



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Integrados: uma realidade a nível hospitalar**

Fátima Correia da Silva Magno

Viseu, março de 2022





# **Conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: uma realidade a nível hospitalar**

Fátima Correia Da Silva Magno

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, sob a orientação da Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Viseu, março de 2022



“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry



## **Agradecimentos**

Para a realização deste trabalho para além do meu empenho individual e um conjunto de esforços que o tornaram possível sem os quais teria sido muito difícil alcançar o fim desta etapa, que representa um marco importante na minha vida pessoal e profissional. Desta forma, manifesto o meu reconhecimento a todos os que estiveram presentes em cada momento deste percurso.

À Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, pela paciência, orientação e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso.

Aos meus Pais pelos valores e educação transmitidos, pelo carinho, pela paciência, pela disponibilidade para ouvirem e me limparem as lágrimas e pela ajuda incondicional que me deram!

Ao meu Marido que sempre foi o meu “Aconchego”! Pela compreensão das minhas ausências e da minha impaciência.

Ao meu Filho pelos longos períodos de ausência e pela falta de paciência, que lhe demonstrei durante esta etapa.

À minha Irmã, que é a minha melhor amiga e a minha segunda Mãe pela força e ajuda incondicional que me deu durante este percurso.

A todos os enfermeiros do CHT-Viseu, pela participação neste estudo.

A todos os meus amigos e colegas que me apoiaram em momentos de descrença e quase abandono desta caminhada.

Por fim, agradeço a Nossa Senhora por me acompanhar e amparar nesta caminhada!

**OBRIGADA!**



## Resumo

**Introdução:** O conhecimento é produto da ação de aprender e tem como requisito que possa ser expresso e comunicado aos outros. Assim, promover o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem requer três elementos centrais: formação, prática e pesquisa e cada um deles permeado por outros elementos de suporte, como o desenvolvimento e análise de conceitos, o uso de teorias e a enfermagem baseada em evidências. É neste sentido que o enfermeiro tem que ser um profissional com conhecimentos nomeadamente no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), uma vez se configuram como um elemento transversal em toda a Rede, sendo estes os que melhor se posicionam para responder aos objetivos deste espaço de cuidados. **Objetivos:** Identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros para a referenciação do utente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais, contexto de formação e motivação com o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados hospitalares. **Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, de coorte transversal, descritivo e correlacional, numa amostra de 38 enfermeiros, com uma idade média de 38,05 anos (+/- 8,21) a exercerem funções em serviços do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, onde é realizada a maioria da referenciação dos doentes para a RNCCI. Para a recolha de dados optou-se pelo questionário, que contém questões de caracterização sociodemográfica, profissional, de formação em Cuidados Continuados Integrados, da importância dos Cuidados Continuados Integrados, o Questionário Geral dos conhecimentos sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados e a Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho (Ferreira et al., 2006). Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética. **Resultados:** Metade dos enfermeiros (55,3%) apresenta moderado conhecimento sobre o processo de referenciação para a RNCCI, com baixo conhecimento por parte dos enfermeiros que exercem na ortopedia (91,7%), com menos de 15 anos de tempo de serviço (66,7%). Os participantes com categoria profissional de “enfermeiro” (81,0%) e sem formação em serviço sobre a RNCCI manifestam moderados conhecimentos (81,0%, respetivamente). O perfil dos enfermeiros com mais conhecimentos sobre a referenciação do utente para a RNCCI é: género feminino, mais novos ( $\leq 40$  anos), casados, com o mestrado, que exercem na Unidade AVC, com menos tempo de serviço ( $\leq 15$  anos), os enfermeiros especialistas, sem formação em serviço na área, que já fizeram trabalhos e projetos em relação à temática em estudo, com conhecimentos sobre o processo de referenciação, insatisfeitos com este processo, mais motivados no trabalho. **Conclusão:** Os resultados demonstram a necessidade de os enfermeiros melhorarem os seus conhecimentos, no âmbito do processo de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O processo de referenciação deve ser objetivo e direcionado para as necessidades dos utentes, de forma a que a continuidade de cuidados seja uma realidade.

**Palavras-chave:** Conhecimentos; Enfermeiros; Referenciação; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.



## Abstract

**Introduction:** Knowledge is the product of the action of learning and has as a requirement that it can be expressed and communicated to others. Thus, promoting the development of knowledge in nursing requires three core elements: training, practice, and research, each permeated by other supporting elements, such as the development and analysis of concepts, the use of theories, and evidence-based nursing. It is in this sense that the nurse has to be a professional with knowledge namely within the scope of the National Network for Integrated Continued Care (RNCCI), since they are configured as a transversal element throughout the Network, being the ones who are best positioned to meet the objectives of this care space.

**Objectives:** To identify the nurses' level of knowledge regarding the referral of patients to the National Network for Integrated Continuous Care; to verify the relationship between the sociodemographic and professional variables, training context, and motivation with the nurses' knowledge of hospital care.

**Methods:** A quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational cohort study was conducted on a sample of 38 nurses with a mean age of 38.05 years (+/- 8.21) working at the Tondela-Viseu Hospital Center, where most patients are referred to the RNCCI. For data collection, we used a questionnaire containing questions on sociodemographic and professional characterization, training in Integrated Long-Term Care, the importance of Integrated Long-Term Care, the General Questionnaire on knowledge about the referral to the National Network for Continuous and Integrated Care, and the Multi-Factorial Scale of Work Motivation (Ferreira et al., 2006). A favorable opinion was obtained from the Ethics Committee.

**Results:** Half of the nurses (55.3%) had moderate knowledge about the referral process to the RNCCI, with low knowledge among nurses working in orthopedics (91.7%) and with less than 15 years of service (66.7%). Participants with the professional category of "nurse" (81.0%) and with no in-service training on the RNCCI show moderate knowledge (81.0%, respectively). The profile of nurses with more knowledge about the referral of patients to the RNCCI is: female, younger ( $\leq 40$  years), married, with a master's degree, working at the HCV Unit, with less time of service ( $\leq 15$  years), specialist nurses, without in-service training in the area, who have already done works and projects on the topic under study, with knowledge about the referral process, dissatisfied with this process, and more motivated at work.

**Conclusion:** The results show the need for nurses to improve their knowledge about the referral process to the National Network for Integrated Continuous Care. The referral process should be objective and focused on the users' needs, so that continuity of care becomes a reality.

**Keywords:** Knowledge; Nurses; Referencing; National Network of Continuing Integrated Care.



## Sumário

Lista de figuras .....	XIII
Lista de tabelas.....	XV
Lista de quadros .....	XVII
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos .....	XIX
Introdução.....	21
1. Caracterização do Estágio e Competências.....	25
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	26
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária ..	29
2. Atividades realizadas .....	33
2.1. Estudo – Conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: uma realidade a nível hospitalar .....	38
2.1.1. Enquadramento teórico.....	38
2.1.2. Metodologia .....	46
2.1.3. Apresentação dos resultados.....	57
2.1.4. Discussão dos Resultados .....	67
2.1.5. Conclusões do estudo.....	71
3. Avaliação por competências .....	73
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	73
3.2. Competências Específicas na área de Enfermagem Comunitária.....	
Considerações finais.....	77
Referências bibliográficas .....	79
Anexos .....	83
Anexo I – Cronograma de atividades da UCC Viseense	
Anexo II – Atividades realizadas na UCC Viseense	
Anexo III – Publicações no Jornal de Viseu	
Anexo IV – Parecer do Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Tondela Viseu	
Anexo V – Consentimento informado	
Anexo VI – Questionário sobre “Conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação para a Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados: uma realidade a nível hospitalar”	



## Lista de figuras

Figura 1. Representação esquemática das relações entre as variáveis independentes e a variável dependente .....	51
---	----



## Lista de tabelas

Tabela 1. Operacionalização das variáveis.....	49
Tabela 2. Estatísticas relativas à idade segundo o género .....	52
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género .....	53
Tabela 4. Respostas às afirmações e respetivos itens de Questionário Geral do Conhecimento.....	54
Tabela 5. Dimensões e itens da Escala Multi-Fatorial da Motivação no Trabalho (Ferreira, 2006) .....	55
Tabela 6. Caracterização sociodemográfica da amostra em função da formação em CCI	58
Tabela 7. Estatísticas relativas ao tempo de serviço segundo o género .....	58
Tabela 8. Caracterização profissional da amostra em função do género .....	59
Tabela 9. Caracterização da formação em CCI da amostra em função do género .....	61
Tabela 10. Estatísticas relativas do conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI segundo o género.....	62
Tabela 11. Conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI segundo o género.....	62
Tabela 12 - Caracterização do nível de conhecimento dos enfermeiros em função das variáveis profissionais.....	63
Tabela 13 – Estatísticas relativas às dimensões da escala da motivação no trabalho .....	63
Tabela 14 - Caracterização do score das dimensões da motivação em função do género e do grupo etário.....	64
Tabela 15 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI .....	65
Tabela 16 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI .....	66
Tabela 17 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis do contexto de formação com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI .....	67
Tabela 18 – Correlações de Spearman relacionando o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI .....	67



## Lista de quadros

Quadro 1. Critérios para ingresso nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – Ambulatório, Cuidados domiciliários e Cuidados paliativos.....	43
Quadro 2. Critérios para ingresso nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – Internamento .....	44



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

artº - Artigo

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa de Coordenação Local

ECR - Equipa de Coordenação Regional

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ERPIS – Estrutura Residencial Para Idosos

et al. – e outros autores

Dp – Desvio Padrão

nº- número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infeção

PIIM – Plano Individual de Intervenção Multidisciplinar

RNCCI - Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados

RRH - Rede de Referência Hospitalar

s.d. – sem data

SBV – Suporte Básico de Vida

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*)

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UC - Unidade de Convalescença

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCC Viseense - Unidade de Cuidados na Comunidade Viseense

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UDPA - Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

## Introdução

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de saúde Familiar, enquanto área específica em Enfermagem, tem como objetivo principal a promoção da saúde do indivíduo, da população e da comunidade, contribuindo para a capacitação do indivíduo, dos grupos e das comunidades com a finalidade de obter ganhos em saúde. Neste processo, o enfermeiro observa as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, elaborando um diagnóstico de saúde, estabelecendo prioridades, formulando objetivos e estratégias com a finalidade de implementar e avaliar programas e propostas de intervenção para a resolução dos problemas identificados. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O enfermeiro deve trabalhar de forma a contribuir para o processo de capacitação do indivíduo, da família e comunidade, dirigindo as suas ações, tendo em conta as dificuldades dos mesmos, objetivando a melhoria da sua qualidade de vida, e com a finalidade de obter ganhos em saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O presente trabalho surge no âmbito da realização do Estágio com Relatório final em Enfermagem: Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, como área de opção o estágio e foi realizado, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Viseense. Esta unidade presta cuidados de saúde de domínio biopsicossocial de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física/psíquica e funcional. A UCC tem como visão ser representativo de boas práticas no contexto comunitário, através de uma gestão eficaz dos recursos humanos e materiais, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, garantindo os padrões de qualidade em saúde.

Nesta unidade, a ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados) funciona de acordo com a referenciação pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a pessoas residentes no concelho de Viseu. Tem atribuídas dez vagas, para utentes que necessitem de prestação de cuidados domiciliários, com avaliação médica, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social, de nutrição, entre outros. A referenciação cumpre critérios como sendo a pessoa de dependência funcional, doença grave em cuidados paliativos, doença aguda, necessidade de continuidade de cuidados iniciados noutras unidades e descanso do cuidador. A ECCI tem como objetivo aumentar a acessibilidade dos cuidados de saúde no domicílio e o grau de autonomia da pessoa em situação de dependência e da sua família. A ECCI recebe utentes referenciados do Centro

Hospitalar Tondela - Viseu, assim como das várias Unidades de Cuidados Continuados, garantindo a continuidade dos cuidados prestados ao utente/família/cuidador.

A RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho com a finalidade de prestação de cuidados de saúde e de apoio social a pessoas com dependência, independentemente da idade, com o objetivo de melhorar as suas condições de vida e de bem-estar, no sentido de se conseguir atingir metas de reabilitação e de manutenção. Foram criadas várias unidades de internamento e equipas domiciliárias como a ECCI.

Para um utente ingressar na RNCCI, terá de passar por um processo de referenciação, que pode ter duas origens, nos cuidados de saúde primários através dos centros de saúde e nos hospitais nos cuidados diferenciados. Quer num, quer noutro o processo de referenciação é feito através de uma equipa multidisciplinar (enfermeiro, médico e assistente social). Nos hospitais a equipa multidisciplinar da avaliação articula-se com a Equipa de Gestão de Altas (EGA). Cada utente referenciado tem de cumprir determinados critérios de saúde/doença e consoante estes, assim será a tipologia da unidade pertencente à RNCCI para a qual será admitido.

Este trabalho pretende ser esclarecedor do percurso realizado com base nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, assim como a investigação desenvolvida recorrendo à metodologia do planeamento em saúde para o desenvolvimento da intervenção. O diagnóstico de situação refletiu sobre o conhecimento dos enfermeiros do Centro Hospitalar Tondela - Viseu sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Com esta investigação pretende-se identificar o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI, verificar a relação das variáveis sociodemográficas, profissionais, no contexto de formação e motivação, com os conhecimentos dos enfermeiros. Este estudo foi de natureza quantitativo, de corte transversal, descritivo e correlacional, numa amostra de 38 enfermeiros do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. A recolha de dados foi realizada através de um questionário, durante os meses de junho a setembro.

Desta forma, o presente relatório tem como principal objetivo apresentar de forma sistemática as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, tendo em conta o contexto em que ocorreu, nomeadamente a situação atual da pandemia Covid-19, que exigiu um esforço acrescido de adaptação, como forma de aprendizagem pessoal e profissional. Seguiu-se como linha orientadora as competências Comuns do Enfermeiro Especialista, assim como as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Pretende-se que este relatório apresente uma descrição organizada de tudo o que foi realizado. Para a elaboração do mesmo, a metodologia utilizada foi a descritiva com observação direta, da realidade de aprendizagem, filiada a uma observação pessoal e de reflexão crítica, permitindo consolidar os conhecimentos adquiridos, integrando-os nas experiências vividas e permitindo a aquisição de competências na área de Enfermagem Comunitária.

O estágio promoveu uma consolidação de conhecimentos, desenvolvendo saberes e transpondo competências da teoria para a prática. As diferentes situações experienciadas no período de estágio levam a um crescimento profissional, e a uma melhoria contínua dos cuidados prestados. Considera-se esta etapa como uma fonte enriquecedora de conhecimentos técnicos e científicos e de relações humanas, quer profissionais, quer pessoais, conduzindo o cuidar com qualidade nos cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, com a finalidade de primazia dos cuidados na área de Enfermagem de Saúde comunitária e de Saúde pública.

Assim sendo, em termos estruturais, este relatório inicia-se com a caracterização do estágio e as competências específicas adquiridas, seguindo-se as das atividades realizadas, apresentando-se o estudo de investigação sobre o “Conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação para a Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados: uma realidade a nível hospitalar”, fazendo um enquadramento teórico, a metodologia, a apresentação e discussão dos resultados, e as conclusões do estudo. E por último a avaliação por competências comuns e específicas, e as considerações finais.



## 1. Caracterização do Estágio e Competências

É importante observar todo o percurso e refletir sobre as decisões tomadas, analisá-las, avaliá-las e ponderar se contribuíram para alcançar os objetivos inicialmente traçados. Desta forma, é importante refletir sobre toda a prática diária, para possibilitar o crescimento pessoal e profissional. Para se poder acompanhar a evolução, é necessária formação contínua e a procura da evidência científica oferecida pela investigação. A aquisição destas competências específicas tornou-se possível com o decorrer do Estágio com Relatório final em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, realizado na UCC Viseense. Neste sentido, realizou-se a aplicação prática das competências apreendidas em contexto teórico e as descritas no Regulamento n.º 428/2018 da ordem dos Enfermeiros.

A UCC Viseense encontra-se integrada no Centro de Saúde Viseu 3, pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões (ACeS), dependente da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro. Esta UCC iniciou funções a 18 de dezembro de 2018, tendo como missão: prestar cuidados de saúde de domínio biopsicossocial de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física/psíquica e funcional. Atua ainda na literacia em saúde e na integração em redes de apoio à família, garantindo sempre a continuidade, a acessibilidade, a satisfação dos utentes, o rigor e a excelência na prestação de cuidados, contribuindo para obtenção de ganhos em saúde. Pretende ainda ser um referencial de boas práticas em contexto comunitário, através da gestão eficaz e eficiente dos recursos físicos e humanos, garantindo a continuidade dos cuidados e assegurando os padrões de qualidade. Defende os seguintes valores: Respeito pela igualdade dos direitos, promoção da autonomia física e mental do utente, o direito à Saúde e a sua acessibilidade, atitude centrada nas pessoas, famílias e grupos, cumprimento dos princípios éticos e deontológicos, o reconhecimento da responsabilidade do utente pela sua saúde, respeito pelas boas praxis profissionais, gestão participativa baseada no sistema de comunicação assertiva e espírito de equipa entre todos os profissionais, promovendo a satisfação e motivação profissional.

A equipa da UCC Viseense é constituída por oito enfermeiros, uma nutricionista, uma técnica superior de serviço social, uma psicóloga clínica, uma médica e um fisioterapeuta. Esta equipa multidisciplinar está em permanência ou em colaboração parcial. Para responder às necessidades de saúde e sociais identificadas no diagnóstico de saúde e para assegurar o conjunto de programas e projetos que constam na carteira de serviços. Cada programa /projeto tem um elemento da equipa responsável pelo mesmo.

A ECCI presta cuidados a utentes inscritos nas USF Cidade Jardim, Grão Vasco e

Viriato. Dentro do horário de funcionamento desta unidade pode haver lugar para o alargamento para os fins de semana e feriados em caso de necessidade de prestação de cuidados inadiáveis a utentes integrados na ECCI entra as nove e as dezassete horas aos sábados, domingos e feriados, num período de quatro horas por dia. Tem ao seu dispor dez vagas, para utentes que precisem da prestação de cuidados de saúde ao domicílio, com avaliação médica, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e de nutrição, entre outros. O objetivo da ECCI é aumentar e garantir a melhoria do estado de saúde dos seus utentes, com a finalidade de obter ganhos em saúde.

### 1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº. 122/2011 de 18 de fevereiro), aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, serve de guia, para justificar as competências adquiridas. Neste contexto, ao longo deste percurso as competências que se pretendeu desenvolver foram as seguintes:

- “Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: desenvolve uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”

- “Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro.”

- “Competências do domínio da gestão dos cuidados: gere os cuidados de enfermagem, otimizando resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.”

- “Competências do domínio das aprendizagens profissionais: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

### **Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

No que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, durante todo o percurso formativo na UCC Viseense, foi sempre desenvolvida uma prática profissional e ética, baseada em princípios, valores e normas deontológicas, respeitando os direitos de todos aqueles que estiveram envolvidos em todo o processo, promovendo o exercício profissional de acordo com a deontologia de toda a equipa profissional.

No desenrolar deste estágio, as tomadas de decisão tiveram sempre em conta a defesa e o respeito pelos direitos humanos, baseando-se no conhecimento e experiência. Deste modo, nas visitas domiciliárias da ECCI assegurou-se a confidencialidade e a segurança escrita e oral, respeito pela privacidade, pelos valores, costumes e crenças espirituais. Foram também observadas situações específicas de cuidados especializados, para as quais foram desenvolvidas intervenções de enfermagem baseadas na responsabilidade, cumprindo os princípios básicos da ética, nomeadamente o princípio da autonomia, o princípio da justiça e o princípio da beneficência e não maleficência.

### **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

A criação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros (2001) traduziu a necessidade e preocupação com vista à melhoria da assistência prestada pelos enfermeiros. Da mesma forma, este enquadramento concetual é frequente para a prática especializada de enfermagem definido pelos respetivos colégios da especialidade, pois reflete a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados fornecidos aos cidadãos, por pressupor uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas. Neste sentido, todo o estágio refletiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados, bem como o estabelecimento de um ambiente terapêutico e melhoria contínua da qualidade.

Durante todo o estágio, foi sempre valorizada a comunicação, quer com os utentes, famílias, grupos e comunidade, mas também no seio da equipa multidisciplinar. A comunicação assume, assim, um papel importante para a prestação de cuidados de enfermagem. Com a possibilidade de realizar visitas domiciliárias permitiu desenvolver capacidades de comunicação com o utente e com a família, reagindo a situações imprevistas, realizando ensinamentos ao utente/família, no sentido de obter ganhos em saúde e por forma a maximizar as suas potencialidades. Sempre que possível envolveu-se a família na gestão de risco e a prevenção de riscos ambientais. Assim como, prevenção e controlo do risco de infeção associada aos cuidados prestados.

No decorrer do estágio foi também realizado um Manual de Boas Práticas, em que descreve os procedimentos que constituem as boas práticas na gestão da qualidade medicamentosa de modo a facilitar, organizar e uniformizar os procedimentos de gestão dos locais de armazenamento de medicamentos e produtos de saúde.

### **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

No que respeita a este domínio a Enfermeira Coordenadora da UCC Viseense, permitiu compreender como é realizada a gestão dos *stocks*, a gestão dos recursos humanos e materiais e mostrou a sua colaboração nas decisões da equipa de enfermagem. Foi possível ter conhecimento do funcionamento institucional, tanto da UCC, como da ECCI. Sendo o conhecimento de toda a equipa de enfermagem, a dinâmica de funcionamento da UCC e ECCI imprescindível para gerir eficazmente os cuidados prestados.

Ainda neste domínio, foi importante conhecer as metas, projetos, indicadores e objetivos da UCC e ECCI, para poder compreender de forma mais clara e objetiva o modo de funcionamento e articulação eficiente dos recursos, com o objetivo de promover a qualidade. Na ECCI foi realizado admissão de novos utentes e observada como é feita a referenciação dos utentes para a ECCI.

Com o decorrer do estágio foram vários os condicionantes, que de uma forma ou de outra exerceram influência na sua realização. Face à situação que vivemos neste momento da pandemia do Covid-19, que desencadeou todo o processo de Vacinação do Covid-19 à comunidade, todas as atividades da UCC Viseense foram alteradas e reajustadas mediante os recursos humanos disponíveis. De salientar com o esforço contínuo e coletivo de toda a equipa de enfermagem, a ECCI garantiu a continuidade da prestação dos cuidados de saúde a todos os seus utentes, não esquecendo todas as outras atividades que a UCC desenvolve. Durante todo o estágio sempre participamos em todas as atividades propostas, e neste momento devido a atual situação da vacinação de toda a população fomos solicitadas para colaborar com toda a equipa de enfermagem neste processo.

Devido à situação pandémica que se vive neste momento, todos os projetos da Saúde Escolar estão estagnados. Apenas eram realizadas formações online, quando os vários agrupamentos escolares os solicitavam. Eram realizadas formações online a várias turnas, abordando os temas que os professores responsáveis solicitavam, havendo bastante dinâmica com os alunos. Devido à grande afluência de trabalho da unidade e a solicitação da equipa, foi realizada uma formação à equipa e fomos formandas de várias formações em serviço. De todo o restante trabalho realizado na UCC foi importante para o crescimento pessoal e profissional. Todo este percurso foi desenvolvido pela afluência de trabalho que a

UCC apresentava, e é fomentado através de um ambiente positivo que é fundamental para a motivação de toda a equipa e para um desempenho diferenciado.

### **Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

Ao longo do estágio, vários foram os momentos que possibilitaram articulação entre os diversos saberes e competências da prática especializada de enfermagem. Considera-se, que colocamos em prática todo o saber, quer ao nível de conhecimentos teóricos desenvolvidos, como ao nível da relação interpessoal e na gestão de sentimentos, emoções e em situações de pressão. Foi fundamental mobilizar conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos durante a componente teórica do curso, bem como, acrescentar muita pesquisa bibliográfica, sempre que necessário. A Ordem dos Enfermeiros (2009), afirma que, o enfermeiro especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando sempre a sua prática no conhecimento científico sólido e documentado, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo.

No âmbito deste domínio, e de acordo com as necessidades sentidas pela equipa da UCC, foi realizada uma formação em serviço, a toda a equipa de enfermagem, sobre “Comunicação: Linguagem Verbal e Não Verbal”. A equipa mostrou-se recetiva e dinâmica com a formação apresentada. Foram realizadas várias formações, lecionadas pelos enfermeiros da unidade sobre SBV e atuação na anafilaxia: orientações em tempo covid e PBCI, às quais assistimos como formandas. Houve também a oportunidade de assistir a várias reuniões semanais da equipa na unidade.

Devido à situação pandémica que estamos a viver os projetos da Saúde Escolar estão estagnados. Neste momento apenas se realiza as formações aos alunos, as quais os professores achem pertinentes aos vários agrupamentos escolares. Assim neste contexto e devido à grande afluência de trabalho da Unidade foram realizadas formações *online* a turmas do 6º ano e 9º ano de escolaridade, sobre “Afetos e Sexualidade”, “Tenho Diabetes e Agora”, sendo que o feedback foi bastante positivo.

#### **1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista**

A Ordem dos Enfermeiros afirma que “os cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública têm como foco as respostas humanas aos processos de

vida e aos problemas de saúde de grupos e comunidade, através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empoderamento comunitário na consecução de projetos de saúde comunitários e exercício da cidadania”. E ainda, que o enfermeiro especialista “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado no domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas 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 a um campo de intervenção” (Ordem Enfermeiros, 2011).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem comunitária e de saúde pública são:

- Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para a capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Para a aquisição destas competências, foi necessário durante esta etapa, a mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos através do Plano de estudos do Curso de Mestrado e a procura da melhor evidência científica, recorrendo à pesquisa bibliográfica.

Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária, é de salientar que, é fundamental a realização da metodologia do Planeamento em Saúde, tendo em consideração as suas diferentes etapas. Para tal, procedeu-se à elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, estabeleceram-se prioridades, e formularam-se objetivos e estratégias face à priorização das necessidades. Foi estabelecido um projeto de intervenção intitulado “Conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: uma realidade a nível hospitalar”, com a finalidade de resolver problemas identificados. Pretende-se verificar o nível de conhecimento dos enfermeiros, no Centro Hospitalar Tondela – Viseu, sobre a referenciação para RNCCI. No hospital são regularmente referenciados utentes para a RNCCI, e os enfermeiros têm dúvidas sobre esta referenciação. Os enfermeiros avaliam as necessidades dos utentes, envolvendo a família, tentando saber os ambientes que apoiam a saúde e se oferecem ao utente proteção contra possíveis ameaças da saúde. Posteriormente é comunicado ao médico assistente e

seguidamente é referenciado à assistente social. É realizado o preenchimento do formulário manualmente, que posteriormente é entregue na EGA, que está sediada no hospital, que é composta por um enfermeiro, um médico e um assistente social. Cada utente referenciado deve cumprir determinados critérios de saúde/doença, e de acordo com estes, assim será determinada a tipologia da unidade para o qual o utente é referenciado, e posteriormente admitido. A função desta equipa é preparar e gerir as altas hospitalares, com os outros serviços para os utentes que necessitem de seguimento de cuidados de saúde e de apoio social, seja no domicílio, seja em articulação com as unidades de internamento da Rede, existentes na área de influência hospitalar. A EGA avalia e confirma a proposta de referência dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI.

Neste âmbito, este estágio contribuiu essencialmente para a aquisição das competências *“Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”* e *“Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades”*.



## **2. Atividades realizadas**

No decorrer deste estágio, todas as atividades desenvolvidas, mostraram uma experiência fundamental, para a preparação de um futuro profissional na prestação de cuidados de enfermagem especializados de enfermagem comunitária. Deste modo, este estágio, contribuiu para a consolidação de conhecimentos, adquiridos ao longo da vida profissional, e das atividades desenvolvidas durante todo o percurso do mestrado. Neste sentido, as atividades planeadas e desenvolvidas foram muito importantes e pertinentes para o estágio e também para todo o processo formativo e de aquisição de competências especializadas. O processo de aprendizagem é contínuo, e neste início na área de comunitária, tem-se a noção de que, é necessário, um estudo constante para a aquisição de novos conhecimentos. Os objetivos inicialmente traçados, bem como as atividades realizadas para os alcançar foram atingidos.

De seguida, relata-se todas as atividades desenvolvidas, durante todo o percurso do estágio.

### **Atividades no âmbito da ECCI**

Neste contexto pandémico que estamos a viver, o nosso foco de cuidados eram os utentes e famílias inseridos na ECCI. Neste sentido, compreendeu-se toda a dinâmica de cuidados no âmbito da ECCI, que assegura a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Os cuidados ao domicílio, prestados pela equipa da ECCI, destinam-se a utentes inscritos nas USF Cidade Jardim, Grão Vasco e Viriato. Dentro do horário de funcionamento desta unidade pode haver lugar para o alargamento para os fins de semana e feriados em caso de necessidade de prestação de cuidados inadiáveis a utentes integrados na ECCI entra as nove e as dezassete horas aos sábados e domingos e feriados, num período de quatro horas por dia. Foram realizadas várias visitas domiciliárias, na sua grande parte foi realizado tratamentos a feridas, mas também se realizou os outros cuidados de saúde. Com a equipa multidisciplinar foram realizados cuidados de promoção do autocuidado com o enfermeiro especialista de reabilitação, apoio emocional e psicológico com o apoio do enfermeiro especialista de saúde mental, administração de fármacos antituberculostáticos através do programa de tratamento diretamente observado (TDO). Nestas visitas domiciliárias, foi realizado educação para a saúde ao utente/cuidador/família sobre posicionamentos, alimentação, produtos de higiene necessários e esclarecimento de todas as dúvidas do utente/cuidador/família, no que diz respeito ao tratamento de feridas. Foi realizada colheita de dados e transmitida informação importante a utente/cuidador/família,

em relação aos diagnósticos de enfermagem sendo descrito o respetivo plano de cuidados individualizados, de acordo com os recursos existentes. O ambiente no qual o utente vive influencia os estilos de vida e vão se repercutir na sua saúde. Fazendo o ensino sobre a prevenção da doença e promovendo os processos de readaptação, o objetivo foi a satisfação das necessidades do utente e procurando alguma independência na realização de algumas atividades de vida diária.

Nas visitas domiciliárias foi sempre valorizado o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do utente. Uma procura constante de empatia com o utente/cuidador/família, o envolvimento da família no processo de cuidados de saúde. A identificação de situações de saúde do utente/família. A integração gradual do desempenho das atividades e a possibilidade de esclarecer dúvidas com a equipa, contribuíram para uma boa integração e um bom trabalho na dinâmica e organização desta unidade, nomeadamente na ECCI.

No âmbito da ECCI foram realizados ensinamentos ao utente/cuidador/família, relativamente à condição de saúde, às necessidades identificadas, de forma a capacitar o utente/cuidador/família, no sentido de obter ganhos em saúde. O estabelecimento de planos de cuidados de enfermagem, envolvendo sempre o utente/cuidador/família, tendo sempre presente a promoção da educação para a saúde, nos vários contextos.

Foram desenvolvidas competências relacionais e comunicacionais adequadas para dar resposta aos problemas dos utentes, dos cuidadores e das famílias. Desta forma, foi realizada uma participação ativa no processo de intervenção utente/família com necessidade de cuidados especializados. Foi defendido sempre o consentimento informado, bem como a capacitação do utente/cuidador/família de forma a tomarem decisões fundamentadas e esclarecidas. Foi sempre utilizada uma linguagem clara e precisa para esclarecer dúvidas e realizar ensinamentos ao utente/cuidador/família. Foi sempre estabelecida uma comunicação terapêutica com utente/cuidador/família mostrando sempre empatia e solidariedade, adequando a linguagem e vocabulário à situação.

Nos cuidados ao utente/cuidador/família na ECCI, os conhecimentos do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária foram fundamentais para a avaliação do estado de saúde do utente e do seu cuidador, utilizando a Escala de Zarit. Esta escala faz avaliação da sobrecarga dos cuidadores e tem como finalidade avaliar a sobrecarga do cuidador do utente. Esta escala na maioria das vezes não era realizada na presença do utente, e era sempre utilizada uma linguagem clara e precisa. A competência de uma comunicação adequada com utente/cuidador/família e comunidades é considerada essencial para a prática de enfermagem. Campos, Silva e Silva (2019, p. 712) postulam que “a comunicação

e a relação interpessoal em cuidados paliativos são elementos importantes para assegurar o respaldo total a pacientes e suas famílias”. Assim, deve reconhecer-se a individualidade dos utentes/cuidadores/famílias e comunidades e possibilitar-lhes, através de técnicas adequadas, expressar as suas angústias, medos, dúvidas e expectativas. Através de uma comunicação adequada transmitindo-se formas de enfrentarem a condição atual.

Nas visitas domiciliárias para a administração de fármacos antituberculostáticos através do programa de tratamento diretamente observado, o papel do enfermeiro especialista foi, muito importante. Neste contexto as visitas domiciliárias aos utentes eram prestadas os cuidados de enfermagem necessários, incluindo medidas terapêuticas, gestão do regime terapêutico, promovendo a capacitação do utente e realizando educação para a saúde. Desta forma, foi realizada uma participação ativa no processo de intervenção utente/cuidador/família com necessidade de cuidados especializados.

Ao longo do estágio, foram desenvolvidas competências relacionais e comunicacionais adequadas para dar resposta aos problemas dos utentes, dos cuidadores e das famílias.

Foram criadas relações de trabalho construtivas com os enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, sempre num ambiente físico, psicossocial, cultural, espiritual gerador de segurança e proteção do utente/família, nomeadamente em relação à terapêutica, dados e registos. Foi realizado todo o trabalho em colaboração com todos os elementos da equipa multidisciplinar, de forma a promover o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais.

Nas visitas domiciliárias foi muito importante o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos espirituais, a procura de empatia com o utente/cuidador/família, o envolvimento do utente/cuidador/família, a supervisão das atividades desenvolvidas pelo utente/cuidador/família, fazendo promover estilos de vida saudáveis, a identificação rápida de problemas e a sua referenciação para outros profissionais de saúde, a continuidade da prestação dos cuidados de saúde, e a preparação para a alta clínica.

Todas as intervenções foram sempre registadas na plataforma *Scĺnico e Gest care*. A existência deste sistema informático facilitou o registo das necessidades de cuidados de enfermagem do utente/cuidador/família, as respetivas intervenções de enfermagem e os resultados observados a essas intervenções de enfermagem. Quando era admitido um novo utente era elaborado o Plano Individual de Intervenção Multidisciplinar (PIIM). Estes novos utentes que vinham referenciados da RNCCI, era permitido o acesso dos seus dados aos profissionais da equipa, com a utilização das respetivas credenciais. Era também nesta plataforma que se registava a alta clínica de um utente.

No âmbito da ECCI, a comunicação é muito importante, utilizando sempre uma linguagem clara e precisa. Todas as intervenções de enfermagem visam para a promoção da saúde, incentivando a estilos de vida saudáveis, observando as condições e situações de risco. Nas visitas domiciliárias todas as intervenções devem ser dirigidas com a finalidade de manter e/ou desenvolver as capacidades do indivíduo/família/cuidador para uma vivência o mais autónoma possível.

### **Atividades de Formação**

A *American Medical Association* (s.d.) reforça a comunicação centrada no indivíduo e seus familiares, referindo que esta é a chave para uma assistência de qualidade. Uma boa comunicação é um imperativo ético, necessário para o consentimento informado e o envolvimento eficaz da pessoa cuidada e seus familiares nos cuidados, bem como um meio de evitar erros, melhorar a qualidade e alcançar melhores resultados de saúde.

Durante o percurso do estágio foi realizada a colaboração no planeamento e gestão dos recursos materiais e humanos para a realização de todas as atividades desenvolvidas pela UCC. Durante o planeamento das várias atividades, foi possível conhecer as diversas unidades funcionais, e perceber como se articulam entre si e com a UCC, sempre com objetivo para a capacitação do utente/família/comunidade.

A comunicação para a saúde tem como finalidade informar a população sobre questões relacionadas com a saúde. Com a pandemia vários projetos da UCC estavam estagnados, nomeadamente a Saúde Escolar. Mas devido ao grande aporte de trabalho da unidade, foi solicitado a realização de várias formações online a vários agrupamentos escolares. A grande parte do nosso dia é gasto na escola e no nosso local de trabalho, por isso são importantes intervenções para a promoção da saúde. A utilização de novos meios de comunicação e de novas tecnologias informáticas, têm como finalidade informar a população, estando recetivos para esclarecer dúvidas, com o objetivo de promover a saúde. Neste contexto foram realizadas algumas ações de formação *online* a alunos do 6º ano e 9º ano de escolaridade de alguns agrupamentos escolares, sobre “Afetos e Sexualidade”, “Tenho Diabetes e Agora?”, sendo que o feedback foi bastante positivo. Neste âmbito de acordo com as necessidades sentidas pela equipa da UCC, foi também realizada uma formação em serviço, a toda a equipa de enfermagem, sobre “Comunicação: Linguagem Verbal e Não Verbal”. Como formanda foram assistidas várias ações de formações, lecionadas pela equipa de enfermagem da UCC, sobre SBV e atuação na Anafilaxia: orientações em tempo Covid; PBCI.

## Publicações

A comunicação para a saúde visa melhorar a literacia em saúde. Esta comunicação inclui a educação para a saúde, o jornalismo em saúde, a comunicação social, o marketing social, entre outros. O *empowerment* para a saúde visa aumentar a capacidade de cada indivíduo, para tomar decisões sobre a sua saúde. São vários os fatores que influenciam o estado de saúde do indivíduo. Durante o estágio foram redigidos dois artigos para jornais locais de Viseu (Diário de Viseu, Jornal do Centro), “Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho” e “Dia Mundial sem Tabaco”, sempre com a finalidade de promoção do conhecimento comparativamente à condição de saúde, com o objetivo de os capacitar.

A educação para a saúde não discute apenas a transmissão de informações sobre a saúde, faz também a promoção da motivação e da autoestima, com a finalidade de adotar medidas para melhorar o estado de saúde. A investigação tem mostrado que os programas de promoção de saúde, através da informação, dão origem à procura de mudança de estilos de vida.

## Outras Atividades

Neste estágio foi crucial a realização de pesquisa bibliográfica constante para a atualização de conhecimentos, para posteriormente melhorar as intervenções especializadas em Enfermagem Comunitária. Assim, com a harmonização dos conhecimentos técnico-científicos adquiridos na área da Enfermagem Comunitária é possível reconhecer as necessidades comprometidas do utente/família/grupos/comunidade sob o ponto de vista físico, funcional, emocional e psíquico.

Face ao contexto atual da Covid-19 e a necessidade urgente de vacinação da comunidade, foi realizada a participação na preparação, administração das vacinas nas Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPIS) e no Pavilhão de Vacinação, realizando o respetivo registo no *Sclínico*.

Foi reorganizado o Armazém Avançado e elaborado o Manual de Boas Práticas para a UCC. Participação nas reuniões semanais da unidade, onde a equipa esclarecia dúvidas, e realizavam o agendamento e planeamento todas as atividades semanais.

O mês de abril é assinalado com os “Maus Tratos Infantis”, neste âmbito foi realizado um Laço Azul com várias mensagens alertando para esta situação que afeta a nossa

comunidade. Neste sentido foi realizado a educação para a saúde, apoiando o utente/família/cuidador para a satisfação das suas necessidades físicas, mentais e sociais.

O processo de interação com os cuidados é sempre baseado numa relação terapêutica com uma comunicação assertiva, e sem quaisquer juízos de valor, costumes e religiões. A prestação de cuidados de enfermagem, é baseada pelo conhecimento, pela investigação, e pela reflexão sobre as práticas exercidas, para isto foi realizado constantemente e sempre que necessário, pesquisas para retirar dúvidas e aumentar os conhecimentos, sempre fundamentando a prática na evidência científica. Em todas as atividades realizados no decorrer do estágio foi sempre respeitado os princípios éticos, deontológicos, adotando sempre uma postura correta, aceitando a responsabilidade partilhada, respondendo pelas ações e decisões. Foi sempre imprescindível a pesquisa bibliográfica permanente para atualização dos conhecimentos previamente adquiridos, isto para uma melhor intervenção especializada em Enfermagem Comunitária. Com o decorrer do estágio foi-se criando uma relação assertiva com toda a equipa, partilhando conhecimentos de forma contínua, adotando uma postura correta e responsável de forma a desenvolver empatia e confiança, demonstrando sempre disponibilidade e interesse na aprendizagem, participando na tomada de decisões com os elementos da equipa, revelando sempre iniciativa e criatividade. Todo este empenho é necessário para o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

## **2.1. Estudo – Conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: uma realidade a nível hospitalar**

Durante o estágio, decidiu-se realizar este trabalho de investigação, uma vez que observamos que os enfermeiros da área hospitalar demonstram dúvidas sobre o processo de referenciação dos utentes para a RNCCI. Foi realizado um planeamento de investigação, selecionada a amostra a estudar. Elaborou-se um instrumento de colheita de dados, e pediu-se as autorizações necessárias para a realização do estudo.

### **2.1.1. Enquadramento teórico**

A Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, numa parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, com o objetivo de promover a abertura organizacional a novos modelos de cuidados, com integração de paradigmas de respostas intersetoriais e

multidisciplinares, orientados para a prestação de cuidados de saúde e de apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, no sentido de se conseguir atingir metas de reabilitação e de manutenção e, ou seja, melhorar as suas condições de vida e de bem-estar.

Para cumprir tal aspiração estruturou-se como rede que articula unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde e/ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais, exigindo por isso uma coordenação conjunta entre os Ministérios supracitados.

Foram, assim, criadas unidades de internamento (unidades de convalescença [UC], de média duração e reabilitação [UMDR], de longa duração e manutenção [ULDM] e de cuidados paliativos [UCP]), unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção da autonomia [UDPA]), equipas hospitalares (equipas de gestão de altas [EGA] e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos) e equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados [ECCI] e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos).

Como objetivos específicos, pretende:

- Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
- Promover a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que, mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- Apoiar, acompanhar e proporcionar o internamento tecnicamente adequados à especificidade de cada situação;
- Promover a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- Apoiar os familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- Articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de

cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Segundo Dias e Queirós (2010), a RNCCI surgiu devido à escassez de recursos para os cuidados de convalescença, reabilitação, longa duração e paliativos. Em Portugal, tal como já referido anteriormente, a RNCCI foi criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, tendo como finalidade:

A instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais – Elos de ligação diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade

A RNCCI possui uma coordenação nacional e é caracterizada fundamentalmente pela descentralização ao nível das regiões de saúde. Em termos regionais, é seguida uma nova descentralização, que se encontra atualmente operacional para as várias equipas que aprofundam o acesso dos doentes à RNCCI por meio de um sistema de referência a partir de outros dois níveis de cuidados e de fluxo dentro da rede.

Conforme o Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (s.d.), a principal finalidade consistiu na definição de um Plano de Desenvolvimento da RNCCI, para 2016-2019, que se configura como: “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (art.º 4º, nº1). Para esse desígnio cooperam “a reabilitação, a readaptação e a reintegração social” e “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis” (art.º 5º, nº 1, alínea a) e b).

O referido plano preconiza também que a RNCCI é destinada a pessoas que, independentemente da idade, estejam em situação de dependência. A Rede integra “equipas dos hospitais, dos CSP, dos serviços sociais locais e regionais, da rede de apoio social e dos municípios. Está desenhada para prestar cuidados em regime de internamento e em unidades de ambulatório” (Sistema Nacional de Saúde, 2016). Caracteriza-se ainda por uma assistência biopsicossocial em termos de prestação de cuidados e deve contemplar um plano individual multidisciplinar para cada utente, definindo metas que a serem avaliadas e monitorizadas periodicamente, cujo objetivo primordial consiste em ganhos em autonomia do utente (Sistema Nacional de Saúde, 2016). A Rede consistiu, assim, na reforma fundamental do Sistema Nacional de Saúde, bem como do sistema de solidariedade e

segurança social. Presentemente, os hospitais públicos garantem a continuidade de cuidados, designadamente aos utentes que são referenciados para a RNCCI. Todavia, nem sempre a oferta consegue dar resposta à procura de cuidados de saúde e sociais após a alta (Santos, 2018).

Em meio hospitalar a EGA articula-se com a equipa multidisciplinar de avaliação. Cada pessoa doente referenciada tem de cumprir determinados critérios de saúde/doença e consoante estes, assim será a tipologia da unidade pertencente à RNCCI para a qual será admitido. Um critério nunca poderá ser simples e unicamente do foro social. Por outras palavras, para cada tipo de instituição, assim serão os requisitos que uma pessoa doente tem de preencher (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

A coordenação nacional da RNCCI é garantida pela Administração Central do Sistema de Saúde, com dois níveis territoriais de operacionalização, nomeadamente o regional e o local, assegurados pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), que se encontram sediadas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), bem como pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL), sediadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e em Unidades Locais de Saúde, que não tenha ACeS constituído, conforme a Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

No que se refere à sua operacionalização, o acesso à RNCCI é feito através de proposta na plataforma SI RNCCI (aplicativo de monitorização da RNCCI), para a ECL que corresponde à área de residência do utente, sendo esta uma proposta realizada pelas equipas hospitalares (EGA), quando o utente se encontra hospitalizado, ou pelas equipas referenciadoras de Centros de Saúde, se o utente estiver no domicílio. Dependendo dos critérios de admissão, a EGA ou a equipa do Centro de Saúde optam pela tipologia que melhor se apropria às necessidades do utente e em parceria com a família. A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar cuja função consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que necessitam de seguimento para os seus problemas de saúde e sociais, seja no domicílio, seja em articulação com as unidades de internamento da Rede presentes na área de influência hospitalar. A EGA avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI. A EGA está sediada no hospital de agudos e deve incorporar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social (Decreto-Lei n.º 101/2006, Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, e Portaria 50/2017, de 2 de fevereiro).

O processo assistencial configura-se complexo e obriga que os cuidados de enfermagem sejam contínuos para se garantir a qualidade assistencial a que o utente tem direito. Como tal, é impreterível que se reflita e análise “o papel que os enfermeiros

desempenham para assegurar a continuidade de cuidados (...) nomeadamente cuidados após a alta” (Santos, 2018, p. 28). De acordo com a mesma autora, a continuidade de cuidados consiste na forma através da “qual os cuidados são percebidos pelo cliente como coerentes, espectáveis e ligados no tempo. Os enfermeiros são os profissionais que, pela essência do seu trabalho como cuidado diário, assumem esta continuidade na sua máxima expressão” (Santos, 2018, p. 28).

Através da criação da Rede de Referência Hospitalar (RRH) passou a assegurar-se a continuidade de cuidados intra e interinstitucional (Serviço Nacional de Saúde, 2016). Trata-se de uma rede integrada que se articula e complementariza com os diferentes níveis de cuidados.

O Plano Nacional de Saúde extensão a 2020 define como um dos seus eixos prioritários a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, e a qualidade em saúde, propondo orientações estratégicas, designadamente o reforço da articulação dos serviços de saúde mediante a reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente (Portaria n.º 147/2016, 2016)

A sua criação relaciona-se com os cuidados diferenciados, permanentes e de promoção da saúde, acompanhamento e de desenvolvimento tecnológico que permitam dar respostas de proximidade e dar resposta às necessidades de todos os utentes. Assim sendo, torna-se imperioso que os enfermeiros que exercem em meio hospitalar saibam como se processa a continuidade de cuidados, nomeadamente o processo de referência do utente para a RNCCI, bem como tenham conhecimentos que lhes permitam combinar estratégias e recursos, de forma a atender aos interesses dos utentes, bem como aos prestadores de cuidados informais, dos profissionais e das instituições de saúde.

A RNCCI foi constituída com o objetivo de lutar

contra a marginalização, o abandono e o isolamento, em defesa da dignidade dos mais carenciados, combatendo, de uma maneira mais eficaz, as iniquidades e desigualdades, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017, p.4)

Para um utente ingressar na RNCCI, terá de passar por um processo de referência, o qual pode ter origem em dois pontos essenciais: os Cuidados de Saúde Primários, através dos Centros de Saúde e os cuidados de saúde diferenciados, no âmbito hospitalar. Quer o Centro de Saúde, quer o Hospital, através da referência multidisciplinar (Médico, Enfermeiro e Assistente Social) do utente proporciona a admissão da pessoa doente RNCCI (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017).

Em contexto hospitalar, a equipa multidisciplinar de avaliação, para tal efeito, tem de se articular com a EGA. Cada utente referenciado tem de cumprir alguns critérios de saúde/doença e de acordo com os mesmos assim será a tipologia da unidade pertencente à RNCCI para a qual será admitido. No entanto, há a ressaltar que um critério jamais poderá ser simples e somente do foro social, ou seja, para cada tipo de instituição, assim serão os requisitos que o utente tem de preencher. Por conseguinte, identificam-se seguidamente esses requisitos, tendo em conta a tipologia institucional e a Diretiva Técnica nº 1/ Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados/2008, de 7 de janeiro, e o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho.

Quadro 1. Critérios para ingresso nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – Ambulatório, Cuidados domiciliários e Cuidados paliativos

<b>Unidade/ Equipa</b>	<b>Critérios Gerais para ingresso</b>	<b>Critérios específicos para ingresso</b>
Unidade de Cuidados Paliativos	- Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outros;	- Doente com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal, que requerem cuidados em regime de internamento para orientação ou aplicação do plano terapêutico paliativo;
Equipa de Cuidados Continuados Integrados	- Dependência funcional prolongada; Idosos com critérios de fragilidade; Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;	- Doente em situação de dependência de um doente portador de doenças grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia base;
Unidade de Dia e Promoção da Autonomia	- Doença severa, em fase avançada ou terminal.	- Doente em situações já descritas, mas com o objetivo do descanso do principal cuidador. - Doente em situação de dependência em que reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita. - Doente com situação de dependência que reúna condições para lhe serem prestados os cuidados de que necessita em regime de ambulatório.
<p>Critérios gerais para exclusão de unidades de internamento (Unidade de Convalescença, Unidade de Cuidados de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Longa Duração e Manutenção, Unidade de Cuidados Paliativos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doente com episódio de doença em fase aguda;</li> <li>• Doente que necessita exclusivamente de apoio social;</li> <li>• Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico;</li> <li>• Doente que requeira exclusivamente cuidados paliativos, quando não se trate de admissão em unidade destinada a esse fim;</li> <li>• Doente infetado, cujo regime terapêutico inclua medicamentos de utilização unicamente hospitalar.</li> </ul>		

Fonte: Diretiva Técnica nº1/Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados/2008 de 7 de janeiro e o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho

Quadro 2. Critérios para ingresso nas diferentes unidades e equipas da RNCCI – Internamento

Unidade/ Equipa	Critérios Gerais para ingresso	Critérios específicos para ingresso
Unidade de Convalescença	Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outros;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes e de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reabilitação Intensiva;</li> <li>- Alimentação por sonda nasogástrica;</li> <li>- Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;</li> <li>- Manutenção e tratamento de estomas;</li> <li>- Terapêutica parentérica;</li> <li>- Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não-invasiva;</li> </ul> </li> <li>- Doente com necessidades de ajustes terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;</li> <li>- Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperáveis a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;</li> <li>- Doente crónico com risco iminente de descompensação;</li> <li>- Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível igual ou menor a 30 dias; doente com síndrome de imobilização.</li> <li>- Doente com necessidade de cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes e de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reabilitação intensiva;</li> <li>- Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;</li> <li>- Prevenção ou tratamento de úlceras;</li> <li>- Manutenção e tratamento de estomas;</li> </ul> </li> <li>- Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção;</li> <li>- Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível até 90 dias;</li> <li>- Doente com síndrome de imobilização.</li> <li>- Doente em situação de dependência que:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Requeira cuidados médicos e de enfermagem;</li> <li>- Por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas atividades da vida diária;</li> <li>- Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica e funcional;</li> </ul> </li> <li>- Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo;</li> <li>- Doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;</li> <li>- Doentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador necessite de descanso.</li> </ul>
Unidade de Média Duração e Reabilitação	Dependência funcional prolongada;	
Unidade de Longa Duração e Manutenção	Idosos com critérios de fragilidade;	
	Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;  Doença severa, em fase avançada ou terminal.	
<p>Critérios gerais para exclusão de unidades de internamento (Unidade de Convalescença, Unidade de Cuidados de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Longa Duração e Manutenção, Unidade de Cuidados Paliativos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doente com episódio de doença em fase aguda;</li> <li>• Doente que necessita exclusivamente de apoio social;</li> <li>• Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico;</li> <li>• Doente que requeira exclusivamente cuidados paliativos, quando não se trate de admissão em unidade destinada a esse fim;</li> <li>• Doente infetado, cujo regime terapêutico inclua medicamentos de utilização unicamente hospitalar.</li> </ul>		

Fonte: Diretiva Técnica nº1/Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados/2008 de 7 de janeiro e o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho

De acordo com o exposto nos quadros anteriores, pode dizer-se que o processo de referenciação de utentes para a RNCCI é complexo e, em muitos casos, é um processo

moroso, na medida em que exige a intervenção articulada e interdependente de diversas equipas intervenientes: Equipa Multidisciplinar de Cuidados, EGA, Equipa de Coordenação Local (ECL) e Equipa de Coordenação Regional (ECR).

Bonito (2018) realizou um estudo quantitativo, retrospectivo, caso-controlo, do tipo descritivo, no qual avaliou o impacto da referenciação para a RNCCI na demora média hospitalar, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, no Hospital Beatriz Ângelo. Os resultados mostram que, no período em análise, registou-se que os utentes com maior referenciação para a RNCCI situavam-se na faixa etária entre os 65 e 84 anos (59 % em 2015 e 54% em 2016). Os resultados evidenciam que os utentes referenciados para a RNCCI pelo Hospital em estudo tiveram uma demora média de internamento superior aos utentes não referenciados para a RNCCI, no período estudado. Relativamente aos dez grupos diagnósticos homogéneos mais referenciados pelo Hospital, que rondaram os 43,7% das referenciações todos eles tiveram uma demora média superior comparativamente aos utentes não referenciados, no período em estudo.

Fonseca-Teixeira et al. (2020), no seu estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, procuraram compreender a referenciação para a RNCCI tendo em conta a perspetiva de enfermeiros que exercem nessa área assistencial. A recolha de dados decorreu entre julho e setembro de 2019, numa amostra de doze enfermeiros que trabalham em ECCI do norte de Portugal. Os resultados revelam que os enfermeiros relataram que há dificuldades e constrangimentos no processo de referenciação dos utentes para a RNCCI, tratando-se de um processo muito burocrático, complexo e demorado, o que condiciona a acessibilidade dos utentes aos cuidados em tempo útil, o que contribui para o agravamento do estado clínico de alguns utentes. Referiram ainda que há poucos profissionais, o que resulta na procura de serviços pela via da urgência.

Referencia-se também o estudo de Santos (2018), com uma amostra de sessenta e nove enfermeiros a exercerem na área da continuidade de cuidados de cinco distritos do norte de Portugal e de quinze hospitais. Os resultados revelam o reconhecimento dos enfermeiros de ligação no serviço, a existência de um formulário próprio e o recurso a vários meios, sendo exemplo o telefone, o correio eletrónico e o sistema informático, promotores da continuidade de cuidados. A autora verificou que os enfermeiros, no contexto hospitalar, desenvolvem um processo estruturado do planeamento de alta. Todavia, apurou que a operacionalização da ligação intra e interinstitucional na continuidade de cuidados não é consensual nos hospitais estudados, ou seja, enquanto uns assumem a existência de um enfermeiro de ligação intrainstitucional (enfermeiro de referência ou enfermeiro de reabilitação do serviço), outros mencionam que o elo de ligação na continuidade de cuidados é assumido pelo enfermeiro da EGA.

### **2.1.2. Metodologia**

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), os métodos são formalizações específicas do procedimento, percursos diferentes, concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados. O procedimento científico é, pois, um conjunto de passos a percorrer e um dos meios utilizados para se atingir esses objetivos. Desta forma, expor o procedimento consiste em descrever e analisar a metodologia utilizada, as suas potencialidades e limites.

De seguida, será dado a conhecer o problema e justificação do estudo, as questões de investigação, os objetivos, o tipo de estudo efetuado, variáveis em estudo e sua operacionalização, a amostra, o instrumento de colheita de dados, princípios éticos tidos em conta na execução deste estudo, o tratamento e análise dos dados, com consequente discussão dos resultados.

#### **Justificação do estudo**

Tendo-se verificado a escassez de estudos acerca do conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Integrados, a nível hospitalar, e sendo a Enfermagem uma ciência que assume como foco de atuação – as respostas humanas aos processos de vida e de transição da pessoa no processo de saúde/doença e vice-versa, com ênfase na necessidade de desenvolvimento das práticas, como suporte de um exercício profissional mais crítico-reflexivo é, claramente indispensável que se estude o conhecimento dos enfermeiros na área citada.

Os utentes que estão internados em hospital do Serviço Nacional de Saúde, podem ser referenciados para a RNCCI através do serviço onde se encontram internados. Os profissionais de saúde do serviço do hospital onde estes se encontram internados referenciam-nos para potencial ingresso na RNCCI. A proposta de referenciação é enviada à EGA do Hospital, a quem compete avaliar e confirmar toda a informação até ao momento da alta. Após a confirmação da informação, a EGA envia a proposta para a ECL. Assim, a referenciação de utentes e os procedimentos relativos a situações de prorrogação de internamento, mobilidade e alta, requer conhecimentos por parte dos enfermeiros, sendo este o objeto do presente estudo.

Em conformidade com o mandato social da enfermagem, está explícita com clareza que os enfermeiros têm como dever “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-

estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015, Artigo 97º, n. 1, a), p. 78). Nesse sentido apercebe-se que a sociedade exige aos enfermeiros a capacidade de autonomamente, no seio da sua própria disciplina e/ou no contexto de equipas multidisciplinares, destes profissionais a cada momento, «fazerem bem, as coisas certas».

Os cuidados prestados ao utente de acordo com a natureza podem ser: cuidados quotidianos e habituais, que se referem aos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida e cuidados de reparação ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo e entrave à vida (Colliére, 2003). Assim, o cuidar em Enfermagem pressupõe uma visão holística com bases metodológicas científicas, assentes num processo caracterizado pela existência relações interpessoais. Sendo o Enfermeiro um cuidador por excelência e com competências relacionais, pode dizer-se que o cuidar é a essência da Enfermagem e que a relação de ajuda é um pilar desse cuidar (Loureiro, 2012).

Numa altura em que a complexidade e a diversidade de respostas humanas a processos de transição é cada vez maior e tendencialmente de difícil definição, torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva mais competências associadas a um leque de conhecimentos aprofundado e objetivo, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo que culmine na prestação de cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e de forma holística. Com esta necessidade crescente, delineou-se como objetivo geral do presente estudo: Identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros, a nível hospitalar, sobre a referenciação do utente para a RNCCI.

Mediante o exposto, a questão de investigação é:

- Qual o nível de conhecimento dos enfermeiros do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI?

Nesse contexto, considerando a pertinência desta problemática na área da enfermagem comunitária, operacionalizou-se o interesse da mesma formularam-se os seguintes objetivos:

- Caracterizar o contexto sociodemográfico e profissional dos enfermeiros;
- Caracterizar a formação dos enfermeiros em Cuidados Continuados Integrados;
- Determinar a importância dos Cuidados Continuados Integrados;
- Verificar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI;

- Determinar que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI;
- Averiguar de que modo as variáveis de formação dos enfermeiros em Cuidados Continuados Integrados interferem no seu nível de conhecimento sobre a referenciação do utente para a RNCCI;
- Determinar se há relação entre a importância atribuída pelos enfermeiros aos Cuidados Continuados Integrados e o seu nível de conhecimento sobre a referenciação do utente para a RNCCI;
- Verificar se existe relação entre a motivação no trabalho e o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI.

### **Variáveis**

As variáveis independentes deste estudo incluem:

**Variáveis sociodemográficas:** idade, género, estado civil, habilitações académicas, possuir algum curso de Pós-Licenciatura e/ou curso de Pós-Graduação;

**Variáveis profissionais:** Unidade onde exerce funções, tempo de serviço, tempo de serviço na unidade onde exerce funções, categoria profissional;

**Variáveis de formação em Cuidados Continuados Integrados:** formação em serviço e se fez formação na área dos Cuidados Continuados Integrados, número de horas de formação, contexto em que foi feita a formação, motivos da não frequência em formação específica relativa aos Cuidados Continuados Integrados, realização/participação em algum trabalho/projeto na área dos Cuidados Continuados Integrados; tema do trabalho/projeto realizado na área; importância de formação específica sobre os Cuidados Continuados Integrados, no âmbito da formação em serviço;

**Variáveis de importância dos Cuidados Continuados Integrados:** importância atribuída ao papel dos enfermeiros nos Cuidados Continuados Integrados; classificação do nível de conhecimento acerca dos Cuidados Continuados Integrados; conhecimento do processo de referenciação dos utentes para a RNCCI, satisfação face ao processo de referenciação dos utentes para a RNCCI;

**Motivação no trabalho:** “Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho” (Ferreira, 2006).

A variável dependente: conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação RNCCI, operacionalizada com base numa escala elaborada para o efeito pela equipa de investigação.

### Operacionalização das variáveis

De modo a minimizar-se a possibilidade de divergências interpretativas e de se poder atribuir um significado mais conciso às variáveis independentes em estudo e de forma a torna-las mensuráveis, procedeu-se à sua operacionalização concetual e empírica (cf. tabela 1).

Tabela 1. Operacionalização das variáveis

Variável	Tipo	Variável original	Operacionalização
Idade	Intervalar	Idade em anos	≤40 anos >40 anos
Género	Nominal	Masculino Feminino	
Estado civil	Nominal	Solteiro Divorciado/a ou Separado/a Viúvo	Sem Companheiro
		Casado União de facto	Com Companheiro
Habilitações académicas	Nominal	Doutoramento □ área Mestrado □ área Licenciatura	Licenciatura Mestrado
Possuir algum curso de Pós-Licenciatura e/ou curso de Pós-Graduação	Nominal	Não Sim	
Unidade onde exerce funções	Nominal	Medicina Ortopedia Unidade de AVC	
Categoria profissional	Nominal	Enfermeiro Enfermeiro especialista Enfermeiro em funções de gestão Outro	Enfermeiro Enf. Especialista Enf. Gestão
Tempo de serviço	Intervalar	Idade em anos	<15 anos >15 anos
Tempo de serviço na unidade onde exerce funções	Intervalar	Idade em anos	<5 anos >5 anos
Formação em serviço fez formação na área dos Cuidados Continuados Integrados	Nominal	Sim Não	
Contexto em que foi feita a formação	Nominal	Conferências Jornadas Ações de Formação Workshops Cursos Breves Formação em serviço Outro	
Motivos da não frequência em formação específica relativa aos Cuidados Continuados Integrados	Nominal	Pouca oferta formativa na área Falta de tempo Não teve conhecimento de formação na área Não tem interesse pela área	Pouca oferta Falta de tempo Não teve conhecimento Não tem interesse

		Outro	
<b>Realização/participação em algum trabalho/projeto na área dos Cuidados Continuados Integrados</b>	<b>Nominal</b>	Sim Não	
<b>Importância de formação específica sobre os Cuidados Continuados Integrados, no âmbito da formação em serviço</b>	<b>Nominal</b>	Muito importante Importante Indiferente Pouco importante Nada importante	Muito importante Importante Indiferente Pouco importante
<b>Importância atribuída ao papel dos enfermeiros nos Cuidados Continuados Integrados</b>	<b>Nominal</b>	Muito importante Importante Indiferente Pouco importante Nada importante	Muito importante Importante Indiferente Pouco importante
<b>Classificação do nível de conhecimentos acerca dos Cuidados Continuados Integrados</b>	<b>Nominal</b>	Muito Bom Bom Razoável Fraco Muito fraco	Baixo Moderado Elevado
<b>Conhecimento do processo de referência dos utentes para a RNCCI</b>	<b>Nominal</b>	Sim Não	
<b>Satisfação face ao processo de referência dos utentes para a RNCCI</b>	<b>Nominal</b>	Sim Não	

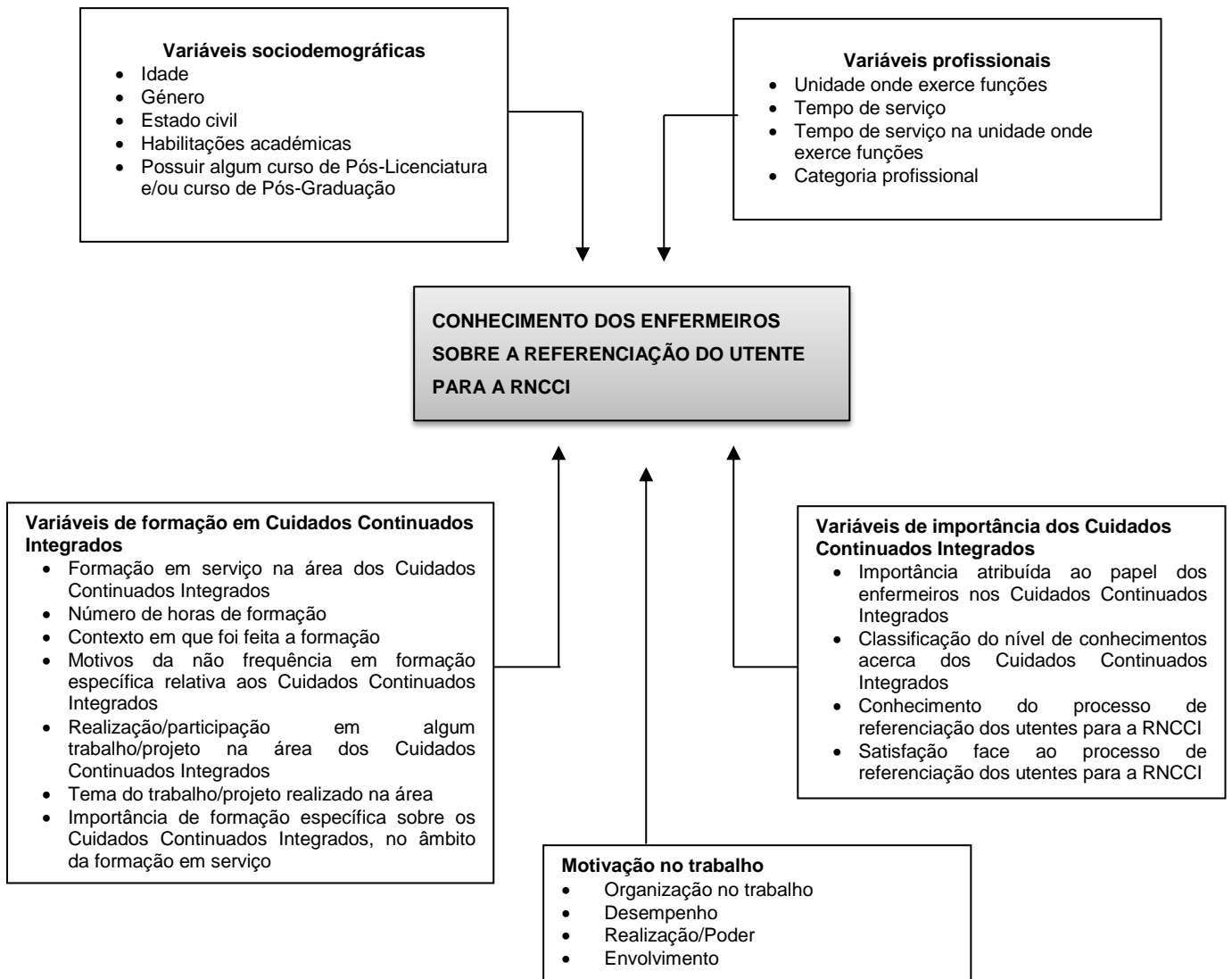
### Tipo de estudo

A natureza do estudo é quantitativa, de coorte transversal, descritivo e correlacional. Em concreto, trata-se de uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Coutinho, 2021) igualmente designado de estudo correlacional, pois não possui manipulação de variáveis independentes, pretendendo-se efetivar a descrição das características da amostra e o estabelecimento de relações entre as variáveis, num determinado “momento”, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos.

Neste pressuposto, a definição de um modelo concetual assume-se, ao nível de um estudo empírico, como um fator de importância major delineado para que se possam estabelecer as orientações para a determinação e concretização de uma ideia. Por outras palavras, delimitar a concetualização de um estudo empírico proporciona a organização rigorosa do pensamento. Assim, o tipo de estudo teve em conta a estrutura utilizada para a consecução de respostas às questões de investigação formuladas e propõe-se descrever variáveis, analisando as relações de causalidade entre estas (Coutinho, 2021).

Tendo por referência as questões de investigação, o enquadramento dos objetivos e a delimitação das variáveis, apresenta-se, na figura 1, a representação esquemática das relações entre as variáveis independentes e a variável dependente.

Figura 1. Representação esquemática das relações entre as variáveis independentes e a variável dependente



## Participantes

O estudo tinha como população os enfermeiros a exercerem funções nos serviços de Medicina, Ortopedia e Unidade de AVC do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, num total de 108 enfermeiros. Destes, apenas responderam 38 enfermeiros, ficando a amostra com uma representatividade de 35,18% dos enfermeiros. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência.

### Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros

Pela análise da tabela 2, e no que se refere às estatísticas da idade em função do género, constatamos que, em média, os homens (36,14 anos) são mais novos que as mulheres (38,48 anos). Em termos globais, as estatísticas revelam que os inquiridos apresentam uma idade mínima de 26 anos e uma máxima de 60 anos, ao que corresponde uma idade média de 38,05 anos com um desvio padrão de 8,21 anos. Já pelos coeficientes de variação, verificamos uma dispersão moderada (de 15% a 30%) dos dados em torno da média.

Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade segundo o género

Género	Min	Max	M	Dp	CV (%)
Feminino	26	60	38,48	7,68	19,96
Masculino	26	59	36,14	10,75	29,74
<b>Total</b>	42	60	38,05	8,21	21,58

Em relação à idade, a maioria dos elementos têm menos de 40 anos com 65,8%. Distribuição semelhante se passa em qualquer um dos géneros. Entre o grupo etário e género não encontramos diferenças significativas ( $X^2=1,514$ ;  $p=0,219$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos elementos é casada (65,8%). Também por géneros a distribuição é semelhante. Entre o género e o estado civil não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=0,236$ ;  $p=0,889$ ).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do gênero

Gênero Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	Nº (31)	% (81,6)	Nº (7)	% (18,4)	Nº (38)	% (100,0)
<b>Idade</b>						
≤40 anos	19	61,3	6	85,7	25	65,8
>40 anos	12	38,7	1	14,3	13	34,2
<b>Estado civil</b>						
Sem Companheiro	7	22,6	1	14,3	8	21,1
Com Companheiro	24	77,4	6	85,7	30	79,0

### Instrumento de colheita de dados

O instrumento de recolha de dados é composto por questões de caracterização e duas escalas (cf. Anexo VI) que contempla:

**Caracterização sociodemográfica:** permite recolher informações sobre a idade, gênero, estado civil, habilitações académicas e ser detentor de algum curso de Pós-Licenciatura e/ou curso de Pós-Graduação;

**Caracterização profissional:** contém quatro questões relativas à Unidade onde exerce funções, tempo de serviço, tempo de serviço na unidade onde exerce funções e categoria profissional;

**Caracterização da formação em Cuidados Continuados Integrados:** formada por sete questões: formação em serviço na área dos Cuidados Continuados Integrados; número de horas de formação, contexto em que foi feita a formação, motivos da não frequência em formação específica relativa aos Cuidados Continuados Integrados, realização/participação em algum trabalho/projeto na área dos Cuidados Continuados Integrados, tema do trabalho/projeto realizado na área, importância de formação específica sobre os Cuidados Continuados Integrados;

**Caracterização da importância dos Cuidados Continuados Integrados:** compreende quatro questões relativas a: importância atribuída ao papel dos enfermeiros nos Cuidados Continuados Integrados, percepção do nível de conhecimentos acerca dos Cuidados Continuados Integrados, conhecimento do processo de referenciação dos utentes para a RNCCI, satisfação face ao processo de referenciação dos utentes para a RNCCI;

**Questionário Geral do Conhecimento sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI),** que foi construído pela equipa de investigação, com base em pesquisas científicas sobre a temática. Foram elaboradas quarenta afirmações, com resposta dicotómica (Verdadeiro e Falso) para avaliar o Conhecimento dos Enfermeiros sobre a referenciação dos utentes para a RNCCI (cf. tabela 4).

Tabela 4 - Resposta às afirmações e respetivos itens do Questionário Geral do Conhecimento

Respostas	Número	Afirmações
Verdadeiras	25	1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 31, 34, 37, 38
Falsas	15	2, 4, 9, 11, 15, 19, 24, 26, 29, 32, 33, 35, 36, 39, 40
<b>Total</b>	40	

No que se refere ao score (pontuação) de conhecimentos obtido a partir dos itens da nossa escala de 40 itens de (“verdadeiro” e “falso”); foi efetuada uma divisão de pontos de corte em níveis de conhecimentos baixo, moderado e elevado). A amplitude teórica do nosso score poderia variar entre um mínimo de “zero pontos” e um máximo de “40 pontos”. Sendo que a variação efetiva foi entre “23 pontos” e “36 pontos”, sendo que quanto maior o score, maior o nível de conhecimentos.

A fórmula usada para definir esses pontos de corte supracitados foi (média +  $\frac{1}{4}$  desvio padrão), ou seja:

- Score > ao mínimo E < média menos  $\frac{1}{4}$  do desvio padrão – Baixos conhecimentos;
- Score > média menos  $\frac{1}{4}$  do desvio padrão E < média mais  $\frac{1}{4}$  do desvio padrão – Conhecimentos moderados;
- Score > média mais  $\frac{1}{4}$  do desvio padrão E < ao máximo – Elevados conhecimentos;

**A “Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho”** foi validada para a população portuguesa por Ferreira, Diogo, Ferreira & Valente, (2006). A sua construção baseou-se na revisão da literatura e ficou constituída por 65 itens (Hackman & Oldham, 1980; McClelland, 1975, 1987, 1989; Locke & Latham, 1990; Allen & Meyer, 1990, citados por Ferreira et al., 2006, p. 192). Foi aplicado um pré-teste e realizada a análise fatorial. Foram retirados alguns itens, cujas saturações eram superiores a 0.40 em mais do que um fator. A escala ficou constituída por 28 afirmações, em que três estão enunciadas de forma negativa (8, 20 e 28) e quatro dimensões (cf. Tabela 4). As afirmações estão associadas a uma escala tipo likert, com cinco respostas possíveis, que oscilam entre um e cinco pontos (1 - discordo totalmente, 2 - discordo, 3 - não discordo nem concordo, 4 - concordo e 5 - concordo totalmente). Apresenta elevada consistência interna, cujos valores oscilam entre 0.72 e 0.84. As quatro dimensões explicam 49,09% da variância da escala.

Tabela 5 – Dimensões e itens da Escala Multi-Fatorial de Motivação no Trabalho (Ferreira, 2006)

Dimensões	Afirmações
<b>Motivação com a Organização no Trabalho</b>	1, 5,9,13,17,21 e 25
<b>Motivação para o Desempenho</b>	2, 6, 10, 14, 18, 22 e 26
<b>Motivação de Realização/Poder</b>	3, 7, 11, 15, 19, 23 e 27
<b>Motivação para o Envolvimento</b>	4, 8*, 12, 16, 20*, 24 e 28*
<b>Total</b>	28 itens

### Procedimentos éticos e formais

Desenvolveu-se o compromisso ético de respeitar todos os princípios da confidencialidade e privacidade decorrentes dos dados obtidos. Toda a informação recolhida foi sujeita a anonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Os dados foram codificados e utilizados para fins de tratamento estatístico. Neste trabalho de investigação, as questões éticas inerentes ao mesmo serão reconhecidas ao longo da sua execução, assegurando sempre o compromisso de respeitar os princípios de confidencialidade e privacidade inerentes à utilização destes dados. Apenas as investigadoras terão acesso aos dados. Foi solicitado um pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital e à Administração do mesmo, cujo parecer foi favorável (cf. Anexo IV). Foi entregue a cada participante o consentimento informado (cf. Anexo V). Depois do parecer ser aprovado, foi criado um link <https://forms.gle/tcf7fuLbB56EiAfSA> e enviado através do email institucional a todos os enfermeiros dos serviços de Medicina, Ortopedia e Unidade de AVC do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, solicitando o consentimento informado e explicitando os objetivos do respetivo estudo.

### Procedimentos estatísticos

Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26.0 para Windows, onde posteriormente foram tratados através da análise descritiva e inferencial, com a finalidade de dar resposta aos objetivos.

A análise de dados foi efetuada com recurso à estatística descritiva e analítica. Com a estatística descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, mais concretamente médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como correlação de Spearman.

Enfatizando o coeficiente de variação pela sua natureza dir-se-á que compara a dispersão em torno da média de uma variável de natureza quantitativa. Os valores se referência são:

<b>Coeficiente de variação</b>	<b>Classificação do Grau de dispersão</b>
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Quanto à estatística inferencial, recorreu-se à estatística não paramétrica.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, não se verificaram (Marôco, 2014) nomeadamente os testes de normalidade. Recorremos ainda a estes testes quando os grupos em estudo não são homogêneos, ou dito de outra forma, quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor for superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos.

Assim, o teste de U-Mann Whitney (UMW) foi utilizado para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais, que se aplica, segundo Pestana e Gageiro (2014, p. 877), “sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e se desconhecem as respetivas variâncias populacionais”, isto é, compara médias amostrais em dois grupos (exige uma variável quantitativa e uma qualitativa dicotómica, por exemplo idade e género). O Teste de Kruskal-Wallis que deve ser utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, nomeadamente quando as variâncias são muito heterogêneas, para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014). O Teste de qui quadrado ( $\chi^2$ ) permitiu comparar proporções entre duas variáveis nominais. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de  $\chi^2$ , isto porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou por outras palavras os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa

- $p < 0.01^{**}$  - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001^{***}$  - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa.

### **2.1.3. Apresentação dos resultados**

Os resultados obtidos irão ser apresentados em tabelas para uma melhor compreensão dos mesmos.

Apresentaremos a análise descritiva dos dados, seguindo-se a ordem que consta o instrumento de recolha de dados e posteriormente uma análise inferencial para verificar as relações existentes entre as variáveis independentes e o conhecimento dos enfermeiros.

#### **Análise descritiva**

##### **Caracterização Académica**

No que se refere às habilitações académicas, a maioria dos enfermeiros possui licenciatura (81,6%). Distribuição semelhante se passa em qualquer um dos géneros. Entre o género e as habilitações académicas não encontramos diferenças significativas ( $X^2=0,588$ ;  $p=0,443$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

A maioria dos elementos da amostra não tem especialidade (71,1%). Distribuição semelhante se passa nos géneros. Entre o género e a existência de especialidade não encontramos diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,807$ ;  $p=0,369$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3). É ainda de salientar que a área de Especialização mais referida é a de Enfermagem de Reabilitação.

Quanto ao Curso de pós-graduação 55,3% dos enfermeiros referiram não possuir. Distribuição semelhante se passa nos géneros. Entre o género e a existência de pós-graduação não encontramos diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,012$ ;  $p=0,912$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais. Os Cursos de pós-graduação em Gestão e em Cuidados Paliativos são os mais referidos, seguidos dos de Urgência/Emergência e de Tratamento de feridas.

Tabela 6- Caracterização sociodemográfica da amostra em função da formação académica

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (31)	% (81,6)	Nº (7)	% (18,4)	Nº (38)	% (100,0)	1	2
<b>Habilitações</b>								
Licenciatura	26	83,9	5	71,4	31	81,6	0,8	-0,8
Mestrado	5	16,1	2	28,6	7	18,4	-0,8	0,8
<b>Especialidade</b>								
Não	23	74,2	4	57,1	27	71,1	0,9	-0,9
Sim	8	25,8	3	42,9	11	28,9	-0,9	0,9
<b>Pós-Graduação</b>								
Não	17	54,8	4	57,1	21	55,3	-0,1	0,1
Sim	14	45,2	3	42,9	17	44,7	0,1	-0,1

### Caracterização profissional

Pela análise da tabela 4, e no que se refere às estatísticas dos tempos de serviço na carreira e na unidade onde exercem funções, constatamos que, em média, as mulheres possuem mais tempo de carreira (14,24 anos) e mais tempo de exercício de funções na unidade (7,18 anos) do que os homens. Em termos globais, e pela análise dos coeficientes de variação, atestamos uma dispersão elevada (superior a 30%) dos dados em torno das médias.

Tabela 7 – Estatísticas relativas ao tempo de serviço segundo género

Tempo de serviço		Min	Max	M	Dp	CV (%)
Carreira	Feminino	6 meses	33 anos	14,24	8,15	57,23
	Masculino	4 anos	39 anos	13,14	11,84	90,11
	<b>Total</b>	6 meses	39 anos	14,04	8,76	62,39
Unidade	Feminino	0 anos	29 anos	7,18	7,54	105,01
	Masculino	5 anos	6 anos	1,61	1,94	120,50
	<b>Total</b>	0 anos	29 anos	6,15	7,17	116,58

Em relação à unidade onde exerce, a maioria dos elementos trabalha na ortopedia (57,9%). Distribuição semelhante se passa em qualquer um dos géneros. Entre a unidade e género não encontramos diferenças significativas ( $X^2=1,747$ ;  $p=0,418$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 8).

Grande parte dos enfermeiros tem menos de 15 anos de carreira e menos de 5 anos de tempo de exercício profissional na unidade (65,8%). Também por géneros a distribuição é semelhante. Entre o género e os tempos de carreira e de unidade não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=1,514$ ;  $p=0,219$ ) (cf. tabela 8).

Por fim, e no que se refere à categoria profissional, a maioria é enfermeiro, com uma representatividade de 86,8%. Distribuição semelhante se passa nos gêneros. Entre o gênero e a categoria profissional não encontramos diferenças estatísticas significativas ( $X^2=2,006$ ;  $p=0,367$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização profissional da amostra em função do gênero

Variáveis	Gênero	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº (31)	% (81,6)	Nº (7)	% (18,4)	Nº (38)	% (100,0)	1	2
Unidade	Medicina	6	19,4	1	14,3	7	18,4	0,3	-0,3
	Ortopedia	19	61,3	3	42,9	22	57,9	0,9	-0,9
	Unidade AVC	6	19,4	3	42,9	9	23,7	-1,3	1,3
Tempo de serviço	≤15 anos	19	61,3	6	85,7	25	65,8	-1,2	1,2
	>15 anos	12	38,7	1	14,3	13	34,2	1,2	-1,2
Tempo de serviço na unidade onde exerce funções	≤5 anos	19	61,3	6	85,7	25	65,8	-1,2	1,2
	>5 anos	12	38,7	1	14,3	13	34,2	1,2	-1,2
Categoria	Enfermeiro	28	90,3	5	71,4	33	86,8	1,3	-1,3
	Enf. Especialista	2	6,5	1	14,3	3	7,9	-0,7	0,7
	Enf. Gestão	1	3,2	1	14,3	2	5,3	-1,2	1,2

### Caracterização da formação em Cuidados Continuados Integrados (CCI)

No que se refere à formação em serviço sobre CCI, a maioria dos enfermeiros não teve formação (76,3%). Distribuição semelhante se passa em qualquer um dos gêneros. Entre a formação em serviço e gênero não encontramos diferenças significativas ( $X^2=0,113$ ;  $p=0,736$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 9). As formações em serviço supracitado variam entre 1 hora e 10 horas. Sendo as ações de formação e as jornadas as situações mais salientadas.

Relativamente ao motivo pelo qual não frequentaram formação na área, a maioria dos elementos refere não ter tido conhecimento (58,6%). Também por gêneros a distribuição é semelhante. Entre o gênero e os motivos não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=7,017$ ;  $p=0,071$ ) (cf. tabela 9).

Prevalecem os participantes (94,7%) que nunca realizaram trabalhos e projetos na área de CCI. Distribuição semelhante se passa nos gêneros. Entre o gênero e a realização de projetos na área não encontramos diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,477$ ;  $p=0,490$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais. Os 2 projetos realizados enquadram-se na certificação de qualidade para a CCI.

Relativamente à importância atribuída à formação específica, a maioria dos participantes considera-a importante (55,3%). Também no gênero feminino a distribuição é

semelhante. Já no masculino domina o “muito importante”. Entre o género e a importância atribuída à formação específica encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=8,847$ ;  $p=0,031$ ).

No que se refere à importância do papel do enfermeiro, prevalece a perceção que o enfermeiro tem um papel muito importante (73,7%). Distribuição semelhante se passa em função dos géneros. É de referir ainda que nenhum enfermeiro atribuiu como indiferente ou menos importante ao papel desempenhado pelo enfermeiro. Entre o género e a importância do papel do enfermeiro não encontramos diferenças significativas ( $X^2=0,640$ ;  $p=0,424$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 9).

Já para o nível de autoconhecimento, a maioria dos elementos considera ter conhecimentos razoáveis, com 36,8%. Distribuição semelhante se passa nos géneros. Entre o género e o nível de autoconhecimento não encontramos diferenças estatísticas significativas ( $X^2=5,350$ ;  $p=0,253$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 9).

Quase a totalidade da amostra (86,8%) refere ter conhecimento do processo de referenciação. Também nos géneros a distribuição é semelhante. Entre o género e o conhecimento do processo de referenciação, não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=0,010$ ;  $p=0,922$ ).

Por fim, e no que se refere à satisfação com o processo de referenciação, prevalecem os participantes que responderam negativamente (55,3%). Também nos géneros a distribuição é semelhante. Entre o género e a satisfação com o processo de referenciação, não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=0,012$ ;  $p=0,912$ ).

Tabela 9 - Caracterização da formação em CCI da amostra em função do género

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2
		(31)	(81,6)	(7)	(18,4)	(38)	(100,0)		
<b>Formação em serviço</b>									
	Não	24	77,4	5	71,4	29	76,3	0,3	-0,3
	Sim	7	22,6	2	28,6	9	23,7	-0,3	0,3
<b>Motivo de não frequência</b>									
	Pouca oferta	7	29,2	---	0,0	7	24,1	1,4	-1,4
	Falta de tempo	2	8,3	---	0,0	2	6,9	0,7	-0,7
	Não teve conhecimento	14	58,3	3	60,0	17	58,6	-0,1	0,1
	Não tem interesse	1	4,2	2	40,0	3	10,3	<b>-2,4</b>	<b>2,4</b>
<b>Projeto na área</b>									
	Não	29	93,5	7	100,0	36	94,7	-0,7	0,7
	Sim	2	6,5	---	0,0	2	5,3	0,7	-0,7
<b>Formação específica</b>									
	Muito importante	8	25,8	6	85,7	14	36,8	<b>-3,0</b>	<b>3,0</b>
	Importante	20	64,5	1	14,3	21	55,3	<b>2,4</b>	<b>-2,4</b>
	Indiferente	2	6,5	---	0,0	2	5,3	0,7	-0,7
	Pouco importante	1	3,2	---	0,0	1	2,6	0,5	-0,5
<b>Papel do enfermeiro</b>									
	Muito importante	22	71,0	6	85,7	28	73,7	-0,8	0,8
	Importante	9	29,0	1	14,3	10	26,3	0,8	-0,8
<b>Nível de autoconhecimento</b>									
	Muito bom	3	9,7	---	0,0	3	7,9	0,9	-0,9
	Bom	11	35,5	2	28,6	13	34,2	0,3	-0,3
	Razoável	12	38,7	2	28,6	14	36,8	0,5	-0,5
	Fraco	3	9,7	3	42,9	6	15,8	<b>-2,2</b>	<b>2,2</b>
	Muito fraco	2	6,5	---	0,0	2	5,3	0,7	-0,7
<b>Conhecer o processo de referenciação</b>									
	Não	4	12,9	1	14,3	5	13,2	-0,1	0,1
	Sim	27	87,1	6	85,7	33	86,8	0,1	-0,1
<b>Satisfeito com a referenciação</b>									
	Não	17	54,8	4	57,1	21	55,3	-0,1	0,1
	Sim	14	45,2	3	42,9	17	44,7	0,1	-0,1

### Conhecimento sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI

Pela análise da tabela 7, e no que se refere às estatísticas do score da escala do conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI em função do género, constatamos que em média, os homens (30,71 pontos) possuem menos conhecimentos do que as mulheres (31,71 pontos). Em termos globais, as estatísticas revelam que os inquiridos apresentam um score mínimo de 23 pontos e um máximo de 36 pontos, ao que corresponde um score médio de 31,53 pontos com um desvio padrão de 2,95 pontos. Já pelos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão baixa (inferior a 15%) dos dados em torno da média (cf. tabela 10).

Tabela 10 – Estatísticas relativas ao conhecimento dos enfermeiros sobre processo de referênciação do utente para a RNCCI segundo o género

Conhecimentos	Min	Max	M	Dp	CV (%)
Feminino	23	36	31,71	3,01	9,49
Masculino	26	34	30,71	2,69	8,76
<b>Total</b>	23	36	31,53	2,95	9,36

No que se refere ao nível de conhecimento dos enfermeiros, elaboraram-se três níveis de conhecimento o nível baixo, moderado e elevado. Foi obtido a partir dos percentis 33 e 66, a maioria dos enfermeiros possui um nível moderado de conhecimento sobre o processo de referênciação do utente para a RNCCI (55,3%). Assim, a maioria dos elementos que possuem um nível baixo de conhecimentos são mulheres, com menos de 40 anos, com companheiro, com licenciatura, sem especialidade e sem pós-graduação. Já os elevados conhecimentos são dominados; também por mulheres, com menos de 40 anos, com companheiro, com licenciatura, mas aqui, com especialidade e com pós-graduação. (cf. tabela 11).

Tabela 11 – Conhecimento dos enfermeiros sobre processo de referênciação do utente para a RNCCI segundo as variáveis sociodemográficas

Nível de Conhecimentos Variáveis	Baixo		Moderado		Elevado		Total	
	Nº (12)	% (31,6)	Nº (21)	% (55,3)	Nº (5)	% (13,2)	Nº (38)	% (100,0)
<b>Género</b>								
Feminino	9	75,0	17	81,0	5	100,0	31	81,6
Masculino	3	25,0	4	19,0	---	0,0	7	18,4
<b>Idade</b>								
≤40 anos	8	66,7	12	57,1	5	100,0	25	65,8
>40 anos	4	33,3	9	42,9	---	0,0	13	34,2
<b>Estado civil</b>								
Sem companheiro	4	33,3	2	9,5	2	40,0	8	21,1
Com companheiro	8	66,7	19	90,5	3	60,0	30	78,9
<b>Habilitações</b>								
Licenciatura	12	100,0	16	76,2	3	60,0	31	81,6
Mestrado	---	0,0	5	23,8	2	40,0	7	18,4
<b>Especialidade</b>								
Não	12	100,0	13	61,9	2	40,0	21	55,3
Sim	---	0,0	8	38,1	3	60,0	17	44,7
<b>Pós-Graduação</b>								
Não	11	91,7	9	42,9	1	20,0	21	55,3
Sim	1	8,3	12	57,1	4	80,0	17	44,7

Já relativamente ao nível de conhecimentos obtido em função das variáveis profissionais, a maioria dos elementos que possuem um nível baixo de conhecimentos são da ortopedia, com menos de 15 anos de tempo de serviço, enfermeiros de categoria e sem formação em serviço. Já os elevados conhecimentos são dominados; também pela ortopedia e unidade AVC, com menos de 15 anos de tempo de serviço e de unidade, enfermeiros de categoria e sem formação na área (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Caracterização do nível de conhecimento dos enfermeiros em função das variáveis profissionais

Nível de Conhecimentos Variáveis	Baixo		Moderado		Elevado		Total	
	Nº (12)	% (31,6)	Nº (21)	% (55,3)	Nº (5)	% (13,2)	Nº (38)	% (100,0)
<b>Unidade</b>								
Medicina	---	0,0	6	28,6	1	20,0	7	18,4
Ortopedia	11	91,7	9	42,9	2	40,0	22	57,9
Unidade AVC	1	8,3	6	28,6	2	40,0	9	23,7
<b>Tempo de serviço</b>								
≤15 anos	8	66,7	13	61,9	4	80,0	25	65,8
>15 anos	4	33,3	8	38,1	1	20,0	13	34,2
<b>Tempo de unidade</b>								
≤5 anos	6	50,0	15	71,4	4	80,0	25	65,8
>5 anos	6	50,0	6	28,6	1	20,0	13	34,2
<b>Categoria</b>								
Enfermeiro	12	100,0	17	81,0	4	80,0	33	86,8
Enf. Especialista	---	0,0	2	9,5	1	20,0	3	7,9
Enf. Gestão	---	0,0	2	9,5	---	0,0	2	5,3
<b>Formação em serviço</b>								
Não	8	66,7	17	81,0	4	80,0	29	76,3
Sim	4	33,3	4	19,0	1	20,0	9	23,7

### Motivação no trabalho

Para mensurar a motivação, foi utilizada uma escala tipo *Likert* de 28 itens. Escala essa que segundo o autor (Ferreira, 2006) contempla 4 dimensões “Organização do trabalho”; “Desempenho”; “Realização e poder” e “Envolvimento”; não contempla uma “motivação global”; nem tão pouco pontos de corte para classificação de “níveis” de motivação, mas apenas avaliação do score obtido através, por exemplo, de médias, desvios padrão, mínimos e máximos. Assim sendo, pela análise da tabela 9, e no que se refere às estatísticas das 4 dimensões da escala da motivação no trabalho, constatamos que a dimensão “Realização e Poder” é a que possui um score de motivação mais elevado (25,58 pontos), seguido da “Desempenho” (25,53 pontos). Já a “Organização do Trabalho” é a que revela um score motivacional mais baixo (22,34 pontos) (cf. tabela 13).

Tabela 13 – Estatísticas relativas às dimensões da escala da motivação no trabalho

Dimensões	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Organização do trabalho	8	33	22,34	4,70	21,04
Desempenho	10	33	25,53	4,33	16,96
Realização/Poder	9	34	25,58	4,04	15,79
Envolvimento	18	29	23,79	2,46	10,34

Pela análise da tabela 14, e no que se refere às estatísticas das 4 dimensões da escala da motivação no trabalho em função do género, constatamos que os elementos do género masculino possuem médias mais elevadas nas 4 dimensões comparativamente às mulheres, pelo que se definem como mais motivados. Em relação à idade, os mais novos possuem médias mais elevadas nas 3 primeiras dimensões e consequentemente estão mais

motivados. Já os mais velhos têm média mais elevada no “Envolvimento” sendo por isso aqui, os mais motivados.

Tabela 14 - Caracterização do score das dimensões da motivação em função do género e do grupo etário

Dimensões da motivação Variáveis	Organização do T.		Desempenho		Realização e P.		Envolvimento		
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	
<b>Género</b>	Feminino	21,61	4,22	24,94	4,16	24,77	3,85	23,65	2,39
	Masculino	25,57	5,68	28,14	4,37	29,14	2,91	24,43	2,88
<b>Idade</b>	≤40 anos	22,68	5,27	25,64	4,63	25,80	4,55	23,64	2,53
	>40 anos	21,69	3,42	25,31	3,86	25,15	2,94	24,08	2,40

### Análise inferencial

Com a finalidade de determinar que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI e sobre a motivação no trabalho realizou-se uma análise inferencial dos resultados, os quais se apresentam seguidamente.

#### Relação entre as variáveis sociodemográficas com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI

Para sabermos a influência do género nos conhecimentos dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os inquiridos do género feminino revelam mais conhecimentos, comparativamente aos do género oposto. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ).

Já para a idade, efetuámos um Teste U de Mann-Whitney, cujos resultados indicam um domínio dos enfermeiros mais novos ( $\leq 40$  anos) ao nível dos conhecimentos. Porém, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ).

Quanto ao estado civil, tendo por base o teste de Kruskal-Wallis, salientamos que são os enfermeiros casados que manifestam mais conhecimentos, seguidos dos solteiros. Todavia, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ).

Já para as habilitações académicas, efetuámos um Teste U de Mann-Whitney, através do qual aferimos que são os enfermeiros com o Mestrado que apresentam mais conhecimentos sobre a referenciação do utente para a RNCCI. Aqui, com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,003$ ).

Tabela 15 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referência do utente para a RNCCI

Variáveis	Conhecimentos		Teste
	Ordenação média		
Género	Feminino	20,18	Mann-Whitney
	Masculino	16,50	
	(p)	0,426	
Idade	<=40 anos	19,80	Mann-Whitney
	>40 anos	18,92	
	(p)	0,816	
Estado civil	Solteiro	17,88	Kruskal-Wallis
	Casado	20,76	
	União de facto	15,80	
	(p)	0,588	
Habilitações	Licenciatura	<b>16,94</b>	Mann-Whitney
	Mestrado	<b>30,86</b>	
	(p)	<b>0,003**</b>	

#### Relação entre as variáveis profissionais com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referência do utente para a RNCCI

Para sabermos a influência da unidade onde os enfermeiros exercem funções nos seus conhecimentos sobre a referência do utente para a RNCCI, utilizamos um teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados mostram que são os participantes que exercem na Unidade AVC que manifestam mais conhecimentos. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 16).

Já para o tempo de serviço na carreira, efetuámos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos o domínio dos enfermeiros com menos tempo de serviço ( $\leq 15$  anos) em termos de conhecimentos. Porém, também aqui, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 16).

Quanto à categoria profissional *versus* os conhecimentos, utilizamos um teste de Kruskal-Wallis, segundo o qual os enfermeiros especialistas e com funções de gestão apresentam mais conhecimentos. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 16).

Tabela 16 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI

Variáveis	Conhecimentos		Teste
	Ordenação média		
<b>Unidade</b>			
Medicina		21,86	Kruskal-Wallis
Ortopedia		16,66	
Unidade AVC		24,61	
(p)		0,156	
<b>Tempo serviço</b>			
<=15 anos		19,92	Mann-Whitney
>15 anos		18,69	
(p)		0,745	
<b>Categoria</b>			
Enfermeiro		18,45	Kruskal-Wallis
Enfº Especialista		29,67	
Enfº Gestão		21,50	
(p)		0,233	

### Relação entre as variáveis de contexto de formação com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI

Com o intuito de sabermos a influência da formação em serviço na área nos dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que nos inquiridos sem formação em serviço na área revelam mais conhecimentos. Contudo, constatamos ausência de significado estatístico ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 17).

Já para a realização de trabalhos/projetos na área, efetuámos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que são os enfermeiros que já fizeram trabalhos e projetos aqueles que apresentam mais conhecimentos. Porém, sem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 17).

Relativamente aos conhecimentos sobre o processo de referenciação, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, cujos dados indicam que são os participantes que têm conhecimentos aqueles que mais conhecem o processo de referenciação. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 17).

Face à satisfação com o processo de referenciação vs. os conhecimentos sobre a referenciação do utente para a RNCCI, efetuámos um Teste U de Mann-Whitney, onde salientamos que os inquiridos insatisfeitos com o processo de referenciação manifestam mais conhecimentos. Porém, também aqui, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 17).

Tabela 17 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis do contexto de formação com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI

Variáveis	Conhecimentos		Teste
		Ord. média	
Formação em serviço	Não	20,10	Mann-Whitney
	Sim	17,56	
	(p)	0,545	
Projeto na área	Não	19,28	Mann-Whitney
	Sim	23,50	
	(p)	0,598	
Conhece referenciação	Não	18,30	Mann-Whitney
	Sim	19,68	
	(p)	0,794	
Satisfeito com referenciação	Não	21,33	Mann-Whitney
	Sim	17,24	
	(p)	0,255	

### Relação do conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI e a motivação no trabalho

Para sabermos a influência das dimensões da Motivação no Trabalho nos conhecimentos dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI, utilizámos uma Correlação de Spearman, de onde salientamos a existência de correlações positivas na “organização do Trabalho” e no “Envolvimento”, sugerindo que quanto maior os conhecimentos maior a motivação; mas também obtivemos correlações negativas entre os conhecimentos e o “Desempenho” e a “Realização/ Poder”, que nos diz que, quanto maior os conhecimentos menor a motivação. Contudo, com significado estatístico apenas para o “Desempenho” ( $p=0,032$ ) (cf. tabela 18).

Tabela 18 – Correlações de Spearman relacionando o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI

Motivação no trabalho (Dimensões)	Organização do Trabalho	Desempenho	Realização/ Poder	Envolvimento	Teste
	Rho	Rho	Rho	Rho	
Conhecimentos	0,024	-0,349	-0,232	0,134	Correlação de Spearman
(p)	0,886	0,032*	0,161	0,422	

#### 2.1.4. Discussão dos Resultados

O presente estudo foi desenvolvido numa amostra não probabilística por conveniência de 38 enfermeiros a exercerem funções no serviço de Medicina, de Ortopedia e na Unidade de AVC do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, sendo 31 do género feminino e 7

do género masculino, com uma idade mínima de 26 anos e uma máxima de 60 anos, ao que corresponde uma idade média de  $38,05 \pm 8,21$  anos, prevalecendo os que possuem companheiro (a) (79,0%), licenciados (81,6%), sem especialidade (71,1%) e sem pós-graduação (55,3%). No que se refere às estatísticas dos tempos de serviço na carreira e na unidade onde exercem funções, constatamos que, em média, as mulheres possuem mais tempo de carreira (14,24 anos) e mais tempo na unidade (7,18 anos) do que os homens. Prevalencem os enfermeiros que trabalham na ortopedia (57,9%). Grande parte dos enfermeiros tem menos de 15 anos de carreira e menos de 5 anos de tempo de exercício profissional na unidade (65,8%) e possui a categoria profissional de “enfermeiro” (86,8%).

Verificámos que a maioria dos enfermeiros não teve formação em serviço sobre CCI (76,3%), com 58,6% a relatarem que não frequentaram a referida formação por falta de conhecimento da mesma. Prevalencem os participantes (94,7%) que nunca realizaram trabalhos e projetos na área de CCI. Todavia, 55,3% consideraram importante a formação específica na área. Atendendo ao pressuposto, como referem Rosa et al. (2020, p. 204), a formação dos enfermeiros na área de CCI “contribui para a construção de competências que possibilitam um exercício profissional assente num agir cada vez mais diferenciado, perspetivando o desenvolvimento de uma prática clínica especializada”. É, assim, necessário que os enfermeiros tenham mais formação específica na área, uma vez que, em Portugal, a RNCCI tem como objetivo a promoção da continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social, destinando-se a pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro). Esta premissa está presente nas respostas da maioria dos participantes, os quais consideram que enfermeiro tem um papel muito importante neste âmbito (73,7%). Todavia, quase a totalidade (86,8%) mencionou que tem conhecimento sobre o processo de referenciação e 55,3% relataram não estar satisfeitos com esse mesmo processo. Constatámos que a maioria dos enfermeiros possui um nível moderado de conhecimento sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI (55,3%), o que reforça ainda mais a necessidade de promoção de mais formação em serviço. Rosa et al. (2020) referem que a atuação do enfermeiro em CCI é fulcral, o que reforça a necessidade de formação adequada, propiciando a escolha por uma qualificação especializada posterior e para que ocorra um processo de referenciação do hospital para a RNCCI eficaz, que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada às pessoas que, independentemente da idade, estejam em situação de dependência. Os CCI centram-se na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de

dependência em que se encontra. É de referir que a maioria dos enfermeiros possui um nível moderado de conhecimento sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI (55,3%), o que reforça ainda mais a necessidade dessa formação em serviço na área.

No que se refere à relação entre as variáveis sociodemográficas com o conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI, inferimos que as habilitações literárias foi a única variável com relevância estatisticamente significativa. Assim, os enfermeiros com mestrado são os que apresentam mais conhecimento sobre a referenciação do utente para a RNCCI e na maioria das dimensões da motivação no trabalho ( $p=0,003$ ). As variáveis profissionais e de contexto de formação não interferiram no conhecimento que os enfermeiros possuem na área da referenciação. O facto de se termos constatado que os enfermeiros com mais habilitações literárias apresentam mais conhecimento poderá significar que estes possam ter tido mais formação. Independentemente destes resultados, é essencial referirmos que os enfermeiros tenham conhecimentos para a aplicação dos normativos referentes ao processo de referenciação dos utentes do hospital para a RNCCI para que haja a sua agilização e desmaterialização. “A equipa de gestão de altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI” (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro, Artigo 7.º, p. 609). Como preconizado pelo mesmo disposto legal, os enfermeiros que exercem em contexto hospitalar, em parceria com os médicos e assistentes sociais, têm a função de referenciar “as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na RNCCI”, desde o “diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença; Registo de comorbilidades; Classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante”, até à “proposta da tipologia de cuidados da RNCCI” (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro, Artigo 20.º, p. 611). Esta referenciação poderá ser efetuada desde o início do internamento até quatro dias antes da data prevista da alta. Cabe à EGA rececionar “a proposta de referenciação e no prazo de dois dias úteis”, avaliar e confirmar toda a informação até ao momento da alta, nomeadamente: “a) Informação da situação clínica e medicação; b) Indicação das necessidades em cuidados; c) Informação do serviço social; d) Informação dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados; e) Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento, quando aplicável” (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro, Artigo 20.º, p. 611).

Constatámos ainda a existência de correlações positivas na “organização do Trabalho” e no “Envolvimento”, que nos diz que quanto maior os conhecimentos maior a motivação dos enfermeiros no trabalho, com correlações negativas entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre a referenciação do utente para a RNCCI e o “Desempenho” e a “Realização/ Poder”, sugerindo que quanto maior os conhecimentos na área menor a motivação no trabalho. Contudo, com significado estatístico apenas para o “Desempenho” ( $p=0,032$ ).

Importa salientarmos que as alterações demográficas, com o aumento tendencial do envelhecimento populacional, da prevalência de doenças crónicas e de doenças de evolução prolongada, com o elevado grau de incapacidade e de dependência funcional, a par do aumento das crescentes dificuldades de participação das famílias nos cuidados informais, implicam a necessidade de criação de respostas articuladas e intersectoriais adaptadas às necessidades de saúde e sociais (Macedo, 2020).

A RNCCI é o terceiro nível de cuidados do sistema de saúde nacional, cuja finalidade são os ganhos em saúde e a otimização dos resultados dos utentes, particularmente ao nível da sua autonomia física. Está em causa a recuperação global dos utentes, promovendo a sua autonomia e potenciando o mais possível a sua funcionalidade, no contexto da sua situação de dependência, com o intuito da sua reintegração sociofamiliar. Deste modo, inclui cuidados preventivos e reabilitadores, “formando um nível de cuidados de saúde e de apoio social entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária” (Macedo, 2020, p. 1). Assim, sendo é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimentos na área para que ocorra a continuidade dos cuidados de saúde e uma efetiva resposta às necessidades dos utentes e seus familiares, bem como um suporte social informal, sendo estes fatores de extrema relevância para a/na preparação da alta hospitalar dos utentes para a RNCCI.

A nível operacional, o acesso à RNCCI é realizado através de proposta na plataforma SI RNCCI (aplicativo de monitorização da RNCCI), para a ECL correspondente à zona de residência do utente, sendo esta proposta realizada pelas EGA, quando o utente está internado. Dependendo dos critérios de admissão, a EGA opta pela tipologia que melhor se adequa às necessidades do doente, e de acordo, e em conjunto com a família. A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de internamento da Rede existentes na área de influência hospitalar. Esta equipa avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI. A EGA encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um Médico,

um Enfermeiro e um Assistente Social (Decreto lei n.º 101/2006, Portaria 174/2014, e Portaria 50/2017). Para que o processo se torne mais célere, os utentes, por exemplo, em meio hospitalar, deverão ser sinalizados à EGA nas primeiras 48 horas de internamento, preferencialmente através da plataforma eletrónica da RNCCI, para um planeamento articulado de alta, o mais antecipado possível (Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro).

### **2.1.5. Conclusões do estudo**

O presente estudo permitiu dar resposta à questão de investigação e alcançar os objetivos delineados.

Deste modo, como principal conclusão referimos quase a totalidade dos enfermeiros mencionou ter conhecimento sobre o processo de referenciação. Todavia, prevalecem os que possuem um nível moderado de conhecimento sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI. As habilitações literárias foram a única variável com relevância estatisticamente significativa, sendo os enfermeiros com mestrado aqueles que apresentam mais conhecimento sobre a referenciação do utente para a RNCCI e na maioria das dimensões da motivação no trabalho.

Assim, o perfil dos enfermeiros com mais conhecimentos sobre a referenciação do utente para a RNCCI é o seguinte: género feminino, mais novos ( $\leq 40$  anos), casados, com o mestrado, que exercem na Unidade AVC, com menos tempo de serviço ( $\leq 15$  anos), os enfermeiros especialistas, sem formação em serviço na área, que já fizeram trabalhos e projetos em relação à temática em estudo, com conhecimentos sobre o processo de referenciação, insatisfeitos com este processo e os mais motivados no trabalho.

Estes resultados levam a sugerir que se dê mais atenção a esta área, com a promoção de mais formação específica em serviço, pois trata-se de uma área da saúde fundamental, pois, tal como referenciado neste trabalho, a RNCCI consiste numa rede de cooperação intersectorial e interinstitucional, numa lógica de descentralização de serviços, desenvolvendo-se a vários níveis de intervenção e competências (Despacho n.º 19 040/2006, de 19 de junho). A RNCCI surgiu em Portugal para dar resposta às transformações demográficas e de saúde que têm ocorrido ao longo dos anos. Neste sentido, para usufruto adequado da mesma, cada utente é submetido a um processo de referenciação criterioso de origem e fins distintos, o que requer que os enfermeiros tenham efetivo conhecimento sobre todo o processo de referenciação para a RNCCI, o que é algo complexo e, por vezes, mais demorado do que aquilo que deveria idealmente ser. Por

consequente, todo este processo exige uma intervenção articulada e interdependente das várias equipas.

Como limitações encontradas na realização deste estudo, a pouca adesão dos enfermeiros no preenchimento do questionário salientamos a reduzida dimensão da amostra, o que se poderá ter devido ao facto de a recolha de dados se ter processado durante a pandemia por COVID-19, que se transformou numa grande sobrecarga laboral dos enfermeiros. Outra limitação diz respeito à escassez de estudos sobre os conhecimentos dos enfermeiros acerca do processo de referenciação dos utentes hospitalizados para a RNCCI. Todavia, consideramos que este trabalho contribui para uma prática baseada em evidências, sendo uma ferramenta crucial para a prestação de cuidados de elevada qualidade aos utentes, em numerosas especialidades de enfermagem, mas no caso concreto aos utentes com necessidade de referenciação para a RNCCI. A prática baseada em evidências permite aos enfermeiros aplicar soluções baseadas em dados que incorporam os conhecimentos clínicos e a investigação atual no processo de tomada de decisões. Como sugestão para futuras investigações, propõe-se a continuidade deste estudo com uma amostra mais alargada, mais formação na área.

Todo o processo de referenciação é muito importante e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve fazer a interligação com os restantes elementos e proporcionar formação nesta área.

### 3. Avaliação por competências

O conceito de competência emerge da “mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho de atividades ou funções, segundo padrões de qualidade e produtividade requeridos pela natureza do trabalho a realizar” (Simões & Borges, 2013, p. 54). Assim, as mesmas autoras referem que competência se configura como um “como um conjunto de conhecimentos e de saberes-fazer mobilizados por um indivíduo para responder a uma determinada situação, em função das suas qualificações e das suas aptidões pessoais” (p. 54).

Neste seguimento, é importante fazer uma avaliação das competências adquiridas, que traduzem a capacidade de mobilizar diferentes recursos cognitivos. As competências profissionais são construídas e avaliadas em formação e também na prática profissional. Assim com a elaboração deste relatório é o término de mais uma etapa do percurso de uma aprendizagem, que se traduz no desenvolvimento pessoal e profissional, e que possibilitou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teóricos, competências e habilidades práticas e capacidade de reflexão inerente ao desempenho.

#### 3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No percurso do estágio foram sempre respeitados os direitos humanos e a dignidade da pessoa na prestação de cuidados, com a garantia da responsabilidade profissional, princípios éticos, legais e deontológicos, o que vai de encontro ao Artigo n.º 99 da Lei n.º 156/2015 de 10 de janeiro, o qual afirma que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p. 8078).

Ao longo de todo o estágio foram prestados cuidados de enfermagem individualizados e humanizados, agindo em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da prática profissional, respeitando a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade, a intimidade e a dignidade da pessoa doente, assim como dos seus familiares ou cuidador. Na prática do exercício profissional houve sempre uma postura correta, uma análise e reflexão sobre todas as ações, com o objetivo de reconhecer falhas e melhorar a prestação de cuidados. Além disso, foi sempre fundamentado a prática clínica em decisões conscientes, contextualizadas e devidamente fundamentadas na evidência científica.

Na competência do domínio da melhoria contínua da qualidade, tendo em conta todas as atividades realizadas, e todo o trabalho desenvolvido na prática especializada, foi sempre realizado em colaboração com a equipa multidisciplinar da UCC. Com a prática especializada, foi participado de forma ativa em programas de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente formações online na Saúde Escolar, sobre “Afetos e Sexualidade” e “Tenho Diabetes e Agora”, quando os vários agrupamentos escolares solicitavam a unidade para a sua realização, pois neste momento devido à situação pandémica que estamos a viver os projetos da Saúde escolar estão estagnados. Nas visitas domiciliárias da ECCL, na prestação dos cuidados de enfermagem foi sempre garantido a continuidade dos cuidados.

No domínio da gestão de cuidados, foi realizado trabalho de forma autónoma e dinâmica, participando na tomada de decisões, colaborando com toda a equipa multidisciplinar, otimizando o trabalho e adequando os recursos às necessidades de cuidados, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados. Foi demonstrado a capacidade de trabalhar em equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos em função das situações e ao contexto, com a finalidade da otimização da qualidade de cuidados. Ainda neste domínio, pode-se dizer que, a gestão de cuidados não é fácil, considera-se que, o trabalho em equipa é essencial para alcançar a excelência nos cuidados prestados.

Durante o estágio foi realizado o trabalho de forma autónoma e otimizado a gestão de recursos materiais e equipamentos em função das situações, demonstrando disponibilidade, iniciativa e criatividade para trabalhar em equipa.

No domínio das aprendizagens profissionais, houve a oportunidade de desenvolver o autoconhecimento, a autoconfiança, a autoestima, salientado que a prática clínica foi sempre baseada em relevantes modelos de conhecimentos e na constante evidência científica. Este domínio é essencial para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados. Nomeadamente, nesta fase em que vivemos da pandemia do Covid-19, foi necessário, adquirir conhecimentos sobre a técnica correta de preparação e administração da vacina contra o Covid-19, situação que até aqui nunca tinha sido vivida. Recorreu-se à evidência científica e à pesquisa bibliográfica para apoiar a prática face a este procedimento, e todos os cuidados inerentes a ela, nomeadamente ao modo de preparação de acordo com cada laboratório da vacina.

### 3.2. Competências Específicas na área de Enfermagem Comunitária

Neste domínio, e de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, é preconizado que, o enfermeiro desenvolva as seguintes competências: *Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para a capacitação de grupos e comunidades; Integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.* O conjunto destas competências pretendem promover o posicionamento dos enfermeiros, para a certificação das mesmas.

Nesta primeira competência específica, pode-se dizer que, ao longo de todo percurso, no qual foi desenvolvido o projeto de investigação, foi baseado na metodologia do *Planeamento em Saúde*, seguindo todas as etapas. Procedeu-se à elaboração do diagnóstico de saúde, estabelecido as prioridades, formulado os objetivos e as estratégias face à priorização das necessidades. Foi integrado o conhecimento sobre os determinantes da saúde, integrando as variáveis sociodemográficas e ambientais. Foram utilizados critérios para a definição das prioridades. Definidos os objetivos mensuráveis para permitir mudanças para a melhoria dos conhecimentos.

Em relação à competência: *Contribui para a capacitação de grupos e comunidades*, todas as intervenções foram desenvolvidas com o objetivo de capacitar o utente/família/comunidade. Nas visitas domiciliárias houve contacto não só com o utente, mas também com a família, envolvendo a família como um todo, promovendo a sua capacitação. Foi estabelecido um diálogo familiar com objetivo de ganhos para a saúde, respeitando sempre as crenças e culturas dessa família, utilizando uma linguagem clara e adequada. Nas formações *online* foi utilizada uma comunicação eficaz e uma observação direta, tentando sempre identificar alguma necessidade. Sempre que tinha alguma dificuldade partilhava-a com a equipa de enfermagem. Toda a atuação teve a finalidade da promoção, capacitação e autonomia do indivíduo/família e comunidade. Foram demonstrados conhecimentos sobre técnicas de comunicação, realizando uma formação para a equipa de enfermagem sobre “Comunicação: Linguagem Verbal e Não verbal”. Foram sempre utilizadas estratégias no sentido da promoção e educação para a saúde. Assegurado o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados ajustados e no sentido da continuidade. Foram realizadas intervenções no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde.

A seguinte competência específica: *Integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde*, de acordo com a sua especificidade, sendo fundamentais para a obtenção em ganhos para a saúde, foi também desenvolvida, uma vez que todo o percurso da prática clínica especializada foi baseado no Plano Nacional de Saúde, tendo em conta os seus objetivos, nomeadamente as metas em saúde para 2020. Foram realizadas várias formações *online* a pedido dos diferentes agrupamentos escolares sobre “Afetos e Sexualidade”, “Tenho Diabetes e agora?”. Foram redigidos vários artigos para jornais locais de Viseu sobre o “Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho”, “Dia Mundial sem Tabaco”. Durante o mês de abril celebra-se os “maus Tratos Infantis”, foi realizado um Laço Azul com várias mensagens para a prevenção nesta área.

Em relação à competência: *Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*. Sendo esta de muita importância, e utilizando sempre a evidência científica, foi necessário compreender e analisar os episódios de saúde-doença, para descobrir a forma para a resolução de problemas de saúde pública, utilizando sempre a evidência científica. Neste momento em relação à pandemia por Covid-19, iniciou-se o processo de vacinação, o que obrigou realizar muita pesquisa bibliográfica sobre o modo de preparação e administração da vacina, de acordo com o laboratório de cada vacina.

## Considerações finais

O Estágio com Relatório Final em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC Viseense), sendo uma realidade diferente dos outros estágios realizados no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

A UCC Viseense tem como missão “Prestar cuidados de saúde de domínio biopsicossocial de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física/psíquica e funcional. Atua na literacia em saúde e na integração em redes de apoio à família, garantindo sempre a continuidade, a acessibilidade, a satisfação dos utentes, o rigor e a excelência na prestação de cuidados” (<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2182652/Pages/default.aspx>)

Neste sentido e tendo em conta o contexto pandémico vivenciado, o nosso foco de cuidados eram os utentes e famílias inseridos na ECCI. Foram realizadas várias visitas domiciliárias, na sua maioria com intervenção para a realização de tratamento de feridas, cuidados de promoção do autocuidado, ensinamentos ao utente/família/cuidador com o objetivo de capacitar obtendo o empoderamento para a saúde.

Foi-nos dada oportunidade de realizar outras atividades para que fossem vivenciadas na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente as Sessões de Educação para a Saúde contribuindo para a melhoria da literacia em saúde.

Face a estes resultados a formação na área de RNCCI é de extrema importância, nomeadamente para os enfermeiros de Enfermagem Comunitária, pois prestam cuidados centrados no doente, na família, e na comunidade, tendo em conta uma visão holística.

Este trabalho permitiu verificar que o nível de conhecimento dos enfermeiros pode ser elevado, que atribuem muita importância, mas referem não estar satisfeitos. Torna-se muito importante ouvir propostas de melhoria, com objetivo de ganhos para a saúde do utente/família.

Neste contexto é importante a aquisição e o aperfeiçoamento das competências comuns e as específicas do Enfermeiro Especialista, que foram modeladas ao longo de todo o percurso, quer a nível da componente teórica, quer a nível da componente prática. O empoderamento comunitário na observação de uma comunidade é importante para a identificação de problemas e tomada de decisão, com a melhor evidência científica.

Entre várias limitações, o escasso tempo disponível e o excesso de trabalho dos enfermeiros, não permitiu a constituição de uma amostra de maior dimensão, que satisfaça

totalmente os critérios dos autores mais exigentes. Apesar destas limitações, não quisemos deixar de oferecer o nosso contributo para uma melhor compreensão desta questão e abrir caminho para novos estudos.

Com este trabalho, permitiu-nos aprofundar conhecimentos numa área que nos preocupa e, é de extrema importância, e pela qual temos interesse em colaborar com a proposta de mais formação específica nesta área. E que todos intervenientes futuramente trabalhassem em conjunto, com o objetivo de melhorias para os utentes. Este relatório é apenas um instrumento de reflexão, não é conclusivo.

A metodologia do Planeamento em Saúde esteve sempre presente no decorrer do estágio, com o objetivo de melhorar a saúde da comunidade e sendo um instrumento importante para o exercício profissional.

A realização deste estágio contribui para a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, contribuindo para olhar para todo o caminho percorrido, refletindo sobre todas as decisões tomadas.

## Referências bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2017). *RNCCI*. Portugal. Acedido em [goo.gl/99zztw](http://goo.gl/99zztw)
- American Medical Association (s.d.). *The ethical force program: C-CAT Patient-centered communication*. Acedido em <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/the-ethical-force-program/patient-centered-communication.page>
- Amorim, C., Barlem, E., Mattos, M., Costa, S., & Oliveira, S. (2019). Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. *Revista Gaúcha de Enfermagem*; 40. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190017>.
- Bonito, D.M.M. (2018). *Impacto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Demora Média Hospitalar no Hospital Beatriz Ângelo*. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/74238/1/RUN%20-%20Disserta%3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Dora%20Bonito.pdf>
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, Vol. 2, 572-577. Acedido em
- Campos, V.F., Silva, J.M. da, & Silva, J.J. da (2019). Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Revista Bioética*; 27 (4), 711-718.
- Collière, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [Portugal]. *Diário da República*, 1.ª série A, N.º 109, pp. 3856-3865. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/353934>
- Despacho n.º 19040/2006 de 19 de setembro. (2006). *Diário da República*, 2ª Série. Lisboa. Acedido em <https://dre.tretas.org/dre/201837/despacho-19040-2006-de-19-de-setembro>.
- Despacho n.º 6359/2011 de 13 de abril. (2011). *Diário da República*. 2ª Série. Lisboa. Acedido em <https://dre.tretas.org/dre/283588/despacho-6359-2011-de-13-de-abril>

Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2008 de 7 de janeiro. (2008). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Lisboa.

Ferreira, A., Diogo, C., Ferreira, M., & Valente, A.C. (2006). Construção e validação de uma Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho (Multi-Moti). *Comportamento Organizacional e Gestão*; Vol. 12, 2, 187-198. Acedido em [https://www.researchgate.net/publication/255667513\\_Construcao\\_e\\_validacao\\_de\\_uma\\_Escala\\_MultiFactorial\\_de\\_Motivacao\\_no\\_Trabalho\\_Multi-Moti/link/565c414e08ae1ef92981da6a/download](https://www.researchgate.net/publication/255667513_Construcao_e_validacao_de_uma_Escala_MultiFactorial_de_Motivacao_no_Trabalho_Multi-Moti/link/565c414e08ae1ef92981da6a/download)

Fonseca-Teixeira, S.A., Parreira, P., Mónico, L., Salgueiro-Oliveira, A., & Amado, J.C. (2020). Referenciação para a rede nacional de cuidados integrados: a percepção dos enfermeiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 28:e3372, 2-9. DOI: 10.1590/1518-8345.3800.3372

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>

Loureiro, H. (2012). *Cuidar em Enfermagem: Percepção do Adolescente*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde, Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1643/1/LOUREIRO%20Helena%20Maria%20Cardoso%20Leitão%2c%20Dissertação%20mestrado.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Código Deontológico. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/115698537>

Organização Mundial de Saúde (2021). *Falls*. Acedido em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª ed.) Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 174 — 10 de setembro de 2014. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/56720777>
- Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série – N.º 24 – 2 de fevereiro de 2017. Acedido em <https://ucccb.pt/2017/02/portaria-n-o-502017-de-2-de-fevereiro-publicada-no-diario-da-republica-1-a-serie-n-o-24-2-de-fevereiro-de-2017>
- Portaria n.º 147/2016. Diário da República. Serie I. N.º 97 (19-05-2016), pp.1616-1619. Acedido em: [https://dre.pt/home/-/dre/74483693/details/maximized?print\\_preview=print-preview](https://dre.pt/home/-/dre/74483693/details/maximized?print_preview=print-preview)
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Santos, M.J.C. (2018). *Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais – elos de ligação*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23537/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_\\_%20Maria\\_Jos%C3%A9\\_Santos\\_Final3.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23537/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o__%20Maria_Jos%C3%A9_Santos_Final3.pdf)
- Serviço Nacional de Saúde (2016). Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>
- Simões, D.S., & Borges, S.L. (2013). Competências Profissionais na Gestão (do) Social: Teoria e Intervenção. *Interações*; 24, 54-77.
- UCC Viseense, (2018). Manual de Acolhimento: Para Profissionais de Saúde e Alunos de Enfermagem. Viseu



**Anexos**







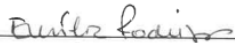
## Anexo II – Atividades realizadas na UCC Viseense



### Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que **Fátima Correia da Silva Magno**, aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária – Ensino Clínico II – Intervenção Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, participou como formadora na Sessão de Educação para a Saúde **“Afetos e Sexualidade”**, aos Alunos do 9ºD e E da Escola Secundária Viriato, por videoconferência, realizada no dia 9 de abril de 2021, com duração de 2 horas, com a tutoria do Sra. Enfermeira Emília Rodrigues, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A responsável pelo programa de Formação Contínua,

  
Emília Rodrigues  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ACES DÃO-LAFÕES  
UCC Viseense  
Centro Saúde de Jesus 3  
Av. Madre Rita de Jesus  
3500-179 Viseu  
Telef. 232 467 291/Fax 232 467 299  
uccviseense@arsviseu.min-saude.pt

A Coordenadora da UCC Viseense,

  
Teresa Gomes  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Centro de Saúde Viseu 3  
Av. Madre Rita de Jesus  
3500-179 Viseu


Telefone: 232 467 291  
Fax: 232 467 299

Email: ucc.viseense@arscentro.min-saude.pt

## Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que **Fátima Correia da Silva Magno**, aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária – Ensino Clínico II – Intervenção Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, participou como formadora na Sessão de Educação para a Saúde **“Afetos e Sexualidade”**, aos Alunos PCA da Escola Dão Luís Loureiro, por videoconferência, realizada no dia 20 de abril de 2021, com duração de 2 horas, com a tutoria do Sr. Enfermeiro Diogo Carvalhais, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A responsável pelo programa de Formação Contínua,



Emília Rodrigues  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**ACES DÃO-LAFÕES**  
**UCC Viseense**  
Centro Saúde Viseu 3  
Av. Madre Rita de Jesus  
3500-179 Viseu  
Telof. 232 467 2911/Fax 232 467 299  
uccviseense@arsviseu.min-saude.pt

A Coordenadora da UCC Viseense,



Teresa Gomes  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que **Fátima Correia da Silva Magno**, aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária – Ensino Clínico II – Intervenção Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, participou como formadora na Sessão de Educação para a Saúde **“Tenho Diabetes e agora?”**, aos Alunos do 6ºB da Escola EB2,3 do Viso, por videoconferência, realizada no dia 28 de abril de 2021, com duração de 2 horas, com a tutoria do Sra. Enfermeira Emília Rodrigues, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A responsável pelo programa de Formação Contínua,

*Emília Rodrigues*

Emília Rodrigues  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ACES DÃO-LAFÕES  
UCC Viseense  
Centro Saúde Viseu 3  
Av. Madre Rita de Jesus  
3500-179 Viseu  
Telef. 232 467 291/Fax 232 467 299  
uccviseense@arsviseu.min-saude.pt

*BDP*

A Coordenadora da UCC Viseense,


*Teresa Gomes*

Teresa Gomes  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que **Fátima Correia da Silva Magno**, aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária - Ensino Clínico II – Intervenção Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, participou como formadora na ação de formação em serviço da Unidade de Cuidados na Comunidade Viseense **Comunicação: Linguagem Verbal e Não Verbal**, realizada no dia 06 de maio de 2021, na sala de Formação/Reuniões do Centro de Saúde Viseu 3, com duração de 2 horas, com a tutoria da Sr.ª Enfermeira Ana Cláudia Santos, Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária.

A responsável pelo programa de Formação Contínua,

  
Emília Rodrigues  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ACES DÃO-LAFÕES  
UCC Viseense  
Centro Saúde de Jesus  
Av. Madre Rita de Jesus  
3500-179 Viseu  
Telef. 232 467 291/Fax 232  
uccviseense@arsviseu.mt

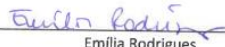
A Coordenadora da UCC Viseense,

  
Teresa Gomes  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que **Fátima Correia da Silva Magno**, participou como formanda na ação de formação em serviço da Unidade de Cuidados na Comunidade Viseense **Suporte Básico de Vida; Atuação na anafilaxia: Orientações em tempos de COVID-19**, realizada no dia 11 de março de 2021, na sala de Formação/Reuniões do Centro de Saúde Viseu 3, com duração de 2 horas.

A responsável pelo programa de Formação Contínua,

  
Emília Rodrigues  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ACES DÃO-LAFÕES  
UCC Viseense  
Centro de Saúde Viseu 3  
Av. Madre Rita de Jesus  
3500-179 Viseu  
Telef. 232 467 291/Fax 232 467 299  
uccviseense@srsviseu.min-saude.pt

  
Teresa Gomes  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que **Fátima Correia da Silva Magno**, participou como formanda na ação de formação em serviço da Unidade de Cuidados na Comunidade Viseense **Precauções Básicas no Controlo de Infeção – PBCI's**, realizada no dia 22 de abril de 2021, na sala de Formação/Reuniões do Centro de Saúde Viseu 3, com duração de 2 horas.

A responsável pelo programa de Formação Contínua,

*Emília Rodrigues*

Emília Rodrigues  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ACES DÃO-LAFÕES  
UCC Viseense  
Centro Saúde Viseu 3  
Av. Madre Rita de Jesus  
3500-179 Viseu  
Telef. 232 467 291/Fax 232 467 299  
uccviseense@arsviseu.min-saude.pt

*Terça* A Coordenadora da UCC Viseense,

*Terça Gomes*

Terça Gomes  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## Anexo III – Publicações no Jornal de Viseu



### Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que **Fátima Magno** foi autora do seguinte artigo, inserido no Programa Literacia em Saúde, da Unidade de Cuidados na Comunidade Viseense que tem como objetivo alertar a população para a promoção da saúde e prevenção da doença através da sensibilização para temas relacionados com a saúde física e mental:

- 28/04/2021 – “Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho” (Diário de Viseu)
- 04/06/2021 – “Dia mundial sem tabaco” (Jornal do Centro)

O responsável pelo programa Literacia em Saúde,

  
\_\_\_\_\_  
Ana Santos Oliveira  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem Comunitária

*Popi*  
ACES DÃO-LAFÕES A Coordenadora da UCC Viseense,  
UCC Viseense  
Centro Saúde Viseu 3  
Av. Madre Rita de Jesus 3  
3500-179 Viseu  
Telef. 232 467 291 / 232 467 299  
uccviseense@srsviseu.min-saude.pt

*Fátima Magno*  
\_\_\_\_\_  
Teresa Gomes  
Enfermeira Especialista em  
Saúde Mental e Psiquiátrica



## Anexo IV – Parecer do Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Tondela – Viseu



UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO  
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PADA @.A.

19.05.21

### DELIBERAÇÃO

Nº Referência	03/14/05/2021
Designação	Pedido de autorização para realização do estudo subordinado ao tema: "Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Referenciação para a rede nacional dos cuidados continuados integrados: uma realidade a nível hospitalar".
Investigador Principal	Fátima Magno Ana Isabel Andrade
Data do documento	04 de maio de 2021
Data de Entrada na CES	06 de maio de 2021
Data de Deliberação CES	14 de maio de 2021

Analisado o pedido de autorização para realização do estudo subordinado ao tema: "Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Referenciação para a rede nacional dos cuidados continuados integrados: uma realidade a nível hospitalar", cuja investigadora principal é a aluna do 5º curso de mestrado em enfermagem comunitária, Fátima Magno, sob orientação da professora doutora Ana Isabel Andrade, esta CES deliberou, que o mesmo não envolve doentes, pelo que é de livre vontade a participação no mesmo, que não se levantam quaisquer questões éticas e portanto qualquer parecer desta comissão não cabe no âmbito das suas competências.

#### Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 14/05/2021

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro  
Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade  
Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira  
Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes  
Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida  
Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento  
Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

**Dra. Helena Solheiro**  
Presidente da C.E.S.

**AUTORIZADO**  
Reunião: 20/05/21

CONSELHO  
ADMINISTRAÇÃO

Presidente  
(Mano Duarte)

Vogal Executivo  
(Sandra Gil)

Vogal Executivo  
(Mafalda Guiné)

Director Clínico  
(Eduardo Melo)

Enfermeiro Director  
(José L. Gomes)



## Anexo V – Consentimento Informado

### Consentimento informado

Eu, Fátima Correia da Silva Magno, estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver o Relatório Final sob o tema “Conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Integrados: uma realidade a nível hospitalar”.

Ao elaborar este estudo, temos como principal objetivo: avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, sobre o processo de referenciação do utente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Mais informamos que a Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola (232419100).

Neste sentido, vimos solicitar a sua participação neste estudo para que seja possível concretizar esta etapa académica.

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento do questionário. Além de que a sua participação também é voluntária, podendo recusar participar no estudo ou desistir em qualquer momento.

Declaro que recebi toda a informação necessária, fiquei esclarecido/a e aceito participar voluntariamente no estudo.

O enfermeiro

---

A estudante responsável pelo estudo:

---

Grata pela sua colaboração

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## Anexo VI – Questionário sobre “Conhecimento dos enfermeiros sobre a referênciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: uma realidade a nível hospitalar”



Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

**Departamento:** Enfermagem

**Investigador Principal:** Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

**Investigador Colaborador:** Fátima Correia da Silva Magno

Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Ano:** 2021

**Estudo:** Conhecimento dos enfermeiros sobre a referênciação para a Rede Nacional de Cuidados Integrados: uma realidade a nível hospitalar

Caro(a) Senhor(a):

Este questionário pretende avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros do Centro Hospitalar Tondela-Viseu sobre o processo de referênciação do utente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Fica assegurada a confidencialidade das suas respostas e não serão utilizadas para outros fins.

Seja, POR FAVOR, o mais preciso possível nas suas respostas, preenchendo todas as questões.

A sua contribuição é indispensável e deverá ocupar cerca de 5 a 10 minutos o seu preenchimento.

Neste questionário não existem respostas certas nem erradas. O importante é que responda a todas as questões com sinceridade e de acordo com a sua opinião.

Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos, respeitando o seu anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

Verifique se respondeu a todas as questões.

Gratos pela sua colaboração.

A Equipa de Investigação

---

### Caracterização Sociodemográfica

1. Sexo: Feminino  Masculino
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos
3. Estado civil:  
Solteiro  Casado  União de facto  Viúvo  Divorciado
4. Habilitações académicas (colocar a mais elevada):  
Doutoramento  área \_\_\_\_\_  
Mestrado  área \_\_\_\_\_  
Licenciatura
5. Possui algum curso de Pós-Licenciatura?  
Não  Sim  Se sim, em que área? \_\_\_\_\_
6. Possui algum curso de Pós-Graduação?  
Não  Sim  Se sim, qual? \_\_\_\_\_

### Caracterização Profissional

7. Unidade onde exerce funções:  
Medicina   
Ortopedia   
Unidade de AVC
8. Tempo de serviço \_\_\_\_\_ anos
9. Tempo de serviço na unidade onde exerce funções \_\_\_\_\_ anos
10. Categoria Profissional.  
Enfermeiro  \_\_\_\_\_  
Enfermeiro especialista  \_\_\_\_\_  
Enfermeiro em funções de gestão  \_\_\_\_\_  
Outro \_\_\_\_\_

**Caracterização da formação em Cuidados Continuados Integrados**

11. No âmbito da formação em serviço fez formação na área dos Cuidados Continuados Integrados?

Não  Sim

11.1. Se sim, nº de horas? \_\_\_\_\_

11.2. Em que contexto fez a formação (assinale todos os que realizou)

Conferências

Jornadas

Ações de Formação

Workshops

Cursos Breves

Formação em serviço

Outro \_\_\_\_\_

12. Se nunca frequentou formação específica relativa aos Cuidados Continuados Integrados qual (ais) o(s) motivo (s)?

Pouca oferta formativa na área

Falta de tempo

Não teve conhecimento de formação na área

Não tem interesse pela área

Outro \_\_\_\_\_

13. Realizou/participou em algum trabalho/projeto na área dos Cuidados Continuados Integrados?

Não  Sim

13.1. Se sim, qual o tema? \_\_\_\_\_

14. No âmbito da formação em serviço considera importante existir formação específica sobre os Cuidados Continuados Integrados?

Muito importante

Importante

Indiferente

Pouco importante

Nada importante

#### **Caracterização da importância dos Cuidados Continuados Integrados**

15. Qual é a importância que atribui ao papel dos enfermeiros nos Cuidados Continuados Integrados?

Muito importante

Importante

Indiferente

Pouco importante

Nada importante

16. Como classifica o seu nível de conhecimentos acerca dos Cuidados Continuados Integrados?

Muito Bom

Bom

Razoável

Fraco

Muito fraco

17. Conhece o processo de referenciação dos utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?

Não

Sim

18. Encontra-se satisfeito com o processo de referenciação dos utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?

Não  Sim

**Questionário Geral dos conhecimentos sobre a referenciação Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI)**

Por favor, leia cada afirmação seguinte e assinale com um X a opção (verdadeiro – V ou Falsa- F) que melhor se adequa àquilo que pensa, sabe ou faz relativamente à RNCCI

	AFIRMAÇÕES	V	F
1	A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social.		
2	Os cuidados prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados são apenas de natureza preventiva e reabilitadora		
3	A Equipa de Gestão de Altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI.		
4	Apenas nas Unidade de Internamento da RNCCI é necessário existir o papel de "Gestor de Caso", responsável direto pelo acompanhamento do acesso individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados.		
5	A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.		
6	Os utentes que se encontram nas unidades de internamento da RNCCI podem ser prorrogados desde que a equipa multidisciplinar justifique com pedido à Equipa de Coordenação Local (ECL).		
7	A EGA faz o planeamento de alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar.		
8	As unidades e equipas devem organizar o processo individual em suporte informático ou em papel que deve incluir, designadamente: o Contrato de prestação de serviços.		
9	Para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciados os utentes que se encontrem em situação de doença aguda.		
10	Para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciados os utentes que se encontrem em situação de necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações.		
11	Para Unidade de Convalescença, as pessoas que, na sequência de episódio de doença aguda, suscetível de melhoria, em período previsível de 30 dias, não incluindo a administração de terapêutica parentérica.		

12	O internamento em Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) prevê um período até 90 dias.		
13	Para Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), a situação de dependência que em período superior a 90 dias integra o Internamento por dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador.		
14	Para Unidade de Ambulatório, serão referenciados utentes que necessitem de cuidados continuados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime de ambulatório e não reúna condições para ser cuidado no domicílio.		
15	Constituem critérios para efeitos de admissão em unidades e equipas os seguintes: doente com episódio de doença em fase aguda; pessoa que necessite exclusivamente de apoio social; doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico, doente infetado, cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.		
16	Constituem ainda critérios para efeitos de não admissão em ULDM os seguintes: doente com úlceras de pressão; doentes com necessidade de medidas de suporte respiratório de forma permanente ou quase permanente; doente com débitos de oxigénio iguais ou superiores a 3l/min		
17	Os doentes provenientes da comunidade, nomeadamente do domicílio, são sinalizados apenas por profissionais da área da saúde e ou social do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) às equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários.		
18	Após a referenciação, a Equipa de Coordenação Local (ECL) avalia e valida a proposta de referenciação e tipologia adequada às necessidades do utente.		
19	A referenciação de doentes, internados no hospital integrado no SNS para cuidados continuados integrados, feita pela EGA à ECL do domicílio do doente, deve ocorrer 24 a 48 horas antes da data prevista para a alta hospitalar.		
20	A EGA assegura a atualização de toda a informação que deve acompanhar o utente no momento da alta hospitalar e consequente admissão em unidade ou equipa da RNCCI.		
21	No momento da alta hospitalar do utente este deve ser acompanhado por registos de enfermagem de modo a que a continuidade de cuidados seja assegurada.		
22	Na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter -se em conta a proximidade da área do domicílio do utente, relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência		
23	Os utentes apenas podem ser referenciados para a RNCCI de duas formas: dos serviços de internamento do SNS para a EGA e das Unidades de Saúde Familiar (USF) do ACES para a ECL.		
24	A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção, exceto durante os fins de semana.		
25	Nas unidades da RNCCI é obrigatório o Processo Individual de Cuidados Continuados (PICC).		
26	O Processo Individual de Cuidados Continuados (PICC) não é obrigatório nas unidades da RNCCI.		
27	O Processo Individual de Cuidados Continuados (PICC) deve conter: a identificação do utente, data de admissão, identificação e contato dos cuidadores, consentimento informado e termo de aceitação, entre outros.		
28	Para o processo de referenciação do utente para a RNCCI é necessário efetuar registos de enfermagem na plataforma informática da RNCCI.		
29	O enfermeiro pode referenciar para outra tipologia da RNCCI por vi telefónica.		
30	É a EGA que faz o processo de referenciação dos utentes internados em contexto hospitalar,		
31	É possível transferir utentes nas diferentes tipologias da RNCCI		

32	Os utentes devem ser sempre colocados nas unidades da RNCCI correspondente à sua área de residência.		
33	O utente escolhe qual a unidade da RNCCI em que é internado.		
34	Durante o processo de referenciação para a RNCCI o utente ou cuidador principal pode/ podem optar por três unidades da RNCCI.		
35	Os utentes podem ser referenciados por indivíduos particulares que identifiquem necessidade comuniquem à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e estas referenciem para UCSP.		
36	Os doentes provenientes da comunidade, nomeadamente do domicílio, são sinalizados apenas por profissionais da área da saúde e ou social do ACES às equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários.		
37	É definido um elemento das equipas como "Gestor de Caso", responsável direto pelo acompanhamento do acesso individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados.		
38	As unidades de ambulatório funcionam em regime diurno, todos os dias úteis, por um período não inferior a oito horas diárias de forma a garantir e proporcionar ao utente todos os cuidados.		
39	A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 72 horas após a admissão.		
40	Não existe "Gestor de Caso", todos os elementos das equipas da RNCCI são responsáveis pelo acompanhamento do acesso individual.		

**“Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho” (Ferreira, 2006)**

Para responder a todas as questões e assinalar o quadro que pretende, utilize a escala de cinco pontos, a seguir apresentada, tendo em conta que **1** corresponde a **“Discordo totalmente”**, **2** corresponde a **“Discordo”**, **3** corresponde a **“Nem concordo/Nem Discordo”**, **4** corresponde a **“Concordo”** e **5** corresponde a **“Concordo totalmente”**.

	1	2	3	4	5
1. Esta organização tem condições de trabalho satisfatórias					
2. Considero que as avaliações periódicas me motivam					
3. Ter perspectivas de carreira é importante para a minha motivação no trabalho					
4. Normalmente considero-me uma pessoa com grande motivação					
5. Sinto-me realizado(a) com as funções que desempenho na organização					
6. Gostaria de ser avaliado(a) no meu desempenho periodicamente					
7. Gostaria de desempenhar funções com maior responsabilidade					
8. Considero o meu trabalho monótono					
9. Sinto-me satisfeito(a) com a minha remuneração					
10. No desempenho de tarefas é necessário demonstrar alguma emotividade					
11. Sinto-me com capacidade para gerir um grupo de trabalho					
12. Sinto-me envolvido(a) emocionalmente com a organização					
13. O "feedback" que recebo no trabalho contribui enquanto fator motivacional					
14. Gosto de ser avaliado(a) no desempenho das tarefas					
15. Sinto necessidade de crescer cada vez mais na minha função					
16. Os meus conhecimentos são determinantes na forma de trabalhar					
17. Todos os funcionários da organização participam nos processos de tomada de decisão					
18. Habitualmente desenvolvo estratégias para alcançar as minhas metas					
19. Se existissem prémios atribuídos aos melhores funcionários, percebia-os como um fator de motivação profissional					
20. Aborreço-me quando não compreendo a finalidade das minhas funções					
21. Considero que trabalho num ambiente de cooperação entre colegas					
22. Tarefas diversificadas são importantes para o bom desempenho das funções					
23. Um dos meus objetivos é alcançar o cargo mais elevado dentro da organização					
24. Identifico-me com a função que desempenho					
25. A organização permite o desenvolvimento dos objetivos profissionais					
26. Existe competitividade no meu grupo de trabalho					
27. Sinto-me motivado(a) quando o trabalho é elogiado pelo meu superior					
28. Trabalharia com maior empenho se existissem formas de remuneração alternativa.					