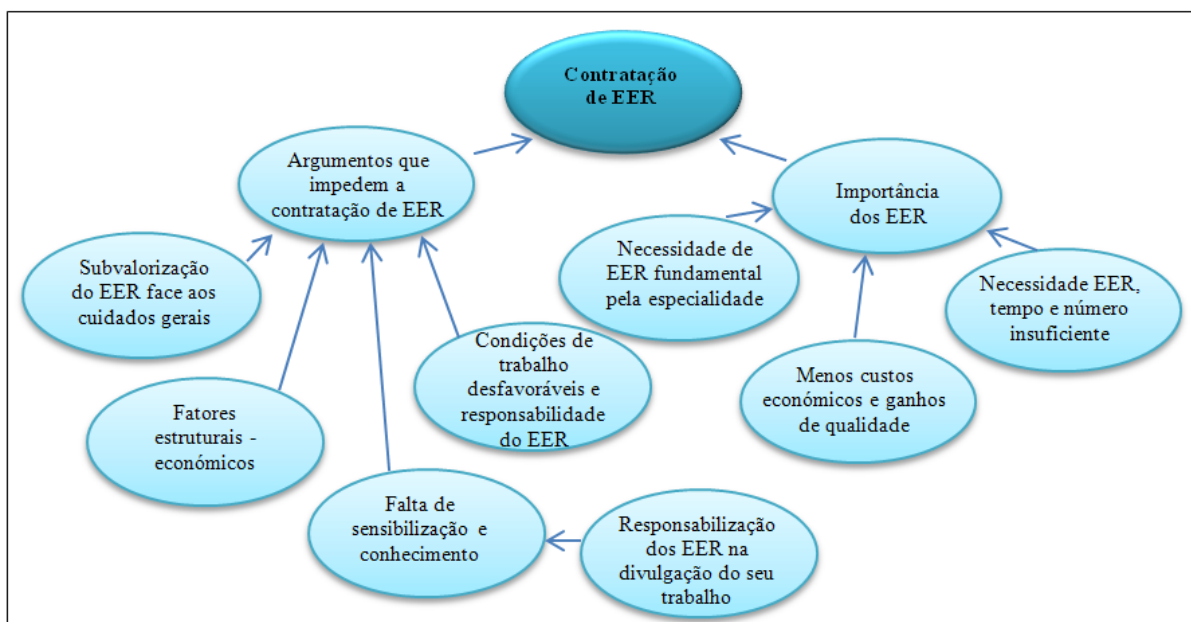
Mas, o suporte crucial num país como Portugal que vive uma conjuntura económica e social grave, põe no fator descrito pelos gestores que, os EER promovem menos custos económicos e ganhos em Saúde (11, 30) (P1 “diminuem custos, promovem qualidade e ganhos em Saúde”; P10 “diminuição de vários dias de internamento” “ganho em Saúde”; P11 “diminuição do tempo de internamento e de aumento de cuidados em termos de qualidade nas várias vertentes”; P12 “diminuição da demora média de internamento, pela diminuição do consumo de analgésicos, de antibióticos” “nota-se no serviço sempre que o EER está ausente, o tempo de internamento aumenta”; P2 “pela mais valia em termos de indicadores de

qualidade” “da menor demora média de internamento, do evitar de úlceras de pressão, estes profissionais são determinantes para o alcançar destes indicadores”; P6 “o EER pode diminuir o tempo de internamento e estadia de um paciente e, aumentar a sua qualidade de vida, tendo um ganho em Saúde imensamente superior, sem ele (EER) os custos são certamente superiores” ”embora possamos gastar dinheiro com estes profissionais especializados, na realidade temos ganhos em Saúde que poupariam em muito a despesa do estado”; P7 “os EER deviam ser melhor aproveitados, com vantagem e com ganhos em Saúde para os utentes e eventualmente para a instituição”; P5 “estes EER são eventualmente dos principais agentes em termos de redução da demora média do internamento, que é uma coisa caríssima” “fizemos contas e reparámos que pagávamos perfeitamente os 37% a mais do seu vencimento, que o EER auferia, na poupança que tínhamos nas demoras médias de internamento dos doentes, é algo que está escrito, é matemática, é óbvia, é técnica económica” “investimento que tem retorno” “as contas foram feitas por economistas e gestores de topo na Saúde, como é o caso da contratação de mais EER”), o argumento de maior apreciação pelos gestores de topo, onde a evidência de ganhos em Saúde combate qualquer contra argumentação em termos de custo/benefício, podemos salientar que as respostas são precisas e com validação por uma ciência exata – Matemática. É notória a facilidade com que os EG percebem a mais valia permanente da presença de EER nos seus mais variados serviços. Em termos objetivos, a **contratualização de EER** (12, 157) foi a categoria mais abordada pelos EG, sendo de observar que os argumentos a favor (12, 97) da contratualização também são de maior referência em relação à categoria argumentos que impedem a contratualização de EER (12, 60).

Na questão final, de resposta aberta, do guião da entrevista, os EG fazem **sugestões** (3, 6) importantes que os investigadores imputaram como pontos de vista a ter em conta, pelas entidades organizacionais (P6 “estes trabalhos deveriam ser divulgados de forma mais maciça”), através dessa divulgação a enfermagem assume um papel de investigação permanente e melhoria contínuas. Por outro lado, outros gestores sugeriram a criação de novas especialidades (P10 “deveriam até haver mais especialidades”; P6 ”deveriam ser criadas mais especialidades, nomeadamente a verte urgência e geriatria, entre outras, ou seja, maior objetividade de atuação”; P7 “deveriam subespecializar a médico cirúrgica”). Por fim, um participante relata uma situação factual vivida pelos enfermeiros (P6 ”existem várias instituições que promovem pós graduações, mas que depois a Ordem não as reconhece, trata-se de apenas mais um papel que se coleciona no portefólio”). Todas estes pensamentos são

cruciais pela realidade baseada na evidência dos EG entrevistados, contribuindo para uma investigação mais profunda a ter em conta pelos órgãos que tutelam a enfermagem portuguesa.

Diagrama 3 - Contratualização de EER



De salientar que uma das subcategorias **Gestão de Enfermeiros** (12, 76) foi reconhecida e categorizada na análise dos dados, mas não fez parte das questões de investigação, tendo sido mote de iniciação da recolha de dados - quebra gelo, onde os EG descrevem a sua principal função (P10 “organização e gestão de recursos humanos e materiais, responsável pela formação, pela investigação, pelo ensino, pela gestão da prestação de cuidados”; P11 “gestão de recursos, fundamentalmente enfermeiros e assistentes operacionais, recursos materiais, área de formação, dinamizador da equipa”; P12 “gerir recursos humanos, equipamentos e materiais, stock de medicamentos”).

Os resultados obtidos diretamente da entrevista são alicerces para conclusões a extrapolar, no entanto, através da comparação de resultados, pretendeu-se na lógica indutiva, descobrir e enriquecer o estudo. Assim, comparando as categorias principais com as diferentes unidades de Saúde, obteve-se um resultado expressivo (Tabela 2, p. 50) de diferença de argumentação dos participantes da unidade da Guarda, em relação aos participantes da unidade de Viseu, sendo que a Guarda tem uma maior referenciação ao tema de estudo.

Tabela 2 - Participantes: Guarda versus Viseu

	<b>Guarda Referências</b>	<b>Viseu Referências</b>
<i>Contratação de EER</i>	90	67
<i>Enfermeiros ER</i>	50	31
<i>Enfermeiros Especialistas</i>	43	32
<i>Gestão de Enfermeiros</i>	47	29
<i>Sugestões dos EG</i>	3	3

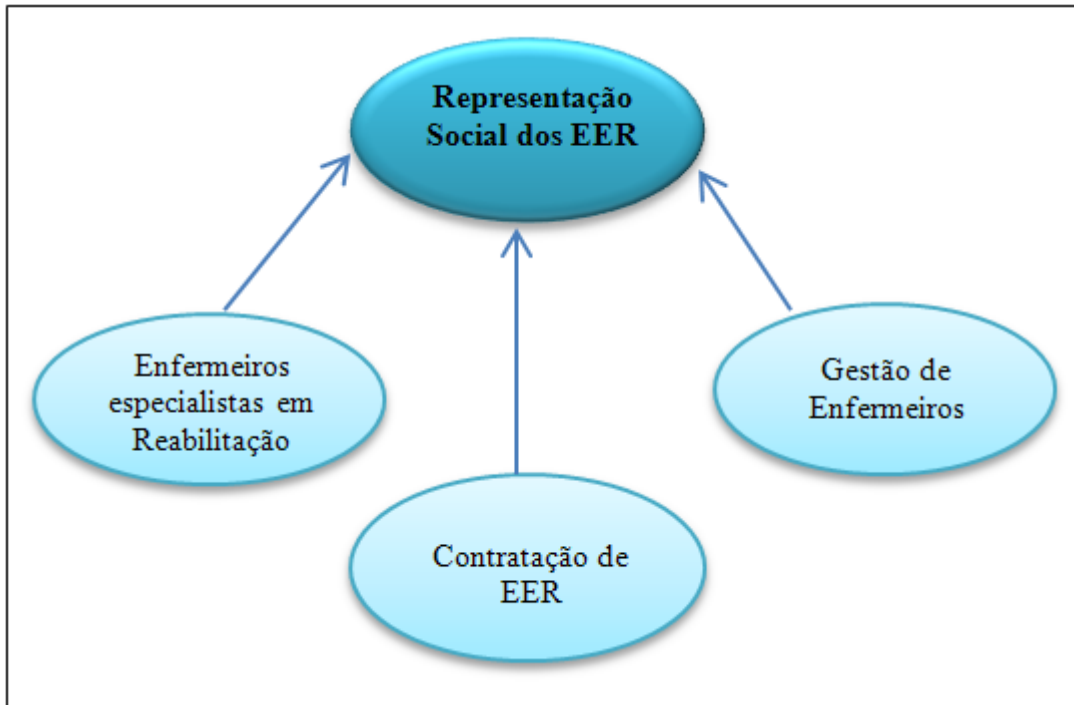
Por outro lado, comparando o sexo feminino e masculino em relação às categorias principais, denota-se uma maior argumentação referencial no sexo masculino, sobretudo na categoria contratualização de EER e Gestão de Enfermeiros (Tabela 3, p. 50).

Tabela 3 - Contratualização de EER

	<b>Masculino Referências</b>	<b>Feminino Referências</b>
<i>Contratação de EER</i>	94	63
<i>Enfermeiros ER</i>	37	44
<i>Enfermeiros Especialistas</i>	38	37
<i>Gestão de Enfermeiros</i>	44	32
<i>Sugestões dos EG</i>	5	1

Por fim, apresentamos um diagrama (diagrama 4, p. 51) que resume o estudo desta dissertação, após a GA, em que, as subcategorias (contratação de EER, enfermeiros especialistas, enfermeiros especialista em reabilitação) entroncam na categoria central **Representação Social dos EER**.

Diagrama 4 – Representação Social dos EER.



## **6. Conclusão**

A investigação apresentada teve como principal objetivo perceber as representações sociais dos EG sobre os EER e a sua interferência na contratualização dos mesmos.

Procurou-se explorar a problemática através dos dados recolhidos diretamente com os EG, aos quais foi dada a oportunidade de se pronunciarem sobre uma especialidade de enfermagem, a reabilitação, que tem a sua importância na conjuntura de cuidados de enfermagem mas, a qual ainda não tem uma dotação adequada e legislada para os vários departamentos e serviços de saúde portugueses.

Porém, a Ordem dos Enfermeiros, em Dezembro de 2014, fez aprovar em Regulamento, na Assembleia da República, a dotação de EER nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que contemplam 1 EER para 7 clientes, atendendo às condições de acessibilidade geográfica e grau de dependência dos clientes (Regulamento nº 533, 2014), foi legislado apenas para as ECCI, falta ainda para todos os outros tipos de cuidados de enfermagem.

Pelos resultados, concluiu-se que os EG têm uma representação social coerente no domínio do conceito do EER, pelo que, através dessa representação podem argumentar junto dos gestores de topo, a mais valia em ter EER nos serviços que gerem. Martinez, Souza & Tocantins (2012) descrevem que na função do saber, as representações sociais possibilitam a compreensão e explicam a realidade; na função de justificação, permitem justificar as tomadas de posição. Como tal, no momento em que caracterizamos alguém ou algo, neste caso os EER, reproduz selecionar um dos paradigmas da nossa memória: positiva ou negativa.

Outra importante conclusão, os EG sentiram dificuldade em argumentar objetivamente as competências dos EER, chegando mesmo a manifestar desconhecimento, “fica claro que não podemos afirmar que conhecemos um fenómeno, nem que podemos compreendê-lo, mas que tentamos reconhecê-lo através da representação” (Martinez, Souza & Tocantins, 2012, p. 104). Porém, conseguem compensar esta lacuna, através de indicadores em Saúde, por exemplo, diminuição do tempo de internamento dos clientes, justificando a pretensão de contratualização de EER, perante os conselhos de administração/direções regionais de Saúde. Resultam ainda, maiores referências, na argumentação positiva, para contratualizar os EER ao invés na argumentação que impede a mesma contratualização. Para o *International Council of Nurses* (2006, p.39)

(...) os enfermeiros devem exercer pressão no sentido de conseguir níveis seguros de dotações e ambientes de trabalho saudáveis no seu local de trabalho, na sua comunidade e a nível nacional. Devem utilizar e-mails, cartas ou visitar os escritórios governamentais para educar os oficiais do governo, administradores séniores do hospital e da comunidade e outros responsáveis pela tomada de decisão e organizações que afetem a prática de enfermagem. Recomendar rácios seguros tendo em conta os contextos local e institucional. Negociar as dotações seguras em acordos colectivos de negociação. Demonstrar o motivo pelo qual as dotações seguras são importantes para a segurança dos seus clientes e que tipo de cuidados podem prestar ao dispor de pessoal adequado.

O fator económico é um argumento com peremptório nuance, os gestores de enfermagem designam como um dos principais causadores da não contratualização dos EER. Os hospitais empresa (EPE) e os centros de Saúde estão proibidos de contratar novos enfermeiros, seja a título individual ou através de empresas de prestação de serviços. A renovação de contratos também está, de momento, congelada. E só o próprio ministro da Saúde poderá autorizar exceções. Os administradores hospitalares que desrespeitarem a regra serão alvo de sanções e podem mesmo ser despedidos (Duarte, 2011).

Os EG têm diferenças de argumentação notórias em relação ao sexo e em relação ao local onde trabalham. Para Lackof, citado por Mothes (2009) a linguagem da mulher, bem como, o seu comportamento são tidos como uma forma de exprimir a imperfeição que a rodeia. Já o comportamento linguístico dos homens é caracterizado como mais vigoroso e o de maior prestígio. Por outro lado, apesar da tutela ser a mesma (Ministério da Saúde) todas as Unidades de Saúde Públicas têm a sua própria cultura organizacional.

Os EG sugerem a divulgação dos estudos de investigação em enfermagem de forma mais abrangente, assim como, a criação de mais especialidades, estes, poder-se-iam colocar como temas de interesse, para futuras investigações. Assim, Martins (2008) denota que

(...) a divulgação dos resultados pode ser conseguida de inúmeras formas, desde a publicação em formato papel ou electrónica, às comunicações ou posters em eventos científicos. Também daqui decorre uma enorme responsabilidade para as escolas de enfermagem, que devem criar os mecanismos facilitadores e fomentadores da divulgação dos resultados das investigações desenvolvidas no seu seio para fora das suas paredes. Se assim não for, devemos questionar seriamente a pertinência de todo o trabalho, já

que, em última análise, não serve o fundamental objetivo de qualquer investigação – acrescentar algum conhecimento a toda a comunidade científica (...)

A divulgação do estudo é de relevante importância, contribui para cientificidade da enfermagem e serve de base para a argumentação do EG na eventual contratualização de EER.

Nas limitações deste estudo apontam-se:

- o facto de não poder existir maior comparação dos dados, o investigador teve dificuldade em obter EG em igual número, na especialidade que detêm;
- dificuldade em reaprovação do estudo pelo conselho de ética de uma das unidades, tendo atrasado todo o processo de desenvolvimento da investigação;
- dificuldade em extrapolar os resultados, pois apenas duas unidades de Saúde foram objeto da investigação.

As implicações deste estudo incluem:

- contribuir para alicerçar nas melhorias contínuas da prática de cuidados mais diferenciados e especializados, na área da enfermagem de reabilitação, colocando a representação social dos EER como argumento dos EG para contratualizar o número de EER adequados a cada serviço;
- servir como instrumento de interesse para as organizações da tutela de enfermagem, senão vejamos: Ordem dos Enfermeiros e Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – proporcionar conhecimento mais pormenorizado através de conferências ou eventos obrigatórios aos EG sobre os EER e a sua fundamentalidade em todos os serviços ou departamento de Saúde em Portugal, assim como, colmatar a lacuna que ainda vigora: dotação adequada de EER; Sindicatos de Enfermagem – revisão da carreira de enfermagem onde figure o EE; remuneração diferenciada para funções e competências especializadas; e Enfermeiros Gestores – sendo estes, os principais participantes deste estudo podem caso se revejam nas respostas descritas, alegar em prole de mais conhecimento, mais recursos humanos (EER), mais qualidade de cuidados, maior rigor na apreciação do trabalho dos EER;
- fomentar a investigação qualitativa na enfermagem, como estudo com rigor e cientificidade similar às outras tipologias de investigação, que começa a emergir,

“cada vez mais há um interesse crescente pelas metodologias qualitativas, especialmente nas áreas das ciências humanas” (Martins, 2008, p. 63).

Posto isto, os investigadores sugerem para futura investigação aumentar a amostra e unidades de Saúde, para que os resultados possam ser demonstrados aos gestores de topo, com inclusão aos gestores do Ministério da Saúde Portuguesa.

## **Referências bibliográficas**

- Aires, L. (2011). *Na Contratação de Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Alves, M. (2007). *Como escrever Teses e Monografias: Um roteiro passo a passo* (2ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Amâncio, L. & Simões, J. (2004). Género e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 44, 71-81.
- Andrade, L., Araújo, E., Andrade, K., Soares, D. & Cianca, T. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 63(6), 1056-60.
- Andrade, L.; Souza, D.; Andrade, L.; Garcia, T. & Chianca, T. (2014). Construção e Validação de um Catálogo CIPE® para a Reabilitação Física Motora na área da Eliminação. Atas do congresso internacional de enfermagem de reabilitação. *Referência, Revista científica da unidade de investigação da ciência da Saúde: Enfermagem*, 1(15), 30.
- Aquarone, R.; Agostini, P.; Linhares, C.; Gimenes, G. & Hasewaga, J. (2014). A atuação da enfermagem de reabilitação na visita domiciliary. Atas do congresso internacional de enfermagem de reabilitação. *Referência, Revista científica da unidade de investigação da ciência da Saúde: Enfermagem*, 1(15), 38.
- Araújo, I. (2004). *Introdução à auditoria operacional*. (2ª ed.) Rio de Janeiro: FGV Editora. pp. 83.
- Association of rehabilitation nurses, (2014). Role Descriptions, the Rehabilitation Admissions Liaison Nurse. Acedido em <http://www.rehabnurse.org/pubs/role/Role-Rehab-Admissions-Liaison-Nurse.html>.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (2014, novembro) Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão. *Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança*. Acedido em <http://apegel.org/pages.aspx?pg=pagina14>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010). Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 *Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação*. Acedido em: [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/PNS2011\\_2016.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf)

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, (2014). História da Enfermagem de Reabilitação. Acedido novembro,14, 2014, em <http://www.aper.com.pt/a-aper/historia-da-er/>
- Bastos, R. (2009). *Ciências Humanas e Complexidades: Projetos, métodos e técnicas de pesquisa. O Caos, a Nova Ciência*. Rio de Janeiro: E-papers. pp. 99-100.
- Black, E. & Farmer, F. (2013). A review of strategies to support the professional practice of specialist cancer nurses - *The Australian Journal of Cancer Nursing*. Cambridge, 14 (2), 22-28.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brivio, G. (2011). Representações Sociais: dimensão estruturada e estruturante dos processos de comunicação. *Revista espaço académico*, 116, 108-115.
- Bryant, A. & Charmaz, K. (2008). *The Sage handbook of Grounded Theory*. London: Sage Publications.
- Camera, I., Bucher, L., Lewis, S., Heitkemper, M., Dirksen, S. (2013). *Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica - Avaliação e Assistência dos Problemas Clínicos* (8ª ed.) São Paulo: ELSEVIER Editora Lda.
- Camicia, M., Black T., Farrell J., Waites K., Wirt S. & Lutz B. (2014). The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions: A White Paper by the Association of Rehabilitation Nurses. *Association of Rehabilitation Nurses* (39), 3–15.
- Carolyn, J. (2012) *Guia de Exame para Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Carvalho, C. (2013). A criação de valor no mercado da saúde enquanto factor diferenciador para a negociação de preços e competitividade em Contexto de crise mundial. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto. Acedido em [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1972/1/DM\\_ClaudiaCarvalho\\_2013.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1972/1/DM_ClaudiaCarvalho_2013.pdf).
- Cathcart, E. & Greenspan, M. (2013). The role of practical wisdom in nurse manager practice: why experience matters. *Journal of Nursing Management*, 21, 964–970.

- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (3ªed.) Sage Publications.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, (2011). Versão 2, Ordem dos Enfermeiros, Santa Maria da Feira: Rainho & Neves Lda.
- Dantas, C. C., Leite, J. L., Lima, S. B., & Stipp, M. A. (2009). Teoria Fundamentada nos Dados - Aspectos Conceituais e Operacionais: Metodologia Possível de ser Aplicada na Pesquisa em Enfermagem. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 17 (4), 1-8.
- Decreto-Lei nº 437 (1991, novembro 8) . Carreira de Enfermagem. [Portugal]. *Diário da República*. 1(257), pp. 5723-5741. Acedido em [http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei\\_437\\_91.pdf](http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei_437_91.pdf)
- Decreto Lei nº 248 (2009, setembro 22). Carreira Especial de Enfermagem. [Portugal]. *Diário da República*. 1(184), pp. 6761-6765. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL248-2009\\_Carreira\\_Especial\\_Enfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL248-2009_Carreira_Especial_Enfermagem.pdf)
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2014). Porto: Porto Editora, 2003-2014. Acedido em <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/reabilitação>.
- Duarte, C. (2011, Setembro). *Hospitais proibidos de contratar médicos e enfermeiros*. Diário Económico. Acedido em [http://economico.sapo.pt/noticias/hospitais-proibidos-de-contratar-medicos-e-enfermeiros\\_126778.html](http://economico.sapo.pt/noticias/hospitais-proibidos-de-contratar-medicos-e-enfermeiros_126778.html).
- Duarte, S. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro*. Tese de Doutoramento. Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, Universidade de Lisboa. Acedido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954\\_td\\_Susana\\_Duarte.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf)
- Duran, M. (2012). Representações sociais: uma instigante leitura com Moscovici, Jodelet, Marková e Jovchelovitch. *Educação & Linguagem*, 15 (25), 228-243.
- Engward, H. (2013). Understanding grounded theory. *Nursing Standard*. RCN Publishing 28 (7), 37-41.
- Fernandes, M., Barros, A., Silva, L., Nóbrega, M., Silva, M. & Torres, R. (2010). Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 63 (1), 11-5.

- Ferreira, M.; Silva, C. (2012). Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista Enfermagem Referencia*, 3(8). Coimbra.
- Flick, U. (2002). *An Introduction to Qualitative Research*. (2ª ed.) Michigan: Sage Publications.
- Gomes, A. M., & Oliveira, C. D. (2010). Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (4), 608-615.
- Gomes, B., Rocha, M., Martins, M., Gonçalves, M. (2014). *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Gonçalves, L. (2013). *Contratualização e Nova Gestão Pública no Setor da Saúde, Uma experiência em dois centros de responsabilidade hospitalares*. Relatório de Estágio de Mestrado em Gestão, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Gordon-Finlayson, A. (2010). QM2: Grounded Theory. In M. Forrester. *Doing qualitative research in Psychology* (154-176). London: Sage Publications.
- Grilo, E., Mendes, F. (2013). Indicadores de Qualidade e Práticas de Cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Longa Duração. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Acedido em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1900/1/Indicadores%20qualidade.pdf>.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncipia Editora. pp. 53.
- Gutierrez, N. (2014). Enfermería en rehabilitación una nueva perspectiva en el cuidado. Atas do congresso internacional de enfermagem de reabilitação. *Referência, Revista científica da unidade de investigação da ciência da Saúde: Enfermagem*.
- Hendricks, J. & Cope, V. (2012). Generational diversity: what nurse managers need to know - *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. 717-725.
- Hesbeen, W. (2008). *A Reabilitação. Criar novos caminhos*. Lusociência, Loures.
- International Council of Nurses (2006) – Dotações Seguras, Salvam Vidas: Instrumentos de Informação e Acção (Conselho Internacional de Enfermeiros, Trad.), Genebra, Suíça. (Obra publicada em 2006). Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit\\_die\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf)

- Instituto de Administração Hospitalar e Ciência da Saúde, (2013). Gestão e Enfermagem; Competências fundamentais do enfermeiro gestor. Acedido em <http://setorsaude.com.br/teresinhavalduga/2013/01/15/competencias-fundamentais-do-enfermeiro-gestor/>
- Koç, A. (2012). Rehabilitation Nursing: Applications for Rehabilitation nursing. *HealthMED*, 6 (4), 1164-1171
- Januário, J. (2014) Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada num Serviço de Medicina Interna. A atuação da enfermagem de reabilitação na visita domiciliary. Atas do congresso internacional de enfermagem de reabilitação. *Referência, Revista científica da unidade de investigação da ciência da Saúde: Enfermagem*, 1(15), 16.
- Maciél, E.; Pereira, F. & Sousa, I. (2014). Evolução no nível e tipo de dependência no autocuidado e nos processos corporais numa amostra de clientes com dependência no autocuidado, três meses após a alta hospitalar. Atas do congresso internacional de enfermagem de reabilitação. *Referência, Revista científica da unidade de investigação da ciência da Saúde: Enfermagem*, 1(15), 69.
- Martinez, E., Souza, S., Tocantins, F. (2012). As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. *Investigação Educação Enfermagem*; 30(1), 101-108.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética - *Pensar Enfermagem* (12) 2., 62-66.
- Martins, M. (2004) *Humanização das relações assistenciais: a formação dos profissionais de Saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 66.
- Martins, S. (2013). *Percepções sobre o Empreendedorismo em Enfermagem: Perspetivas, incentivos e obstáculos à atividade empreendedora no contexto nacional*. Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde. *Web Site*. Acedido Novembro, 15, 2014, em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/29324/1/Selma%20Emanuela%20Lopes%20Martins.pdf>.
- Mendes, F. R. & Mantovani, M. F. (2010). Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (2), 209-215.

- McNamara, S., Giguère, V., St-Louis, L. & Boileau, J. (2009) Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: Use of the PEPPA framework to achieve success - *Nursing and Health Sciences*. Montreal. 11, 318-325.
- Moscovici (2009). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 6.ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Morrison, S. & Symes, L. (2011). An Integrative Review of Expert Nursing Practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 43:2, pp.163–170.
- Mothes, L. (2009). *A diversidade argumentativa e a variável género/sexo em produções de textos dissertativo-argumentativos*. Dissertação de Mestrado. Centro Universitário Ritter dos Reis. Porto Alegre. Brasil.
- NETFARMA, Portal dos profissionais do sector farmacêutico (2014, Setembro). *Mais de mil novos enfermeiros até fim do ano no Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em em <http://www.netfarma.pt/noticia/enfermeiros-snscontratacao especialidade>
- Nishio, E. & Franco, M. (2011). *Modelos de Gestão em enfermagem, Qualidade assistencial e segurança do paciente*. Elsevier editora, Rio de Janeiro.
- Oliveira, C. & Santos, R. (2014). Contributos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional dos doentes com Acidente Vascular Cerebral. Atas do congresso internacional de enfermagem de reabilitação. *Referência, Revista científica da unidade de investigação da ciência da Saúde: Enfermagem*, 1(15), pp. 47.
- Oliveira, E. & Ferreira, P. (2014) *Métodos de Investigação: Da investigação à descoberta científica*. Porto: Vida Económica Editorial. pp 135.
- Ordem dos Enfermeiros (2014a). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Acedido em :[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2014b). Dados Estatísticos a 31-12-2013. Acedido em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros*. Acedido em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf)

- Padilha, S.; Oliveira, W. (2013). Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS. *Ciências da Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina*. Florianópolis, 18(8), 2211-2220.
- Pádua, E. (2007). *Metodologia da Pesquisa: Abordagem Teórico-Prática* (13ª ed.) São Paulo: Papyrus Editora. pp. 70.
- Parry, J., Calarco, M., Hensinger, B., Kearly, G. & Shakarjian, L. (2012). An Online Portal to Support the Role of the Nurse Manager – *Nursing Economic*. Pitman, New Jersey: Jannetti Publications, 30 (4), 230-232.
- Pereira, V. & Pereira, J. (2014). Doente submetido a amputação do membro inferior – o enfermeiro de reabilitação no processo de transição. Atas do congresso internacional de enfermagem de reabilitação. *Referência, Revista científica da unidade de investigação da ciência da Saúde: Enfermagem*, 1(15), 58.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (5ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Polit, D. & Tatano, C. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8ª ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Portal da Saúde, (2014). O que é a reabilitação?. *Web Site*. Acedido Novembro, 14, 2014, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitaca.htm>
- Porto Canal, (2014, Julho). *Investigadora de Coimbra alerta para a falta de enfermeiros*. *Web Site*. Acedido em <http://portocanal.sapo.pt/noticia/32603/>.
- Potter, P., Perry, A., Stockert, P. & Hall, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem* (8ª ed.) São Paulo: Elsevier.
- Pryor J. (2008). A nursing perspective on the relationship between nursing and allied health in inpatient rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 30(4), 314-322.
- Regulamento nº 125/2011 (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. [Portugal]. *Diário da República* 35(2), pp 8658-8659. Acedido em [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/0865808659.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0865808659.pdf).

- Regulamento n° 122/2011 (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Portugal]. *Diário da República* 35(2), pp 8648-8653. Acedido em [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/0864808653.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf).
- Regulamento n° 533/2014 (2014, dezembro 2). Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. [Portugal]. *Diário da República* 233(2), pp 30247-30254. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2014/Regulamento533\\_2014\\_NormaDotacoesSeguras.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2014/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf)
- Revista da Ordem dos Enfermeiros (2012). Maximizar Competências. Acedido em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/Revista42\\_VFinal\\_.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/Revista42_VFinal_.pdf)
- Rintala, T., Paavilainen, E. & Astedt-Kurki, P. (2014). Challenges in combining different data sets during analysis when using grounded theory - *Nurse Researcher*. RCN Publishing 21 (5). 14-18.
- Santos, V. & Candeloro, R. (2006). *Trabalhos académicos: Uma orientação para pesquisa e normas técnicas*. Porto Alegre: AGE Editora. pp.75.
- Saur-Amaral, I. (2012). *Curso Completo NVIVO10: Como tirar maior proveito do software para a sua investigação*. Aveiro: Bubok Editora.
- Saraiva, P. & Cunha, C. (2014). Reflexo dos programas de reabilitação respiratória na qualidade de vida de doentes com DPOC. Atas do congresso internacional de enfermagem de reabilitação. *Referência, Revista científica da unidade de investigação da ciência da Saúde: Enfermagem*, 1(15), 88.
- Schoeps, D., Almeida, M., Raspantini, P., Novaes, H., Silva, Z., Lefevre, F. (2013). SIM e SINASC: representação social de enfermeiros e profissionais de setores administrativos que atuam em hospitais no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1483-1492.
- Silva, A. (2008). *A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
- Stonehouse, D. (2013). *The Change Agent The Manager's Role In Change – British Journal of Healthcare Management*. London: Sam Gournay. 19 (9), 443-445.
- Titzer, J., Phillips, T., Tooley, S., Hall, N. & Shirey, M. (2013). Nurse manager succession planning: synthesis of the evidence. *Journal of Nursing Management*, 21, 971–979.

- Titzer, J. & Shirey, M. (2013). Nurse Manager Succession Planning: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 48 (3), 155-164.
- Welsh, E. (2002). Dealing with Data: Using NVivo in the Qualitative Data Analysis Process. *Qualitative Social Research*. 3(2). Acedido em: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0202260>.
- Vesterinen, S., Suhonen, M., Isola, A., Paasivaara, L., Laukkala, H. (2013). Nurse Managers' Perceptions Related to Their Leadership Styles, Knowledge, and Skills in These Areas - A Viewpoint: Case of Health Centre Wards in Finland. *Hindawi Publishing Corporation*. p.8.



**Lista de referências**



**Anexo I – Pedido autorização para a realização do estudo nas Unidades de Saúde  
ULSG e CHTV**

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE/ ULS – Guarda EPE

Rodrigo Miguel Marques Amaro, enfermeiro, colaborador da ULS da Guarda, com nº mecanográfico 1978, a desempenhar funções no Serviço de Medicina, do Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia e aluno do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde, venho por este meio pedir autorização para realizar um estudo de investigação, para dissertação de mestrado com o título **“Percepção e Representação Social dos Enfermeiros Gestores sobre os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação”**, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Albuquerque.

O principal objetivo deste estudo é identificar e descrever as Percepções e Representações Sociais dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação pelos Enfermeiros Gestores (EG), procurando explorar se interferem na contratação das suas competências acrescidas, a valorização das mesmas e sua possível interferência nos ganhos em saúde.

O tipo de estudo será de natureza qualitativa, não experimental, com metodologia assente na Ground Theory (GT).

No presente estudo seguiremos o processo de amostragem teórica, preconizada pela GT, o investigador procura escolher participantes propositadamente, com base nas necessidades de informação que emergem dos dados preliminares.

Os dados serão recolhidos através de uma entrevista qualitativa semiestruturada, anexando-se o respetivo guião para o efeito.

Os participantes inclusivos são os Enfermeiros Gestores (EG) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e ULS – Guarda EPE.

Pedir-se-á a cada EG a sua voluntariedade, para participar no estudo, ressaltando a sua confidencialidade e anonimato, anexando-se o respetivo consentimento informado, que será assinado pelo participante, investigador e orientador.

Os locais escolhidos para a recolha de dados serão as Unidades de Saúde da Beira Interior, pois o investigador tem como objetivo demonstrar que na região interior do país existe uma população e amostra fidedigna para trabalhos de investigação, nomeadamente no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE e Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE. Os dados serão recolhidos pelo investigador principal, no período de 1 de Março a 1 Maio do corrente ano.

Este estudo após a sua finalização fará parte do espólio de dissertações de mestrado da Escola Superior de Saúde de Viseu, assim como será entregue um exemplar às Unidades de Saúde participantes, caso o solicitem.

Pede deferimento,

---

(Rodrigo Miguel Marques Amaro, mestrando)

04 de Fevereiro de 2014



## Anexo II – Aprovação da recolha de dados para o estudo pelos respectivos conselhos de administração das unidades de saúde.

Fwd: Autorização de Colheita de dados

↑ ↓ ×

**De:** sec.enfdirector <[sec.enfdirector@hstviseu.min-saude.pt](mailto:sec.enfdirector@hstviseu.min-saude.pt)>  
**Para:** "rodrigamaro@hotmail.com" <[rodrigamaro@hotmail.com](mailto:rodrigamaro@hotmail.com)>  
**Assunto:** Autorização de Colheita de dados  
**Data:** 3 de Novembro de 2014 às 14:49:01 WET

Exmo. Senhor  
Enfermeiro Rodrigo Amaro

Incumbe-me a Sra. Enfermeira Diretora Maria Cassilda Neves, do Centro Hospitalar Tondela Viseu, de informar que como é um estudo já autorizado previamente nada há a opor. Deverá V. Exa. fazer a sua aplicação em tempo útil.  
Com os melhores cumprimentos,

Isabel Folhas  
Secretariado de Administração



Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE

Av. Rei D. Duarte, 3504 – 509 VISEU  
Telef. 232 420506/8 - Fax 232 420595  
E-mail: [sec.enfdirector@hstviseu.min-saude.pt](mailto:sec.enfdirector@hstviseu.min-saude.pt)



Ex<sup>ma</sup> Senhor(a)  
Rodrigo Miguel Marques Amaro  
Serviço de Medicina  
Hospital Nossa Senhora da Assunção  
Rua Alexandrina Soares de Albergaria  
6270-498 SEIA

Sua referência      Sua comunicação de      Nossa referência

**ASSUNTO:** Realização de um estudo "Percepção e Representação Social dos Enfermeiros Gestores sobre os Enfermeiros Especialistas em reabilitação".

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda, nada temos a opor ao desenvolvimento do projecto e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos, *Luís Gil*

O Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários

(Dr. Luis Gil Barreiros)



### **Anexo III – Consentimento informado**

#### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE**

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

Caro Sr./Sra.,

A presente investigação integra-se no projeto de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, do aluno Rodrigo Miguel Marques Amaro, realizado na Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação do Prof. Doutor Carlos Albuquerque.

O objetivo da investigação é compreender a perceção e representação social que os enfermeiros gestores têm sobre a enfermagem e as suas especialidades.

Para tal, será efetivada uma entrevista (face a face) que terá uma duração média de 30 minutos. A entrevista será gravada e transcrita, procedendo-se à destruição da gravação após a sua transcrição. Todas as informações serão recolhidas e tratadas de forma anónima (não constará a identificação dos participantes e serão omitidos quaisquer factos/acontecimentos/características que possam possibilitar a sua identificação), para os fins estritamente relacionados com a investigação.

Do presente consentimento são lavrados dois exemplares, um dos quais ficará na posse do participante e, o outro, na do aluno e do orientador responsável pelo estudo que também o assinarão.

---

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Mais declaro ter sido informado acerca dos objetivos e do anonimato da presente investigação.

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O participante,

O investigador/aluno,

O Orientador,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Rodrigo Amaro, mestrando)

(Carlos Albuquerque, PhD)



## **Anexo IV – Guião da Entrevista ao Enfermeiro Gestor**

### Introdução da Entrevista

O meu nome é Rodrigo Amaro, mestrando em Enfermagem de Reabilitação, pela Escola Superior de Saúde de Viseu. Esta entrevista é a principal fonte de recolha de dados para a realização de um estudo de investigação, com o objetivo de compreender as “Perceções e Representações Sociais dos Enfermeiros Gestores sobre os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação”.

A Entrevista será realizada sob total anonimato.

Durante a entrevista, serão abordadas as temáticas relacionadas com a gestão de enfermeiros, enfermeiros especializados em reabilitação e fatores que influenciam a contratação de Enfermeiros Especializados em Reabilitação.

Atendendo a estes tópicos...

### **I. Dados sociodemográficos**

Sexo:

Qual a sua Idade?

Qual a sua Categoria profissional?

Qual o nome da Instituição de Saúde onde exerce?

Está inscrito na OE desde?

Qual a Especialidade que detém?

Há quantos anos exerce enfermagem?

Há quantos anos exerce a categoria de Gestor (Enfermeiro/a Chefe)?

### **II. Enquadramento da Enfermagem Gestora**

1. Pode descrever-me a sua atividade enquanto EG? (funções, dificuldades, desafios)

2. Sendo um profissional de enfermagem, assumindo a categoria de gestão, como percebe o trabalho do enfermeiro/a generalista/especialista?

### **III. Enfermagem Especializada**

3. Do seu ponto de vista, considera a importância de todas as especialidades em enfermagem? Se sim, porquê?

Se não, porquê?

4. Baseando-se na sua atividade profissional enquanto gestor, é-lhe facultada informação ou formação acerca das várias especialidades da enfermagem?

a) se sim, descreva a importância dessa informação e que tipo de informação/formação?

b) se não, acha importante haver informação/formação nesta temática?



#### **IV. Enfermagem Especializada em Reabilitação**

5. Sendo uma das Especialidades de Enfermagem, a Reabilitação, enquanto Enfermeiro e Gestor de Cuidados de Enfermagem, considera que esta especialidade é importante na unidade/serviço de saúde que gere? (Se sim, porquê? Se não, porquê?)

5.1 - E especificamente sobre a Enfermagem de Reabilitação, foi-lhe disponibilizada alguma formação ou informação específica?

a) Se sim, qual?

a.1) – Se Sim, a informação que possui, adquiriu de que forma (e.g., da sua prática, da sua formação como especialista, do contacto com profissionais, outro tipo de fontes)?

b) - Se não, acha pertinente haver informação ou formação nesta área específica?

6. Tem na sua equipa de enfermagem EER na prestação direta de cuidados especializados?

a) Se sim, qual a dotação?

a.1 Considera essa dotação adequada? Porquê?

a.2 Qual a mais valia de ter o EER na sua equipa? E desvantagens ou dificuldades, identifica algumas?

b) Se não, porquê?

b.1 Considera que seria importante ter EER na sua equipa ou não? Porquê? (mais valia vs. dificuldades/desvantagens)

7. Como Enfermeiro Gestor, quais são ou quais devem ser as funções do EER? (Pode explicar-me um pouco mais? Ou pedir exemplos)

8. Imagine que eu não tenho qualquer conhecimento sobre o EER. Como me descreveria este profissional? Como o diferenciaria dos outros enfermeiros?

#### **IV. Fatores que influenciam a contratação de Enfermeiros Especializados em Reabilitação**

9. Do seu ponto de vista, considera que as contratualizações atuais de EER são suficientes, no seu serviço, departamento ou Unidade de Saúde que gere? ou insuficientes? Porquê?

10. Na sua opinião, o que é que contribui (ou que factores determinam) para a contratualização/ não contratualização de EER?

11. Se tivesse oportunidade de fazer contratualizações, consideraria que seria importante contratualizar mais EER?

Se sim, Porquê? Que argumentos/fundamentos utilizaria para a necessidade da integração de EER?

Se não, porquê? Que argumentos/fundamentos utilizaria para a não necessidade da integração de EER?

12. Gostaria de acrescentar mais algum aspecto? Algo que não tivesse sido abordado ou que ache de relevante interesse a especificar melhor...

Muito Obrigado pela sua disponibilidade e contributo.



## **Anexo V – Pedido ao Conselho de Ética da ESSV**

Exmo. Sr. Presidente  
da Escola Superior de Saúde de Viseu  
Prof. Dr. Carlos Pereira

Rodrigo Miguel Marques Amaro, aluno do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde, venho por este meio pedir autorização para realizar um estudo de investigação, para dissertação de mestrado com o título **“Percepção e Representação Social dos Enfermeiros Gestores sobre os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação”**, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Albuquerque.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, não experimental, com metodologia assente na Ground Theory (GT).

A amostra de participantes será os enfermeiros gestores da Unidade Local de Saúde da Guarda e Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Este estudo após a sua finalização fará parte do espólio de dissertações de mestrado da Escola Superior de Saúde de Viseu, assim como será entregue um exemplar às Unidades de Saúde participantes, caso o solicitem.

Pede-se encaminhamento deste pedido à comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Segue em anexo o respetivo resumo do projeto de investigação/pedido de aprovação pela comissão de ética, consentimento informado dos participantes e guião da entrevista.

Pede deferimento,

---

(Rodrigo Miguel Marques Amaro, mestrando)

06 de Fevereiro de 2014