

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



*“Cesse tudo o que a Musa antiga canta,
Que outro valor mais alto se alevanta.”*

Luís de Camões *in* Os Lusíadas

Agradecimentos

Ao Senhor Professor Doutor Carlos Manuel de Sousa Albuquerque, pela orientação, estímulo e reconhecimento ao longo do meu percurso académico e profissional.

À Ordem dos Enfermeiros e à Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, que desde o primeiro momento abraçaram este projeto de investigação.

A todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, protagonistas principais deste estudo.

À minha mãe, pai e irmã, pelo amor que me transmitem.

À Vânia Pinto, pela motivação e inspiração.

A todos, o meu mais sincero e reconhecido agradecimento.

Resumo

Enquadramento: No âmbito dos sistemas e organizações de saúde é primordial refletir sobre as práticas de cuidados tendo por base a qualidade e segurança dos cuidados. Devido à dotação desconhecida de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e à carência de estudos que contradigam este paradigma, tornou-se imperioso conhecer a realidade destes profissionais. Assim, o objetivo central consiste em conhecer as dotações em Enfermagem de Reabilitação, bem como os seus determinantes, nos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados.

Métodos: Estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo-correlacional e exploratório, com recurso a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 530 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, maioritariamente do género feminino (73.6%), com uma média de idades de 39.35 anos. A recolha de dados foi realizada no período de 10 de janeiro a 28 de fevereiro de 2018, por meio de questionário *on-line* de autopreenchimento construído para o efeito.

Resultados: Constatámos que, embora a maioria dos profissionais (69.8%) exerça funções especializadas, 58.9% executam-nas a tempo integral e 53.3% a tempo parcial. Quanto ao tempo ideal e real para a prestação de cuidados, observámos que existem diferenças estatisticamente significativas na maioria dos serviços/unidades analisados e, portanto, diferenças entre o rácio real e percebido, nomeadamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Cuidados Intensivos, Outras Especialidades Médicas, Neurocirurgia e Medicina Física e Reabilitação, assim como nas instituições de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares. Verificámos, ainda, que o aumento do tempo de experiência e de especialização tende a estar associado com a perceção de rácio inferior, sendo este aspeto mais notório no tempo de experiência profissional.

Conclusões: Os resultados evidenciaram que o aumento do tempo de cuidados e, conseqüentemente, a redução do rácio de utentes traduzem a necessidade de dotar a tempo integral as instituições com Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, quantitativa e qualitativamente. Desta premissa resulta conseqüências diretas na melhoria funcional e na satisfação do utente, bem como uma redução e antecipação de complicações face a uma alta precoce.

Palavras-chave: enfermagem; enfermeiro especialista; reabilitação; dotação.

Abstract

Background: Within the health system and its organizations, it is essential to reflect on health care practices based on quality and safety of care. Due to the appropriation of nurses who specialise in Rehabilitation Nursing being unknown and a lack of studies which contradict this paradigm, it has become imperative to investigate the reality of these professionals. Thus, the central objective of this study is to investigate the appropriation within Rehabilitation Nursing as well as its determinants, in the Primary Health Care, Hospital Health Care and Integrated Continuous Care Systems.

Methods: A descriptive-correlational and exploratory quantitative study using a non-probabilistic sample for convenience. The study consists of 530 nurses with a specialisation in Rehabilitation Nursing, mostly female (73.6%), with an average age of 39.35. Data collection was carried out from January 10 to February 28, 2018, through an online self-completion questionnaire developed for this purpose.

Results: It was found that, although the majority of professionals (69.8%) performed specialized functions, 58.9% performed these specialized functions in a full-time capacity while for 53.3% it was in a part-time capacity. Regarding the discrepancies between ideal and real time for care delivery, it was observed that there are statistically significant differences in most services/units analyzed and, therefore, differences between the actual and perceived ratio; namely within the Integrated Continuing Care Unit, Intensive Care Unit, Other Medical Specialties, Neurosurgery and Physical Medicine and Rehabilitation, as well as in Primary and Hospital Health Care institutions. It was also verified that the increase of time of experience and specialisation tends to be associated with the perception of an inferior ratio; this aspect being more noticeable in the time of professional experience.

Conclusions: The findings indicated that the increase of care time and, consequently, the reduction of the patients' ratio reflects the need to provide institutions with full-time Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing, both quantitatively and qualitatively. This finding has direct consequences on the functional improvement and the satisfaction of the patient, as well as a reduction of and the anticipation of complications in the face of an early discharge.

Keywords: nursing; specialised nurse; rehabilitation; allocation.

Sumário

	Pág.
Lista de Figuras	XIII
Lista de Quadros	XV
Lista de Abreviaturas e Siglas	XVII
Introdução	19
1ª PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	25
1.1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – CONCETUALIZAÇÃO E FOCO DE INTERVENÇÃO	26
1.2. EVOLUÇÃO DO ENSINO DA ENFERMAGEM NO DOMÍNIO DA REABILITAÇÃO	29
1.3. PROGRESSÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	32
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	35
3. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	43
4. DOTAÇÕES EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	51
2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	57
5. METODOLOGIA	59
5.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO	59
5.2. PARTICIPANTES	62
5.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	63
5.4. PROCEDIMENTOS	65
6. RESULTADOS	69
6.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	69
6.2. ANÁLISE INFERENCIAL	89
7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	95
8. CONCLUSÃO	107
Referências Bibliográficas	113

APÊNDICES	127
Apêndice I – Instrumento de Recolha de Dados	129
Apêndice II – Operacionalização das instituições e dos serviços/unidades.....	137
Apêndice III – Pedido de colaboração à Ordem dos Enfermeiros.....	139
Apêndice IV – Horas de Cuidados Necessárias	141
ANEXOS.....	143
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu	145
Anexo II – Parecer da Ordem dos Enfermeiros	147

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas 62

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1.1 - Operacionalização das variáveis em estudo	64
Quadro 2 - Caraterísticas sociodemográficas da amostra	70
Quadro 3 - Caraterísticas académicas da amostra.....	71
Quadro 4 - Caraterísticas da amostra ao nível da formação contínua.....	73
Quadro 5 - Caraterísticas profissionais da amostra (secção da OE, tempo de experiência profissional e tempo de título de EEER).....	75
Quadro 6 - Caraterísticas profissionais da amostra (carga horária semanal, tipologia de horário e vínculo contratual).....	76
Quadro 7 - Caraterísticas profissionais da amostra (instituição e serviço/unidade de saúde onde desempenham funções, pertença a uma ECCI).....	78
Quadro 8 - Caraterísticas profissionais da amostra (pertença aos quadros da instituição como EEER, exercício de funções no âmbito dos cuidados especializados, exclusividade de funções e organização do trabalho do EEER)	80
Quadro 9 - Medidas descritivas referentes ao número de utentes a que os EEER que trabalham em exclusividade, habitualmente, prestam cuidados na sua prática diária (rácio real)...	81
Quadro 10 - Aspetos tidos em conta na dotação observada.....	81
Quadro 11 - Medidas descritivas referentes ao tempo, em minutos, que os EEER que trabalham em exclusividade despendem, em média, com cada utente (tempo real).....	82
Quadro 12 - EEER que trabalham em exclusividade e que consideram não ser adequado o tempo de cuidados ao utente, por serviço/unidade e instituição	84
Quadro 13 - Medidas descritivas referentes ao tempo, em minutos, que os EEER que trabalham em exclusividade consideram ser o ideal, em média, para cada utente	85
Quadro 14 - Rácio percebido pelos EEER que trabalham em exclusividade	86
Quadro 15 - EEER em função das caraterísticas do processo de reabilitação do utente	87
Quadro 16 - EEER em função do serviço/unidade onde exerce funções	88
Quadro 17 - EEER em função das responsabilidades que lhe foram atribuídas após a especialização.....	89
Quadro 18 - Comparação do tempo, em minutos, que os EEER que trabalham em exclusividade despendem, em média, com cada utente com o tempo considerado ideal	90
Quadro 19 - Comparação do rácio real com o rácio percebido pelos EEER que trabalham em exclusividade.....	91
Quadro 20 - Associação entre o serviço/unidade ou instituição em que o EEER trabalha e a situação de exclusividade	92
Quadro 21 - Correlação do rácio percebido pelos EEER que trabalham em exclusividade com o tempo de experiência profissional e com o tempo de especialização	93

Lista de Abreviaturas e Siglas

- APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
 ARN – Association of Rehabilitation Nurses
 ARNA – Australasian Rehabilitation Nurses` Association
 CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
 CS – Centro de Saúde
 CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
 cit. in – Citado em
 DGS – Direção-Geral da Saúde
 ECCI – Equipas de Cuidados Continuados na Comunidade
 ECTS – European Credit Transfer System
 ER – Enfermagem de Reabilitação
 EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
 et al. – e outros
 Fem. – Feminino
 HCN – Horas de Cuidados Necessárias por utente
 HET – Horas Efetivas de Trabalho por turno
 ICN – International Council of Nurses
 IOM – Institute of Medicine
 Masc. – Masculino
 MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação
 OE – Ordem dos Enfermeiros
 OMS – Organização Mundial de Saúde
 PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
 PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação
 RN's – *Registered Nurses*
 RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
 RNEHRMFR – Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Física e Reabilitação
 SNS – Serviço Nacional de Saúde
 SPSS – *Statistical Package for the Social Science*
 UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
 UCCC – Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença
 UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
 UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
 UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
 ULDM – Unidade Longa Duração e Manutenção
 UMDR - Unidade Média Duração e Reabilitação
 USF – Unidade de Saúde Familiar
 UT – Número de Utentes por Turno

Introdução

A prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da reabilitação existe e encontra-se consolidada em vários países, nomeadamente Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, França, Guatemala, Inglaterra, México, Holanda, Nova Zelândia, Portugal, Rússia, Seychelles e Suíça (Schoeller, Martins, Ribeiro, Lima, Padilha & Gomes, 2018). Nos países onde esta especialidade ainda não foi reconhecida e onde os enfermeiros especialistas nesta área são inexistentes, os cuidados de reabilitação são realizados de forma intuitiva por enfermeiros generalistas, cujos resultados obtidos e a sua durabilidade têm pouca sustentabilidade (MacDonell & Mauk, 2017).

Quando falamos de Enfermagem de Reabilitação (ER) a nível nacional e mundial, não nos podemos esquecer que estamos a equiparar profissionais com certificações e programas educativos distintos que podem dificultar a identificação das principais competências necessárias ao exercício da especialidade. Prova disso, são alguns modelos de competências profissionais desenvolvidos, nomeadamente o adotado pela Association of Rehabilitation Nurses (ARN, 2014b) que, pela diferença de necessidades, pode não ser o mais adequado para o exercício da prática especializada dos enfermeiros de reabilitação noutros países. Assim, o papel da educação, bem como a necessidade de investigação, são cruciais de forma a produzir conhecimento em ER. Ou seja, se a evolução do saber, anexada à complexidade de cuidados específicos, se encontra cada vez mais presente nas dinâmicas institucionais e nos desafios a que os profissionais de saúde estão expostos, então a exigência de um paradigma formativo-evolutivo permite adequar as competências e os saberes adquiridos às mesmas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é detentor de um corpo de conhecimentos singular, de intervenção e de raciocínio clínico especializados, capaz de oferecer resposta à complexidade das necessidades das pessoas. Além disso, não podemos esquecer que o mesmo é, simultaneamente, um profissional na área da saúde que presta cuidados de qualidade e com efetividade, que a par das características do ambiente de trabalho e do sentimento de satisfação e de empenho para o exercício profissional, contribui para o incremento de ganhos em saúde.

É uma preocupação crescente e comum ao International Council of Nurses (ICN) e à Ordem dos Enfermeiros (OE) constituir na prática ambientes favoráveis para a execução de intervenções autónomas, reais, consentidas e esclarecidas e, conseqüentemente, estabelecer uma relação na definição e implementação de um rácio enfermeiro-utente e de uma dotação enfermeiro-serviço/unidade de prestação de cuidados. Esta atenção é também transferida para as diferentes especialidades da enfermagem, nomeadamente a especialidade em ER. Esta associação permite que o EEER, pelas competências e características que lhe são confiadas, independentemente do contexto clínico, possa ser um agente consciente e promotor de qualidade e segurança em saúde, na prestação de cuidados a utentes com necessidades de reabilitação.

O conceito de dotação em enfermagem engloba uma simbiose de múltiplos fatores, sendo alguns exemplos, o nível de conhecimento e as competências profissionais associadas a um número de utentes definido, tendo como foco a aplicação e cumprimento dos mesmos, na procura da qualidade e segurança dos cuidados. A evidência científica demonstra a efetividade deste conceito na área da ER (ICN, 2007; Pontes & Santos, 2016), contudo, a pesquisa bibliográfica comprova a carência de um aporte teórico concreto sobre as dotações específicas para cada serviço/unidade (ARN, 2017).

Um repto lançado pela OE (2015a), no documento “Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação”, considera pertinente debater e refletir sobre as dotações nesta área face à realidade portuguesa. Partindo deste repto, o presente estudo de investigação tem como foco encontrar respostas para a questão de investigação “*Qual a dotação percebida pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e os seus determinantes, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados?*”. Na globalidade, assumimos os seguintes objetivos:

- Conhecer as dotações em ER, bem como os seus determinantes, nos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados;
- Avaliar a influência do tempo de experiência profissional e de especialista em ER sobre a dotação de EEER;
- Contribuir para a obtenção de informação socioprofissional que permita um estabelecimento/reajuste das dotações em ER;
- Contribuir para a obtenção de dados que possam influenciar as políticas em saúde, a prática, a investigação e a formação especializada em ER.

Tendo em conta o contexto académico em que se encontra inserida a presente dissertação sob o formato académico de relatório final de curso, esta contempla, para além da presente introdução, o momento conceptual organizado por um conjunto de conceitos/descriptores chave inerentes ao fenómeno estudado, teoricamente sustentados e fundamentados. Posteriormente, será apresentado um plano descritivo das opções metodológicas e, conseqüentemente, a operacionalização do estudo, bem como a apresentação estatística descritiva e inferencial dos resultados obtidos e, por conseguinte, discutidos de uma forma completa quanto possível, tendo por base um marco teórico e o parecer pessoal e profissional dos investigadores. Para finalizar esta investigação, serão apresentadas as conclusões que deram resposta às questões e objetivos previamente formulados, bem como as principais limitações e sugestões para trabalhos futuros.

1ª PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A profissão de enfermagem, segundo a OE (2015b, p. 99), “tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais”, independentemente do contexto onde esta se insere, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, e de modo a promover, tanto quanto possível, a máxima funcionalidade.

Considerada uma ciência intrinsecamente ligada ao saber, a enfermagem assume-se revestida por um corpo de conhecimentos teóricos próprios e por um saber técnico específico, capaz de se afirmar socialmente, com especial importância na área da saúde, reconhecida na sociedade pela excelência de cuidados que se prestam ao longo do ciclo de vida do ser humano.

Em Portugal, ao longo das últimas décadas ocorreram alterações demográficas com implicações nos indicadores socioeconómicos que desafiaram o sistema de saúde e os seus profissionais, no sentido de dar resposta às necessidades existentes. Neste contexto, a enfermagem foi incrementando o seu efetivo e qualificação, o que lhe permitiu assumir protagonismos emergentes e responder mais adequadamente às carências das populações (Fernandes, et al., 2016).

Face ao exposto, cabe ao enfermeiro, envolvido em ambientes laborais motivadores, centrar-se em processos de formação e de certificação individual de competências que promovam o seu crescimento, desenvolvimento profissional e a sua afirmação enquanto executor de cuidados na área da saúde. Assim sendo, a formação especializada em ER, enquanto domínio de intervenção autónomo, surge como imperativo na construção de indicadores de qualidade e segurança dos serviços prestados e na melhoria do desempenho e valorização pessoal e profissional.

Tendo como referencial este enquadramento, o presente capítulo centralizar-se-á num primeiro momento na concetualização e no foco de intervenção da ER, para depois dar corpo à sua perspetiva evolutiva nos domínios do ensino e profissionalização desta especialidade.

1.1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – CONCETUALIZAÇÃO E FOCO DE INTERVENÇÃO

Diretamente ligada à arte do cuidar, a enfermagem não se pode resumir apenas à sua licenciatura, sendo também necessário garantir a formação contínua, qualificada e especializada dos seus profissionais. Com o intuito de alcançar uma maior capacitação teórica, técnica e científica, surgem as especializações que visam uma otimização na prestação cuidados aos mais diferentes níveis de intervenção. Gomes (2006) vai ao encontro desta preocupação quando dá importância à fundamentação e reflexão sobre aspetos diferenciadores da prática de cuidados integrais, nomeadamente a promoção, prevenção e reabilitação.

No que respeita ao seu poder integral de atuação, a definição de reabilitação sofre influência de várias disciplinas, sendo esta considerada por Larsen (2011, cit. in ARN, 2013) uma filosofia de prática de cuidados disponível para pessoas com incapacidades ou problemas crónicos de saúde.

Os autores Souza e Faro (2011, p. 291) acrescentam que a reabilitação é caracterizada como um processo multidisciplinar, formativo, assistencial e de envolvimento de todos os agentes do processo de cuidados, que tem como premissa o desenvolvimento de capacidades diminuídas, processos de prevenção de complicações e de agravamento de incapacidades.

Enquanto especialidade na área da saúde, a reabilitação distingue-se pelo seu espírito único que envolve todos os profissionais de saúde incluídos no processo de cuidados e que permite uma visão mais abrangente e autêntica da pessoa, sem a reduzir às suas limitações (Hesbeen, 2003). Na mesma linha de pensamento, muitos outros autores referem que as ações no contexto da reabilitação se direcionam para a valorização da recuperação e adaptação ao nível das limitações físico-motoras e das necessidades psicossociais, bem como espirituais (Faro, 2006; Andrade, Araújo, Andrade, Soares & Cianca, 2010; Lessmann, Conto, Ramos, Borenstein & Meirelles, 2011).

De forma a permitir ampliar, orientar e regular o horizonte de intervenção no âmbito da reabilitação e, conseqüentemente, avaliar os resultados obtidos pelos profissionais, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1980), publicou a *Internacional Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, como forma de determinar a prevalência das incapacidades, determinando três definições ligadas por uma relação de causalidade: *Impairment* (Deficiência – perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica); *Disability* (Incapacidade – resultado funcional de uma deficiência que limita ou

conduz à falta de aptidão para executar atividades, do modo ou no contexto das situações consideradas normais para um ser humano) e *Handicap* (Desvantagem – resultado de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para o ser humano, tendo em conta a idade, o género e os fatores socioculturais).

Enquanto portadora de deficiência, a pessoa, reconhecida com um ser singular, tem direito à prestação de cuidados com qualidade, nomeadamente o acesso a recursos e serviços de prevenção, habilitação e reabilitação, necessários ao longo da sua vida (Lei n.º 38/2004).

Em 2001, a OMS aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health*, em Portugal traduzida pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2004) como CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, onde agrupou os domínios associados às componentes que constituem a saúde em: Funcionalidade (funções e estruturas do corpo, atividades e participação do ser humano na interação com fatores ambientais e pessoais) e Incapacidade (deficiência, limitação e restrição na participação da atividade). De acordo com este documento, a DGS elaborou a Tabela Nacional de Funcionalidade, através do Despacho n.º 10218/2014, e com aplicabilidade expansível de acordo com o Despacho n.º 4306/2018, com o objetivo de adotar políticas de saúde e sociais de acordo com a funcionalidade da pessoa com doença crónica, permitindo obter ganhos de funcionalidade após intervenção terapêutica, de reabilitação ou social e assim melhorar a qualidade dos cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Na perspetiva de Hesbeen (2003), a reabilitação é um trabalho de equipa, formada por profissionais qualificados em diversas especialidades que adotam, da melhor forma, os recursos disponíveis através da reeducação funcional, reinserção social e reintegração escolar ou profissional, com objetivos comuns, visando o melhor nível de autonomia da pessoa deficiente ou incapacitada e dos seus próximos, para que vivam o menos possível situações de desvantagem. Por outras palavras, ajuda-os a não sofrer ou a sofrer o menos possível. Para o mesmo autor, a reabilitação não se centra única e exclusivamente nas pessoas deficientes ou incapacitadas, pois envolve também o convivente significativo, na medida em que este também é afetado por situações prévias, ou que possam surgir, de desvantagem, assegurando a todos os envolvidos mecanismos de superação e atenuação de obstáculos causadores de dano/desigualdade.

Assumindo-se como um processo que engloba múltiplas dimensões, a prática no contexto da reabilitação vai além da recuperação das funções perdidas ou alteradas. A mesma é considerada uma especialidade que aborda o indivíduo e a família em constante interação com

o meio. Utiliza técnicas e intervenções interdisciplinares, dentro e fora das instituições, com o objetivo de preservar a capacidade de viver, através da maximização do potencial funcional e independência física, social e emocional, tornando-se assim um processo de cuidados pautado por uma abordagem holística com metas prioritizadas e estabelecidas previamente, independentemente do contexto clínico (Faro, 2006).

Desta forma, enquanto especialidade multidisciplinar e domínio específico da profissão na organização dos cuidados de saúde em Portugal, a ER “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas, com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento n.º 125/2011, p. 8658).

O Institute of Medicine (2001, cit. in ARN, 2013), destaca a importância da ER, como parte integrante de um sistema de saúde, capaz de utilizar os recursos adequados face à necessidade da promoção da qualidade de vida. A Australasian Rehabilitation Nurses' Association (ARNA, 2016), afirma que a ER, distinta das demais especialidades, é detentora de um corpo de conhecimentos, competências e habilidades que são aplicadas aos utentes, independentemente do diagnóstico, prognóstico, idade ou contexto, tendo como objetivos restaurar a função, maximizar a autodeterminação e otimizar alternativas aos estilos de vida da pessoa.

Entende-se por cuidados de ER como um conjunto de intervenções dirigidas ao ser humano ao longo do ciclo vital, independentemente do contexto da prática clínica (unidades de internamento, cuidados na comunidade, cuidados continuados e paliativos, entre outros), tendo como foco de atenção a promoção e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, a promoção do autocuidado, a prevenção de complicações e a maximização das potencialidades (Regulamento n.º 350/2015).

Centrando-se no binómio utente-família, as intervenções específicas de ER adaptam-se às incapacidades decorrentes da doença ou às deficiências, às reações emocionais, físicas ou mentais, almejando que este conjunto desempenhe as atividades de vida diária com qualidade, sob a máxima dignidade e a mínima dependência global (Faro, 2006). O mesmo autor acrescenta que a existência de um plano de cuidados lógico e sequencial, permite expor esta diade ao melhor nível de recuperação com base nas suas perspetivas de vida, o que implica não fragmentar o utente, nem o transformar em órgãos ou funções em nome da racionalidade.

Na perspetiva de Hoeman (2011), o processo de ER inicia-se com uma atitude de prevenção imediata face a instalação da doença ou acidente, e continua na fase de recuperação

e restauração das funções, o que implica uma transição e adaptação a um novo estilo de vida. Neste processo, a pessoa deverá ser um agente ativo e facilitador perante a sua nova realidade. Na mesma ótica, para Branco (2016), os cuidados de ER têm como finalidade adequar-se à condição de saúde da pessoa, às suas funções, estruturas corporais e aos seus níveis de atividade e de participação, tendo por base os fatores ambientais subjacentes.

Assim, os cuidados de ER devem ter metas bem definidas e validadas de forma a dar continuidade ao plano de cuidados em todas as suas fases. Como tal, importa cimentar conhecimentos técnico-científicos baseados num processo de formação contínua e especializada e não apenas no senso comum.

1.2. EVOLUÇÃO DO ENSINO DA ENFERMAGEM NO DOMÍNIO DA REABILITAÇÃO

De acordo com Stedile (2002), a enfermagem, enquanto profissão, afirmou-se na sociedade através da construção de um conhecimento científico, desencadeante da afirmação do exercício profissional, da consolidação da identidade, do papel interventivo e do desenvolvimento de competências. A mesma autora defende que a cada nível de ensino se enquadra um conjunto de competências e exigências no processo de produção do saber, sem desvalorizar o conhecimento e as competências prévias.

Assim sendo, é importante debruçarmo-nos sobre a importância da evolução histórica e dos avanços ocorridos no que respeita ao ensino da enfermagem, na vertente da formação básica, especializada, bem como em termos da carreira profissional.

A enfermagem no geral, aos longos dos últimos anos, registou uma evolução, nomeadamente ao nível do ciclo do plano de estudos e ainda na procura da dignificação do exercício profissional, tornando imperativo o seu papel no âmbito da comunidade científica em saúde, no que diz respeito à qualidade e eficiência dos cuidados prestados (OE, 2015b).

Numa revisão de literatura realizada por Souza e Faro (2011), evidenciou-se que o papel educativo relativo aos cuidados prestados pelo enfermeiro, com o intuito de reabilitar, são considerados desde o início da Enfermagem Moderna, durante a Guerra da Criméia em 1859, quando Florence Nightingale demonstrou a eficiência das enfermeiras treinadas para a recuperação dos soldados feridos. Do ponto de vista histórico, as mesmas autoras destacam que num passado recente na história mundial, os hospitais focavam os cuidados prestados apenas na cura e não reabilitavam os indivíduos de modo a integrá-los adequadamente no seu contexto

familiar e social. Desta forma, começaram a surgir esforços no sentido de se desenvolver uma assistência integral centrada no utente. Assim surgiu a reabilitação, encarada como uma área de cuidado acrescida ao modelo médico, baseado na promoção, prevenção e tratamento. As autoras reforçam que o interesse mundial pela reabilitação foi altamente influenciado pela necessidade de restituir as capacidades individuais e sociais das pessoas e das suas famílias, fundamentando-se essencialmente em quatro acontecimentos históricos: as duas grandes guerras mundiais e o processo acelerado de urbanização e industrialização, o que, conseqüentemente, levou ao incremento de epidemias e de acidentes de trabalho.

Esta necessidade de implementação de cuidados de reabilitação foi consensual em vários países, tendo esta sido reconhecida como uma especialidade médica em 1947 nos Estados Unidos da América (OE, 2003).

Em Portugal, foi responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, na pessoa do Dr. Melo e Castro, a construção do Centro de Medicina Física e de Reabilitação em 1964, de forma a colmatar as lacunas estruturais e de cuidados de reabilitação existentes até à data. Assim, surgiu a necessidade de constituir equipas de enfermagem dotadas de competências teórico-práticas em reabilitação. Com a especialização em ER, obtida nos Estados Unidos da América entre 1963 e 1964, as Enfermeiras Maria da Graça Semião e Maria de Lurdes Sales Luís, esta última com responsabilidades na formação de enfermeiros, deu-se início a 18 de outubro de 1965 ao primeiro Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com um programa provisório de 34 semanas, dirigido a enfermeiros que ficariam a exercer a atividade profissional na instituição. O alargamento do programa de formação a nível nacional deu-se em 1967, com a implementação de 42 semanas de curso, tendo este sido considerado como

“(…) inovador no conceito de cuidar, determinante na valorização da atividade e levante precoce do doente. Cobria todos os grupos etários com deficiência e impunha uma ação iniciada na fase aguda e continuada em tratamento ambulatorio na comunidade. Os conteúdos programáticos centravam-se na aquisição de conhecimentos aprofundados, do foro anátomo-fisiológico e clínico relacionados, do foro psicossocial, vocacional e de enfermagem de reabilitação, dirigindo-se ao todo do utente, na perspetiva de reduzir os riscos de complicações inerentes à situação clínica, desenvolvendo ao mesmo tempo potenciais remanescentes” (Enfermeira Sales Luís, cit. in OE, 2003, p. 12-13).

Em 1969 iniciou-se o processo de formação da Sociedade Portuguesa dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação pelo Enfermeiro José Pacheco dos Santos,

conhecida atualmente como Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), que visa a promoção e o desenvolvimento profissional autónomo e ativo (OE, 2003).

Paralelamente ao desenvolvimento científico, tecnológico e pedagógico, em 1983 o curso foi estruturado em módulos com duração total de 18 meses, habilitando os enfermeiros para a prestação de cuidados, para a gestão e para a docência. Com a reforma do ensino de enfermagem em Portugal em 1994, os Cursos de Especialização em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 265/83) passaram a Cursos de Estudos Superiores Especializados (Decreto-Lei n.º 239/94), com a duração de dois anos letivos (OE, 2003).

Novas alterações surgiram com a aplicação da Portaria n.º 268/2002, que regula o funcionamento dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, com a duração de dois a três semestres curriculares. A OE (2012) acrescenta que a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem pode ser concedido aos titulares do Curso de Mestrado em Enfermagem, desde que o curso tenha indicação da área clínica correspondente a uma das especialidades reconhecidas e tenha sido objeto de parecer favorável.

Funcionando como um mecanismo de dádiva bidirecional, onde os alunos recebem e produzem conhecimento, o Curso de Mestrado em Enfermagem constitui-se como um mecanismo de desenvolvimento pessoal e institucional, com impacto na qualidade dos cuidados (Prado, Reibnitz, Rocha, Waterkamper, Abe & Costa, 2011). Para os mesmos autores, tal importância de produção de conhecimento científico é geradora de mudanças práticas para a saúde, particularmente para a enfermagem.

É neste âmbito que a disciplina define legitimamente a sua área de atuação nos diferentes contextos práticos. Este facto é reforçado pela atribuição de 30 ECTS no programa formativo para a especialidade de ER proposto pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da OE (2015d) para a concretização de dissertação, trabalho de projeto ou relatório final.

Assim, torna-se responsabilidade da OE e dos profissionais que esta representa, a promoção de práticas baseadas na evidência e a produção de evidência baseada na prática com o objetivo de afirmar a especialidade no seio da comunidade profissional e científica.

Prova do interesse e da busca crescente pelo conhecimento mais especializado, destaca-se o aumento numérico de novos profissionais de enfermagem qualificados em reabilitação, os quais vêm a ser incluídos em instituições de saúde, hospitais, centros de saúde e nos cuidados continuados (OE, 2003). Dados mais recentes da OE (2017) retratam que num total de 71.802 enfermeiros, 16.972 são membros especialistas ativos, sendo que 3.654 detêm o título de EEER.

A formação e a reabilitação estão intimamente relacionadas pois têm um objetivo comum que implica criar e não se limitam apenas a fazer o que há para fazer. A primeira proporciona recursos às pessoas, através de ações formativas, permitindo criar novas formas para não se deixar moldar, enquanto que a segunda proporciona recursos à pessoa com o intuito de a ajudar a criar novos caminhos (Hesbeen, 2003).

A inclusão do ensino de enfermagem no sistema educacional nacional, o funcionamento do curso superior e a atribuição dos correspondentes graus académicos dos cursos especializados em enfermagem, proporcionaram mudanças no contexto do exercício profissional, que se repercutiram no incentivo e na simplificação das mudanças na carreira (Gago, 2008).

1.3. PROGRESSÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O desenvolvimento científico, técnico e teórico inerente e transversal à formação e profissão de enfermagem viabilizou, por parte dos representantes do país, a criação de uma carreira que fosse ao encontro de uma melhoria da prestação de cuidados, aproveitamento dos recursos humanos e perspetivas de progressão profissional, permitindo uma consonância de realidades entre funcionários da Administração Pública (Decreto-Lei n.º 305/81).

Numa carreira única, o Decreto-Lei n.º 305/81, foi aplicado em três áreas de atuação, nomeadamente na prestação de cuidados, na administração e na docência. A mesma era composta por cinco graus de complexidade, dizentes ao nível funcional, com características específicas e individuais, sendo representadas por categorias, em termos constitucionais, pelo Enfermeiro (Grau 1), Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Monitor (Grau 2), Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Assistente (Grau 3), Enfermeiro Supervisor e Enfermeiro Professor (Grau 4) e Técnico de Enfermagem (Grau 5).

Com a revisão do diploma de lei, por desatualização das realidades até então aplicadas, e com o objetivo de incentivar e facilitar as mudanças ao nível do exercício da enfermagem (introdução do ensino da enfermagem no sistema educativo nacional e previsão de cursos superiores especializados, a valorização de outras formações indiretamente ligadas à enfermagem, nomeadamente a área da gestão, aplicabilidade dos anos de experiência, avaliação de mérito, privilégio pela formação em serviço e incitamento à realização de trabalhos de investigação), a carreira passou a aplicar-se a três áreas de atuação, particularmente à prestação

de cuidados, à gestão e à assessoria técnica. Estas áreas encontravam-se divididas em categorias e níveis, sendo eles a Categoria de Enfermeiro e Enfermeiro Graduado (Nível 1), Categoria de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro-Chefe (Nível 2), Categoria de Enfermeiro-Supervisor e de Assessor Técnico regional de Enfermagem (Nível 3) e Categoria de Assessor Técnico de Enfermagem (Nível 4) (Decreto-Lei n.º 437/91).

A urgência na introdução de alterações que realçassem as características do exercício profissional de enfermagem, e de forma a valorizar monetariamente os intervenientes, embora tivesse mantido as áreas de atuação do anterior diploma quanto ao nível e categoria, a carreira sofreu modificações apresentando-se constitucionalmente, em 1998, da seguinte forma: Enfermeiro e Enfermeiro Graduado (Nível 1), Enfermeiro Especialista e Enfermeiro-Chefe (Nível 2) e Enfermeiro Supervisor (Nível 3) (Decreto-Lei n.º 412/98).

A última revisão da carreira de enfermagem ocorreu em 2009, de acordo com o Decreto-Lei n.º 247/2009 e o Decreto-Lei n.º 248/2009 e, conseqüentemente, a atribuição da Carreira Especial de Enfermagem na Administração Pública, que integrou duas categorias com diferentes conteúdos funcionais: Enfermeiro e Enfermeiro Principal. Os atuais decretos aplicam-se aos enfermeiros em regime de Contrato Individual de Trabalho (nos termos do Código do Trabalho), nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados (pertencentes ao SNS) e aos enfermeiros integrados na Carreira Especial de Enfermagem, cuja relação jurídica de emprego público se constitua por Contrato de Trabalho em Funções Públicas, respetivamente.

A atuação do enfermeiro, enquanto especialista em ER, deve basear-se numa atitude de responsabilização ética, legal e profissional, assumindo uma postura autodidata suportada por conhecimentos verosímeis, atualizados e suportados por evidência científica (Sousa, 2011).

A procura da excelência de cuidados técnicos, científicos e relacionais ou humanos, assume-se pelo dever dos profissionais de enfermagem em manterem atualizados os seus conhecimentos, sem esquecer a formação permanente das ciências humanas, de forma a garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados e o amadurecimento no que concerne à capacidade de reflexão (OE, 2005).

A integração da formação de enfermagem no ensino superior e, posteriormente, inclusão do curso a nível universitário e, conseqüentemente, investimento na investigação e aquisição de graus de estudo mais elevados, a conquista da autonomia, a melhoria da qualidade do empenho e desempenho dos enfermeiros, bem como a conceção da OE em 1998, a profissão de

enfermagem foi considerada pelo Estado como merecedora e autónoma na regulação de estatutos deontológicos e disciplinares (Ribeiro, 2011).

Fundamentada no Decreto-Lei n.º 104/98, a criação da OE foi reconhecida pelo Governo pela importância de papéis que os enfermeiros desempenham no sistema de saúde e pela asseveração de que estes profissionais constituem um corpo idóneo para assumir a devolução dos poderes que ao estado competem, no que diz respeito à regulamentação e controlo deontológico e disciplinar do exercício profissional. Trata-se de uma associação pública cujos poderes, para além de indispensáveis para a saúde da população, são imprescindíveis para a profissão e para os seus profissionais, defendendo os interesses gerais daqueles que usufruem dos cuidados de enfermagem e os interesses da profissão.

Segundo Leite (2006), foi do resultado deste momento e da mudança do paradigma do sistema educativo (imprescindíveis para adequar as carreiras profissionais em vários domínios), que emergiram o reconhecimento e a valorização da aprendizagem e das competências das especialidades capazes de oferecer respostas específicas.

Para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, a evolução na carreira e a aquisição de uma identidade é fundamental para a prática de cuidados. Ribeiro (2011) refere que os enfermeiros têm dificuldade em serem reconhecidos, sendo necessário que estes deem visibilidade social ao sucesso obtido através dos cuidados prestados. Acrescenta ainda que a conquista do reconhecimento dos cuidados de enfermagem e a valorização profissional por parte da sociedade terão que ser estabelecidas através de uma prática diária de reflexão, fundamentando assim a autonomia e identidade profissional, embora se encontrem condicionadas pelo contexto profissional e social em que exercem funções.

Desta forma, passou a ser da responsabilidade dos enfermeiros a promoção da qualidade dos cuidados, a regulamentação do exercício profissional e a definição do que estes fazem, o que devem e como devem fazer e em que condições (Leite, 2006). Na perspetiva desta autora, a produção de novas evidências, resultante do desenvolvimento técnico e científico dos últimos anos, implica uma atualização e uma delimitação do saber por áreas específicas. A mesma acrescenta que o conhecimento aprofundado e a aquisição de competências num determinado domínio específico permitem compreender a pessoa e planeá-lhe o apoio assistencial ao longo da vida nos processos de saúde/doença, através de uma análise mais cuidada, proporcionando a implementação de planos de cuidados que facilitem, promovam e estimulem projetos de saúde e qualidade de vida. A formação contínua e a aplicação dos saberes em contexto que permita a reflexão sobre a ação, são fundamentais para o desenvolvimento de competências e para o empoderamento pessoal e profissional (OE, 2005).

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A enfermagem é caracterizada pelo seu grau de complexidade pois pressupõe um conjunto de competências, capacidades, intervenções, comportamentos e conhecimentos gerais e específicos, capazes de desenvolver e assegurar avanços científicos e tecnológicos, de forma a beneficiar os indivíduos e a comunidade (Rodrigues & Morais, 2015).

No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, a OE (Regulamento n.º 122/2011, p. 8648), define que o enfermeiro especialista

“(...) é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

Na linguagem corrente, o termo competente é utilizado para designar uma pessoa qualificada, detentora de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que se encontra preparada para realizar uma tarefa (Fleury & Fleury, 2001).

O conceito de competência engloba um conjunto de motivações, traços da personalidade, atitudes cognitivas e comportamentais, valores e conhecimentos, integrados nos vários saberes: o saber-ser, o saber-fazer e o saber-estar (Moura, 2008).

Na perspetiva de Hesbeen (2003, p. 125) não se pode confundir competências com formação, embora ambas sejam adquiridas pelos profissionais. O mesmo define competência como “a capacidade de organizar os seus recursos de prestador de cuidados numa dada situação profissional”.

Para Gomes (2006), a competência resulta de um conjunto de saberes que abrange diferentes áreas do conhecimento, o que implica que os EEER possuam a capacidade de questionar a natureza do conhecimento e de transferir, mobilizar e adequar o mesmo à prática clínica, remetendo ainda para a necessidade de uma reflexão diária, de acordo com as diferentes áreas de complexidade de ação.

O enfermeiro especialista é habilitado com um curso de especialização em enfermagem e, conseqüentemente, detentor de um título profissional que reconhece a aptidão científica, técnica e humana para conceder cuidados de enfermagem gerais e personalizados na área da sua especialidade. Independentemente do contexto de atuação, partilham competências que envolvem essencialmente as dimensões de índole educativa, de investigação e liderança, e que tendem a ser aplicadas ao nível dos cuidados de saúde primários, secundários e terciários, bem como em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 122/2011).

De acordo com Leite (2006), espera-se que o enfermeiro especialista seja um profissional capaz de refletir e mobilizar uma corrente de informação, consolidando-a com os saberes providos da experiência.

Com potencial para desenvolver, participar e produzir conhecimento científico, o enfermeiro especialista tem capacidade para conter um domínio específico em determinada área, de forma a melhorar a prática profissional resultante do desenvolvimento de novos saberes e fazeres (Erdmann, 2009). De acordo com a ARN (2014a), os EEER demarcam-se pelas competências exibidas nos cuidados diretos, bem como na liderança, pesquisa e colaboração, na orientação especializada e ainda na tomada de decisão ética.

O conhecimento sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros foi também elaborado e teorizado por Patricia Benner (2005), que o dividiu em cinco estados, cada um com as suas respetivas competências: Iniciado (Estado 1) – o enfermeiro caracteriza-se por não possuir nenhuma experiência e a sua ação é baseada num cumprimento de normas e regras, independentemente do contexto; Iniciado Avançado (Estado 2) – o enfermeiro já se confrontou com situações reais (ele próprio ou com supervisão) e é capaz de reconhecer os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas; Competente (Estado 3) – o enfermeiro torna-se competente quando é capaz de se aperceber e de ter consciência dos seus atos em termos de objetivos ou dos planos a longo prazo; Proficiente (Estado 4) – o enfermeiro percebe as situações na sua globalidade e não apenas de forma fracionada e Perito (Estado 5) – enfermeiro detentor de grande experiência profissional, que compreende de forma intuitiva as situações, e apreende diretamente o problema sem se perder num vasto leque de soluções e diagnósticos.

Segundo a ARNA (2016), os cuidados de reabilitação são desenvolvidos no decurso das 24 horas em que os utentes se recuperam a si mesmos com o apoio dos EEER, através de um conjunto de intervenções que inclui ações de educação para a saúde e exercícios de treino específicos. Esta organização assume que os EEER desempenham vários papéis,

nomeadamente o de cuidador, advogado, professor, coordenador de cuidados, treinador, consultor, conselheiro, gestor de caso e de serviço e de investigador.

Para Cardim e Miranda (2007), os profissionais qualificados são responsáveis pela execução autónoma de tarefas, possuem capacidades práticas e conhecimentos técnicos, capazes de responder a problemas complexos, com repercussões a nível económico.

Cabe ao EEER desenvolver a sua prática de cuidados, envolvendo múltiplas dimensões no que concerne à reabilitação, de acordo com o seu conhecimento e capacidade de avaliação, intervenção e acompanhamento clínico dos utentes detentores de deficiência ou incapacidade, utilizando intervenções e equipamentos específicos para a promoção da independência, e adaptações, essenciais à mobilidade, comunicação, eliminação vesical e intestinal, alimentação e ao autocuidado (Faro, 2006).

Com o objetivo de melhorar a função, de promover a independência e a máxima satisfação das pessoas, a OE (Regulamento n.º 125/2011, p. 8658) destaca o EEER como sendo aquele que “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”. Mais acrescenta, que a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o tratamento e a reabilitação, nomeadamente ao nível das funções cardíaca, neurológica, ortopédica, respiratória e outras deficiências e incapacidades, são o resultado do elevado nível de conhecimentos e experiência.

Também Oliveira (2015) menciona que os EEER são indispensáveis em áreas em que a dependência funcional dos utentes está em causa e, por isso, elaboram planos de cuidados especializados em parceria com os mesmos, de forma a melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação, preservando deste modo a autoestima, com vista à qualidade de vida.

Para Branco (2016), embora a deficiência se assuma de carácter irreversível em muitas situações crónicas, é objetivo do EEER e de toda a equipa adotar estratégias e linhas orientadoras capazes de proporcionar ao utente a máxima independência funcional, nomeadamente pela sua ação sobre o meio ambiente, a minimização do impacto funcional da situação crónica, a prevenção e correção de deficiências adicionais, a promoção da educação para a saúde, a adequação de ajudas técnicas e a maximização das potencialidades dos sistemas não afetados.

Os EEER, detentores de uma prática avançada em ER e de cursos de mestrado ou doutoramento, atuam nos mais diversos contextos de cuidados, designadamente em unidades de cuidados intensivos, de reabilitação aguda e subaguda, unidades de cuidados de longa

duração, de cuidados de ambulatório e domiciliários, em companhias de seguros, setor privado e ainda em contexto de docência (ARN, 2014a).

No processo de reabilitação, além do envolvimento do utente e da família, é fundamental a existência de uma equipa de reabilitação de natureza multidisciplinar. Para além de permitir um ambiente humano diversificado (de acordo com as expectativas da pessoa), estabelece confiança, segurança, conforto e até mesmo distração. Na perspetiva de Hesbeen (2003), tal acontecimento torna todo o processo de cuidados numa alquimia.

O processo de cuidados de ER é significativo para o utente ao longo do seu ciclo de vida, pois pode ser implementado em diversos contextos, nomeadamente em situações de queda, resultantes do envelhecimento, acidentes domésticos ou consequentes à prática desportiva, doenças cerebrovasculares, neurológicas e traumáticas, alterações respiratórias, doenças musculoesqueléticas crónicas ou degenerativas e alterações incapacitantes na infância (Faro, 2006).

A APER (2010) atribui características específicas de atuação ao EEER, tendo em conta a sua área de atuação. A prestação de cuidados pelo EEER, no âmbito dos Cuidados de Saúde Hospitalares, centra-se em áreas abrangentes que envolvam disfunções motoras, respiratórias neurológicas, cardíacas, ortopédicas, traumatológicas e nas diversas deficiências e incapacidades. O intuito é prestar cuidados especializados dirigidos à prevenção de complicações, à promoção da independência funcional e ao aumento da qualidade de vida dos utentes e famílias, com uma repercussão significativa, que se traduz em proveitos económicos globais e em ganhos em saúde.

Referente ao contexto de Cuidados de Saúde Primários, a abordagem pluridisciplinar do EEER dirige-se à família e à comunidade, com a implementação de programas de Saúde Escolar (fundamentalmente orientados para a reeducação postural e transporte de cargas originadoras de comorbilidades, das quais se destacam as deformidades osteoarticulares e as músculo-tendinosas), de Intervenção Comunitária e Domiciliária (através da avaliação das condições habitacionais, arquitetónicas e orientação de indivíduos e cuidadores informais junto de instituições de saúde e sociais), de Formação em empresas e organizações, de Intervenção Local (garante de acessibilidades), de Avaliação e referenciação de Ajudas Técnicas, com colaboração da Segurança Social, de Ações de Educação para a Saúde (particularmente a utentes com incapacidades e doenças crónicas, ou resultantes do envelhecimento) e de Promoção da Saúde Ocupacional (APER, 2010).

Os EEER são detentores de um vasto leque de conhecimentos que lhes permite serem agentes promotores de ações para a prevenção e tratamento da doença e dos processos de readaptação da pessoa ao longo do ciclo vital, com a intenção de manter e contribuir para a maximização do potencial funcional e da independência física, emocional e social. Assim, minimizam-se, simultaneamente, as consequências das incapacidades através de processos de reeducação global funcional (respiratória, motora, treino de atividades de vida diária), de forma a otimizar a dignidade e a qualidade de vida dos utentes, famílias e comunidade, abrangidos pelo sistema de saúde nacional (APER, 2010).

De forma semelhante, a ARNA (2018) refere que para alcançarem os objetivos da reabilitação, os EEER devem concentrar-se na manutenção das competências, na promoção da saúde, na prevenção do comprometimento das estruturas e funções orgânicas, na redução das limitações, na restauração da função corporal e dos papéis sociais e na minimização das restrições de participação.

Especificamente, segundo a OE (Regulamento n.º 125/2011, p. 8658), o EEER

“Cuida das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”

A ARN (2014b) adotou e integrou um modelo holístico de competências e conceitos de Enfermagem de Reabilitação Profissional e estabeleceu assim um conjunto de competências necessárias que foram definidas em três níveis de atuação, designadamente o iniciado (1-2 anos), o intermédio (3-5 anos) e o avançado (superior a 5 anos). Estas foram suportadas por quatro domínios específicos: Intervenções Autónomas baseadas na evidência; Promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas com incapacidade ou doença crónica ao longo da vida; Liderança e Interdisciplinaridade. As Intervenções Autónomas baseadas na evidência incluem as seguintes competências: utilizar tecnologia de apoio para aumentar a qualidade de vida das pessoas com incapacidade; implementar intervenções de enfermagem e de natureza multidisciplinar, baseadas na melhor evidência, para lidar com a incapacidade e/ou doença crónica da pessoa; disponibilizar sessões de educação para o utente e cuidador no que respeita à incapacidade, doença crónica e promoção da saúde e centrar os cuidados no utente e família. Competências como a promoção da saúde e prevenção da incapacidade ao longo do ciclo de vida; a promoção da autogestão e a promoção e simplificação de uma transição segura e efetiva dos cuidados, estão incluídas no domínio da Promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas

com incapacidade ou doença crónica ao longo da vida. Quanto ao domínio da Liderança, as competências estabelecidas são: promover a responsabilização pelos cuidados; difundir o conhecimento em ER; implementar políticas de saúde para as pessoas com incapacidade e/ou doença crónica e fomentar o empoderamento da pessoa. Por fim, o domínio da Interdisciplinaridade é constituído por três competências: o desenvolvimento das relações interprofissionais; a implementação de um plano de cuidados holístico multiprofissional e a promoção de uma colaboração efetiva entre profissionais.

A colaboração sistemática entre todos os elementos da equipa envolvidos no processo de cuidados (Assistente Social, Dietista, Fisiatra, Fisioterapeuta, Psicólogo, Técnico Ortoprotésico, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, entre outros) permite convergir objetivos e procedimentos, culminando num resultado global superior ao resultado somado de cada disciplina, uma vez que estas se valorizam mutuamente (Branco, 2016).

Na perspetiva da APER (2010), as consequências das intervenções dos EEER traduzem-se em ganhos para a saúde individual, social e institucional, destacando-se a diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, particularmente aos serviços de urgência, do número de episódios de internamento, da demora média de internamento e dos custos que lhe estão associados, da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade, tais como úlceras de pressão, infeções respiratórias, infeções urinárias, alterações osteoarticulares e hipotonicidade muscular, do consumo de medicamentos, da dependência funcional e social, e da morbilidade e dos gastos com apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio. Por outro lado, a ação destes profissionais favorece o incremento do nível de independência das pessoas e das famílias e a adesão ao regime terapêutico, a adequação do ambiente e habitabilidade e a otimização da reintegração do utente no seu contexto familiar e social.

Resumidamente, a ER é conhecida por dar resposta às necessidades concretas da população e às mais recentes exigências em cuidados, resultado da investigação e de orientações clínicas de boas práticas de cuidados de enfermagem especializada baseados na evidência, e necessárias para a melhoria permanente da qualidade do exercício profissional e dos cuidados de saúde prestados, sendo a tomada de decisão dos EEER fundamentada em todas as fases do processo de cuidados (conceção, implementação, monitorização e avaliação), tendo por base de sustentação as necessidades da pessoa, de acordo com a funcionalidade. Daí resulta que estes profissionais possuem autonomia para prescrever, implementar, monitorizar e avaliar intervenções que “Promovam ações preventivas; Assegurem a capacidade funcional; Previnam complicações” e “Evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas

(por doença ou acidente), ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, motora ou de outras deficiências e incapacidades”, e programas “De reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da função alimentação e da eliminação; De treino de Atividades de Vida Diária” e “De treino motor e cardiorrespiratório” em serviços de saúde, bem como na comunidade (Regulamento n.º 350/2015, p. 16656).

É importante reter que o desenvolvimento de competências em ER, resultantes do seu percurso formativo, da prática e treino, assim como a reflexão sobre as mesmas, tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados prestados, que se traduz na melhoria da qualidade de vida das pessoas (Barata, 2016).

3. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Nos últimos anos, a preocupação com a avaliação da qualidade dos serviços de saúde emergiu de forma crescente e a ER, possuidora de um corpo de conhecimentos próprio, acompanhou esse percurso, com a necessidade de efetivar a qualidade da assistência, através de competências específicas (Gomes, Martins & Gonçalves, 2014).

Embora não exista consensualidade na literatura, no que concerne à definição de qualidade em saúde, esta pode surgir com diferentes terminologias, rótulos e modelos (Mercedes, 2013), sendo que a sua interpretação é variável em consideração à representação mental e exigência pessoal de cada indivíduo (Silva, 2013).

Nesta linha de referenciação teórica, em que a subjetividade está implícita no esforço realizado para se encontrar uma definição do conceito de qualidade de cuidados de saúde, na perspectiva de Donabedian (1980) esta corresponde ao tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos utentes, após ser considerado o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas, que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes.

De acordo com Lohr (1990), a qualidade dos cuidados é entendida como a medida que aumenta a probabilidade dos indivíduos e população obterem, através dos serviços de saúde, os resultados desejados na sua saúde, e que estes sejam consistentes com o conhecimento atual dos profissionais.

A definição de qualidade de cuidados, tendo por base as dimensões utilizadas, varia de acordo com diversos autores. Mercedes (2013), na análise realizada às diversas perspectivas então existentes, concluiu que as dimensões denominadas por eficácia (efeitos desejados após um plano de intervenção) e eficiência (objetivo alcançado com a utilização mínima de recursos) estavam incluídas em todas as definições.

Importa salientar que a Constituição da República Portuguesa (2005), no que diz respeito à qualidade dos cuidados, refere no Artigo 64º al. 3a) e 3d) que para

“(…) assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (...) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade.”

Dias (2014) refere que atualmente as organizações de saúde procuram mudar o paradigma da gestão de cuidados de saúde, uma vez que o cliente se tornou mais crítico, seletivo e exigente. Este processo foi acompanhado, simultaneamente, pelo aumento da globalização e da ciência, alterando assim a política estratégica competitiva e qualificativa das instituições.

Em Portugal, a temática relacionada com a qualidade dos cuidados de saúde constitui-se como uma prioridade de atuação, emergindo por isso o modelo de Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovado pelo Despacho n.º 5613/2015, com o objetivo de contribuir para a redução dos riscos evitáveis, melhorar o acesso e qualidade aos cuidados de saúde e proporcionar equidade e respeito com que esses cuidados são praticados. Neste documento (p. 13551), define-se qualidade em saúde como sendo

“(…) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.”

Leprohon (2002) refere que a melhoria da qualidade dos cuidados resulta da atualização dos conhecimentos dos profissionais de enfermagem, sendo necessário estabelecer uma relação entre indicadores e resultados de competência coletiva e individual. Para a mesma autora, a qualidade dos cuidados só consegue ser medida através da ligação que se estabelece entre estrutura, processo e resultado. No que concerne à avaliação da qualidade em saúde, já Donabedian (2005) tinha destacado na década de 60 que esta estava dependente dos três indicadores referidos atrás: Estrutura (referente às instalações, equipamentos, recursos humanos e financeiros); Processo (alusiva às atividades efetivas, a partir do momento em que o utente recorre aos serviços de saúde, através da avaliação, diagnósticos, intervenções e resultados) e Resultado (respeitante ao efeito dos cuidados de saúde prestados).

Segundo a DGS (2015), melhorar a qualidade em saúde significa prestar diariamente cuidados seguros, efetivos, equitativos e no momento certo, de acordo com as necessidades e expectativas dos cidadãos, e utilizar recursos de forma eficiente.

Desta forma, e de acordo com o ICN (2012), é necessário que os enfermeiros procedam à recolha de dados, o que permitirá monitorizar os custos e a qualidade dos cuidados, bem como demonstrar efetivamente que promovem uma diferença crítica e custo-efetiva de cuidados seguros e de excelente qualidade.

Neste processo de promoção da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, o Conselho de Enfermagem da OE (2001) definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), que constituem uma matriz que serve de orientação e estrutura ao exercício profissional dos enfermeiros, procurando a excelência progressiva e contínua dos cuidados.

Para a OE (2001), também corroborado por Potra (2015), a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional com aplicação local em função do contexto, e destacam que o exercício profissional dos enfermeiros não pode, nem deve, ser ocultado ou negligenciado.

A preocupação com a melhoria dos cuidados prestados e a efetividade que a profissão de enfermagem transpõe no contacto direto com os utentes, torna necessária a adoção de sistemas de avaliação e de indicadores de desempenho institucionais, como forma de promover a tomada de decisão, e permitir assim melhorar progressivamente a qualidade dos cuidados (D'Innocenzo, Adami & Cunha, 2006).

Este processo torna o mercado de saúde cada vez mais competitivo, com modelos distintos e normas assistenciais voltadas para a acreditação e, conseqüentemente, para uma procura de cuidados centrados na qualidade dos serviços prestados (Manzo, Brito & Corrêa, 2012; Hayashi, Musetti, & Moschetto, 2016).

Desta forma, as organizações têm como missão contribuir socialmente para as orientações estratégicas obrigatórias, no sentido de definirem padrões de qualidades para cada grupo profissional, permitindo assim uma maior reflexão, quer sobre o exercício, quer pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados da profissão, traduzindo-se em ganhos em saúde para a população (Ferreira, 2015).

De um modo geral, para fazer transparecer os cuidados de enfermagem a OE (2001), definiu seis categorias, com base em enunciados descritivos nos PQCE, que irá considerar como um instrumento auxiliar no estabelecimento da precisão do papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, da comunidade e dos políticos. Trata-se de uma representação

dos cuidados prestados pelos enfermeiros na relação cuidador-cliente na procura da melhoria da qualidade em saúde, designadamente pela satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

É neste contexto que a base de trabalho do exercício profissional dos enfermeiros se constrói, salvaguardando sempre quatro conceitos que suportam o enquadramento conceptual dos PQCE, nomeadamente: a Saúde (processo dinâmico e contínuo que se traduz numa representação mental de um estado subjetivo, variável no tempo); a Pessoa (ser único e social, com valores, crenças, desejos e comportamentos influenciados pelo ambiente, modificando-o simultaneamente); o Ambiente (meio envolvente, que influencia e condiciona os estilos de vida) e os Cuidados de Enfermagem (exercício profissional distinguido pela formação e experiência, centrado na pessoa, família ou comunidade).

No que concerne à especialidade, também aqui a OE (Regulamento n.º 350/2015) teve um papel fundamental ao definir os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), tendo por base os PQCE gerais. Foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos dos PQCEER dirigidas aos clientes, nomeadamente a satisfação do cliente, a promoção da saúde e da inclusão social, a prevenção de complicações, a maximização do bem-estar e do autocuidado, o desenvolvimento de processos de readaptação e de reeducação funcional eficazes e a contribuição para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

A especialidade de ER, enquanto área profissional da enfermagem, também adotou um enquadramento concetual, particularizando-o para os cuidados de reabilitação de qualidade, valorizando os modelos de autocuidado e das transições que constituem a base do exercício profissional, da qual emergem os enunciados descritivos proferidos pela OE (Regulamento n.º 350/2015), particularmente: a Pessoa com necessidades especiais (pessoa incapaz de executar, ao longo do ciclo de vida, atividades ou tarefas humanas básicas de forma independente, com direito à promoção do mais elevado potencial de funcionamento biopsicossocial); a Pessoa com deficiência (indivíduo com perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou estruturas do corpo, que limita a participação nos vários domínios da vida social); o Ambiente (alvo particular da ER pela sua influência global no desempenho da pessoa na sociedade) e os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (intervenções especializadas que permitem a manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida, e recuperação da funcionalidade, através da maximização das capacidades).

De modo a melhorar a qualidade de vida das pessoas, Pestana (2016), considera que a especialização em ER favorece a maximização funcional e a autonomia, numa dimensão física, social e emocional, através de um conjunto de competências de promoção da recuperação, de readaptação, de reinserção social, de autocontrolo, de autocuidado e de processos de transição.

Como forma de refletir, promover, sustentar e validar os cuidados prestados pelos EEER e, conseqüentemente, obter ganhos em saúde para a população, a OE (2015c), através da MCEER, propôs a elaboração de um Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação único que traduzisse todos os diagnósticos, intervenções e resultados documentados durante a prática clínica diária, regular e sistemática, e sustentados numa linguagem comum CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Para Dias (2014) é nesta linha de atuação que a aplicação de sistemas de melhoria contínua da qualidade possibilita o estabelecimento de sistemas organizados que permitem melhorar os procedimentos, os resultados e os serviços prestados pelos intervenientes da área da saúde. Reforça ainda que a qualidade dos cuidados deve ser definida de acordo com as boas práticas dos prestadores de cuidados e das expectativas dos clientes.

O ICN (2012) proferiu que é fundamental não descuidar a articulação e a correlação do processo de enfermagem, nomeadamente o impacto da elaboração de diagnósticos e a prescrição de intervenções de enfermagem, com conseqüentes resultados em saúde, pois estes potenciam a dotação adequada dos recursos em saúde e, naturalmente, a segurança dos utentes.

Embora a segurança do utente seja uma componente vital dos cuidados diretos de enfermagem, esta deve ser alargada a todos os atores do processo de cuidados, incluindo assim a sociedade em geral, os agentes governamentais e as associações/ordens profissionais, uma vez que todos são responsáveis pelo bem-estar do utente (Ballard, 2003).

Habitualmente, a segurança do utente é debatida a nível internacional, paralelamente às iniciativas principais da qualidade em saúde (Mercedes, 2013). Por se apresentar como um aspeto elementar da qualidade em saúde, foi elaborado, por iniciativa da *World Alliance for Patient Safety* e divulgado pela DGS (2011), o Relatório Técnico da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Este documento foi desenhado para permitir identificar os fatores determinantes na saúde das populações e assim melhorar os cuidados aos utentes e define segurança como sendo a “redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável” (p. 14), tendo em consideração o nível de formação dos profissionais, os recursos disponíveis e o contexto de prestação de cuidados.

A segurança do utente é fundamental quando falamos em cuidados de enfermagem. Para Nunes (2011) a formação, a responsabilidade profissional, a afinidade entre as necessidades dos utentes e o perfil de competências dos enfermeiros, bem como a cultura das organizações, a liderança e as decisões contextuais, definem os cuidados seguros e com qualidade.

Sendo a segurança do cliente uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde em Portugal, a avaliação realizada no estudo piloto em 2014 e 2016, demonstrou que a cultura de segurança do utente necessita, por parte dos serviços hospitalares, de intervenção em diversas áreas, nomeadamente nas dotações dos profissionais e nas perceções gerais sobre a segurança do utente e as transições (DGS, 2018).

Gonçalves (2015) menciona que a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem são determinadas pela ação do enfermeiro, independentemente da instituição de saúde, sendo este considerado um dos intervenientes principais na resposta aos problemas de saúde identificados e às reais necessidades dos utentes, adequando por isso os cuidados e os recursos na promoção da saúde e prevenção da doença, agregando a estes a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade.

O processo de cuidados decorrente da melhor evidência é a melhor forma de mensurar a qualidade de cuidados (Silva, 2013). Craig e Rosalind (2004), reconhecem que a prática baseada na evidência é potenciadora da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes, e funciona ainda como uma ferramenta de gestão organizacional que permite operacionalizar estrategicamente os custos, aumentando a eficácia e a eficiência.

Num estudo desenvolvido por Melnyk, Fineout-Overholt e Williamson (2010), verificou-se que a implementação de uma abordagem gradual e sequencial de prática de cuidados baseada na evidência proporciona uma melhor qualidade, apresenta menores custos e harmoniza, entre os profissionais envolvidos, um estado de satisfação quando comparado com o método convencional de prestação de cuidados de enfermagem.

Nesta perspetiva, os enfermeiros são confrontados com a necessidade de prestar cuidados de excelência na sua prática quotidiana e procuram fazê-lo de acordo com a prática baseada na evidência e não apenas na experiência isolada e não sistemática, tendo ainda em consideração as necessidades e as escolhas individuais (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

A OE (2015b) salienta que os cuidados de enfermagem são caracterizados por estabelecerem uma relação de ajuda alicerçada numa metodologia científica, consequência de uma formação de base reconhecedora do papel do enfermeiro na comunidade científica de saúde e, desta forma, confere qualidade e eficácia à prestação de cuidados.

O relatório da OE (2018b) intitulado “Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde”, realizado pelo Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência, concluiu que o enfermeiro dotado de competências especializadas é capaz de desempenhar práticas de enfermagem avançadas que se traduzem diretamente na redução em 5% do número de internamentos, de taxas de mortalidade e na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, ao mesmo tempo que origina ganhos em saúde e uma maior eficiência na gestão organizacional.

Melhorar a qualidade no sistema de saúde é um imperativo moral, porque contribui para o acesso da população aos cuidados de saúde em tempo útil e adequado e com segurança, melhorando a efetividade e a eficiência da prestação de cuidados (DGS, 2015).

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade implica a existência de condições de trabalho favoráveis à excelência do exercício profissional (OE, 2005) e requer tempo e disponibilidade para se adequarem ferramentas de gestão à mensuração da carga de trabalho e, consequentemente, ao estabelecimento de dotações de pessoal mais adequadas (Santos, 2013).

Para Hesbeen (2001), a qualidade dos cuidados exige por si só uma prática verdadeiramente dirigida ao cuidar, onde tudo o que é importante e secundário depende da percepção da própria pessoa que é cuidada. O mesmo autor, acrescenta que uma prática de cuidados eficaz implica o recurso a pessoal adequado, com competências e aptidões de natureza técnica e científica, aliada à disponibilidade, à criatividade, ao ouvir e ao acolhimento.

4. DOTAÇÕES EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os conceitos de qualidade e segurança, quando subjacentes ao fenómeno das dotações, são também alvo de preocupação por parte do ICN (2006), devido às alterações verificadas nos sistemas de cuidados de saúde e à quantidade insuficiente de recursos humanos com formação adequada.

O cálculo adequado de recursos humanos, nomeadamente o que diz respeito às equipas de enfermagem, que se destacam pelo seu cariz quantitativo a nível institucional, é uma questão particularmente debatida, de forma a estabelecer mecanismos de redução de custos nas organizações prestadoras de cuidados de saúde (Vituri, Lima, Kuwabara, Gil & Évora, 2011; Trettene, Fontes, Razera, Prado, Bom & Kostrisch, 2017).

Para a American Nurses Association (2018), a identificação e a manutenção do número adequado e da constituição das equipas de enfermagem é fundamental para a prática de cuidados de qualidade, pois verificou-se em vários estudos que existe uma associação entre os níveis elevados de experiência profissional dos enfermeiros e a redução das taxas de efeitos adversos para os utentes.

Segundo Freitas e Parreira (2013), os enfermeiros possuem competências baseadas em conhecimentos e habilidades, e ainda características individuais, fundamentais a um exercício profissional de qualidade. Como tal, é necessário ter ao dispor recursos técnico-científicos, materiais e humanos, bem como adequar os recursos de enfermagem face à segurança imposta, ao nível da necessidade de cuidados exigida pelos utentes, à qualidade dos cuidados, à carga e ao ambiente de trabalho, ao nível de qualificação, bem como à experiência dos enfermeiros.

No sentido de criar condições favoráveis à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, o conceito de dotação visa assegurar enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros ou equivalentes em tempo integral) e em qualidade (experiência/formação dos enfermeiros), atendendo às necessidades do utente, do enfermeiro e da instituição (Freitas & Parreira, 2013).

Relativamente às funções do enfermeiro generalista, a escolha da dotação mais adequada é salvaguardada por uma diversidade de métodos de cálculo sobre os quais existe pouco consenso, o que dificulta a adoção de um método único para o efeito (Freitas & Parreira, 2013).

Em Portugal, o rácio dos cuidados de enfermagem contemplado na lei somente dá resposta aos cuidados de saúde prioritários, e esta realidade também foi identificada pelos cuidadores e pelos seus utentes (Grilo & Mendes, 2013). Neste contexto, Shamian (2014), citado em página de informação da OE (2014), refere que “os enfermeiros não têm horas suficientes para fornecer os cuidados necessários”, resultando assim num impacto negativo sobre a saúde dos portugueses.

No sentido de resolver este hiato, foi aprovada pela OE a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem e publicada em Diário da República (Regulamento n.º 533/2014) que propõe a utilização de metodologias e critérios de adequação dos recursos humanos às necessidades reais da população, considerando ainda que a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos profissionais de enfermagem, são aspetos basilares para se conseguir índices qualidade e de segurança dos cuidados de saúde para a população cuidada e, simultaneamente, para as organizações.

Ainda no seguimento do anterior regulamento, o cálculo da dotação de profissionais de enfermagem deve considerar aspetos relevantes como as competências profissionais, a arquitetura institucional, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação e não se limitar apenas ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos.

A redução do número de enfermeiros traduz-se em consequências negativas para os utentes, pela prestação de cuidados que lhes é oferecida e também para os próprios enfermeiros, que ficam sujeitos a processos de exaustão emocional, *stress*, insatisfação e síndrome de *burnout* (ICN, 2007; Nunes, 2011).

O processo de organização das dotações, partindo da perspetiva de Nunes (2011), deve basear-se em dois pressupostos: primeiramente, deve ter em conta a segurança dos utentes e, seguidamente, o planeamento necessita adequar-se às necessidades das populações, ou seja, ao tipo e quantidade de cuidados a prestar em determinado contexto. Além desta autora, Santos (2013) acrescenta que o cálculo de dotações não deve ser baseado apenas na proporção do número de enfermeiros por utentes, uma vez que este também deve ter em conta várias

variáveis, nomeadamente a carga laboral, o ambiente de trabalho e a qualificação dos enfermeiros.

Embora existam diversos métodos de planeamento das dotações necessárias aos cuidados de enfermagem, estes apresentam vantagens e desvantagens. Para Nunes (2011), não basta identificar o número e a qualidade dos enfermeiros essenciais, é preciso calcular também o número de horas de cuidados necessárias, tendo em conta o grau de dependência dos utentes, o contexto e as condições do exercício profissional, uma vez que estas condicionam a qualidade e a segurança dos cuidados e perfilam o número dos elementos e as características da equipa de enfermagem.

Em Portugal, apesar de já existirem trabalhos que abordam as dotações no contexto dos cuidados de enfermagem gerais, o mesmo não acontece para as dotações em ER. Assim sendo, é igualmente importante chegar ao cálculo da dotação adequada para o exercício do EEER, atendendo à maximização da qualidade dos cuidados e da gestão dos recursos. Sobre esta temática, destaca-se o documento homologado pela OE (Regulamento n.º 533/2014) estabelecido apenas para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que permitiu aprovar em regulamento a dotação de EEER, contemplando um EEER para sete utentes, tendo em conta as condições de acessibilidade geográfica e o grau de dependência dos clientes. De salientar que, embora as ECCI se definam como unidades de ambulatório ou de serviço domiciliário integrantes na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas são da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei n.º 101/2006).

A Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Medicina Física e Reabilitação (RNEHRMFR) do SNS (2016), anteriormente designada por Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação, refere que para os hospitais com serviços de Medicina Física e Reabilitação (Grupo III), esses serviços devem comportar 1 a 3% do total de 400-500 camas da lotação hospitalar, sendo necessário que a equipa integre oito EEER num total de quinze enfermeiros, sendo os restantes generalistas. Para os Centros Especializados de Reabilitação (Grupo IV-a), o número de EEER recomendado é 30% do total de quarenta e dois enfermeiros (n=13 EEER).

Também a DGS (2009) destaca a relevância indispensável dos EEER no seio das equipas e estruturas de programas de reabilitação respiratória. Tratando-se de intervenções de carácter global e multidisciplinar, e com o objetivo de obter resultados adequados, as equipas precisam ser o mais complexas possível, devendo por isso também serem constituídas por pneumologista, fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional.

No que se refere a dados internacionais, num estudo desenvolvido por Nelson e colaboradores (2007) sobre dotações de enfermeiros e os ganhos obtidos pelos utentes admitidos em cinquenta e quatro unidades de reabilitação nos Estados Unidos da América, concluiu-se que aproximadamente 17% dos enfermeiros eram especialistas em ER. Aqui, verificou-se que à medida que a percentagem destes profissionais aumenta, a duração do internamento diminui. Especificamente, por cada 6% de aumento de EEER a duração média de internamento diminui um dia e, em contrapartida, constatou-se que a duração do internamento aumenta com os anos de experiência dos EEER.

Além da informação já apresentada, acresce que atualmente a enfermagem em Portugal não dispõe, através de um sistema de classificação próprio, de qualquer dado alusivo ao número de horas necessárias de cuidados específicos em ER por dia de internamento em serviços e unidades de neurologia médica e cirúrgica, ortotraumatologia, cirurgia, medicina, entre outras (Administração Central do Sistema de Saúde, 2012; Regulamento n.º 533/2014).

Tendo em conta a inexistência de planeamento estratégico de recursos humanos, as chefias e as lideranças, formalmente e do ponto de vista clínico, possuem a competência para realizar os cálculos e avaliar os resultados, de acordo com os contextos clínicos, de forma a garantir a qualidade de cuidados de enfermagem, não podendo haver disparidades nas diversas índoles de gestão (pública ou privada), visto que a maioria das equipas funcionam com mínimos definidos e estabelecidos (Nunes, 2011).

O processo de definir, e também admitir, que na prática as dotações de pessoal são inadequadas, é algo considerado difícil para um gestor. No entanto, os custos resultantes de uma gestão realizada com profissionais insuficientes, a longo prazo, são mais elevados (Santos, 2013). É neste momento que advém a responsabilização primária dos gestores/chefias de enfermagem em adequar a realidade da área de cuidados na qual se inserem os profissionais, com a visão, a missão e os objetivos das organizações (ARN, 2015).

É necessário ter noção das realidades e dimensionar as dotações de enfermeiros de acordo com as reais necessidades, com base em processos sustentáveis, orientadas e encorajadoras do desenvolvimento de competências e da otimização das condições para os cuidados, e não apenas baseadas em questões económicas através da redução de pessoal (Nunes, 2011).

Pontes e Santos (2016) mencionam que se tem verificado um aumento no número de enfermeiros generalistas a concluírem a especialidade, alocados pelos diversos serviços e unidades do sistema de saúde nacional, e ao dispor dos seus gestores para organizarem planos

de cuidados de saúde visando a continuidade de cuidados, não apenas nos turnos da manhã como também nos turnos da tarde e da noite, à semana e ao fim de semana.

A ARN (2017), declara que, com base na pesquisa disponível, não existe um sistema padrão para determinar índices de pessoal de enfermagem específicos para a ER. Assim, recomendam que os gestores para esta especialidade desenvolvam planos de cuidados que integrem enfermeiros especialistas para responderem às necessidades individuais dos seus utentes, visando uma melhoria na qualidade dos cuidados, apoiada numa dotação de pessoal que se preocupa com os resultados positivos para o utente, como a sua melhoria funcional e satisfação e a redução de reinternamentos. Mais acrescenta, que o planeamento do efetivo de EEER deve atender a diversos fatores, nomeadamente ao número efetivo de horas de cuidados por dia nos diferentes turnos, às necessidades dos utentes, ao número de profissionais disponíveis, à experiência e a aquisição de competências, à arquitetura e geografia do meio ambiente, à tecnologia disponível, bem como a questões administrativas e à carga de trabalho.

A corroborar com a importância de identificarmos uma dotação segura no contexto da ER foi demonstrado, através de um estudo realizado no Reino Unido por Sheward e colaboradores (2005, cit. in ICN, 2006), que os rácios elevados de utente-enfermeiro estavam associados a um risco aumentado de ocorrência de exaustão emocional e insatisfação com o emprego atual.

O ICN (2012) defende que se uma dotação de enfermeiros for estabelecida de forma correta ou mais adequada, há implicações na diminuição de complicações (por exemplo as pneumonias) e, conseqüentemente, na redução dos custos, do número e duração de internamento e na diminuição da taxa de mortalidade e das comorbilidades. Para além disso, esta organização acrescenta que a associação entre o nível de qualificação dos enfermeiros, o número de horas de trabalho, o ambiente e a complexidade dos utentes, a eficiência e a eficácia económica resultante dos efeitos dos cuidados de enfermagem prestados são variáveis que influenciam as dotações.

Macaia (2005) refere que os rácios reduzidos de profissionais de enfermagem determinam a deterioração da qualidade dos cuidados, da mesma forma que o elevado número de profissionais coloca em causa a realização de procedimentos. A segurança do utente, na perspetiva da mesma autora, também está diretamente relacionada com a dotação de pessoal de enfermagem. Ao mesmo tempo que elevam a produtividade, as dotações adequadas também incrementam a satisfação dos enfermeiros e, especialmente, a satisfação e o bem-estar dos utentes.

2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

5. METODOLOGIA

A abordagem metodológica sistemática e racional da investigação científica, representativa da operacionalização de todos os momentos descritivos e explicativos do estudo, resulta da transição do enquadramento teórico, momento onde se contextualiza a questão central da presente investigação e, conseqüentemente, o referencial científico suportado.

5.1. CONCRETIZAÇÃO DO ESTUDO

Nos últimos anos, as organizações de saúde têm-se preocupado de forma crescente com a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, a par de uma exigência de contenção económica, a qual exige uma reflexão sobre o custo-efetividade e o custo-benefício no que concerne à gestão e organização dos recursos humanos, bem como na relação entre dotações em enfermagem e os resultados em saúde (Gonçalves, 2015).

A American Federation of Teachers (1995, cit. in ICN, 2006) declara que uma dotação segura significa ter disponível uma quantidade ajustada de pessoal em todos os momentos, combinando adequadamente os seus níveis de competência, indo assim de encontro às necessidades de cuidados e assegurando condições de trabalho isentas de riscos.

De acordo com Benjamin (2000), os benefícios obtidos pelos utentes nas unidades de saúde é o reflexo das competências formativas de uma equipa de ER e, desta forma, estes profissionais justificam os resultados das suas intervenções com a melhoria da saúde das pessoas de quem cuidam, favorecendo assim o conceito de dotação segura.

Considerando a temática em estudo, quando pesquisamos por trabalhos de investigação publicados sobre dotações em ER desenvolvidos no nosso país não obtivemos qualquer evidência.

Os estudos desenvolvidos a nível internacional, para além de serem escassos, retratam a realidade dos cuidados de saúde existentes em cada país, os quais divergem da prática especializada de ER em Portugal. Até certo ponto, existe uma falta de coerência nas definições do que constitui a equipa multiprofissional de enfermagem. A composição e distribuição dos profissionais de enfermagem é realizada em função de um conjunto de competências e das necessidades dos utentes, ajustadas à realidade de prestação de cuidados, isto é, as equipas são formadas, por exemplo, por *Registered Nurses* (RN's) e não RN's ou baseadas num cálculo de proporção (*Skill Mix*) entre RN's e não RN's (Nason, 2014).

Deste modo, consideramos pertinente refletir sobre a realidade portuguesa, no que respeita às dotações em ER. Este é um dos assuntos evidenciados pela OE (2015a), que lança como repto no documento intitulado “Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação”, a necessidade de se realizarem estudos neste sentido.

É no contexto descrito anteriormente que a investigação prossegue e do qual definimos a seguinte questão de partida: *Qual a dotação percebida pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e os seus determinantes, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados?*

No sentido de orientar esta investigação, tendo por base a nossa questão de partida, pretendemos responder às seguintes questões específicas:

- Qual a dotação percecionada pelos EEER no serviço/unidade onde desempenham funções especializadas?
- Quais são as características sociodemográficas, académico-formativas e profissionais dos EEER?
- Quais são as diferenças, em termos de exclusividade, entre as unidades de saúde onde os EEER prestam cuidados especializados?
- Qual a relação entre a dotação percebida pelos EEER e o tempo de exercício profissional *versus* tempo de exercício profissional especializado?
- Como é que o facto de ser EEER acarreta um acréscimo de responsabilidades no âmbito das suas funções?

Uma vez que pretendemos conhecer a realidade dos EEER na prestação direta de cuidados, assim como dar resposta à questão principal, surge esta investigação de natureza Quantitativa do tipo Descritivo-Correlacional e Exploratória. A mesma designa-se por quantitativa, pois a informação recolhida é observável e mensurável, permitindo objetivar resultados, e do tipo descritivo-correlacional e exploratória, uma vez que possibilita especificar

determinadas características, propriedades de um fenómeno pouco estudado, bem como estabelecer associações entre variáveis (Sampieri, 2014).

Justificada a relevância do tema e atendendo ao facto de que são as questões de investigação que orientam a matriz deste estudo, o objetivo central proposto para a realização do mesmo consiste em conhecer as dotações em ER, bem como os seus determinantes, nos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados. Neste âmbito, delineamos subsequentemente outros objetivos:

- Avaliar a influência do tempo de experiência profissional e de especialista em ER sobre a dotação de EEER;
- Contribuir para a obtenção de informação socioprofissional que permita um estabelecimento/reajuste das dotações em ER;
- Contribuir para a obtenção de dados que possam influenciar as políticas em saúde, a prática, a investigação e a formação especializada em ER.

Sendo as variáveis suportadas por questões de investigação e desenhadas num plano lógico pelo investigador (Fortin, 2009), ao mesmo tempo que são classificadas como propriedades que podem ser medidas ou observáveis (Sampieri, 2014), estas são identificadas desde que se define o problema, sendo importante individualizá-las e operacionalizá-las aos conceitos previamente formulados. Este momento permitir-nos-á instrumentalizar a colheita de dados e efetuar interpretações de forma a materializar o seu significado.

Indo ao encontro do significado das variáveis, e uma vez que não há manipulação das mesmas, definimos variável dependente como sendo aquela que é influenciada pelos efeitos provocados pela variável independente. Tivemos ainda em conta características pré existentes dos EEER em estudo, ou seja, variáveis atributo (Fortin, 2009).

Assim, para obtermos uma visão integral das variáveis em estudo e as eventuais relações existentes entre elas, apresentamos o modelo conceptual do estudo (Figura 1), como forma de sistematizar os diferentes domínios que integram a investigação. De salientar que o processo de operacionalização das variáveis coincide com a descrição funcional do instrumento de recolha de dados, tal como é referenciada na interpretação que dele é feita num dos seguintes subcapítulos (5.3), subjacente ao material utilizado no âmbito da investigação.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



Concretamente, considerámos a Dotação Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação por serviço/unidade/instituição a variável dependente e definimos um conjunto de variáveis independentes, nomeadamente: Experiência profissional, Experiência como EEER, Instituição e serviço/unidade de exercício profissional, Exclusividade do exercício de funções, Rácio real e os Tempos real e ideal. Conforme referido anteriormente, tivemos ainda em conta um conjunto de variáveis atributo, designadamente: Género, Idade, Estado civil, Formação académica, Motivo de ingresso na especialidade/mestrado, Formação contínua, Secção regional da OE, Vínculo contratual, Carga horária semanal, Tipologia de horário de trabalho, Integração no quadro institucional, Exercício de funções especializadas, Organização do trabalho do EEER, Domínios de intervenção, Pluridisciplinaridade no processo de reabilitação, Adequação da especialidade ao serviço/unidade e Responsabilidades acrescidas.

5.2. PARTICIPANTES

Uma vez definido o problema de investigação, a etapa seguinte consiste em precisar a população em análise.

Detentores de características comuns e específicas, os enfermeiros com o título de especialista em ER apresentam-se como a população alvo em estudo. Por sua vez, as características da amostra (fração representativa da população) foram definidas pelo método de

amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que os elementos representativos se encontram facilmente acessíveis e respondam a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009).

Foram incluídos no presente estudo 530 enfermeiros, de um total de 691 participantes, tendo em conta os seguintes critérios: possuir o título de especialista em ER; estarem inscritos na OE e prestarem cuidados de enfermagem no sistema de saúde nacional ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, dos Cuidados Hospitalares (serviços/unidades de internamento públicos e privados, com exceção da Medicina Física e Reabilitação e da Cinesiterapia Respiratória) ou dos Cuidados Continuados Integrados (unidades de internamento).

Por sua vez, excluíram-se os participantes que se encontravam: em cargos de chefia, direção e supervisão; em funções nos serviços/unidades sem internamento (exceto ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, da Medicina Física e Reabilitação e da Cinesiterapia Respiratória); em lares de idosos ou semelhantes, bem como em órgãos associativos ou afins e no exercício da profissão fora do território nacional.

Tendo por base os dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros, referentes a 31 de dezembro de 2017, existiam 3654 EEER membros ativos. Assim, podemos afirmar que a amostra em estudo tem associado um erro máximo de 3.9%, com um grau de confiança de 95.0% e uma significância de 5.0%.

5.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para dar início à colheita de dados o investigador deve questionar-se se o instrumento de recolha de dados utilizado é o mais oportuno para responder às questões de investigação definidas (Fortin, 2009) e que, simultaneamente, produza resultados consistentes, que seja capaz de medir a variável estudada e que respeite os princípios da imparcialidade (Sampieri, 2014).

Neste sentido, respondendo aos objetivos delineados, bem como à questão de investigação previamente formulada, fundamentamos a metodologia de recolha de dados ao formato de questionário *on-line* de autopreenchimento (Apêndice I), construído para o efeito.

No seu todo, o questionário rege-se por um carácter confidencial e com respostas do tipo aberta, fechada, de matriz única e de escolha múltipla, sendo revestido por um conjunto mensurável de variáveis previamente mencionadas e operacionalizadas de acordo com o contexto sociodemográfico, académico-formativo e profissional (Quadro 1.1 e 1.2).

Quadro 1.1 - Operacionalização das variáveis em estudo

Contexto	Variáveis	Operacionalização
Sociodemográfico	Género	Feminino; Masculino
	Idade	Contagem em anos
	Estado civil	Solteiro; Casado/União de facto; Viúvo; Divorciado
Académico-formativo	Formação académica	Licenciatura; Mestrado; Doutoramento
	Motivo de ingresso na especialidade/mestrado	Área de preferência para a aquisição de conhecimentos/competências; Categoria de especialista/progressão na carreira; Incentivo por parte do serviço/instituição; Proximidade com a área de residência; Reconhecimento profissional; Remuneração
	Formação contínua	Disponibilidade e/ou motivação (Sim; Não); Formação nos últimos dois anos (Sim; Não); Participação em projetos/estudos no âmbito da Enfermagem de Reabilitação (Sim; Não, porquê? Desmotivação; Falta de apoio/recursos; Falta de oportunidades; Falta de tempo)
Profissional	Secção regional da OE	Norte; Centro; Sul; Açores; Madeira
	Experiência profissional	Contagem em anos
	Experiência como EEER	Contagem em anos
	Vínculo contratual	Contrato a termo resolutivo certo; Contrato a termo resolutivo incerto; Contrato em funções públicas; Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado; Trabalhador independente
	Carga horária semanal	Horas efetivas de trabalho (< 35 horas; 35 horas; 40 horas; ≥ 42 horas)
	Tipologia de horário de trabalho	Manhã; Tarde; Noite; Período semanal; Período de fim de semana
	Instituição e serviço/unidade de exercício profissional	Operacionalização conforme Apêndice II. Agrupados em função dos Cuidados de Saúde Primários [(evidenciando as ECCI, devido à existência da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da OE (Regulamento n.º 533/2014)]; Cuidados Hospitalares [(serviços/unidades de internamento do setor público e privado, distribuídos de acordo com as especialidades médicas e/ou cirúrgicas, com destaque para a Medicina Intensiva, estruturada de acordo com a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Medicina Intensiva do SNS (2017)] e Cuidados Continuados Integrados (unidades de internamento da RNCCI). Estabelecido número mínimo de 5 EEER na prestação exclusiva integral ou parcial de cuidados de ER por serviço/unidade, com exceção da Cinesiterapia Respiratória, Pediatria e Neonatologia, devido à sua especificidade.
	Integração no quadro institucional	Sim; Não
	Exercício de funções especializadas	Sim; Não
	Exclusividade do exercício de funções	Sim; Não, porquê? (Por ausência de remuneração equiparada ao título de EEER; Por não estar contemplado o exercício de funções de EEER; Por necessidade de recursos humanos nos cuidados gerais; Por opção; Por ser atribuída a outros profissionais de saúde)

Quadro 1.2 - Operacionalização das variáveis em estudo (continuação)

Contexto	Variáveis	Operacionalização
Profissional	Rácio real	Número total de utentes por EEER, atribuídos em função da distribuição do EEER por espaços/alas, da distribuição do EEER por número de utentes, da distribuição do número de EEER existentes por turno, da distribuição por horas de cuidados necessárias de reabilitação por utente, da referência/avaliação do EEER, da referência médica e da referência pela RNCCI
	Organização do trabalho do EEER	Com a participação da restante equipa de Enfermagem; Pelo Enfermeiro Chefe; Por iniciativa própria dos EEER
	Tempo real e tempo ideal	Contagem de tempo, expresso em minutos, em função das necessidades do utente durante o período de horas efetivas de trabalho (não contempla o intervalo de refeição do profissional, nem o tempo necessário à realização de registos de Enfermagem, entre outros)
	Domínios de intervenção	Cardíaco; Cognitivo; Musculoesquelético; Respiratório
	Pluridisciplinaridade no processo de reabilitação	Fisioterapia; Medicina; Nutrição; Psicologia; Serviço Social; Terapia da Fala; Terapia Ocupacional
	Adequação da especialidade ao serviço/unidade	Sim; Não, porquê? (Encontro-me a aguardar pedido de mobilidade/transferência interna; Exercício simultâneo de cuidados de Enfermagem especializados e gerais; Não corresponde à minha área de interesse para a prestação de cuidados especializados; O serviço/unidade não contempla o exercício de funções de Enfermagem de Reabilitação; O serviço/unidade não integra EEER na prestação direta de cuidados especializados; Pedido formal de mobilidade/transferência interna recusado)
	Responsabilidades acrescidas	Apoio à gestão; Integração de comissões de estudo/qualidade ou outras; Integração de novos elementos na equipa/unidade; Orientação de alunos em ensino clínico; Responsável de turno/equipa; Responsável pela formação em serviço

5.4. PROCEDIMENTOS

O processo de investigação, ao longo do seu trajeto, procurou respeitar os princípios da ética e deontologia exigidos.

Assim, o presente estudo foi formalmente submetido a uma apreciação por parte da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo I) e do Conselho de Enfermagem da OE (Anexo II), os quais emitiram parecer favorável quanto à sua idoneidade e aplicabilidade.

De forma a obter a participação da população em estudo foi solicitada a colaboração da OE (Apêndice III). Ficou disponível uma hiperligação do questionário no *website* da OE, assim como foi enviada sob a forma de *newsletter*, pelos meios de comunicação da mesma, a todos enfermeiros detentores do título de especialista em ER, para preenchimento livre, informado e esclarecido, entre o dia 10 de janeiro de 2018 e o dia 28 de fevereiro de 2018.

Para sistematizar a informação obtida com a aplicação do questionário elaborado, recorreremos a técnicas de estatística descritiva e inferencial. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente com recurso do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 23 de 2016.

A estatística descritiva possibilitou determinar, de acordo com as características das variáveis em estudo, frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central, nomeadamente a média aritmética (\bar{x}) e mediana (Md), e medidas de dispersão ou variabilidade, tais como o desvio padrão (s), valor mínimo (x_{\min}) e valor máximo (x_{\max}).

As análises estatísticas inferenciais vão além das análises descritivas, uma vez que permitem generalizar os resultados provenientes de uma amostra ao conjunto da população. (Fortin, 2009).

Assim, foram realizadas análises de resíduos ajustados na forma estandardizada para identificação dos valores significativos em variáveis nominais, em detrimento do teste qui-quadrado, visto que são mais potentes e informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014). Os mesmos autores consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos, quer no total da linha, quer na coluna.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) e os testes de normalidade Shapiro-Wilk ($n \leq 50$) ou Kolmogorov-Smirnov ($n > 50$) revelaram a não existência de distribuição normal (Pestana & Gageiro, 2014). Devido à natureza qualitativa de algumas variáveis, e atendendo a que se verificaram condições de afastamento da normalidade e homogeneidade na maioria das variáveis quantitativas, optámos por utilizar o coeficiente de Spearman e o respetivo teste de significância, o teste de Wilcoxon e teste de Qui-quadrado.

Para todos os testes foi fixado o valor 0.05 como limite de significância, rejeitando a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor fixado, ou seja, $p < 0.05$ ($p < 5\%$). Assumimos por isso os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa;
- $p < 0,05$ – diferença estatística significativa;
- $p < 0,01$ – diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0,001$ – diferença estatística altamente significativa.

Os resultados são apresentados sob a forma de quadros, surgindo informação complementar do tratamento estatístico em anexo sempre que se justifique.

6. RESULTADOS

No presente capítulo procedemos à apresentação descritiva dos dados obtidos através da aplicação do questionário elaborado e dos resultados das medidas descritivas e das técnicas inferenciais que utilizámos para sistematizar a informação e estudar as relações as variáveis independentes e a variável dependente da investigação.

6.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva centrar-se-á na caracterização da amostra em estudo e da qual sucedem os dados recolhidos. Neste sentido, recorreu-se a quadros de frequências, e consoante as diferentes variáveis, à utilização de medidas de tendência central e medidas de dispersão, para retratar e apresentar a informação de forma representativa.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Observando os dados e resultados que constituem o quadro 2 podemos constatar as características sociodemográficas dos 530 profissionais que integraram a amostra em estudo. Verificámos que a maioria, concretamente 390 (73.6%), era do género feminino. Os restantes 140 (26.4%) eram do género masculino.

Os enfermeiros do género feminino apresentavam idades compreendidas entre 25 e 61 anos, sendo a média de idade 39.38 ± 7.04 anos; 28.7% tinham idades compreendidas entre 35 e 40 anos, seguidos de 24.4% que pertenciam ao grupo etário dos 30 aos 35 anos e de 20.5% cujas idades se situavam entre os 40 e 45 anos. Metade das enfermeiras tinha, no máximo, 38.50 anos (idade mediana) e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ou gaussiana ($p < 0.001$).

Quanto aos enfermeiros do género masculino, apresentavam idades compreendidas entre 26 e 60 anos, tendo como média de idade 39.27 ± 7.15 anos; 32.9% tinham idades entre 35 e 40 anos, seguindo-se 20.7% que pertenciam ao grupo etário dos 30 aos 35 anos e 16.4% com idade entre os 40 e os 45 anos. Metade dos indivíduos deste género tinha, no máximo, 38.00 anos (idade mediana) e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ($p < 0.001$).

Os elementos da amostra total apresentavam idades compreendidas entre 25 e 61 anos, sendo a idade média 39.35 ± 7.07 anos; 29.8% tinham idades entre 35 e 40 anos, seguidos de 23.4% que pertenciam ao grupo etário dos 30 aos 35 anos e 19.4% cujas idades se situavam entre 40 e 45 anos. Metade dos enfermeiros tinha, no máximo, 38.00 anos (idade mediana) e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ($p < 0.001$). A análise dos valores residuais ajustados e estandardizados permitiu-nos verificar a não existências de diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos.

A maioria dos inquiridos, de ambos os géneros (69.2% e 72.1%, respetivamente no género feminino e masculino) e da amostra total (70.0%), indicou o estado civil de casado ou a situação de viver em união de facto. Os valores residuais, quando aplicáveis, indicaram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Quadro 2 - Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.
Grupo etário										
< 30	16	4.1	9	6.4	25	4.7	-1.1	1.1		
[30 – 35[	95	24.4	29	20.7	124	23.4	-0.9	0.9		
[35 – 40[	112	28.7	46	32.9	158	29.8	-0.9	0.9		
[40 – 45[	80	20.5	23	16.4	103	19.4	1.0	-1.0		
[45 – 50[	46	11.8	17	12.1	63	11.9	-0.1	0.1		
[50 – 55[	31	7.9	12	8.6	43	8.1	-0.2	0.2		
≥ 55	10	2.6	4	2.9	14	2.7	-0.2	0.2		
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0				
Feminino:	$\bar{x} = 39.38$	Md = 38.50	s = 7.04	$x_{\min} = 25$	$x_{\max} = 61$	p < 0.001				
Masculino:	$\bar{x} = 39.27$	Md = 38.00	s = 7.15	$x_{\min} = 26$	$x_{\max} = 60$	p < 0.001				
Total:	$\bar{x} = 39.35$	Md = 38.00	s = 7.07	$x_{\min} = 25$	$x_{\max} = 61$	p < 0.001				
Estado civil										
Solteiro	95	24.4	30	21.4	125	23.6	0.7	-0.7		
Casado/União de facto	270	69.2	101	72.1	371	70.0	-0.6	0.6		
Viúvo	1	0.3	0	0.0	1	0.2	Não	aplicável		
Divorciado	24	6.2	9	6.4	33	6.2	-0.1	0.1		
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0				

Caracterização acadêmico-formativa da amostra

No que respeita às características acadêmico-formativas dos elementos da amostra, o quadro 3 permitiu-nos constatar que, na amostra total, 72.1% possuíam a licenciatura e que 27.2% tinham adquirido o grau de mestre. A situação observada para cada um dos géneros é semelhante, com percentagens de 72.3% e 26.9% no género feminino e de 71.4% e 27.9% no género masculino. Os valores residuais, quando aplicáveis, indicaram que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa.

O principal motivo indicado para ingresso na Especialidade/Mestrado em ER foi a “Área de preferência para a aquisição de conhecimentos/competências”, com percentagens de 94.9% no género feminino, 97.1% no género masculino e 95.5% no total da amostra. O segundo motivo mais referido foi a “Categoria de especialista/progressão na carreira”, sendo as percentagens de 31.5%, 41.4% e 34.2%, respetivamente no género feminino, masculino e na amostra total.

Quadro 3 - Características académicas da amostra

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.		
Formação académica										
Licenciatura	282	72.3	100	71.4	382	72.1	0.2	-0.2		
Mestrado	105	26.9	39	27.9	144	27.2	-0.2	0.2		
Doutoramento	3	0.8	1	0.7	4	0.7	Não	aplicável		
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0				
Motivo de ingresso na Especialidade/Mestrado										
Área de preferência para a aquisição de conhecimentos/competências	370	94.9	136	97.1	506	95.5	Não	aplicável		
Categoria de especialista/progressão na carreira	123	31.5	58	41.4	181	34.2	Não	aplicável		
Incentivo por parte do serviço/instituição	31	7.9	19	13.6	50	9.4	Não	aplicável		
Proximidade com a área de residência	10	2.6	4	2.9	14	2.6	Não	aplicável		
Reconhecimento profissional	64	16.4	40	28.6	104	19.6	Não	aplicável		
Remuneração	39	10.0	22	15.7	61	11.5	Não	aplicável		

Conforme exposto no quadro 4, no que concerne disponibilidade para atualizar e desenvolver conhecimentos no domínio da ER, 44.1% dos profissionais do género feminino, 55.7% dos do género masculino e 47.2% dos elementos da amostra total responderam afirmativamente. Os valores residuais demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas no grupo que referiu ter disponibilidade para atualizar e desenvolver conhecimentos no domínio da ER pertencentes ao género masculino.

Relativamente à motivação para o conhecimento, 65.6% dos enfermeiros do género feminino, 66.4% do género masculino e 65.8% da amostra total referiram que se encontram

com motivação para realizar produção de conhecimento no domínio da ER. Os valores residuais não revelaram a existência de qualquer diferença estatisticamente significativa entre géneros.

Quando questionados acerca da formação no domínio de ER que fizeram nos últimos dois anos, constatámos que a maioria dos inquiridos, concretamente, 60.0% das enfermeiras, 58.6% dos enfermeiros e 59.6% da amostra total, responderam que não fizeram qualquer formação.

Relativamente à participação em algum projeto/estudo no seu serviço/unidade/instituição no âmbito da ER, a maior parte dos profissionais (70.3%, 69.3% e 70.0%, respetivamente do género feminino, masculino e da amostra total), respondeu negativamente. Os valores residuais não permitiram concluir a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Quanto aos motivos da não participação, constatámos que 56.2%, 57.7% e 56.6%, respetivamente nos elementos do género feminino, do masculino e da amostra total, mencionaram a falta de tempo. Verificámos também que 55.8% das enfermeiras, 53.6% dos enfermeiros e 55.3% da amostra total referiram a falta de oportunidades. A falta de apoio/recursos foi o motivo indicado por 45.3% dos elementos de género feminino, por 61.9% do género masculino e por 49.6% dos profissionais da amostra total.

Quadro 4 - Características da amostra ao nível da formação contínua

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.
Disponibilidade para atualizar e desenvolver conhecimentos no domínio da ER									
Sim		172	44.1	78	55.7	250	47.2	-2.4	2.4
Não		218	55.9	62	44.3	280	52.8	2.4	-2.4
Total		390	100.0	140	100.0	530	100.0		
Motivação para realizar produção de conhecimento no domínio da ER									
Sim		256	65.6	93	66.4	349	65.8	-0.2	0.2
Não		134	34.4	47	33.6	181	34.2	0.2	-0.2
Total		390	100.0	140	100.0	530	100.0		
Formação nos últimos dois anos									
Congressos/Jornadas/Seminários		48	12.3	34	24.3	84	15.8	Não	aplicável
Cursos/Workshops		85	21.8	33	23.6	118	22.3	Não	aplicável
Formação em serviço		6	1.5	2	1.4	8	1.5	Não	aplicável
Projetos/relatórios de investigação		12	3.1	6	4.3	18	3.4	Não	aplicável
Terapias complementares		10	2.6	5	3.6	15	2.8	Não	aplicável
Nenhuma		234	60.0	82	58.6	316	59.6	Não	aplicável
Participação em projeto/estudo									
Sim		116	29.7	43	30.7	159	30.0	0.2	-0.2
Não		274	70.3	97	69.3	371	70.0	-0.2	0.2
Total		390	100.0	140	100.0	530	100.0		
Motivo de não participação									
Desmotivação		75	27.4	33	34.0	108	29.1	Não	aplicável
Falta de apoio/recursos		124	45.3	60	61.9	184	49.6	Não	aplicável
Falta de oportunidades		153	55.8	52	53.6	205	55.3	Não	aplicável
Falta de tempo		154	56.2	56	57.7	210	56.6	Não	aplicável

Caracterização profissional da amostra

Relativamente à secção da OE a que os profissionais do género feminino pertenciam, o quadro 5 mostra que, 37.2% referiram a secção do Norte, seguidas de 34.1% que pertenciam à secção do Sul e de 21.5% da secção do Centro. No grupo dos enfermeiros do género masculino 35.7% pertenciam à secção do Norte, 29.3% estavam inscritos na secção do Sul e 25.0% pertenciam à secção do Centro. Verificámos ainda que, na amostra total, 36.8% pertenciam à secção regional do Norte, seguidos de 32.8% membros da secção do Sul e 22.5% estavam inscritos na secção do Centro. Os valores residuais não indicaram a existência de qualquer diferença estatisticamente significativa.

Para a amostra total, o tempo de experiência profissional variou entre o mínimo de 3 anos e o máximo de 39 anos, sendo o valor médio 16.55 ± 6.82 anos. 31.3% dos enfermeiros referiram tempos de experiência entre 10 e 15 anos, seguindo-se 21.3% que indicaram valores entre 15 e 20 anos, 19.4% que eram profissionais há mais de 20 e menos de 25 anos e 12.6% tinham entre 5 e 10 anos de experiência. Metade dos inquiridos referiram tempos iguais ou

inferiores a 16.00 anos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ($p < 0.001$).

No grupo de inquiridos do género feminino, o tempo de experiência profissional situou-se entre o mínimo de 3 anos e o máximo de 37 anos, tendo como valor médio 16.71 ± 6.77 anos. Dos profissionais deste género, 30.3% referiram tempos de experiência entre 10 e 15 anos, seguidos de 20.5% que indicaram valores entre 15 e 20 anos ou entre 20 e 25 anos. Metade das enfermeiras referiram tempos de experiência profissional iguais ou inferiores a 16.00 anos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ($p < 0.001$).

Para os enfermeiros do género masculino, o tempo de experiência profissional situou-se entre o mínimo de 3 anos e o máximo de 39 anos, sendo a média 16.10 ± 6.97 anos. 34.3% dos enfermeiros deste grupo referiram tempos de experiência entre 10 e 15 anos, seguidos de 23.6% que indicaram valores entre 15 e 20 anos e de 16.4% que referiram tempos entre 20 e 25 anos. Metade dos indivíduos deste género referiram tempos de experiência profissional iguais ou inferiores a 15.00 anos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ($p < 0.001$).

Quanto ao tempo de aquisição do título de EEER, para a amostra total observámos valores entre 1 e 27 anos, tendo como valor médio 6.39 ± 4.44 anos. Constatámos também que, 47.5% dos profissionais referiram tempos entre 5 e 10 anos, seguidos de 35.9% que eram EEER há menos de 5 anos. Metade dos inquiridos possuía a formação de EEER há 6.00 anos no máximo. A distribuição e frequências desta variável divergiu significativamente de uma distribuição normal ($p < 0.001$).

Para os enfermeiros do género feminino obtivemos valores entre 1 e 26 anos, tendo como valor médio 6.53 ± 4.51 anos. Verificou-se ainda que, 48.7% apresentavam tempos entre 5 e 10 anos, seguidas de 34.1% que eram EEER há menos de 5 anos. Metade dos elementos deste género possuía a formação de EEER há 6.00 anos no máximo. A distribuição de frequências divergiu significativamente de uma distribuição normal ($p < 0.001$).

Os enfermeiros do género masculino referiram tempos entre 1 e 27 anos, sendo a média 5.99 ± 4.23 anos. Além disso, 44.3% referiram tempos entre 5 e 10 anos, seguidos de 40.7% que eram EEER há menos de 5 anos. Metade dos elementos deste género possuía a formação de EEER, no máximo, há 6.00 anos. A distribuição e frequências afastou-se significativamente de uma distribuição normal ($p < 0.001$).

A análise dos valores residuais, quando aplicáveis, permitiu afirmar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 5 - Características profissionais da amostra (secção da OE, tempo de experiência profissional e tempo de título de EEER)

Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.
Secção regional da OE								
Norte	145	37.2	50	35.7	195	36.8	0.3	-0.3
Centro	84	21.5	35	25.0	119	22.5	-0.8	0.8
Sul	133	34.1	41	29.3	174	32.8	1.0	-1.0
Açores	11	2.8	3	2.1	14	2.6	0.4	-0.4
Madeira	17	4.4	11	7.9	28	5.3	-1.6	1.6
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0		
Experiência profissional								
< 5	1	0.3	4	2.9	5	1.0	Não aplicável	
[5 – 10[	54	13.8	13	9.3	67	12.6	1.4	-1.4
[10 – 15[	118	30.3	48	34.3	166	31.3	-0.9	0.9
[15 – 20[	80	20.5	33	23.6	113	21.3	0.9	-0.9
[20 – 25[	80	20.5	23	16.4	103	19.4	1.0	-1.0
[25 – 30[	40	10.3	12	8.6	52	9.8	0.6	-0.6
[30 – 35[	14	3.6	5	3.6	19	3.6	0.0	0.0
≥ 35	3	0.8	2	1.4	5	1.0	Não aplicável	
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0		
Feminino:	$\bar{x} = 16.71$	Md = 16.00	s = 6.77	X _{min} = 3	X _{máx} = 37	p < 0.001		
Masculino:	$\bar{x} = 16.10$	Md = 15.00	s = 6.97	X _{min} = 3	X _{máx} = 39	p < 0.001		
Total:	$\bar{x} = 16.55$	Md = 16.00	s = 6.82	X _{min} = 3	X _{máx} = 39	p < 0.001		
Experiência como EEER								
< 5	133	34.1	57	40.7	190	35.9	-1.4	1.4
[5 – 10[	190	48.7	62	44.3	252	47.5	0.9	-0.9
[10 – 15[	49	12.6	17	12.1	66	12.5	0.7	-0.7
[15 – 20[	5	1.3	1	0.7	6	1.1	Não aplicável	
[20 – 25[	8	2.1	2	1.4	10	1.9	0.5	-0.5
≥ 25	5	1.3	1	0.7	6	1.1	Não aplicável	
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0		
Feminino:	$\bar{x} = 6.53$	Md = 6.00	s = 4.51	X _{min} = 1	X _{máx} = 26	p < 0.001		
Masculino:	$\bar{x} = 5.99$	Md = 6.00	s = 4.23	X _{min} = 1	X _{máx} = 27	p < 0.001		
Total:	$\bar{x} = 6.39$	Md = 6.00	s = 4.44	X _{min} = 1	X _{máx} = 27	p < 0.001		

O quadro 6 permitiu-nos verificar que a maioria dos enfermeiros (68.3%) referiu o horário de 35 horas, seguida de 27.5% que afirmaram praticar o horário de 40 horas. Praticamente todos os enfermeiros (99.8%) referiram trabalhar no turno da manhã e em período semanal. Constatou-se ainda que, 57.7% dos enfermeiros trabalhavam no turno da tarde e que 53.2% desenvolviam a atividade profissional também no período de fim de semana. No que respeita ao vínculo contratual, as situações referidas com maior frequência foram o contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (48.9%) e o contrato em funções públicas (46.4%).

A maioria dos enfermeiros do género feminino (69.0%) referiu, também, o horário de 35 horas, seguidas de 26.9% que afirmaram praticar o horário de 40 horas. Todas referiram trabalhar no turno da manhã e 99.7% em período semanal. 54.1% trabalhavam no turno da tarde

e 50.3% desenvolviam a atividade profissional também ao fim de semana. No que concerne ao vínculo contratual, as situações referidas mais frequentemente foram o contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (49.2%) e o contrato de trabalho em funções públicas (47.2%).

No grupo do género masculino, a maior parte (66.4%) referiu o horário de 35 horas, seguindo-se de 29.3% que afirmaram praticar o horário de 40 horas. 99.3% afirmaram trabalhar no turno da manhã e todos disseram trabalhar em período semanal. Ainda 67.9% trabalhavam no turno da tarde e 61.4% desenvolviam a atividade profissional ao fim de semana. Em relação ao vínculo contratual, predominava o contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (47.9%) e o contrato de trabalho em funções públicas (44.3%).

A análise dos valores residuais, quando aplicáveis, sugeriram a não existência de quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 6 - Características profissionais da amostra (carga horária semanal, tipologia de horário e vínculo contratual)

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.
Carga horária semanal										
< 35 horas	12	3.1	5	3.6	17	3.2	-0.3	0.3		
35 horas	269	69.0	93	66.4	362	68.3	0.6	-0.6		
40 horas	105	26.9	41	29.3	146	27.5	-0.5	0.5		
≥ 42 horas	4	1.0	1	0.7	5	1.0	Não	aplicável		
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0				
Tipologia de horário										
Manhã	390	100.0	139	99.3	529	99.8	Não	aplicável		
Tarde	211	54.1	95	67.9	306	57.7	Não	aplicável		
Noite	104	26.7	52	37.1	156	29.4	Não	aplicável		
Período semanal	389	99.7	140	100.0	529	99.8	Não	aplicável		
Período de fim de semana	196	50.3	86	61.4	282	53.2	Não	aplicável		
Vínculo contratual										
Contrato a termo resolutivo certo	7	1.8	3	2.1	10	1.9	-0.3	0.3		
Contrato a termo resolutivo incerto	5	1.3	8	5.7	13	2.4	-0.9	0.9		
Contrato de trabalho em funções públicas	184	47.2	62	44.3	246	46.4	0.6	-0.6		
Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado	192	49.2	67	47.9	259	48.9	0.3	-0.3		
Trabalhador independente	2	0.5	0	0.0	2	0.4	Não	aplicável		
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0				

Quando questionados acerca da instituição de saúde onde desempenhavam funções, 67.2% dos profissionais referiram instituições de Cuidados de Saúde Hospitalares, seguidos de 28.5% que mencionaram instituições de Cuidados de Saúde Primários. A maior parte dos 151 enfermeiros que desempenhavam funções em instituições de Cuidados de Saúde Primários, concretamente 76.8%, afirmou que integrava as ECCI (quadro 7).

Para os enfermeiros do género feminino a situação observada é semelhante, com 67.7% a desempenhar funções em instituições de Cuidados de Saúde Hospitalares, seguidos de 28.5% que mencionaram instituições de Cuidados de Saúde Primários. A maioria das 111 enfermeiras que desempenhavam funções em instituições de Cuidados de Saúde Primários, concretamente 78.4%, afirmou que integrava as ECCI.

No grupo do género masculino a situação é idêntica, com 65.7% a desempenharem funções em instituições de Cuidados de Saúde Hospitalares e 28.6% em instituições de Cuidados de Saúde Primários. Destes 40 enfermeiros, 72.5% afirmou que integrava as ECCI.

Os valores residuais indicaram que as diferenças observadas entre os géneros não podem ser consideradas estatisticamente significativas.

Quanto ao serviço/unidade onde exerciam funções verificámos, na amostra total, que 21.9% referiram as ECCI, seguidos de 12.1% que trabalhavam em serviços de Medicina Interna. Foram ainda referidas a Unidade de Cuidados Intensivos (8.9%), os serviços/unidades de Ortopedia/Ortotraumatologia (7.9%), de Outras Especialidades Médicas (7.0%), Centro de Saúde (CS), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Familiar (USF), a Cirurgia Geral e Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas (todos com a percentagem de 6.6%).

No grupo do género feminino, 22.3% referiram que trabalhavam em ECCI e 12.3% trabalhavam em serviços de Medicina Interna. Nas Unidades de Cuidados Intensivos trabalhavam 8.5%, na Ortopedia/Ortotraumatologia e nas Outras Especialidades Médicas desempenhavam funções 7.2%. Na Cirurgia Geral, nas Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas e num dos grupos representativos dos Cuidados de Saúde Primários (CS, UCC, UCSP e USF) trabalhavam 6.9%, 6.7% e 6.2%, respetivamente.

Para o género masculino verificámos que 20.7% trabalhavam em ECCI, 11.4% em serviços/unidades de Medicina Interna, 10.0% nas Unidades de Cuidados Intensivos ou na Ortopedia/Ortotraumatologia, 7.9% nos CS, UCC, UCSP ou USF, e 6.4% nas Outras Medicinas Intensivas, nas Outras Especialidades Médicas ou nas Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas.

Analisando os valores residuais, quando aplicáveis, somos levados a admitir que não existiam quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os géneros em termos de serviço/unidade onde os profissionais exercem funções.

Quadro 7 - Características profissionais da amostra (instituição e serviço/unidade de saúde onde desempenham funções, pertença a uma ECCI)

Variáveis	Gênero		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.
Instituição										
Cuidados de Saúde Primários	111	28.5	40	28.6	151	28.5	0.0	0.0		
Cuidados de Saúde Hospitalares	264	67.7	92	65.7	356	67.2	0.4	-0.4		
Cuidados Continuados Integrados	15	3.8	8	5.7	23	4.3	0.9	-0.9		
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0				
Integra uma ECCI										
Sim	87	78.4	29	72.5	116	76.8	0.8	-0.8		
Não	24	21.6	11	27.5	35	23.2	-0.8	0.8		
Total	111	100.0	40	100.0	151	100.0				
Serviço/unidade										
CS; UCC; UCSP; USF	24	6.2	11	7.9	35	6.6	-0.7	0.7		
ECCI	87	22.3	29	20.7	116	21.9	0.7	-0.7		
Unidade de Cuidados Intensivos	33	8.5	14	10.0	47	8.9	-0.5	0.5		
Outras Medicinas Intensivas	10	2.6	9	6.4	19	3.6	-1.1	1.1		
Cardiologia	9	2.3	2	1.4	11	2.1	0.6	-0.6		
Medicina Interna	48	12.3	16	11.4	64	12.1	0.3	-0.3		
Pneumologia	9	2.3	1	0.7	10	1.9	1.2	-1.2		
Outras Especialidades Médicas	28	7.2	9	6.4	37	7.0	0.3	-0.3		
Cirurgia Geral	27	6.9	8	5.7	35	6.6	0.5	-0.5		
Ortopedia/Ortotraumatologia	28	7.2	14	10.0	42	7.9	-1.1	1.1		
Neurocirurgia	8	2.1	2	1.4	10	1.9	0.5	-0.5		
Outras Especialidades Cirúrgicas	13	3.3	1	0.7	14	2.6	1.7	-1.7		
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	26	6.7	9	6.4	35	6.6	0.1	-0.1		
Pediatria e Neonatologia	7	1.8	2	1.4	9	1.7	0.3	-0.3		
Medicina Física e Reabilitação	14	3.6	4	2.9	18	3.4	0.4	-0.4		
Cinesiterapia Respiratória	4	1.0	1	0.7	5	0.9	Não	aplicável		
RNCCI	15	3.8	8	5.7	23	4.3	-0.9	0.9		
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0				

Como se pode verificar (quadro 8), aproximadamente 3 em cada 4 profissionais (74.2%) não integravam os quadros da instituição como EEER. No entanto, 69.8% afirmaram que exerciam cuidados especializados no serviço/unidade onde desempenham funções e destes 370 inquiridos, 58.9% exerciam essas funções em termos de exclusividade de cuidados de reabilitação (tempo integral). O principal motivo indicado pelos 152 enfermeiros que disseram não exercerem em exclusivo cuidados de reabilitação foi “Por necessidade de recursos humanos nos cuidados gerais” (82.2%). Destes 152 enfermeiros, 53.3% afirmaram que embora não prestassem apenas cuidados especializados de reabilitação, existiam turnos em que o faziam em exclusividade (tempo parcial). Conjugando esta informação com a anterior, podemos afirmar que 299 enfermeiros exerciam a sua atividade profissional em cuidados especializados de reabilitação, a tempo integral ou a tempo parcial.

Segundo a informação prestada por estes 299 profissionais, de um modo geral, o trabalho do EEER nos serviços/unidades onde exerciam funções era organizado por iniciativa própria dos EEER (70.9%) ou com a participação da restante equipa de Enfermagem (20.7%).

Também para os enfermeiros do género feminino se observa que, aproximadamente, 3 em cada 4 (74.6%) não integravam os quadros da instituição como EEER mas 69.5% exerciam funções no âmbito dos cuidados especializados no serviço/unidade onde exercem funções. Destas 271 enfermeiras, 59.8% exerciam essas funções em exclusividade. O principal motivo indicado pelas 109 enfermeiras para não exercerem em exclusivo cuidados de reabilitação foi “Por necessidade de recursos humanos nos cuidados gerais” (81.7%). Destas 109 enfermeiras, 51.4% afirmaram que embora não prestassem apenas cuidados especializados de reabilitação, existiam turnos em que o faziam em exclusividade. Assim, podemos afirmar que 218 enfermeiras exerciam a sua atividade profissional em cuidados especializados de reabilitação, a tempo integral ou a tempo parcial. A informação prestada por estas 218 enfermeiras permite-nos afirmar que, de um modo geral, o trabalho do EEER nos serviços/unidades onde exerciam funções era organizado por iniciativa própria dos EEER (73.4%) ou com a participação da restante equipa de Enfermagem (19.3%).

A situação para os profissionais do género masculino é semelhante, dado que, aproximadamente, 3 em cada 4 (72.9%) não integravam os quadros da instituição na categoria de EEER. Verifica-se, no entanto, que 70.7% exerciam funções no âmbito dos cuidados especializados no serviço/unidade onde exercem funções. Destes 99 enfermeiros, 56.6% exerciam essas funções em exclusividade. O principal motivo indicado pelos 43 enfermeiros para não exercerem cuidados de reabilitação em exclusivo foi, também, “Por necessidade de recursos humanos nos cuidados gerais” (83.7%). Destes 43 enfermeiros, 58.1% referiram que embora não prestassem apenas cuidados especializados de reabilitação, existiam turnos em que o faziam em exclusividade. Conjugando a informação, podemos afirmar que 81 enfermeiros exerciam atividade profissional em cuidados especializados de reabilitação, a tempo integral ou a tempo parcial. Segundo estes 81 enfermeiros, de um modo geral, o trabalho do EEER nos serviços/unidades onde exerciam funções era organizado por iniciativa própria dos EEER (64.2%) ou com a participação da restante equipa de Enfermagem (24.7%).

A análise dos valores residuais, nas diversas situações em que eram aplicáveis, conduziu-nos à afirmação de que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 8 - Características profissionais da amostra (pertença aos quadros da instituição como EEER, exercício de funções no âmbito dos cuidados especializados, exclusividade de funções e organização do trabalho do EEER)

Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.
Integração no quadro institucional								
Sim	99	25.4	38	27.1	137	25.8	-0.4	0.4
Não	291	74.6	102	72.9	393	74.2	0.4	-0.4
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0		
Exercício de funções especializadas								
Sim	271	69.5	99	70.7	370	69.8	-0.3	0.3
Não	119	30.5	41	29.3	160	30.2	0.3	-0.3
Total	390	100.0	140	100.0	530	100.0		
Funções exclusivas de ER								
Sim	162	59.8	56	56.6	218	58.9	0.6	-0.6
Não	109	40.2	43	43.4	152	41.1	-0.6	0.6
Total	271	100.0	99	100.0	370	100.0		
Funções não exclusivas de ER, porquê								
Por ausência de remuneração equiparada ao título de EEER	15	13.8	6	14.0	21	13.8	Não	aplicável
Por não estar contemplado o exercício de funções de EEER	15	13.8	6	14.0	21	13.8	Não	aplicável
Por necessidade de recursos humanos nos cuidados gerais	89	81.7	36	83.7	125	82.2	Não	aplicável
Por opção	4	3.7	1	2.3	5	3.3	Não	aplicável
Por ser atribuída a outros profissionais de saúde	22	20.2	7	16.3	29	19.1	Não	aplicável
Existem turnos em que o faz em exclusividade								
Sim	56	51.4	25	58.1	81	53.3	-0.8	0.8
Não	53	48.6	18	41.9	71	46.7	0.8	-0.8
Total	109	100.0	43	100.0	152	100.0		
Organização do trabalho do EEER								
Com a participação da restante equipa de Enfermagem	42	19.3	20	24.7	62	20.7	-1.0	1.0
Pelo Enfermeiro Chefe	16	7.3	9	11.1	25	8.4	-1.0	1.0
Por iniciativa própria dos EEER	160	73.4	52	64.2	212	70.9	1.6	-1.6
Total	218	100.0	81	100.0	299	100.0		

Analisando os resultados do quadro 9, podemos verificar que, tendo por base a informação transmitida pelos 299 enfermeiros que prestam cuidados especializados de reabilitação em exclusividade, o rácio real é mais baixo nos seguintes serviços/unidades: Cinesiterapia Respiratória, Unidade de Cuidados Intensivos, ECCI, Outras Medicinas Intensivas e Medicina Física e Reabilitação. Nestes serviços/unidades observámos que, em termos médios, o rácio varia, aproximadamente, entre sete a nove utentes para cada EEER.

Por outro lado, os serviços/unidades em que os rácios são mais elevados são: Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Pediatria e Neonatologia, RNCCI e Outras Especialidades Cirúrgicas. Nestes serviços/unidades, em termos médios e aproximados, verificaram-se resultados entre dezassete a treze utentes para cada EEER.

Considerando as instituições, o rácio real situou-se, para um EEER, de cerca de sete utentes nos Cuidados de Saúde Primários, cerca de treze utentes nos Cuidados Continuados Integrados e, aproximadamente, onze utentes nos Cuidados de Saúde Hospitalares.

Quadro 9 - Medidas descritivas referentes ao número de utentes a que os EEER que trabalham em exclusividade, habitualmente, prestam cuidados na sua prática diária (rácio real)

Serviço/unidade/instituição	\bar{x}	Md	s	X _{min}	X _{máx}
Serviço/unidade					
CS; UCC; UCSP; USF	9.27	8.00	7.24	3	30
ECCI	7.23	6.00	4.74	2	35
Unidade de Cuidados Intensivos	6.75	7.00	0.91	5	8
Outras Medicinas Intensivas	7.70	8.00	3.40	1	13
Cardiologia	12.43	8.00	9.81	4	31
Medicina Interna	10.18	10.00	4.28	5	25
Pneumologia	9.38	9.50	1.41	7	11
Outras Especialidades Médicas	10.31	10.00	3.50	5	16
Cirurgia Geral	14.37	12.00	9.64	5	42
Ortopedia/Ortotraumatologia	12.54	11.50	5.37	5	26
Neurocirurgia	17.38	14.00	9.15	7	34
Outras Especialidades Cirúrgicas	12.67	12.50	5.12	7	24
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	10.00	10.00	2.78	7	16
Pediatria e Neonatologia	13.00	12.00	7.55	6	21
Medicina Física e Reabilitação	8.64	8.00	2.62	4	15
Cinesiterapia Respiratória	6.75	6.50	0.96	6	8
RNCCI	12.70	9.00	8.08	3	28
Instituição					
Cuidados de Saúde Primários	7.43	6.00	5.02	2	35
Cuidados de Saúde Hospitalares	10.77	9.00	5.90	1	42
Cuidados Continuados Integrados	12.70	9.00	8.08	3	28

Os dados que constituem o quadro 10 permitiram-nos constatar que os principais aspetos tidos em conta na atribuição de utentes aos EEER que trabalham em exclusivo eram a referenciação/avaliação do EEER (53.8%), a distribuição por horas de cuidados necessárias em reabilitação por utente (29.4%) e a referenciação pela RNCCI (28.4%).

Quadro 10 - Aspetos tidos em conta na dotação observada

A dotação de tem em conta	n	%
Distribuição do EEER por espaços/alias	60	20.1
Distribuição do EEER por número de utentes	57	19.1
Distribuição do número de EEER existentes pelos turnos	67	22.4
Distribuição por horas de cuidados necessários em reabilitação por utente	88	29.4
Referenciação/avaliação do EEER	161	53.8
Referenciação médica	71	23.7
Referenciação pela RNCCI	85	28.4

Os resultados que apresentamos no quadro 11, obtidos com base nas informações transmitidas pelos EEER que desenvolvem a sua atividade profissional em termos exclusivos,

permitiram-nos constatar que os serviços/unidades em que estes profissionais despendem, em média, mais tempo por utente ocorre na Cinesiterapia Respiratória, na Unidade de Cuidados Intensivos, na ECCI, na Cardiologia e no CS, UCC, UCSP ou USF, situando-se os valores entre 43.27 e 62.50 minutos/utente.

Inversamente, os serviços/unidades em que aqueles EEER despendem menos tempo com cada utente são a Pneumologia, a Ortopedia/Ortotraumatologia, a Neurocirurgia, as Outras Especialidades Cirúrgicas, as Outras Medicinas Intensivas e a Cirurgia Geral, situando-se os valores entre 23.63 e 31.32 minutos/utente.

Ao nível da instituição, o tempo despendido com cada utente é mais baixo nos Cuidados de Saúde Hospitalares (35.36 minutos/utente) e mais elevado nos Cuidados de Saúde Primários (46.70 minutos/utente), sendo 38.50 minutos/utente nos Cuidados Continuados Integrados.

Quadro 11 - Medidas descritivas referentes ao tempo, em minutos, que os EEER que trabalham em exclusividade despendem, em média, com cada utente (tempo real)

Serviço/unidade/instituição	\bar{x}	Md	s	x_{\min}	x_{\max}
Serviço/unidade					
CS; UCC; UCSP; USF	43.27	45.00	12.52	30	60
ECCI	47.07	45.00	13.41	20	90
Unidade de Cuidados Intensivos	47.25	45.00	11.30	30	60
Outras Medicinas Intensivas	31.00	30.00	3.94	25	40
Cardiologia	45.71	40.00	37.02	10	120
Medicina Interna	33.12	30.00	14.13	10	60
Pneumologia	23.63	20.00	9.15	15	45
Outras Especialidades Médicas	35.77	30.00	15.52	15	60
Cirurgia Geral	31.32	30.00	14.61	10	70
Ortopedia/Ortotraumatologia	28.13	30.00	8.57	10	45
Neurocirurgia	28.13	30.00	15.10	10	60
Outras Especialidades Cirúrgicas	29.17	25.00	16.25	15	60
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	41.88	37.50	13.61	30	60
Pediatria e Neonatologia	40.00	30.00	26.46	20	70
Medicina Física e Reabilitação	41.36	30.00	28.56	15	120
Cinesiterapia Respiratória	62.50	60.00	5.00	60	70
RNCCI	38.50	45.00	16.34	15	60
Instituição					
Cuidados de Saúde Primários	46.70	45.00	13.32	20	90
Cuidados de Saúde Hospitalares	35.36	30.00	17.17	10	120
Cuidados Continuados Integrados	38.50	45.00	16.34	15	60

Questionámos os enfermeiros que trabalhavam em exclusividade em cuidados de ER acerca da adequação do tempo que despendiam na prestação destes cuidados a cada utente. No quadro 12 apresentamos os dados relativos às respostas negativas por género e para o total da amostra, para cada serviço/unidade e instituição. Verificámos que, para a amostra total, a Pneumologia (87.5%), a Neurocirurgia (87.5%), as Outras Especialidades Médicas (76.9%), a Medicina Física e Reabilitação (72.7%), a Cardiologia (71.4%) e a

Ortopedia/Ortotraumatologia (70.8%) foram os serviços/unidades em que surgiram percentagens mais elevadas de respostas negativas, ou seja, de inadequação do tempo despendido a cada doente em cuidados de ER. Em termos das instituições, constatou-se que nos Cuidados de Saúde Hospitalares 63.8%, os EEER não consideraram o tempo adequado, o mesmo se verificando com 50.0% dos que desempenham funções em Cuidados de Saúde Primários.

Para os enfermeiros do género feminino as respostas negativas incidiram com percentagens mais elevadas na Pediatria e Neonatologia (100.0%), na Pneumologia (87.5%), na Neurocirurgia (85.7%), nas Outras Especialidades Médicas (76.9%), na Medicina Física e Reabilitação (75.0%) e nas Outras Medicinas Intensivas (71.4%). Ao nível das instituições, constatou-se que os Cuidados de Saúde Hospitalares (64.3%) e os Cuidados de Saúde Primários (43.5%) foram aqueles em que maior percentagem das enfermeiras não considera adequado o tempo dedicado a cada doente.

No grupo dos enfermeiros do género masculino, verificou-se uma situação semelhante dado que as respostas negativas incidiram principalmente na Cardiologia (100.0%), na Neurocirurgia (100.0%), na Ortopedia/Ortotraumatologia (90.9%) e nos serviços/unidades de Medicina Física e Reabilitação, de Cirurgia Geral e de RNCCI (todos 66.7%). Em termos de Instituição, salientamos os Cuidados Continuados Integrados (66.7%) e os Cuidados de Saúde Hospitalares (62.5%).

Os valores residuais, quando aplicáveis, não permitiram concluir que existem diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 12 - EEER que trabalham em exclusividade e que consideram não ser adequado o tempo de cuidados ao utente, por serviço/unidade e instituição

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.		
Serviço/unidade										
CS; UCC; UCSP; USF	2	33.3	1	20.0	3	27.3	Não	aplicável		
ECCI	35	44.3	13	52.0	48	46.2	0.1	-0.1		
Unidade de Cuidados Intensivos	3	27.3	5	55.6	8	40.0	-1.3	1.3		
Outras Medicinas Intensivas	5	71.4	1	33.3	6	60.0	Não	aplicável		
Cardiologia	3	60.0	2	100.0	5	71.4	Não	aplicável		
Medicina Interna	15	65.2	5	50.0	20	60.6	0.3	-0.3		
Pneumologia	7	87.5	0	0.0	7	87.5	Não	aplicável		
Outras Especialidades Médicas	10	76.9	0	0.0	10	76.9	1.0	-1.0		
Cirurgia Geral	9	69.2	4	66.7	13	68.4	-0.3	0.3		
Ortopedia/Ortotraumatologia	7	53.8	10	90.9	17	70.8	1.8	-1.8		
Neurocirurgia	6	85.7	1	100.0	7	87.5	Não	aplicável		
Outras Especialidades Cirúrgicas	4	66.7	0	0.0	4	66.7	Não	aplicável		
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	3	42.9	0	0.0	3	37.5	Não	aplicável		
Pediatria e Neonatologia	2	100.0	0	0.0	2	66.7	Não	aplicável		
Medicina Física e Reabilitação	6	75.0	2	66.7	8	72.7	0.2	-0.2		
Cinesiterapia Respiratória	1	33.3	0	0.0	1	25.0	Não	aplicável		
RNCCI	3	42.9	2	66.7	5	50.0	Não	aplicável		
Instituição										
Cuidados de Saúde Primários	37	43.5	14	46.7	51	44.3	0.0	0.0		
Cuidados de Saúde Hospitalares	81	64.3	30	62.5	111	63.8	0.2	-0.2		
Cuidados Continuados Integrados	3	42.9	2	66.7	5	50.0	Não	aplicável		

Tendo em consideração a opinião manifestada pelos EEER que desenvolvem a sua atividade profissional, em todo ou em parte, em exclusivo na prestação de cuidados de reabilitação, apresentamos no quadro 13 a informação acerca do tempo por eles considerado ideal, expresso em minutos, para prestação de cuidados a cada utente.

Constatámos, em termos médios, que os serviços/unidades em que os EEER consideram ser necessário mais tempo de cuidados para cada utente são a Cinesiterapia Respiratória (70.00 minutos/utente), a Cardiologia (64.29 minutos/utente), a Medicina Física e Reabilitação (62.27 minutos/utente), a ECCI (59.18 minutos/utente) e a Pediatria e Neonatologia (58.33 minutos/utente). Por outro lado, os serviços/unidades em que foi considerado, por estes profissionais, ser necessário menos tempo de prestação de cuidados de reabilitação ao utente foram as Outras Especialidades Cirúrgicas (35.83 minutos/utente), a Pneumologia (41.63 minutos/utente), a Ortopedia/Ortotraumatologia (43.48 minutos/utente), a Cirurgia Geral (45.26 minutos/utente) e as Outras Medicinas Intensivas (45.50 minutos/utente).

Os EEER consideram ser necessário mais tempo de cuidados de reabilitação nos Cuidados de Saúde Primários (58.27 minutos/utente) e, aproximadamente, igual tempo nos Cuidados de Saúde Hospitalares e nos Cuidados Continuados Integrados (50.50 minutos/utente e 50.30 minutos/utente, respetivamente).

Quadro 13 - Medidas descritivas referentes ao tempo, em minutos, que os EEER que trabalham em exclusividade consideram ser o ideal, em média, para cada utente

Serviço/unidade/instituição	\bar{x}	Md	s	X _{min}	X _{máx}
Serviço/unidade					
CS; UCC; UCSP; USF	49.64	50.00	11.68	30	60
ECCI	59.18	60.00	19.10	25	120
Unidade de Cuidados Intensivos	55.25	55.00	12.19	45	90
Outras Medicinas Intensivas	45.50	45.00	11.89	30	60
Cardiologia	64.29	50.00	39.52	30	120
Medicina Interna	48.42	45.00	21.24	20	120
Pneumologia	41.63	44.00	10.60	25	60
Outras Especialidades Médicas	56.92	60.00	22.87	30	120
Cirurgia Geral	45.26	45.00	12.41	30	70
Ortopedia/Ortotraumatologia	43.48	45.00	14.88	20	90
Neurocirurgia	51.88	52.50	8.84	40	60
Outras Especialidades Cirúrgicas	35.83	30.00	14.29	20	60
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	53.13	55.00	19.44	30	90
Pediatria e Neonatologia	58.33	60.00	12.58	45	70
Medicina Física e Reabilitação	62.27	60.00	30.61	30	120
Cinesiterapia Respiratória	70.00	65.00	14.14	60	90
RNCCI	50.30	49.00	18.73	30	90
Instituição					
Cuidados de Saúde Primários	58.27	60.00	18.69	25	120
Cuidados de Saúde Hospitalares	50.50	45.00	18.69	20	120
Cuidados Continuados Integrados	50.30	49.00	18.73	30	90

Tendo por base o número de utentes a que os enfermeiros prestam cuidados de reabilitação na sua prática diária, o tempo ideal para prestação de cuidados e o horário dos profissionais, procedemos ao cálculo do rácio percebido pelos EEER que desenvolvem a sua atividade em exclusividade, expresso em utentes por EEER.

Os resultados que constituem o quadro 14 permitiram-nos verificar que os EEER perceberam rácios mais baixos nos serviços/unidades de Cinesiterapia Respiratória, de Cardiologia, de Medicina Física e Reabilitação, da ECCI e de Pediatria e Neonatologia. Nestes serviços/unidades os rácios percebidos situaram-se entre cerca de seis a sete utentes para um EEER.

Os serviços/unidades em que se registaram rácios percebidos mais elevados foram as Outras Especialidades Cirúrgicas, a Ortopedia/Ortotraumatologia, a Pneumologia, a Cirurgia Geral e as Outras Medicinas Intensivas. Verificámos que os valores do rácio percebido para estes serviços/unidades se situaram entre, aproximadamente, doze a dez utentes para um EEER.

Ao nível das instituições verificámos menor rácio percebido nos Cuidados de Saúde Primários (cerca de sete utentes para um EEER) e maior rácio nos Cuidados de Saúde Hospitalares (aproximadamente nove utentes para um EEER). Nos Cuidados Continuados observámos um rácio percebido de cerca de oito utentes para um EEER.

Quadro 14 - Rácio percebido pelos EEER que trabalham em exclusividade

Serviço/unidade ou instituição	\bar{x}	Md	s	X_{min}	X_{máx}
Serviço/unidade					
CS; UCC; UCSP; USF	8.35	8.46	0.36	7.30	8.50
ECCI	7.14	7.10	0.38	6.10	8.10
Unidade de Cuidados Intensivos	8.05	7.67	0.54	7.70	8.80
Outras Medicinas Intensivas	9.50	9.23	0.83	7.90	10.50
Cardiologia	6.53	6.53	0.00	6.50	6.50
Medicina Interna	8.94	8.67	0.60	7.40	9.90
Pneumologia	10.09	10.09	0.00	10.10	10.10
Outras Especialidades Médicas	7.78	7.38	0.54	7.40	8.40
Cirurgia Geral	9.94	9.28	0.72	9.30	11.10
Ortopedia/Ortotraumatologia	10.16	9.79	0.67	9.80	11.70
Neurocirurgia	8.10	8.10	0.00	8.10	8.10
Outras Especialidades Cirúrgicas	12.28	11.72	0.86	11.70	13.40
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	8.19	7.91	0.80	6.80	9.00
Pediatria e Neonatologia	7.20	7.20	0.00	7.20	7.20
Medicina Física e Reabilitação	6.96	6.74	0.64	5.80	8.10
Cinesiterapia Respiratória	6.43	6.43	0.49	6.00	6.90
RNCCI	8.43	8.25	0.79	7.10	9.40
Instituição					
Cuidados de Saúde Primários	7.26	7.10	0.52	6.10	8.50
Cuidados de Saúde Hospitalares	8.84	8.67	1.43	5.80	13.40
Cuidados Continuados Integrados	8.43	8.25	0.79	7.10	9.40

Observando os dados que se apresentam no quadro 15, podemos constatar que os principais domínios de intervenção dos EEER eram o Musculoesquelético, com percentagens de 93.1% no género feminino, 97.5% no masculino e 94.3% na amostra total, e o Respiratório, sendo as percentagens de 91.3%, 92.6% e 91.6%, respetivamente para o género feminino, masculino e amostra total.

Na amostra total, segundo os 299 EEER em exclusividade de cuidados, as principais classes profissionais da área da saúde que se envolvem no processo de reabilitação do utente são os fisioterapeutas (56.2%), os terapeutas da fala (30.1%) e os terapeutas ocupacionais (17.4%). No género feminino as respostas são semelhantes, com percentagens de 54.1%, 31.2% e 16.1%. Idêntica situação se observa para o género masculino, mas com as percentagens de 61.7%, 27.2% e 21.0%.

Quadro 15 - EEER em função das características do processo de reabilitação do utente

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.
Domínios de intervenção										
Cardíaco	45	20.6	22	27.2	67	22.4			Não	aplicável
Cognitivo	73	33.5	31	38.3	104	34.8			Não	aplicável
Musculoesquelético	203	93.1	79	97.5	282	94.3			Não	aplicável
Respiratório	199	91.3	75	92.6	274	91.6			Não	aplicável
Pluridisciplinaridade										
Fisioterapia	118	54.1	50	61.7	168	56.2			Não	aplicável
Medicina	10	4.6	5	6.2	15	5.0			Não	aplicável
Nutrição	12	5.5	1	1.2	13	4.3			Não	aplicável
Psicologia	6	2.8	1	1.2	7	2.3			Não	aplicável
Serviço Social	7	3.2	1	1.2	8	2.7			Não	aplicável
Terapia da Fala	68	31.2	22	27.2	90	30.1			Não	aplicável
Terapia Ocupacional	35	16.1	17	21.0	52	17.4			Não	aplicável

No que respeita ao serviço/unidade onde os EEER exerciam funções, a maioria dos profissionais, concretamente 82.8% no género feminino, 82.9% no masculino e 82.8% na amostra total, considerou que trabalhava em serviços/unidades adequados para o exercício de funções como EEER. Os valores residuais ajustados e estandardizados demonstraram a não existência de diferenças significativas entre os géneros (quadro 16).

Dos 91 que responderam negativamente indicaram como principais motivos para essa resposta o exercício simultâneo de cuidados de enfermagem especializados e gerais (54.9%), o serviço/unidade não contemplar o exercício de funções de ER (26.4%) e o serviço/unidade não integrar EEER na prestação direta de cuidados especializados (24.2%).

Os principais motivos foram os mesmos para o género feminino e para o masculino, sendo as percentagens de 55.2%, 20.9% e 19.4% e de 54.2%, 41.7% e 37.5%, respetivamente.

Quadro 16 - EEER em função do serviço/unidade onde exerce funções

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.
Adequação da especialidade ao serviço/unidade									
Sim		323	82.8	116	82.9	439	82.8	0.0	0.0
Não		67	17.2	24	17.1	91	17.2	0.0	0.0
<i>Total</i>		390	100.0	140	100.0	530	100.0		
Em caso de resposta negativa, qual o motivo									
Encontro-me a aguardar pedido de mobilidade/transferência interna		7	10.4	1	4.2	8	8.8	Não	aplicável
Exercício simultâneo de cuidados de Enfermagem especializados e gerais		37	55.2	13	54.2	50	54.9	Não	aplicável
Não corresponde à minha área de interesse para a prestação de cuidados especializados		7	10.4	0	0.0	7	7.7	Não	aplicável
O serviço/unidade não contempla o exercício de funções de Enfermagem de Reabilitação		14	20.9	10	41.7	24	26.4	Não	aplicável
O serviço/unidade não integra EEER na prestação direta de cuidados especializados		13	19.4	9	37.5	22	24.2	Não	aplicável
Pedido formal de mobilidade/transferência interna recusado		5	7.5	0	0.0	5	5.5	Não	aplicável

Questionados acerca da atribuição de mais responsabilidades após a especialização, 74.0% dos enfermeiros da amostra total responderam afirmativamente (quadro 17). Estes indicaram como principais responsabilidades o apoio à gestão (60.7%), a orientação de alunos em ensino clínico (60.2%) e o facto de passar a ser responsável de turno/equipa (56.4%).

Análise semelhante foi feita para os EEER que desenvolviam a sua atividade profissional na prestação de cuidados de reabilitação em exclusividade e a tempo integral e para os profissionais que prestavam aqueles cuidados a tempo parcial ou que não os prestavam de todo. Como se constatou, a percentagem de enfermeiros a quem foram atribuídas mais responsabilidades após a especialização é maior para os que prestam cuidados de reabilitação a tempo integral (83.5%) que a observada para os restantes enfermeiros (67.3%).

As principais responsabilidades atribuídas aos enfermeiros que prestavam cuidados de reabilitação a tempo integral foram o apoio à gestão (67.6%), a orientação de alunos em ensino clínico (61.0%) e a responsabilidade de turno/equipa (53.8%). Estas foram, também, as principais responsabilidades atribuídas aos restantes EEER mas com percentagens um pouco diferentes, respetivamente 54.8%, 59.5% e 58.6%.

Quadro 17 - EEER em função das responsabilidades que lhe foram atribuídas após a especialização

Variáveis	Amostra		EEER (tempo integral)		EEER (tempo parcial e outros)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Responsabilidades acrescidas								
Sim	182	83.5	210	67.3	392	74.0		
Não	36	16.5	102	32.7	138	26.0		
Tipo de responsabilidades								
Apoio à gestão	123	67.6	115	54.8	238	60.7		
Integração de comissões de estudo/qualidade ou outras	78	42.9	79	37.6	157	40.1		
Integração de novos elementos na equipa/unidade	67	36.8	82	39.0	149	38.0		
Orientação de alunos em ensino clínico	111	61.0	125	59.5	236	60.2		
Responsável de turno/equipa	98	53.8	123	58.6	221	56.4		
Responsável pela formação em serviço	78	42.9	78	37.1	156	39.8		

6.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Efetuada a análise descritiva, é apresentada a análise inferencial, que permite a generalização dos resultados da amostra ao conjunto da população em estudo (Fortin, 2009).

Tempo real *versus* Tempo ideal

Os resultados que constituem o quadro 18 foram obtidos com o objetivo de comparar o tempo real, em minutos, que os EEER despendem com cada utente com o tempo que consideram ideal. Para comparar estatisticamente estas duas variáveis aplicou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon. Os resultados permitiram-nos constatar a existência de diferenças significativas nos seguintes serviços/unidades: ECCL, Unidade de Cuidados Intensivos, Outras Medicinas Intensivas, Cardiologia, Medicina Interna, Pneumologia, Outras Especialidades Médicas, Cirurgia Geral, Ortopedia/Ortotraumatologia, Neurocirurgia, Medicina Física e Reabilitação e RNCCI. A comparação dos valores médios e medianos permitiu-nos verificar que os tempos referidos como ideais são superiores aos que os EEER realmente despendem com cada utente.

Idêntica situação se constata ao analisar os resultados para cada uma das instituições. Também nestes casos os tempos considerados ideais, em média, são superiores aos reais.

Globalmente e em termos médios, podemos afirmar que os EEER que trabalham em exclusividade na prestação de cuidados de reabilitação tendem a considerar que o tempo que realmente despendem com cada utente é inferior aos que consideram ser necessário.

Quadro 18 - Comparação do tempo, em minutos, que os EEER que trabalham em exclusividade despendem, em média, com cada utente com o tempo considerado ideal

Serviço/unidade ou instituição	Tempo		Ideal		z	p
	Real					
	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md		
Serviço/unidade						
CS; UCC; UCSP; USF	43.27	45.00	49.64	50.00	-1.633	0.102
ECCI	47.07	45.00	59.18	60.00	-6.071	< 0.001
Unidade de Cuidados Intensivos	47.25	45.00	55.25	55.00	-2.585	0.010
Outras Medicinas Intensivas	31.00	30.00	45.50	45.00	-2.232	0.026
Cardiologia	45.71	40.00	64.29	50.00	-2.041	0.041
Medicina Interna	33.12	30.00	48.42	45.00	-3.945	< 0.001
Pneumologia	23.63	20.00	41.63	44.00	-2.371	0.018
Outras Especialidades Médicas	35.77	30.00	56.92	60.00	-2.842	0.004
Cirurgia Geral	31.32	30.00	45.26	45.00	-3.198	0.001
Ortopedia/Ortotraumatologia	28.13	30.00	43.48	45.00	-3.669	< 0.001
Neurocirurgia	28.13	30.00	51.88	52.50	-2.384	0.017
Outras Especialidades Cirúrgicas	29.17	25.00	35.83	30.00	-1.633	0.102
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	41.88	37.50	53.13	55.00	-1.732	0.083
Pediatria e Neonatologia	40.00	30.00	58.33	60.00	-1.342	0.180
Medicina Física e Reabilitação	41.36	30.00	62.27	60.00	-2.530	0.011
Cinesiterapia Respiratória	62.50	60.00	70.00	65.00	-1.000	0.317
RNCCI	38.50	45.00	50.30	49.00	-2.023	0.043
Instituição						
Cuidados de Saúde Primários	46.70	45.00	58.27	60.00	-6.259	< 0.001
Cuidados de Saúde Hospitalares	35.36	30.00	50.50	45.00	-9.161	< 0.001
Cuidados Continuados Integrados	38.50	45.00	50.30	49.00	-2.023	0.043

Rácio real *versus* Rácio percebido

De modo semelhante, procedemos à comparação do rácio real com o rácio percebido (quadro 19) tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas nos seguintes serviços/unidades: ECCI, Unidade de Cuidados Intensivos, Outras Especialidades Médicas, Neurocirurgia e Medicina Física e Reabilitação. À exceção da Unidade de Cuidados Intensivos, na qual o rácio percebido é superior ao real, em todos os outros serviços/unidades o rácio percebido tende a ser inferior ao real, ou seja, nestes serviços/unidade são necessários mais EEER para prestarem cuidados de reabilitação aos utentes. Tal significa que, para os serviços/unidades de ECCI, Outras Especialidades Médicas, Neurocirurgia e Medicina Física e Reabilitação, a dotação de EEER deveria ser superior à que realmente existe.

Idêntica situação se constata quando analisámos os resultados observados para as instituições de Cuidados de Saúde Primários e de Cuidados de Saúde Hospitalares, ou seja, o rácio percebido é inferior ao real. Consequentemente, concluímos que nestas instituições a dotação de EEER também deveria aumentar face à real.

Quadro 19 - Comparação do rácio real com o rácio percebido pelos EEER que trabalham em exclusividade

Serviço/unidade ou instituição	Rácio		Percebido		z	p
	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md		
Serviço/unidade						
CS; UCC; UCSP; USF	9.27	8.00	8.35	8.46	-0.358	0.721
ECCI	7.23	6.00	7.14	7.10	-3.145	0.002
Unidade de Cuidados Intensivos	6.75	7.00	8.05	7.67	-3.711	<0.001
Outras Medicinas Intensivas	7.70	8.00	9.50	9.23	-1.377	0.169
Cardiologia	12.43	8.00	6.53	6.53	-1.183	0.237
Medicina Interna	10.18	10.00	8.94	8.67	-0.744	0.457
Pneumologia	9.38	9.50	10.09	10.09	-1.546	0.122
Outras Especialidades Médicas	10.31	10.00	7.78	7.38	-2.349	0.019
Cirurgia Geral	14.37	12.00	9.94	9.28	-1.611	0.107
Ortopedia/Ortotraumatologia	12.54	11.50	10.16	9.79	-1.802	0.071
Neurocirurgia	17.38	14.00	8.10	8.10	-2.392	0.017
Outras Especialidades Cirúrgicas	12.67	12.50	12.28	11.72	-0.105	0.917
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	10.00	10.00	8.19	7.91	-1.832	0.067
Pediatria e Neonatologia	13.00	12.00	7.20	7.20	-1.069	0.285
Medicina Física e Reabilitação	8.64	8.00	6.96	6.74	-2.065	0.039
Cinesiterapia Respiratória	6.75	6.50	6.43	6.43	-1.095	0.273
RNCCI	12.70	9.00	8.43	8.25	-0.970	0.322
Instituição						
Cuidados de Saúde Primários	7.43	6.00	7.26	7.10	-3.203	0.001
Cuidados de Saúde Hospitalares	10.77	9.00	8.84	8.67	-2.952	0.003
Cuidados Continuados Integrados	12.70	9.00	8.43	8.25	-0.970	0.332

Associação entre o serviço/unidade/instituição e a situação de exclusividade

Através da aplicação do teste do Qui-quadrado estudámos a existência de associação entre o serviço/unidade ou instituição e a exclusividade na prestação de cuidados pelos EEER. Devido às limitações teóricas deste teste e como consequência da elevada dispersão de respostas, que implica baixas frequências esperadas, não foi possível utilizar os seus resultados no estudo da associação entre o serviço/unidade e a exclusividade na prestação de cuidados pelos EEER, conforme observado no quadro 20.

Verificámos que os EEER que prestavam cuidados em exclusividade a tempo integral ocorriam, em proporções mais elevadas, nos serviços/unidades de Cinesiterapia Respiratória (80.0%), Pneumologia (60.0%), ECCI (57.8%), Medicina Física e Reabilitação (55.6%), Cardiologia (54.4%), Outras Medicinas Intensivas (52.6%) e Neurocirurgia (50.0%).

Em termos de instituição, constatou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.001$), dado que os EEER que prestavam cuidados em exclusividade a tempo integral estavam em maior proporção nos Cuidados de Saúde Primários (50.3%). Por outro lado, os profissionais que prestavam cuidados especializados a tempo parcial estavam em menor percentagem nos Cuidados Continuados Integrados (8.7%).

Quadro 20 - Associação entre o serviço/unidade ou instituição em que o EEER trabalha e a situação de exclusividade

Exclusividade	Não (n=231)		Sim (tempo parcial) (n=81)		Sim (tempo integral) (n=218)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Serviço/unidade ou instituição								
Serviço/unidade							Não aplicável	
CS; UCC; UCSP; USF	24	68.6	2	5.7	9	25.7		
ECCI	12	10.3	37	31.9	67	57.8		
Unidade de Cuidados Intensivos	27	57.4	10	21.3	10	21.3		
Outras Medicinas Intensivas	9	47.4	0	0.0	10	52.6		
Cardiologia	4	36.4	1	9.1	6	54.4		
Medicina Interna	31	48.4	4	6.3	29	45.3		
Pneumologia	2	20.0	2	20.0	6	60.0		
Outras Especialidades Médicas	24	64.9	2	5.4	11	29.7		
Cirurgia Geral	16	45.7	6	17.1	13	37.1		
Ortopedia/Ortotraumatologia	18	42.9	10	23.8	14	33.3		
Neurocirurgia	2	20.0	3	30.0	5	50.0		
Outras Especialidades Cirúrgicas	8	57.1	0	0.0	6	42.9		
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	27	77.1	1	2.9	7	20.0		
Pediatria e Neonatologia	6	66.7	0	0.0	3	33.0		
Medicina Física e Reabilitação	7	38.9	1	5.6	10	55.6		
Cinesiterapia Respiratória	1	20.0	0	0.0	4	80.0		
RNCCI	13	56.5	2	8.7	8	34.8		
Instituição							38.872	<0.001
Cuidados de Saúde Primários	36	23.8	39	25.8	76	50.3		
Cuidados de Saúde Hospitalares	182	51.1	40	11.2	134	37.6		
Cuidados Continuados Integrados	13	56.5	2	8.7	8	34.8		

Relação do rácio percebido pelos EEER com o Tempo de experiência profissional e com o Tempo de especialização

Para o estudo da relação existente entre o rácio percebido e os tempos de experiência e de especialização utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância. Os resultados que apresentamos no quadro 21 permitiram-nos verificar a existência de correlações estatisticamente significativas entre o rácio percebido e o tempo de experiência dos profissionais que desempenhavam funções nos serviços: ECCI, Outras Medicinas Intensivas, Medicina Interna, Outras Especialidades Médicas, Cirurgia Geral, Ortopedia/Ortotraumatologia, Outras Especialidades Cirúrgicas e RNCCI. Verificam-se, também, correlações significativas nas três instituições. Em todos estes casos, as correlações observadas são negativas, pelo que podemos concluir que os profissionais com maior tempo de experiência profissional tendem a percecionar menor número de utentes por EEER, ou seja, rácios mais baixos e dotações mais elevadas.

Considerando o tempo de especialização, verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas nos serviços/unidades: ECCI, Outras Medicinas Intensivas e Outras Especialidades Médicas. Também nestes casos foram observadas correlações negativas.

Este facto permitiu-nos concluir que os enfermeiros que são especialistas há mais tempo tendem a considerar que o número de utentes por enfermeiro naqueles serviços deveria ser menor, ou seja, consideram que o rácio deve diminuir ou que a dotação deverá aumentar.

Os Cuidados de Saúde Primários são a única instituição em que se regista a existência de correlação estatisticamente significativa entre o rácio percebido e o tempo de especialização. Sendo a correlação negativa, podemos afirmar que os profissionais que trabalham nesta instituição e que são especialistas há mais tempo tendem a referir que o rácio de utentes deve diminuir, ou seja, a dotação de EEER deverá aumentar.

Não foi possível estudar as correlações em alguns serviços (Cardiologia, Pneumologia, Neurocirurgia e Pediatria e Neonatologia) porque nestes o rácio percebido revelou-se constante.

Quadro 21 - Correlação do rácio percebido pelos EEER que trabalham em exclusividade com o tempo de experiência profissional e com o tempo de especialização

Serviço/unidade ou instituição	Rácio percebido			
	Tempo de experiência		Tempo de especialização	
	r_s	p	r_s	p
Serviço/unidade				
CS; UCC; UCSP; USF	-0.50	0.115	-0.50	0.115
ECCI	-0.29	0.003	-0.28	0.004
Unidade de Cuidados Intensivos	-0.36	0.114	-0.01	0.970
Outras Medicinas Intensivas	-0.88	0.001	-0.82	0.004
Cardiologia	---	---	---	---
Medicina Interna	-0.57	<0.001	-0.14	0.426
Pneumologia	---	---	---	---
Outras Especialidades Médicas	-0.72	0.005	-0.79	0.001
Cirurgia Geral	-0.46	0.048	-0.08	0.755
Ortopedia/Ortotraumatologia	-0.42	0.044	+0.06	0.791
Neurocirurgia	---	---	---	---
Outras Especialidades Cirúrgicas	-0.83	0.042	-0.74	0.096
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	-0.61	0.108	-0.41	0.309
Pediatria e Neonatologia	---	---	---	---
Medicina Física e Reabilitação	-0.49	0.126	-0.10	0.762
Cinesiterapia Respiratória	-0.89	0.106	-0.89	0.106
RNCCI	-0.65	0.044	-0.63	0.053
Instituição				
Cuidados de Saúde Primários	-0.20	0.030	-0.24	0.011
Cuidados de Saúde Hospitalares	-0.19	0.013	-0.08	0.273
Cuidados Continuados Integrados	-0.65	0.044	-0.63	0.053

7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente capítulo caracteriza-se pela análise dos resultados obtidos, relacionando-os com a atual evidência científica publicada. Este possui, como matriz orientadora, a questão de partida e as questões específicas de investigação, que possibilitaram comparar do ponto de vista sociodemográfico, académico-formativo e profissional, a realidade dos EEER em Portugal e, consequentemente, analisar a dotação percebida pelos mesmos.

Partindo da análise global das características sociodemográficas e profissionais da amostra em estudo, constituída por 530 EEER, maioritariamente com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos (53.2%) e na sua generalidade por profissionais do género feminino (73.6%), no exercício de funções nos Cuidados de Saúde Hospitalares (67.2%), verificámos que estes dados são corroborados pela informação disponibilizada pela OE (2017). À semelhança do que foi exposto anteriormente, dos 3654 EEER a nível nacional, estes profissionais incluem-se na sua maioria nos grupos com faixas etárias entre os 31 e os 40 anos (40.9%), na prestação de cuidados em âmbito hospitalar (69.1%), sendo o género feminino o mais representativo (71.3%).

Apesar de não existir uma grande discrepância na distribuição dos EEER inscritos na OE, por Secção Regional, os inscritos na região do Sul prevalecem em maior número. Em contrapartida, 36.8% dos profissionais que integraram este estudo pertencem à Secção Regional do Norte, embora tenha havido quase igual participação dos profissionais do Sul (32.8%).

Na área da prestação dos cuidados de saúde, a classe profissional de enfermagem, sendo considerada como um elemento fulcral nos sistemas de saúde, destaca-se pela sua experiência, por um corpo de conhecimentos próprio, pela representatividade social e contributos de natureza económica e estratégica e por um código deontológico que a define e rege. Porém, é evidente a existência de uma certa instabilidade e disparidade neste sector, onde se inclui também a especialidade de ER, que desenvolveu um novo conjunto de competências específicas. Além das competências gerais que a profissão integra, definiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados, bem como o padrão documental desses mesmos cuidados. A rede de serviços de reabilitação em Portugal salienta, também, a importância de um corpo de enfermeiros de EEER, que dão resposta a nível dos cuidados primários de proximidade e comunitários, cuidados diferenciados de internamento e ambulatório e dos cuidados continuados integrados, com especificação do rácio a observar em alguns serviços específicos. Contudo, partindo do que foi referido anteriormente, na prática clínica diária esta realidade nem sempre é observada, o que traduz a necessidade de refletir e moldar de forma dinâmica as alterações emergentes dos cuidados de saúde especializados em reabilitação.

Maioritariamente, os EEER em estudo desempenham as suas funções em regime de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (48.9%) ou em contrato em funções públicas (46.4%), com uma carga horária de 35 horas semanais (68.3%). Embora estes prestem cuidados maioritariamente em instituições de saúde de cariz hospitalar (67.2%), também desenvolvem funções nas instituições de cuidados de saúde primários (28.5%), e dentro destas últimas, grande parte destes profissionais (76.8%) integram as ECCI, tal como especificado pela rede de serviços de reabilitação.

A nível global, entre os serviços estudados, também é nas ECCI onde os EEER estão em maioria (21.9%), seguidas dos serviços hospitalares de Medicina Interna (12.1%) e com menor representatividade nas Unidades de Cuidados Intensivos, serviços de Ortopedia/Ortotraumatologia, outras Especialidades Médicas, entre outros. Assim, a existência de uma norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação traduz-se numa mais valia para assegurar a existência de EEER nas equipas, pois, contrariamente às ECCI onde já existe uma orientação para essa dotação (Regulamento n.º 533/2014), isso não se verifica para os múltiplos serviços de internamento hospitalar e de cuidados continuados.

Num estudo realizado em Portugal por Jesus, Roque e Amaral (2015) sobre os ambientes da prática de enfermagem, verificou-se que a qualidade destes foi percecionada como desfavorável na maioria dos hospitais portugueses, apesar de existir uma grande variação entre

instituições e, mesmo nestas, entre serviços. Dentro das dimensões estudadas e em todos os hospitais, a adequação de recursos humanos e materiais foi a componente mais crítica da qualidade dos ambientes de prática, pelo que uma atenção especial nesta dimensão será emergente.

À altura da realização do presente estudo, cerca de 3 em cada 4 profissionais de ER não integravam os quadros da sua instituição como enfermeiro especialista. Porém, a maioria (69.8%) referiu que desempenhava funções no seu serviço/unidade no âmbito da sua especialidade. Destes EEER (n=370) que afirmam exercer cuidados especializados de reabilitação, apenas 58.9% (n=218) o fazem de forma exclusiva (tempo integral) na sua prática diária, uma vez que os restantes 152 profissionais geralmente são alocados, por gestão institucional, para a prestação de cuidados de enfermagem gerais (82.2%). No entanto, cerca de 53.3% (n=81) exercem cuidados especializados em turnos específicos de forma exclusiva, apenas a tempo parcial. Daí resulta que 299 profissionais prestam cuidados especializados (a tempo integral ou a tempo parcial) em serviços/unidades com relevância clínica para a área de reabilitação. Isto é o que se verifica nas ECCI (89.7%) e nos serviços de Pneumologia, Neurocirurgia e Cinesiterapia Respiratória (80.0%). No que respeita apenas à prestação de cuidados especializados a tempo integral, os EEER estão em maior proporção nos serviços/unidades de Cinesiterapia Respiratória (80.0%), Pneumologia (60.0%), ECCI (57.8%), Medicina Física e Reabilitação (55.6%), Cardiologia (54.4%), Outras Medicinas Intensivas (52.6%) e Neurocirurgia (50.0%).

No nosso país, a prática de assegurar a qualidade nas organizações de saúde está a emergir pela valorização crescente que se atribui à mesma, nomeadamente pela criação e desenvolvimento de ações do Instituto da Qualidade em Saúde, que se traduzem em processos de acreditação dos hospitais, em parceria com entidades internacionais. A qualidade é percebida como um elemento determinante no processo de prestação de cuidados de saúde, e a preocupação que existe com o estudo dos ambientes da prática também está relacionada com a escassez de enfermeiros. Os ambientes onde os enfermeiros são reconhecidos, onde o exercício da autonomia é mais incentivado e onde lhe são proporcionadas condições de desenvolvimento pessoal e profissional, são ambientes que possibilitam a satisfação destes profissionais de saúde e a qualidade dos cuidados, com consequências inequívocas nos índices de segurança e efetividade (Jesus et al., 2015).

Da análise destas variáveis estudadas, e tendo por base algum referencial teórico, parece que, no que respeita aos cuidados de reabilitação, a adequação dos recursos humanos nas organizações de saúde também é crítica. Existem EEER dotados de múltiplas competências e

com formação especializada específica, tão necessárias à prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com necessidades especiais em todos os contextos da prática. Porém, estão a ser subvalorizados, uma vez que pouco mais de metade exerce a especialidade em exclusividade a tempo integral, e outros apenas em determinados turnos, quando não são necessários e/ou requeridos para a prestação dos cuidados gerais, o que poderá resultar na ausência de reconhecimento das competências especializadas ou até mesmo ser gerador de insatisfação e promotor de ambientes de trabalho desfavoráveis. No estudo realizado por Marques, Pimenta e Nascimento (2018) relativo às diferentes dimensões da satisfação, concluiu-se, de uma forma geral, que os EEER encontram-se ligeiramente insatisfeitos. No entanto, os EEER que exercem cuidados especializados apresentam maior grau de satisfação na relação com as chefias e com a natureza do trabalho dos que os seus pares que se encontram apenas na prestação de cuidados gerais.

Assim, havendo uma maior disponibilidade de EEER nos serviços/unidades dos múltiplos sistemas de prestação de cuidados, existe a possibilidade de estabelecer planos de trabalho das equipas de enfermagem, dispondo destes enfermeiros não apenas no período semanal e nos turnos da manhã, como verificado neste estudo (99.8%, respetivamente), mas ainda nos turnos da tarde (57.7%), noite (29.4%) e no período de fim de semana (53.2%). Desta forma, quanto maior a presença de EEER nos vários turnos, maior a responsabilidade por parte dos enfermeiros gestores em estabelecer e atribuir planos de trabalho diários aos especialistas, de forma a promover uma prestação de cuidados centrada na continuidade e efetividade (Pontes & Santos, 2016).

São vários os autores que estudaram a relação existente entre a dotação de enfermeiros e os seus resultados em saúde, considerando que os mesmos são indicadores e promotores de benefícios inequívocos para todos os intervenientes (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Sliber, 2002; Kane, Shamilyan, Mueller, Duval & Wilt, 2007; Aiken, et al., 2016). A necessidade de promover este binómio, dotação-resultado, é suportada por critérios de qualidade e segurança assentes no número de horas de cuidados prestados por dia ou por utente e, conseqüentemente, no número de utentes ao cuidado dos profissionais de enfermagem.

No estudo realizado por Nelson et al. (2007), sobre equipas de enfermagem e os resultados em saúde dos utentes hospitalizados em unidades de reabilitação nos Estados Unidos da América, constatou-se que o aumento de 6% de EEER reduz em um dia a duração média de internamento. Apesar de não seguir a linha orientadora da presente investigação, esta conclusão serve de apoio à reflexão sobre os resultados verificados no que diz respeito ao tempo de cuidados e rácio de utentes. Foi unânime a necessidade em acrescentar

tempo de cuidados (tempo ideal) àquele que realmente despendem (tempo real), tendo sido possível verificar que a mesma se expressou de forma estatisticamente significativa nos seguintes serviços/unidades: ECCI ($p < 0.001$), Unidade de Cuidados Intensivos ($p = 0.010$), Outras Medicinas Intensivas ($p = 0.026$), Cardiologia ($p = 0.041$), Medicina Interna ($p < 0.001$), Pneumologia ($p = 0.018$), Outras Especialidades Médicas ($p = 0.004$), Cirurgia Geral ($p = 0.001$), Ortopedia/Ortotraumatologia ($p < 0.001$), Neurocirurgia ($p = 0.017$), Medicina Física e Reabilitação ($p = 0.011$) e RNCCI ($p = 0.043$).

Na comparação do rácio real com o rácio percebido, embora se tenha observado uma diminuição de utentes na generalidade dos casos analisados no segundo momento, e que genericamente traduz a necessidade de dotar os contextos de prática clínica com EEER, a ECCI, Outras Especialidades Médicas, Neurocirurgia e Medicina Física e Reabilitação, foram os serviços/unidades onde se verificou uma relação estatisticamente significativa ($p = 0.002$; $p = 0.019$; $p = 0.017$; $p = 0.039$, respetivamente).

São estes dois momentos comparativos descritos anteriormente que nos levam a supor que, para obterem os melhores resultados, partindo dos tempos e rácios reais verificados nos múltiplos contextos da prática, os EEER podem não ter a disponibilidade necessária para prestar cuidados especializados de reabilitação desejados, o que na perspetiva de Aiken, et al. (2002), Kane, et al. (2007) e Aiken, et al. (2016) pode obrigar a um prolongamento do internamento, a processos contínuos de readmissões, ao aumento das taxas de infeção e mortalidade, a situações de desgaste profissional e, conseqüentemente, aumento dos custos associados aos cuidados.

Ainda no que diz respeito aos rácios apresentados neste estudo e fazendo o paralelismo com a informação teórica disponibilizada, apenas as ECCI cumprem os critérios passíveis de comparação e discussão nesta investigação. Atendendo às questões de acessibilidade de base geográfica, bem como ao nível de dependência da pessoa, a OE (Regulamento n.º 533/2014) estabeleceu que nestas equipas o rácio é de sete utentes para cada EEER. No presente estudo, também foi identificada uma situação semelhante. No entanto, quer pela pertinência, quer pela sua possibilidade de avaliação, fatores como o intervalo de refeição, o tempo para a realização e atualização dos planos de cuidados de enfermagem, a passagem de ocorrências e o tempo despendido com as viagens aquando da visitação domiciliária, não foram considerados na investigação, devido à sua especificidade.

Uma vez identificada a carência de normas e estudos que suportem, justifiquem ou regulem o número ideal ou essencial de especialistas em ER para dotar os vários sistemas de saúde, tornamos este um dos focos principais desta investigação. Acresce ainda que esta situação nos remete, não para uma apreciação teórica fundamentada sobre o aspeto supracitado,

mas sim para a aplicabilidade do conteúdo funcional dos EEER no que diz respeito aos cuidados descurados ou marginalizados, o que na nossa perspetiva também poderá ser um indicador da adequação das dotações na enfermagem especializada, e que aqui consideramos apenas a de reabilitação.

No estudo aplicado aos enfermeiros portugueses a exercerem funções em serviços ou unidades de internamento médico e cirúrgico em Portugal, Braga, Jesus e Araújo (2018) concluíram que a falta de tempo para a prestação de cuidados, associada fundamentalmente à sobrecarga de trabalho, é considerada um indicador identificativo de potenciais problemas antes de se verificarem sérias consequências para a saúde dos utentes, com uma evidência marcada nas ações de educação para a saúde realizadas ao utente e família e na promoção do conforto/comunicação com os utentes. Numa revisão da literatura realizada por Griffiths, et al. (2018) sobre a associação dos rácios das equipas de enfermagem e a omissão de cuidados, verificou-se que numa grande parte dos trabalhos de investigação pesquisados, os enfermeiros relataram omitir cuidados e que uma quantidade significativa de estudos evidenciaram que essa omissão de cuidados está diretamente relacionada com a existência de baixas dotações de pessoal de enfermagem. No entanto, os autores desta revisão da literatura consideram que é necessária uma maior evidência científica que comprove verdadeiramente a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os rácios e os cuidados negligenciados, ou seja, deverá comprovar-se que a omissão de cuidados possa ser reduzida com o aumento de profissionais, ou com a redução do número de utentes a seu cuidado, e que estes não estejam também associadas a outros fatores.

Os profissionais que desenvolvem a sua ação no domínio da reabilitação estão munidos de múltiplas especificidades e de recursos que resultam da sua formação, história de vida e na sua experiência profissional, sendo que esta última só poderá ser considerada um recurso aquando da conceptualização da sua prática (Hesbeen, 2003).

No nosso estudo, os participantes apresentaram uma média de 16.55 anos de experiência profissional. A quase globalidade da amostra (83.4%) obteve o título de EEER há menos de 10 anos, sendo 6.39 a média de anos como especialistas nesta área.

Atualmente, a formação avançada tornou-se um complemento imprescindível à formação de base, de modo a que os profissionais desta área aumentem os seus recursos, próprios do seu domínio de ação especializada. Porém, este incremento de recursos obriga a um cuidado permanente para que o especialista não seja menos competente, resultante dos seus saberes especializados ou mesmo hiperespecializados (Hesbeen, 2003).

Do estudo da relação entre o rácio percebido e os tempos de experiência e especialização, constatámos que na ECCI ($p = 0.003$; $p = 0.004$, respetivamente), Outras Medicinas Intensivas ($p = 0.001$; $p = 0.004$, respetivamente) e Outras Especialidades Médicas ($p = 0.005$; $p = 0.001$, respetivamente) se verificou uma correlação negativa e estatisticamente significativa para ambas as variáveis, traduzida numa perceção de um menor número de utentes por EEER, ou seja, rácios mais baixos. Este fenómeno, embora de forma isolada, também se verificou para outros serviços/unidades, tendo sido particularmente evidente para a variável “Experiência profissional”.

Segundo Patricia Benner (2005), sendo o Perito (Estado 5) o enfermeiro detentor de grande experiência profissional, que percebe de forma intuitiva aspetos críticos das situações reais e que apreende diretamente o problema em pouco tempo e com senso de confiança, poderia de alguma forma ser expectável que o mesmo acontecesse no nosso estudo, ou seja, que o aumento dos anos de experiência seria diretamente proporcional ao aumento de utentes. Apesar da experiência profissional estar diretamente relacionada com resultados significativos na qualidade e segurança dos cuidados (Kendall-Gallagher & Blegen, 2009), a situação encontrada no nosso estudo pode refletir a necessidade dos profissionais utilizarem as funções da pessoa como variáveis dependentes e estabelecerem objetivos duradouros que impliquem dedicar mais tempo aos cuidados especializados, bem como anteciparem complicações associadas a uma alta precoce.

Quando analisados os resultados que, concomitantemente, apresentaram correlações negativas e que dizem respeito à variável “Experiência como EEER”, podemos definir a mesma analogia anteriormente descrita. A tendência global para a existência de correlações negativas foi fortemente observada, sendo que os casos com significância estatística apresentaram-se em menor número. Quer isto dizer que, o aumento de anos de experiência profissional, e consequentemente, o enriquecimento de competências adquiridas após início de funções como especialista em ER reflete-se no tempo, no rácio e nas dotações.

Surpreendentemente, no estudo já citado de Nelson et al. (2007), um dos resultados evidenciado na sua pesquisa foi o facto de o aumento dos anos de experiência em enfermagem de reabilitação corresponderem a um aumento do tempo de permanência no internamento.

No que concerne à gestão da prática especializada do EEER, ou seja, da organização do plano de trabalho no domínio da reabilitação no seu contexto da prática, os profissionais em estudo afirmaram que, geralmente, é realizada por sua iniciativa (70.9%), embora também possa ser efetuada com a colaboração da restante equipa de enfermagem (20.7%) ou, menos frequentemente, pelo enfermeiro chefe (8.4%). A partir destes dados podemos constatar que,

habitualmente, é dada autonomia ao EEER para gerir a sua prática de cuidados especializados. Como referido anteriormente, os ambientes da prática de enfermagem onde o exercício da autonomia é incentivado são ambientes favoráveis (Jesus et al., 2015). Para além disso, ao exercerem a sua profissão de forma criativa com o intuito de auxiliar a pessoa, os profissionais prestam cuidados tendo por base modelos de gestão que promovam a iniciativa e que possibilitem espaços de liberdade que estejam em consonância com a prática de cuidar. Desta forma, a principal finalidade de um chefe é prestar atenção aos profissionais do seu serviço, de modo a poder possibilitar-lhes as condições ideais para o exercício da sua atividade e ao mesmo tempo desenvolvê-la, e ainda a sentirem-se realizados (Hesbeen, 2003).

Os cuidados de reabilitação devem adequar-se à condição de saúde da pessoa, às suas funções e estruturas corporais e aos seus níveis de atividade e participação, tendo em conta os fatores ambientais (OMS, 2001). As competências específicas do EEER englobam a prestação de cuidados, em todos os contextos da prática, à pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida. Desta forma, estes profissionais desenvolvem um conjunto de capacidades na pessoa que enquadrem o seu domínio de intervenção (deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação) e maximizam a sua funcionalidade (Regulamento n.º 125/2011). Para tal, os EEER inquiridos (53.8%) avaliam as limitações dos utentes a seu cargo, referenciando-os entre pares, e com isso elaboram programas de reeducação funcional para os sistemas alterados, de acordo com as competências intrínsecas e regulamentadas atribuídas pela OE (Regulamento n.º 125/2011). Tendo em conta este enquadramento conceptual, que inclui as ações do EEER e o processo de reabilitação, neste estudo os domínios de intervenção da ER foram agrupados preferencialmente em 4 áreas: cardíaca, cognitiva, musculoesquelética e respiratória. Os EEER em estudo referiram que os seus principais domínios de intervenção eram o musculoesquelético (94.3%) e a reeducação funcional respiratória (91.6%), verificando-se que estes são praticamente transversais a todos os contextos da prática. Naturalmente, em função da situação clínica da pessoa cuidada e dos défices identificados, os EEER elaboram programas de reeducação funcional ajustados, mas que acabam por implementar preferencialmente umas estratégias de ação em detrimento de outras. Daí se compreende que a reabilitação cardíaca, como domínio de intervenção destes profissionais, e comparativamente aos restantes, foi referida apenas em 22.4%, uma vez que se realiza em serviços/unidades vocacionados para o efeito.

Os programas de ER consideram habitualmente uma avaliação do foro cognitivo da pessoa cuidada e, conseqüentemente, do seu potencial de aprendizagem, com o intuito de definir os objetivos e intervenções de reeducação cognitiva a implementar, e ainda perceber de

que forma as alterações desta natureza interferem no programa de reabilitação global, ajustando-o a esses défices (Varanda & Rodrigues, 2016). Na sua prática diária, o EEER depara-se frequentemente com indivíduos com situações clínicas específicas, que são sensíveis aos cuidados de ER, nomeadamente pessoas com alterações severas do estado de consciência, situações de confusão aguda, alterações cognitivo-comportamentais associadas a lesão cerebral (compromisso das funções executivas ou alterações comportamentais e emocionais), situações de confusão crónica (demências), alterações da linguagem (afasias) ou da perceção (apraxias, agnosias, negligência unilateral). Neste estudo, os EEER assumiram que as estratégias de reeducação cognitiva fazem parte da sua prática diária (34.8%). Contudo, comparativamente às intervenções de reeducação funcional respiratória e da reeducação da função musculoesquelética, estas ainda não são incluídas com a mesma ordem de importância nos programas de reabilitação ou estes profissionais não assumem ou identificam as estratégias adotadas como fazendo parte do domínio cognitivo. Os défices de natureza cognitiva geralmente estão acompanhados de diversos compromissos resultantes de patologias que provocam lesões cerebrais, pelos que os EEER devem ter o cuidado de avaliar a expressão comportamental destes défices no seu todo, uma vez que estes podem ter implicações na independência funcional da pessoa (Varanda & Rodrigues, 2016). Assim, a reeducação cognitiva poderá ser uma área de excelência de intervenção dos EEER, pois ao organizar um programa de reabilitação sistematizado, para uma situação clínica específica onde existe um défice das funções cognitivas e ao implementá-lo continuamente, poderão obter-se resultados positivos e consistentes e realizarem-se estudos comparativos que demonstrem a efetividade das ações destes profissionais.

O processo e o modelo interdisciplinar de implementação de intervenções de reabilitação engloba, não apenas a pessoa alvo de cuidados e a sua família ou cuidador informal, mas socorre-se ainda de múltiplos profissionais que, em função da sua profissão ou atividade, colaboram na implementação de ações, a nível institucional, da cultura da reabilitação, com objetivos claros de melhoria da satisfação de todos os intervenientes no processo de cuidados e na redução de internamentos e comorbilidades (Branco, 2016). Esta diversidade da equipa de reabilitação é enriquecedora, uma vez que permite oferecer um ambiente humano diferenciado à pessoa cuidada, que é necessário à vida em sociedade (Hesbeen, 2003). Neste estudo, também se verificou que existe uma multiplicidade de profissionais envolvidos no processo de reabilitação, pois os EEER, para além de se evidenciarem a eles mesmos, destacaram outros profissionais de saúde, nomeadamente os fisioterapeutas (56.2%), os terapeutas da fala (30.1%) e os terapeutas ocupacionais (17.4%). Para além destes, identificaram ainda outros profissionais de reabilitação das áreas da Medicina, Nutrição, Psicologia e o Serviço Social, embora com

menos realce. Desta forma, o EEER como elemento integrante da equipa de reabilitação, faz parte de um grupo de intervenientes em que cada um possui especificidades próprias e distintas dos demais, que se complementam, e demonstram uma forma particular de agir. Este trabalho de equipa presume que exista maturidade profissional, pois exige um cuidado em respeitar as identidades particulares, evitando-se uma sobreposição dos diferentes intervenientes. Assim, permite-se que exista um verdadeiro trabalho interdisciplinar que possibilite a obtenção de resultados produtivos, com a implementação de um projeto de cuidados autêntico, coerente e dinâmico (Hesbeen, 2003).

Perante o referencial teórico exposto anteriormente e os resultados obtidos neste estudo, somos levados a refletir acerca dos cuidados de reabilitação, isto é, se estes estão bem definidos e se compreendem a alocação de EEER. No que respeita aos 152 EEER que não exercem funções exclusivas de cuidados de reabilitação, a sua perceção é que estes cuidados são atribuídos a outros profissionais de saúde (19.1%), substituindo ou excluindo assim o EEER da equipa de reabilitação, entre outras razões. Vem ainda reforçar esta situação, a quase inexistência de uma rede de distribuição e alocação de EEER nas equipas interdisciplinares e nos serviços de carência de cuidados de reabilitação, das diferentes redes de prestação de cuidados, com exceção da RNEHRMFR (2016), das ECCI (Regulamento n.º 533/2014) e nas equipas e estruturas de programas de reabilitação respiratória (DGS, 2009).

O reconhecimento por parte da OE das especialidades em enfermagem e das competências inerentes à área clínica de atuação é, simultaneamente, resultado da construção de conhecimento nos cursos de especialização em ER e, mais recentemente, da atribuição do título profissional após conclusão do ciclo de estudos do curso de Mestrado homologados pela OE (2012). Assim, independentemente do requisito necessário de atribuição do título profissional de EEER, a formação académica dos inquiridos dividiu-se entre o grau de Licenciatura (72.1%) e de Mestrado (27.2%), sendo que o principal motivo pelo qual ingressaram na especialidade/mestrado, foi a preferência pela área de reabilitação e, conseqüentemente, a aquisição de conhecimentos/competências (95.5%).

Sendo atualmente a licenciatura ou equivalente legal um dos requisitos legais para a obtenção do título de especialista, o curso de licenciatura em enfermagem, com a duração de 4 anos, foi homologado para a profissão de enfermagem após o ano letivo de 1999-2000, de acordo com o Decreto-Lei n.º 353/99, que confere aos titulares deste grau um acréscimo de competências na área da gestão, formação e investigação. Em regime transitório, após esta data, os enfermeiros detentores do grau de bacharelato tiveram a possibilidade de obter o

complemento de formação, o que se reflete em termos percentuais nos resultados expostos anteriormente.

A discussão sobre a carreira de enfermagem é muito atual. Dos EEER inquiridos, 34.2% afirmaram que a categoria de especialista ou a progressão profissional foi um dos principais motivos para iniciarem formação especializada. Resultado ainda desta indefinição na enfermagem enquanto profissão, os enfermeiros foram questionados acerca da disponibilidade e da motivação para produzirem conhecimento no domínio da ER, sendo que cerca de metade (52.8%) referiram não dispor de tempo para atualizar e desenvolver conhecimentos, embora exista motivação para o fazer (65.8%).

Sendo os EEER detentores de graus académicos superiores, é da sua responsabilidade contribuir para o avanço da profissão através do desenvolvimento de padrões e práticas de investigação baseada na evidência, otimizando e potenciando resultados em saúde (ARN, 2014a), independentemente do contexto de cuidados. Esta situação transporta-nos para a norma de orientação e organização estabelecida pela OE (Regulamento n.º 533/2014), que afirma que não se pode limitar apenas o número de horas de cuidados necessárias por utente no cálculo de dotação de enfermeiros, mas deve ser também tido em conta o tempo necessário para desenvolver projetos de investigação e valorizar a motivação que parte significativa dos EEER manifesta.

Em todas as áreas da saúde existe uma relação direta na qualidade e segurança dos serviços prestados com a dinâmica que cada profissional impõe na procura de conhecimento e expansão dos saberes. Este empenho sistemático dos profissionais permite não apenas reforçar o conhecimento e o reconhecimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão, como também dotar os serviço/unidades das organizações de saúde com cuidados personalizados e individualizados sustentados num elevado grau de evidência (Pereira, 2016). Questões relacionadas com a aquisição de conhecimento foram alvo de estudo neste trabalho de investigação, mostrando que mais de metade dos EEER (59.6%) não realizaram qualquer tipo de formação relacionada com a ER nos últimos dois anos e uma percentagem ainda maior (70.0%) não participou em qualquer projeto/estudo relacionado com a especialidade no seu ambiente de trabalho, principalmente por falta de tempo, de oportunidades e de apoio/recursos (56.6%, 55.3% e 49.6%, respetivamente).

O crescimento pessoal e profissional, resultado então da aquisição de conhecimentos oriundos do processo de formação base, especializada e superior na área da enfermagem, constitui um fator promotor de desenvolvimento de responsabilidades acrescidas adequadas ao nível teórico, prático e científico reconhecidos. Competências como assessoria, gestão,

formação, investigação e supervisão de cuidados são reconhecidas pelas OE (Regulamento n.º 122/2011) como competências comuns a todos os enfermeiros especialistas. Desta forma, as responsabilidades como o apoio à gestão (60.7%), a orientação e supervisão de alunos que se encontrem em ensino clínico (60.2%), a responsabilização atribuída pelas chefias no que diz respeito à organização e orientação do turno (56.4%) foram as mais evidentes das respostas obtidas. Tais competências acumuladas ao já habitual exercício profissional também deverão ser consideradas no cálculo de dotação de enfermeiros, visto que diminui o tempo disponível efetivo de cuidados especializados prestados.

Finalizando a análise dos dados obtidos nesta investigação, os 530 EEER em estudo consideraram, na sua globalidade (82.8%), encontrarem-se no serviço/unidade de cuidados adequado para o desenvolvimento do exercício das suas funções, independentemente de exercerem exclusivamente cuidados especializados de reabilitação. Quanto aos restantes 91 EEER que referem a não adequação do serviço/unidade para a implementação de planos de cuidados de ER, a gestão organizacional/institucional acaba de certa forma por abdicar dos cuidados personalizados e especializados em exclusivo, em detrimento dos cuidados gerais (54.9%). Apesar da existência de EEER, determinados serviços são considerados inadequados por não contemplarem o exercício de funções especializadas de reabilitação (26.4%) ou por não integrarem estes profissionais na prestação direta desses cuidados (24.2%). Além do exposto, dos profissionais que consideram não estar no serviço/unidade adequado, apenas uma minoria (5.5%) realizou pedido de mobilidade ou de transferência interna, o qual foi recusado, e cerca de 8.8% encontrava-se até então com o mesmo pedido pendente.

Desta forma, e apesar da enfermagem ser tradicionalmente alicerçada em profissionais competentes e altruístas, vocacionados para darem resposta às necessidades humanas básicas (Dias, 2012) e/ou ao elevado grau de complexidade dos seus utentes, e detentores de um conteúdo funcional único e próprio, verificam-se alguns constrangimentos no que respeita à prática direta de cuidados de reabilitação. Estes traduzem-se numa instabilidade da identidade profissional e, conseqüentemente, de “carreira” (ausência de contratação e remuneração), numa profissão burocratizada e, fundamentalmente, na ausência de reconhecimento pelas organizações de saúde, dos seus superiores hierárquicos e, simultaneamente, dos seus pares e sociedade em geral. Na perspetiva de Mendes e Mantovani (2010), tal facto permite perceber que a prática de cuidados de enfermagem, alicerçada num conjunto funcional especializado, fica aquém das expectativas destes profissionais de saúde, pois é fundamental que se debatam questões de promoção do reconhecimento da profissão, nomeadamente a autonomia e a delimitação do próprio espaço de intervenção.

8. CONCLUSÃO

Dinamizadores por natureza, os EEER possuem conhecimentos e competências específicas capazes de maximizar o potencial da pessoa com necessidades especiais de reabilitação. À semelhança dos demais especialistas em enfermagem, este grupo tem vivido constrangimentos profissionais resultantes de uma indefinição e ausência de reconhecimento na carreira, assim como pela inexistência de uma norma de cálculo de dotação e respetiva implementação.

Os EEER, tal como é apontado pelo documento da OE (2018c), desde que não descurem a continuidade no processo de formação académico-profissional e de investigação, são os profissionais de saúde, que devido ao seu corpo de conhecimento técnico-científicos e às suas capacidades de resiliência, dinamismo e proatividade, se encontram na linha da frente para a prestação de cuidados de reabilitação à população.

Atendendo aos critérios de qualidade e segurança nos cuidados de saúde, é demais evidente o esforço por parte das entidades que regulamentam a ação da enfermagem em construir uma norma de cálculo de dotação que se repercute para as diferentes especialidades, em particular para a ER, e onde se salvaguarde não apenas o número de horas de cuidados necessárias, mas também se atenda a variáveis de carácter formativo, profissional e laboral, de qualificação e combinação de competências e de contexto e complexidade organizacional.

Concomitantemente, é também necessário que os EEER não descurem o seu conteúdo funcional e autonomia científica e sejam empoderados no que respeita à sua formação e na investigação, pois desta forma é-lhes permitido diferenciarem-se e demarcarem-se dos restantes profissionais. Este estudo permitiu-nos conhecer quais são as perceções dos EEER quanto a diferentes aspetos relacionados com a ER em Portugal, com especial destaque para as dotações nos diferentes contextos de prática clínica e, conseqüentemente, obter dados que possam ter implicações na gestão institucional desta especialidade, na investigação, na organização académico-formativa e, simultaneamente, nas políticas de saúde.

Da análise das variáveis estudadas, concluímos que dos 530 EEER em estudo, o género feminino foi o mais predominante (73.6%), com uma média de idades de 39.35 anos, casados ou em união de facto (70.0%).

De acordo com os resultados obtidos, depreendemos que embora parte significativa dos EEER possua o grau de mestre (27.2%), na sua generalidade é a Licenciatura que se demarca como formação académica avançada (72.1%).

Acerca da formação específica no domínio da ER, apesar dos profissionais estarem motivados (65.8%) e disponíveis (47.2%) para produzirem conhecimento, não realizaram qualquer formação neste âmbito nos últimos dois anos (59.6%). No mesmo sentido, também foi evidente que a carência de participação em projetos ou estudos no seu serviço/unidade/instituição (70.0%) se deve à falta de tempo (56.6%), de oportunidades (55.3%) e de recursos/apoios (49.6%).

Vinculados na sua maioria com Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (48.9%) ou com Contrato em Funções Públicas (46.4%), em instituições de Cuidados de Saúde Hospitalares (67.2%), com uma carga horária de 35 horas (68.3%), numa tipologia de horário semanal (99.8%) e em turnos da manhã (99.8%), os enfermeiros apresentam uma média de anos de experiência e de especialidade de 16.55 e 6.39, respetivamente.

Distribuídos pelas Secções Regionais da OE do Norte (36.8%), Sul (32.8%), Centro (22.5%), Madeira (5.3%) e Açores (2.6%), os EEER, na sua globalidade, embora não integrem os quadros da instituição como especialistas (74.2%), executam funções especializadas na sua prática clínica (69.8%). Contudo, 58.9% dos profissionais exercem cuidados de ER a tempo integral, e dos restantes 41.1%, cerca de 53.3% executam-nos a tempo parcial, uma vez que há necessidade de recursos humanos para a prestação de cuidados gerais (82.2%). De uma forma global, 299 EEER exercem funções especializadas, maioritariamente nos domínios musculoesquelético (94.3%) e respiratório (91.6%), da mesma forma que se complementam com os fisioterapeutas (56.2%) e terapeutas da fala (30.1%) como elementos integrantes no processo de reabilitação. As ECCI (89.7%), Pneumologias (80.0%), Neurocirurgias (80.0%) e serviços/unidades de Cinesiterapia Respiratória (80.0%) foram os locais onde se verificou maior proporção de profissionais a exercerem funções, a tempo integral ou parcial.

Quanto à comparação do tempo real para a prestação de cuidados e aquele que deveria ser aplicado na prática, constatámos que os tempos referidos como ideais são superiores aos que os EEER realmente despendem com cada utente, existindo assim uma diferença significativa na globalidade dos serviços/unidades, nomeadamente: ECCI ($p < 0.001$), Unidades de Cuidados Intensivos ($p = 0.010$), Outras Medicinas Intensivas ($p = 0.026$), Cardiologia ($p = 0.041$), Medicina Interna ($p < 0.001$), Pneumologia ($p = 0.018$), Outras Especialidades Médicas ($p = 0.004$), Cirurgia Geral ($p = 0.001$), Ortopedia/Ortotraumatologia

($p < 0.001$), Neurocirurgia ($p = 0.017$), Medicina Física e Reabilitação ($p = 0.011$) e RNCCI ($p = 0.043$).

Procedemos do mesmo modo para a relação existente entre o rácio real e rácio percebido, que embora se tenha verificado globalmente um decréscimo no número de utentes ao cuidado por turno apenas as ECCI ($p = 0.002$), Outras Especialidades Médicas ($p = 0.019$), Neurocirurgia ($p = 0.017$) e Medicina Física e Reabilitação ($p = 0.039$) revelaram uma relação estatisticamente significativa.

Correlacionando o rácio percebido pelos EEER com o tempo de experiência e o tempo de especialização em ER concluímos que nas ECCI ($p = 0.003$, $p = 0.004$, respetivamente), Outras Medicinas Intensivas ($p = 0.001$, $p = 0.004$, respetivamente) e Outras Especialidades Médicas ($p = 0.005$, $p = 0.001$, respetivamente), a interpretação estatística traduz-se na diminuição do número de utentes ao cuidado dos profissionais com mais tempo de experiência ou de especialidade.

Na análise final dos resultados, foi possível verificar que os EEER se encontram no serviço/unidade adequado ao exercício de funções especializados (82.8%) e que para além dos cuidados aos utentes, lhes são atribuídas, na sua maioria (74.0%), funções acrescidas, nomeadamente responsabilidades de gestão (60.7%), orientação de alunos em ensino clínico (60.2%) e responsabilização pelo turno ou pela equipa (56.4%).

De um modo geral, com a análise descritiva e inferencial realizadas concluiu-se que mais do que aumentar o tempo dedicado à prestação de cuidados ou diminuir o número de utentes por EEER, os profissionais identificam a necessidade de aumentar o número de elementos nas equipas/serviços/unidades/instituições a tempo integral.

Limitações do estudo

Na abordagem metodológica existiu a preocupação de definir adequadamente os procedimentos e indicações referentes à aplicação do instrumento de recolha de dados, à apresentação e análise dos mesmos. Contudo, ao longo da realização deste estudo, deparámo-nos com um conjunto de limitações que importa ressaltar, mas consideramos que estas devem ser percebidas como sugestões para o desenvolvimento de projetos de investigação futuros.

Utilizámos uma metodologia de natureza quantitativa e com recurso a questionário *online* como instrumento de recolha de dados. A natureza de aplicação deste instrumento baseou-se no autopreenchimento, o que implicava disponibilidade humana e de recursos, e não esteve alheia a possíveis enviesamentos associados ao preenchimento do questionário, nomeadamente

nas respostas abertas, na falsificação e do estilo de resposta e falta de preenchimento de algumas questões ou do questionário na sua quase totalidade, o que obrigou à sua anulação quando não se verificaram respostas a pelo menos 80.0% das questões de preenchimento obrigatório. Acresce ainda que, perante a estratégia de recolha de dados utilizada e tendo em conta o universo de EEER a exercer funções em Portugal, esperar-se-ia uma maior adesão ao preenchimento do questionário, até porque foi divulgado em forma de *newsletter* através de correio eletrónico pela OE. Porém, a amostra obtida na totalidade de 530 EEER foi considerada uma amostra com um grau de confiança de 95.0%.

No que diz respeito ao cálculo de dotação de enfermeiros em Portugal, os documentos oficiais e legais que existem referem-se, na sua globalidade, aos cuidados generalistas, pois quanto à especialidade de ER este não está definido, com exceção para as referências apontadas para as unidades de intervenção específicas, como a RNEHRMFR e as ECCI. Noutros países, onde os cuidados de ER estão definidos e estruturados, também não encontramos referências ou estudos específicos e alusivos aos critérios de alocação de enfermeiros especialistas em reabilitação. Para além disso, tendo em conta as diferenças socioculturais existentes e, conseqüentemente, as necessidades especiais da pessoa cuidada, a forma de organização/gestão das equipas de enfermagem, que não é de todo semelhante à verificada no nosso país, torna-se difícil realizar o estudo comparativo no que respeita a esta temática. Partindo do que referido anteriormente, consideramos que estes constrangimentos, quer a falta de evidência, quer a falta de normas de cálculo específico para a especialidade, foram limitações à realização desta investigação.

Sugestões de investigações futuras

Após a realização desta investigação parece-nos necessário realçar que os profissionais de enfermagem e, mais especificamente, os especialistas em ER, devem contribuir para a evolução técnico-científica da disciplina e para a sua afirmação perante as organizações de saúde, os seus pares e a comunidade em geral. É cada vez mais importante a participação na elaboração de projetos e estudos de investigação com relevo para a especialidade, de forma a obter uma maior representatividade e, conseqüentemente, conclusões mais fidedignas. Neste estudo, poder-se-iam ter obtido dados mais específicos sobre determinados serviços/unidades de particular interesse para a área da reabilitação, como é o caso das Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais, entre outras. Não sendo possível estudar estes casos de forma isolada, existiu a necessidade de os agrupar (Apêndice II), atribuindo-lhes uma denominação própria, limitando assim a obtenção de dados particulares específicos.

Concomitantemente, é essencial que os EEER desenvolvam estudos e realizem investigação sobre a sua prática especializada, de modo a fundamentar e demonstrar a efetividade dos seus planos de intervenção, muitas vezes desenvolvidos em âmbitos específicos, divulgando os resultados favoráveis sensíveis aos seus cuidados, com óbvios ganhos em saúde. Para facilitar esta prática, as organizações, além de incentivarem os profissionais, poderiam reconhecer a investigação realizada como tempo efetivo de trabalho, e não serem os próprios muitas vezes a disponibilizarem do seu tempo pessoal para o fazer, o que conduz, provavelmente, a uma maior desmotivação/desinteresse com repercussões para a necessária afirmação da profissão de enfermagem e, mais particularmente, para a especialidade de reabilitação.

Além disso, tendo em consideração os resultados obtidos neste estudo que respeitam à prestação de cuidados especializados, uma vez verificado que 53.3% EEER não exercem realmente a sua especialidade ou prestam cuidados de reabilitação a tempo parcial, seria porventura interessante estudar os cuidados omissos específicos da ER (que não se prestam no seu todo ou em parte ou que não são prestados em tempo útil), apesar da disponibilidade destes profissionais nas instituições.

A responsabilização dos EEER não se restringe apenas à investigação e à produção de conhecimento de uma forma geral. No que concerne aos indicadores sensíveis aos cuidados de ER, definidos pela MCEER (OE, 2018a), é necessário conhecê-los e implementá-los, responsabilizando não apenas as organizações, como já referido, mas também individualmente cada EEER, de modo a possibilitar uma intervenção pertinente, atempada e justificada.

Considerando o facto de não existir um Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem que possibilite um cálculo para determinar a dotação de EEER para a prestação de cuidados, apenas de âmbito especializado, e de acordo com o seu contexto da prática, sugerimos a aplicação de uma fórmula (após a análise de variáveis específicas e respeitando o perfil de competências do EEER), que permita salvaguardar o desígnio primordial de promover a defesa da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa. Assim, tendo por base o número de utentes por EEER, no que respeita à prestação de cuidados de reabilitação por turno, o tempo médio necessário (em horas) para a prestação desses cuidados (Apêndice IV) e as horas efetivas de trabalho por turno, propomos a seguinte fórmula de cálculo para a dotação de EEER:

$$\frac{UT \times HCN}{HET}$$

Salvaguardamos o facto de ser da responsabilidade do EEER, da gestão institucional e/ou das entidades que regulam a profissão, a transparência no cálculo do tempo efetivo de

trabalho, resultando este, das necessidades específicas dos utentes de cada serviço/unidade, da logística institucional/do próprio serviço/unidade (intervalo de refeição, tempo necessário à realização de registos de enfermagem e passagem de turno, entre outros), e das possíveis responsabilidades acrescidas atribuídas mencionadas no quadro 21, entre outras.

Mais acrescentamos que, o planeamento do efetivo de EEER deve atender também atender a outros fatores, nomeadamente às necessidades dos utentes, ao número de profissionais disponíveis, à experiência e a aquisição de competências, à arquitetura e geografia do meio ambiente, à tecnologia disponível, bem como a questões administrativas e à carga horária de trabalho.

Certamente, seria benéfico para a área de ER a criação de grupos ou núcleos de trabalho, locais ou regionais, inerentes aos diferentes sistemas de saúde (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados), com vista à supervisão, implementação e monitorização da aplicabilidade de indicadores, nomeadamente os específicos e sensíveis aos cuidados de reabilitação, colaborando ainda no desenvolvimento de programas de reeducação funcional global, de acordo com cada domínio específico. Acresce ainda que esta parceria permitiria um conhecimento mútuo mais aprofundado acerca da ação ou da intervenção global de cada EEER ou grupo de EEER, de acordo com o seu contexto da prática especializada, e uma partilha de experiências, de forma a dar também continuidade ao processo de transição da pessoa cuidada.

Dando mote ao término desta investigação, importa referir que este estudo, apesar de “arriscado” e ambicioso, permitiu-nos conhecer uma realidade dos EEER até então não retratada. Temos a consciência que o caminho se faz caminhando e que a concretização da presente dissertação de mestrado para a obtenção de dados úteis à operacionalização dos indicadores propostos pela MCEER da OE (2018a), seria um passo crucial a ser dado, discutido e divulgado.

Partimos em busca do desconhecido, mas com a certeza que daríamos contributos para a Enfermagem em geral e para a Enfermagem de Reabilitação em particular, pois se está na mão dos enfermeiros alterar o progresso e o sucesso da profissão, então que estes comecem connosco.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem: Relatório anual 2011*. Lisboa: ACSS. Acedido em <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELATÓRIO%20ANUAL%20SCDE%202011cpw.pdf>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Sliber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993. doi:10.1001 / jama.288.16.1987
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D. & Sermeus, W. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26, 559-568. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567
- American Nurses Association. (2018). *Nurse Staffing*. Acedido em <http://www.nursingworld.org/mainmenucategories/policy-advocacy/state/legislative-agenda-reports/state-staffingplansratios>
- Andrade, L. T., Araújo, E. G., Andrade, K. R. P., Soares, D. M. & Cianca, T. C. M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1056-1060. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600029>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). *Contributos para o plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/APER2.pdf>
- Association of Rehabilitation Nurses. (2013). *The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions*. Acedido em http://www.rehabnurse.org/uploads/files/healthpolicy/ARN_Care_Transitions_White_Paper_Journal_Copy_FINAL.pdf

- Association of Rehabilitation Nurses. (2014a). *Advanced Practice in Rehabilitation Nursing*. Acedido em http://www.rehabnurse.org/uploads/files/pdf/Advanced_Practice_in_Rehabilitation_Nursing_Final.pdf
- Association of Rehabilitation Nurses. (2014b). *ARN: Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing*. Acedido em http://www.rehabnurse.org/uploads/files/education/ARN_Rehabilitation_Nursing_Competency_Model_FINAL_-_May_2014.pdf
- Association of Rehabilitation Nurses. (2015). *What Does A Rehabilitation Nurse Manager Do?*. Acedido em <https://rehabnurse.org/about/roles/rehab-nurse-manager>
- Association of Rehabilitation Nurses. (2017). *Factors To Consider In Decisions About Staffing in Rehabilitation Nursing Settings*. Acedido em http://www.rehabnurse.org/uploads/advocacy/2017/Position_Statements/Staffing_in_Rehabilitation_Nursing_Settings_Final_170727.pdf
- Australasian Rehabilitation Nurses` Association. (2016). *Rehabilitation Nursing – Scope of Practice: 2nd Edition*. Acedido em https://www.arna.com.au/ARNA/Documents/ARNA_Position_Statement_Rehabilitation_Nursing_Scope_of_practice_2nd_Edition.pdf
- Australasian Rehabilitation Nurses` Association. (2018). *Undergraduate Nursing Curricula*. Acedido em https://www.arna.com.au/ARNA/Documents/ARNA_Undergraduate_Nursing_Curricula_Position_Statement.pdf
- Ballard, K. A. (2003). Patient Safety: A Shared Responsibility. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3). Acedido em <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No3Sept2003/PatientSafety.html>
- Barata, L. F. (2016). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional: A Importância da Formação Contínua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.
- Benjamin, J. (2000). Princípios de Liderança e de Gestão para a Enfermagem de Reabilitação. In: S. P. Hoeman (Autor). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (pp. 77-92). 2ª Edição. Loures: Lusociência.

- Benner, P. (2005/2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Braga, C., Jesus, É. & Araújo, B. (2018). RN4Cast Study in Portugal: Nurses and care left undone. *Journal of Hospital Administration*, 7(2), 58-66. doi:<https://doi.org/10.5430/jha.v7n2p58>
- Branco, P. S. (2016). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Cardim, J. C. & Miranda, R. R. (Edits.) (2007). *O universo das profissões: da qualificação às competências e à evolução profissional*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Constituição da República Portuguesa. (2005). *VII Revisão Constitucional*. Acedido em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Craig, J. V. & Rosalind, L. S. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para enfermeiros*. Lisboa: Lusociência.
- D’Innocenzo, M., Adami, NP., Cunha, ICKO. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 84-88. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>
- Decreto-Lei n.º 305/81. (1981, novembro 12). Aprovação da Carreira de Enfermagem [Portugal]. *Diário da República*, 1(261), pp. 2998-3004. Acedido em <https://dre.pt/application/file/568240>
- Decreto-Lei n.º 437/91. (1991, novembro 8). Aprovação do Regime Legal da Carreira de Enfermagem [Portugal]. *Diário da República*, 1A(257), pp. 5723-5741. Acedido em <https://dre.pt/application/file/331930>
- Decreto-Lei n.º 104/98. (1998, abril 21). Criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses [Portugal]. *Diário da República*, 1A(93), pp. 1739-1757. Acedido em <https://dre.pt/application/file/175644>
- Decreto-Lei n.º 412/98. (1998, de dezembro 30). Reestruturação da Carreira de Enfermagem [Portugal]. *Diário da República*, 1A(300), pp. 7257-7264. Acedido em <https://dre.pt/application/file/286006>

- Decreto-Lei n.º 353/99. (1999, setembro 03). Fixação de regras gerais a que está subordinado o ensino da enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico [Portugal]. *Diário da República*, 1A(206), pp. 6198-6201. Acedido em <https://dre.tretas.org/dre/105390/decreto-lei-353-99-de-3-de-setembro>
- Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006, junho 06). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [Portugal]. *Diário da República*, 1A(109), pp. 3856-3865. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 247/2009. (2009, setembro 22). Regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica [Portugal]. *Diário da República*, 1(184), pp. 6758-6761. Acedido em <https://dre.pt/application/file/490350>
- Decreto-Lei n.º 248/2009. (2009, setembro 22). Regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional, aplicando-se aos enfermeiros cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas [Portugal]. *Diário da República*, 1(184), pp. 6761-6765. Acedido em <https://dre.pt/application/file/490351>
- Despacho n.º 10218/2014. (2014, agosto 8). Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade [Portugal]. *Diário da República*, 2(152), pp. 20453-20454 Acedido em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02080247AAA>
AAAAAAAAAAAAAAAA
- Despacho n.º 5613/2015. (2015, maio 27). Aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 [Portugal]. *Diário da República*, 2(102), pp. 13550-13553. Acedido em <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Despacho n.º 4306/2018. (2018, abril 30). Aplicação da Tabela Nacional de Funcionalidade, no setor da saúde [Portugal]. *Diário da República*, 2(83), pp. 12188-12190. Acedido em https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/115194857/details/2/maximized?serie=II&parte_filter=31&dreId=115194823
- Dias, L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(1), 39-40. Acedido em <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73>

- Dias, S. (2012). Síndrome de burnout: um estudo comparativo entre enfermeiros e médicos portugueses. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 12(2), 35-41. Acedido em <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/68/68>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Acedido em http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2009). Circular Informativa n.º 40A/DSPCD de 27/10/2009: *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/?cr=14938>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Acedido em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150133AAAAAAAAAAAA>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Acedido em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Acedido em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018.aspx?utm_term=Portal+SNS++Newsletter+07%2F2018&utm_campaign=Newsletter++Portal+SNS&utm_source=e-goi&utm_medium=email#.Wo1fxjtCGc.blogger
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Volume 1*. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Erdmann, A. L. (2009). Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspectivas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(n.spe1), 551-553. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>

- Faro, A. C. M. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 128-133. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100019>
- Fernandes, A. M., Mendes, A. M. O. C., Leitão, M. N. C., Gomes, S. D. L., Amaral, A. F. S. A. & Bento, M. C. S. S. C. (2016). A contribuição da enfermagem portuguesa para o acesso e cobertura universal em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(2671), 1-8. doi:10.1590/1518-8345.1068.2671
- Ferreira, C. I. S. R. A. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf
- Fleury, M. T. L. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(edição especial), 183-196. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Freitas, M. J. B. S & Parreira, P. M. D. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 171-178. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12125>
- Gago, T. D. E. (2008). *Crenças de eficácia nos papéis de carreira, valores de vida e prática de supervisão de ensinios clínicos, em enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/802>
- Galvão, C. M., Sawada, N. O. & Trevizan, M. A. (2004). Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549-556. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>
- Gomes, B. P. (2006). Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem de Reabilitação. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 15(2), 193-204. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200002>

- Gomes, J. A. P., Martins, M. M. & Gonçalves, M. N. C. (2014). Qualidade e a enfermagem de reabilitação em unidades de internamento. *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*, 14-21. Acedido em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-898-98443-1-5.pdf
- Gonçalves, T. S. M. (2015). *Dotações de Enfermagem: Impacte nos resultados em saúde*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve). Acedido em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7869/1/Dotações%20de%20Enfermagem%20impacte%20resultados%20em%20saude.pdf>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., & Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474-1487. doi:<http://10.1111/jan.13564>
- Grilo, E. & Mendes, F. (2013). *Indicadores de Qualidade e Práticas de Cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Longa Duração*. Acedido em <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1900/1/Indicadores%20qualidade.pdf>
- Hayashi, A. P., Musetti, T. F. & Moschetto, D. A. (2016). *Impactos das práticas de acreditação na melhoria do serviço hospitalar no Brasil: Revisão Sistemática com uso do START*. Acedido em http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_227_329_30031.pdf
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- International Council of Nurses. (2006). *Safe Staffing Saves Lives: Information and Action Tool Kit*. Acedido em <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>
- International Council of Nurses. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = Cuidados de qualidade*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2007.pdf
- International Council of Nurses (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Português_VFinal_correto.pdf

- Jesus, É. H., Roque, S. M. B. & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26-44. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Muller, C., Duval, S. & Wilt, T. J. (2007). The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204. Acedido em <https://pdfs.semanticscholar.org/0db0/c6872d1a1bc5fe5ae7a9fd0957f3c6701fa5.pdf>
- Kendall-Gallagher, D. & Blegen, M. A. (2009). Competence and Certification of Registered Nurses and Safety of Patients in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 18(2), 106–113. doi:10.4037/ajcc2009487.
- Lei n.º 38/2004. (2004, agosto 18). Bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência [Portugal]. *Diário da República IA*(194), pp. 5232-5236. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/480708>
- Leite, L. (2006). Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências. *Comunicação apresentada no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, Portugal. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/arquivo/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf
- Leprohon, J. (2002). A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 5, 26. Acedida em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_5.pdf
- Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S. & Meirelles, B. H. S. (2011). Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 198-202. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100030>
- Lohr, K. N. (1990). A strategy for quality assurance in Medicare. *The New England Journal of Medicine*, 322(10), 707-712. doi:10.1056/NEJM199003083221030

- Macaia, D. (2005). *Sistema de Classificação de doentes em Enfermagem: contributos na gestão dos enfermeiros nos hospitais da rede do Sistema Nacional de Saúde. O caso HUC* (Dissertação de mestrado, Universidade dos Açores). Acedido em <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/530/1/DissertMestradoDamasMacaia2006.pdf>
- MacDonell, C. M. & Mauk, K. L. (2017). Where in the World Is Rehabilitation Nursing? : Rehabilitation Nursing Journal. *Rehabilitation Nursing Journal*, 42(4), 173-174. doi:<http://10.1097/RNJ.0000000000000105>
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Manzo, B. F., Brito, M. J. M. & Corrêa, A. R. (2012). Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 388-394. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200017>
- Marques, R. M. D. R., Pimenta, R. P. & Nascimento, A. (2018). Satisfação Profissional: Um Estudo Com Enfermeiros Especialistas Em Enfermagem De Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 0, 56-68. Acedido em <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERn0.pdf>
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E. & Williamson, K. M. (2010). The Seven Steps of Evidence – Based Practice. *American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53. doi:10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2
- Mendes, F. R. P. & Mantovani, M. F. (2010). Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 209-215. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200007>
- Mercedes, G. S. (Coord.). (2013). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa: Monitor – Projectos e Edições, Lda.
- Moura, R. (Coord.). (2008). *Actores intermédios da orgânica empresarial: O futuro do emprego, das competências e da formação*. Lisboa: Mundiserviços, Companhia Portuguesa de Serviços e Gestão, Lda.
- Nason, M. M. (2014). *Nurse Staffing and Patient Outcomes in the Rehabilitation Setting* (A Dissertation Presented to the Graduate School of the University of Florida in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, University of Florida). Acedido em http://ufdcimages.uflib.ufl.edu/UF/E0/04/66/47/00001/NASON_M.pdf

- Nelson, A., Powell-Cope, G., Palacios, P., Luther, S. L., Black, T., Hillman, T., Christiansen, B., Nathenson, P. & Gross, J. C. (2007). Nurse Staffing and Patient Outcomes in Inpatient Rehabilitation Settings. *Rehabilitation Nursing*, 32(5), 179-202. doi:10.1002/j.2048-7940.2007.tb00173.x
- Nunes, L. (2011). Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e discursos de acessibilidade. *Salutis Scientia*, 3, 3-8. Acedido em <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=30749>
- Oliveira, A. (2015). *A importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202013%20A%202015/A%20importancia%20do%20enf%20esp%20enf%20reabilitacao.jpg>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). História da enfermagem de reabilitação. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 9, 12-13. Acedida em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_9%20final.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Atribuição de título profissional de Enfermeiro Especialista. Esclarecimento*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6709/esclarecimento_atribuicaootitulo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Press Release - Prof. Judith Shamian, Presidente do ICN, defende: Norma para cálculo de dotações seguras será decisiva para dar mais saúde à população*. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/comunicados/conteudos/press-release-prof-judith-shamian-presidente-do-icn-defende-norma-para-calculo-de-dotacoes-seguras-sera-decisiva-para-dar-mais-saude-a-populacao/>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015d). *Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Percurso_Programa_Formativo_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Membros activos Especialistas*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/PublishingImages/2017_DadosEstatisticos_Especialistas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Enfermagem de Reabilitação: bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). *Plano de Atividades para o Ano 2018*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5234/ceer_planoactividades2018.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf

- Organização Mundial de Saúde. (2001). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Acedido em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/1/9241545429.pdf>
- Pereira, R. (2016). Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 101-112). Loures: Lusodidacta.
- Pestana, H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 6ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pontes, M. M. & Santos, A. (2016). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 89-100). Loures: Lusodidacta.
- Portaria n.º 268/2002. (2002, março 13). Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem [Portugal]. *Diário da República 1B(61)*, pp. 2305-2309. Acedido em <https://dre.pt/application/file/265204>
- Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos cuidados de Enfermagem* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf
- Prado, M. L., Reibnitz, K. S., Rocha, P. K., Waterkamper, R., Abe, K. L. & Costa, J. J. (2011). Produção do conhecimento em enfermagem: contribuição de um curso de mestrado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(2), pp. 256-265. doi:10.4025/ciencucuidsaude.v10i2.10254
- Regulamento n.º 122/2011. (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp. 8648-8653. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf

- Regulamento n.º 125/2011. (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp. 8658-8659. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Regulamento n.º 533/2014. (2014, dezembro 2). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem [Portugal]. *Diário da República*, 2(233), pp. 30247-30254. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/60651797>
- Regulamento n.º 350/2015. (2015, junho 22). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [Portugal]. *Diário da República*, 2(119), pp. 16655-16660. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ribeiro, J. M. S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 27-36. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/R11062>
- Rodrigues, A. C. & Morais, A. J. P. (2015). Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: perspetiva profissional. *Enfermagem de Reabilitação: Percursos de Investigação* (3-15). ISBNp:978-989-99426-2-2
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª Edición. México: Mc Graw-Hill.
- Santos, V. (2013). Dotações Seguras em Enfermagem como reflexo na qualidade dos cuidados prestados. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 9, 18–23. Acedido em <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2013/04/rpgs009.pdf>
- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ribeiro, I., Lima, D. K. S., Padilha, M. I. & Gomes, B. P. (2018). Breve Panorama Mundial Da Enfermagem De Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 0, 7-13. Acedido em <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERn0.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Física e Reabilitação*. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-MFR.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva*. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

- Silva, E. L. M. C. (2013). *Ganhos em satisfação face aos cuidados de enfermagem de reabilitação – Doentes dependentes* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9418/1/TeseMestradoEduardoSilva_2013.pdf
- Sousa, E. S. A. S. (2011). *A Família – Atitudes do enfermeiro de reabilitação* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salomé_2011.pdf
- Souza, L. A. & Faro, A. C. M. (2011). História de reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. *Enfermería Global*, 10(24), 290-306. Acedido em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/pt_revision4.pdf
- Stedile, N. L. R. (2002). Ensino de Enfermagem: Momento Privilegiado de Construção do Conhecimento. *Acta Paulista de Enfermagem*, 15(3), 79-86. Acedido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11797&indexSearch=ID>
- Trettene, A. S., Fontes, C. M. B., Razera, A. P. R., Prado, P. C., Bom, G. C. & Kostrisch, L. M. (2017). Dimensionamento de pessoal de enfermagem referente à promoção do autocuidado em unidade de terapia semi-intensiva pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(2), 171-179. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170027>
- Varanda, E. M. G. & Rodrigues, C. A. F. (2016). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 145-158). Loures: Lusodidacta.
- Vituri, D. W., Lima, S. M., Kuwabara, C. C. T., Gil, R. B. & Évora, Y. D. M. (2011). Dimensionamento de Enfermagem Hospitalar: Modelo OPAS/OMS. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20(3), 547-556. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300017>

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de Recolha de Dados

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem de Reabilitação

Investigador Principal: Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

Investigador Colaborador: Isac Leandro Faria da Silva

Curso: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Dotações percebidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Portugal

Exmo. Sr. ou Sr.^a Enfermeiro (a):

Eu, Isac Leandro Faria da Silva, aluno do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu a exercer funções como enfermeiro na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., encontro-me a desenvolver a dissertação de mestrado, pelo que gostaria que colaborasse na resposta ao questionário: "*Dotações percebidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Portugal*".

Trata-se de um estudo de investigação que conta com o parecer favorável do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Assim sendo:

- as respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas;
- as questões que compõem este instrumento devem ser respondidas por si com a máxima sinceridade e veracidade;
- responda de acordo com a sua opinião, pois não existem respostas certas ou erradas;
- as suas respostas não serão utilizadas para outro fim que não o do presente estudo de investigação.

Grato pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

Declaro que aceito participar no estudo de investigação e dou por isso o consentimento para recolha e tratamento de dados. (preenchimento obrigatório)

1 - Género

- Feminino
- Masculino

2 - Idade (anos)

3 - Estado civil

- Solteiro
- Casado/União de facto
- Viúvo
- Divorciado

4 - Formação Académica

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5 - A que secção regional da Ordem dos Enfermeiros pertence?

- Norte
- Centro
- Sul
- Açores
- Madeira

6 - Quanto tempo, em anos, tem de experiência profissional?

7 - Há quanto tempo, em anos, tem o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER)?

8 - Motivo de ingresso na Especialidade/Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (pode ter mais que uma opção de resposta)

- Área de preferência para a aquisição de conhecimentos/competências
- Categoria de especialista/progressão na carreira
- Incentivo por parte do serviço/instituição
- Proximidade com a área de residência
- Reconhecimento profissional
- Remuneração

9 – Categoria Profissional

- Enfermeiro/Enfermeiro Especialista (passe para a pergunta 10)
- Enfermeiro Chefe (terminar questionário)
- Enfermeiro Supervisor/Diretor (terminar questionário)
- Outra opção: (terminar questionário)

10 - Tipo de instituição de saúde onde desempenha funções

- Cuidados de Saúde Primários (passe para a pergunta 11)
- Cuidados de Saúde Hospitalares (passe para a pergunta 12)
- Cuidados Continuados Integrados [unidades de internamento (passe para a pergunta 12)]
- Setor Privado [serviços/unidades de internamento (passe para a pergunta 12)]
- Outra opção: (terminar questionário)

11 - Faz parte de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados?

- Sim (passe para a pergunta 13)
- Não (passe para a pergunta 12)

12 - Qual o serviço/unidade onde exerce funções?**13 - Desempenha funções com que carga horária semanal?**

- < 35 horas
- 35 horas
- 40 horas
- \geq 42 horas

14 - Essas funções são desempenhadas em que tipologia de horário? (pode ter mais que uma opção de resposta)

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Período semanal
- Período de fim de semana

15 - Qual o seu tipo de vínculo contratual?

- Contrato a termo resolutivo certo
- Contrato a termo resolutivo incerto
- Contrato em funções públicas
- Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado
- Trabalhador independente

16 - Integra os quadros da instituição que representa, como EEER?

- Sim
- Não

17 - Exerce funções no âmbito dos cuidados especializados no serviço/unidade onde exerce funções?

- Sim (passe para a pergunta 18)
- Não (passe para a pergunta 29)

18 - Essas funções são exclusivas de Enfermagem de Reabilitação?

- Sim (passe para a pergunta 20)
- Não (passe para a pergunta 19)

19 - Não, porquê? (pode ter mais que uma opção de resposta)

- Por ausência de remuneração equiparada ao título de EEER
- Por não estar contemplado o exercício de funções de EEER
- Por necessidade de recursos humanos nos cuidados gerais
- Por opção
- Por ser atribuída a outros profissionais de saúde

20 - Embora não preste apenas cuidados especializados de reabilitação, existem turnos em que o faz em exclusividade?

- Sim (passe para a pergunta 21)
- Não (passe para a pergunta 29)

21 - De um modo geral, como é organizado o trabalho do EEER no serviço/unidade onde exerce funções?

- Com a participação da restante equipa de Enfermagem
- Pelo Enfermeiro Chefe
- Por iniciativa própria dos EEER

22 - Habitualmente, a quantos utentes presta cuidados de Enfermagem de Reabilitação na sua prática diária?

23 – Essa dotação tem em conta: (pode ter mais que uma opção de resposta)

- Distribuição do EEER por espaços/alas
- Distribuição do EEER por número de utentes
- Distribuição do número de EEER existentes por turno
- Distribuição por horas de cuidados necessárias em reabilitação por utente
- Referenciação/avaliação do EEER
- Referenciação médica
- Referenciação pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

24 - Em média, quanto tempo, em minutos, despende de cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao utente?

25 - Considera adequado o tempo que despende de cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao utente?

- Sim (passe para a pergunta 27)
- Não (passe para a pergunta 26)

26 - Não, na sua opinião, quanto tempo, em minutos, consideraria ser o ideal?

27 - Em que domínio da Reabilitação incidem as suas intervenções? (pode ter mais que uma opção de resposta)

- Cardíaco
- Cognitivo
- Musculoesquelético
- Respiratório

28 - Que outras classes profissionais da área da saúde estão envolvidas no processo de reabilitação do utente? (pode ter mais que uma opção de resposta)

- Fisioterapia
- Medicina
- Nutrição
- Psicologia
- Serviço Social
- Terapia da Fala
- Terapia Ocupacional

29 - Considera que se encontra no serviço/unidade adequado(a) para o exercício de funções como EEER?

- Sim (passe para a pergunta 31)
- Não (passe para a pergunta 30)

30 - Não, porquê? (pode ter mais que uma opção de resposta)

- Encontro-me a aguardar pedido de mobilidade/transferência interna
- Exercício simultâneo de cuidados de Enfermagem especializados e gerais
- Não corresponde à minha área de interesse para a prestação de cuidados especializados
- O serviço/unidade não contempla o exercício de funções de Enfermagem de Reabilitação
- O serviço/unidade não integra EEER na prestação direta de cuidados especializados
- Pedido formal de mobilidade/transferência interna recusado

31 - Considera que após a especialização lhe foram atribuídas mais responsabilidades?

- Sim (passe para a pergunta 32)
- Não (passe para a pergunta 33)

32 - Sim, que tipo de responsabilidades? (pode ter mais que uma opção de resposta)

- Apoio à gestão
- Integração de comissões de estudo/qualidade ou outras
- Integração de novos elementos na equipa/unidade
- Orientação de alunos em ensino clínico
- Responsável de turno/equipa
- Responsável pela formação em serviço

33 - Para além dos cuidados de Enfermagem ao utente, tem disponibilidade para atualizar e desenvolver conhecimentos no domínio da Enfermagem de Reabilitação?

- Sim
- Não

34 - Encontra-se com motivação para realizar produção de conhecimento no domínio da Enfermagem de Reabilitação?

- Sim
- Não

35 - Que formação no domínio da Enfermagem de Reabilitação fez nos últimos dois anos?

- Nenhuma
- Outra opção:

36- Já participou em algum projeto/estudo no seu serviço/unidade/instituição no âmbito da Enfermagem de Reabilitação?

- Sim (terminar questionário)
- Não (passe para a pergunta 37)

37 - Não, porquê? (pode ter mais que uma opção de resposta)

- Desmotivação
- Falta de apoio/recursos
- Falta de oportunidades
- Falta de tempo

Grato pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

Isac Silva

Apêndice II – Operacionalização das instituições e dos serviços/unidades

Instituições de Cuidados de Saúde Primários	
Centro de Saúde (CS) Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Unidade de Saúde Familiar (USF)	
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	
Instituições de Cuidados de Saúde Hospitalares Públicos e Privados	
Unidade de Cuidados Intensivos	Críticos (camas de nível III)
Outras Medicinas Intensivas	Críticos (camas de nível II), Neurocríticos e Holopotenciárias
Especialidades Médicas	Cardiologia
	Medicina Interna
	Pneumologia
Outras Especialidades Médicas	Infeciologia
	Medicina-Gastroenterologia
	Medicina-Pneumologia
	Medicina-Neurologia
	Medicina-Unidade Acidentes Vasculares Cerebrais
	Medicina-Unidade Acidentes Vasculares Cerebrais-Unidade Cuidados Intermédios
	Neurologia
	Neurologia-Acidentes Vasculares Cerebrais
	Neurologia-Cardiologia-Nefrologia
	Neurologia-Nefrologia-Hematologia-Unidade Cerebrovascular
Unidade da Dor	
Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais	
Especialidades Cirúrgicas	Cirurgia Geral
	Ortopedia/Ortotraumatologia
	Neurocirurgia
Outras Especialidades Cirúrgicas	Especialidades Cirúrgicas Cirurgia Cardiorácica Cirurgia Vascular
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	Gastroenterologia
	Ginecologia
	Ginecologia-Urologia-Cirurgia Plástica-Pneumologia
	Hematologia
	Nefrologia
	Oncologia
	Ortopedia-Medicina
	Ortopedia-Neurologia
	Otorrinolaringologia
	Paliativos
	Psicogeriatría
	Psiquiatria
	Urologia
	Urologia-Medicina Paliativa

Apêndice II – Operacionalização das instituições e dos serviços/unidades (continuação)

Instituições de Cuidados de Saúde Hospitalares Públicos e Privados	
Pediatría e Neonatologia	
Medicina Física e Reabilitação	
Cinesiterapia Respiratória	
Instituições de Cuidados Continuados Integrados	
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença (UCCC)
	Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)
	Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)
	Unidade Longa Duração e Manutenção (ULDM)
	Unidade Média Duração e Reabilitação (UMDR)

Apêndice III – Pedido de colaboração à Ordem dos Enfermeiros

Assunto:

Pedido de colaboração à Ordem dos Enfermeiros sobre Estudo de Investigação

Digníssima Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

Ana Rita Cavaco

Eu, Isac Leandro Faria da Silva, membro da Ordem dos Enfermeiros com a Cédula Profissional nº 72107, colaborador do Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E., a exercer funções de enfermeiro na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais e aluno do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, venho por este meio pedir a V. Ex.^a autorização para realizar um estudo de investigação, com o título “*Dotações percebidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Portugal*”, sob orientação do Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque.

O mesmo surge da questão de investigação “*Como serão as dotações em Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Portugal ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares (serviços/unidades de internamento público e privado) e Cuidados Continuados Integrados, tendo em conta a perceção dos EEER?*”. O estudo em epígrafe tem como objetivos:

- Caracterizar a população de EEER a nível nacional, do ponto de vista sociodemográfico;
- Identificar as dotações em EEER praticadas ao nível dos Cuidados Hospitalares (serviços/unidades de internamento público e privado), Cuidados de Saúde Primários e Unidades de Cuidados Continuados Integrados;
- Comparar, em termos socioprofissionais, Enfermeiros Especialistas em Reabilitação a exercer funções em Cuidados de Saúde primários, Hospitalares (serviços/unidades de internamento público e privado) e Cuidados Continuados Integrados;
- Conhecer a visão e perceção dos EEER nos Cuidados de Saúde primários, Hospitalares (serviços/unidades de internamento público e privado) e Cuidados Continuados Integrados;

Apêndice III – Pedido de colaboração à Ordem dos Enfermeiros (continuação)

- Contribuir para a obtenção de informação socioprofissional que permita um reajuste das dotações em Enfermeiros Especialistas em Reabilitação em Portugal.

Os dados serão recolhidos através de questionário, com recurso à plataforma online *Google Forms*, aplicado a todos os Enfermeiros com o título de Especialista em Reabilitação, inscritos e sinalizados na base de dados da Ordem dos Enfermeiros e que se encontrem na prestação de cuidados no sistema nacional de saúde, essencialmente em Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares (serviços/unidades de internamento público e privado) e Unidades de Cuidados Continuados Integrados. Este questionário será de carácter confidencial, e terá respostas do tipo aberta e fechada de matriz única ou de escolha múltipla.

Desta forma, e uma vez dada a primazia à instância que regula e representa a ação da Enfermagem, venho por este meio solicitar à Ordem dos Enfermeiros que se pronuncie no sentido de autorizar e colaborar na realização do presente estudo.

Para o efeito junta-se em anexo:

- a) Parecer do Orientador;
- b) Declaração de Compromisso de Honra;
- c) Parecer da Comissão de Ética sobre o Estudo/Investigação da Escola Superior de Saúde de Viseu;
- d) Projeto do Estudo de Investigação;
- e) Instrumento de Recolha de Dados – Questionário;
- f) Nota endereçada no email a enviar aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Agradecendo antecipadamente a atenção que possam dispensar-me, apresento os melhores cumprimentos.

Viseu, 08 de Novembro de 2017

Pede deferimento,

Isac Leonardo Faria da Silva

Assinatura

Apêndice IV – Horas de Cuidados Necessárias

[Conversão do tempo médio (minutos) para a cada utente, em horas, para a prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação]

Serviço/Unidade	Tempo médio necessário para a prestação de cuidados	
	Minutos	Horas
Centro de Saúde Unidade de Cuidados na Comunidade Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Unidade de Saúde Familiar	49.64	0.83
Equipa de Cuidados Continuados Integrados	59.18	0.99
Unidade de Cuidados Intensivos	55.25	0.92
Outras Medicinas Intensivas	45.50	0.76
Cardiologia	64.29	1.07
Medicina Interna	48.42	0.81
Pneumologia	41.63	0.69
Outras Especialidades Médicas	56.92	0.95
Cirurgia Geral	45.26	0.75
Ortopedia/Ortotraumatologia	43.48	0.72
Neurocirurgia	51.88	0.86
Outras Especialidades Cirúrgicas	35.83	0.60
Outras Especialidades Médico-Cirúrgicas	53.13	0.89
Pediatria e Neonatologia	58.33	0.97
Medicina Física e Reabilitação	62.27	1.04
Cinesiterapia Respiratória	70.00	1.17
Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença Unidade de Cuidados Continuados Integrados Unidade de Cuidados Paliativos Unidade Longa Duração e Manutenção Unidade Média Duração e Reabilitação	50.30	0.84

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJETOS

PARECER Nº 21/2017

Estudante	Isac Leandro Faria da Silva
Investigador Responsável	Carlos Manuel Sousa Albuquerque
Curso	<i>De Mestrado em Enfermagem de Reabilitação</i>
No âmbito de	<i>Unidade Curricular de Relatório Final</i>
Identificação do Estudo/Projeto	<i>Dotações percebidas pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação.</i>
Data de submissão	17.10.2017
Relator	José Luís Gomes
A presidente da CE da ESSH	Professora Doutora Ernestina Batoca <i>Ernestina Batoca</i>

X	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável)	MOTIVOS:
	PARECER ÉTICO CONDICIONADO A AVALIAÇÃO (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos)	MOTIVOS: <i>(ver requisitos)</i>
	PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projeto não pode ser avaliado)	MOTIVOS:

Anexo II – Parecer da Ordem dos Enfermeiros



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que,

No âmbito do estudo «Dotações percebidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Portugal» e de acordo com o Parecer 51/2013 do Conselho de Enfermagem, foi divulgado o questionário *online* elaborado para a Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, de Isac Leandro Faria da Silva, membro nº 72107.

A divulgação foi realizada nos meios de comunicação da Ordem dos Enfermeiros nos dias 10 e 11 de Janeiro de 2018.

Lisboa, 15 de Maio de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedrosa Cavaco

