



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Avaliação dos Conhecimentos dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre o Processo de Referenciação do Utente para a RNCCI: “Realidade do Aces Dão Lafões”.**

Rita Daniela Gonçalves Matias de Andrade





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Avaliação dos Conhecimentos dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre o Processo de Referenciação do Utente para RNCCI:” Realidade do Aces Dão Lafões”**

Rita Daniela Gonçalves Matias

## **Relatório Final**

5ºCurso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

2021



## **Agradecimentos**

O desenvolvimento deste trabalho apenas foi possível com a ajuda e apoio de vários colegas e amigos, pelo que não posso deixar de lhes agradecer pela partilha de variadíssimos momentos de crescimento e desenvolvimento pessoal e académico. Um agradecimento especial à Professora Doutora Ana Andrade, pelo seu apoio incondicional em todas as fases deste percurso, pela dedicação, empatia e rigor. Um exemplo do profissionalismo que levo para a vida. Guardo e não esqueço, as chamadas de atenção em prol da melhoria como enfermeira, agora em direção ao percurso de especialização comunitária. O meu sincero obrigada. À Professora Doutora Lúcia Cabral pela coordenação do 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária (6º CPLEEC), à Professora Doutora Cláudia Chaves todos os seus ensinamentos, a partilha do saber. Espero ter ido ao encontro das expectativas que depositaram em mim ao longo destes anos em diferentes percursos académicos. À Professora Odete Amaral pelas aprendizagens pela partilha e contributos para este magnífico percurso de crescimento científico, técnico e humano. A todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, Goreti Ferreira, Alice Venâncio, Luis Costa, Ana Claudia Oliveira, responsáveis pela supervisão clínica dos diferentes estágios realizados. A eles um obrigada pelo encorajamento e pelo rigoroso alicerce, que foram, ao longo de todo este processo. Aos colegas do 6º CPLEEC, pelo permanente companheirismo, solidariedade, incentivo e dinamismo intelectual, durante esta jornada única. Um muito obrigado, “agora” à minha equipa da UCC Viseense pelo apoio paciência, incentivo e compreensão ao longo de todo este percurso e que de tudo têm feito para atingir esta etapa com sucesso. E por me terem recebido de braços abertos nesta nova jornada académica e profissional. Um agradecimento com especial relevância para os meus filhos Diogo e Rafael e para o meu marido André pela sua compreensão e pelo tempo que não lhes foi dedicado. Obrigada pela vossa presença nesta etapa tão importante, sem a qual seria impossível chegar até aqui. Um agradecimento muito sincero aos meus familiares, em especial aos meus Pais pelo amor e apoio contínuo e incondicional. A eles, que todos os dias demonstram que independentemente do que a vida nos reserve, o nosso amor será eterno e juntos superaremos tudo. A todos o meu mais sincero obrigada

## **Resumo**

**Enquadramento:** Para que os utentes integrem na Rede Nacional de Cuidados Continuados é essencial que o processo de referenciação se concretize, sendo necessário trabalho em equipa. Os grupos profissionais envolvidos na referenciação de utentes como enfermeiros, médicos e assistentes sociais, têm papéis, funções e competências radicalmente diferentes, mas apenas uma equipa interdisciplinar permite alvejar a excelência e a qualidade holística dos cuidados à pessoa, ou seja, em toda a sua plenitude.

**Objetivos:** Identificar o perfil dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários; avaliar os conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI.

**Metodologia:** Estudo descritivo de natureza quantitativa onde participaram 30 enfermeiros com uma idade média 42,96 % e um desvio padrão de 7,88 e maioritariamente do género feminino. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário, de caracterização sociodemográfica e profissional bem como questões que avaliam os conhecimentos dos enfermeiros. Foram cumpridos todos os procedimentos éticos.

**Resultados:** Os resultados indicam que os enfermeiros em estudo reconhecem a importância do papel por eles desempenhado e que conhecem o processo de referenciação do utente para a RNCCI.

**Conclusão:** Apesar dos enfermeiros apresentarem conhecimentos acerca do processo de referenciação do utente para RNCCI, referem que é necessário investir mais na formação, para se sentirem mais competentes.

**Palavras chave:** enfermeiros; cuidados saúdes Primários; rede de cuidados continuados de saúde.

## **Abstract**

**Framework:** The model of the National Network for Continuing Integrated Care (RNCCI) is expanding, constituting a fundamental instrument for improving the efficiency of care provision, while integrating the provision of health care with social support. For users to enter the National Network for Continuing Care, it is essential that the referral process takes place, requiring teamwork. The main professional groups involved in the referral of users, such as nurses, doctors and social workers, may have radically different roles, functions and competences, but only an interdisciplinary team allows us to target excellence and holistic quality of care for the person, that is, throughout its fullness.

**Objectives:** To draw the profile at the professional level of nurses in primary health care; characterize nurses' knowledge; identify the nurses' motivation.

Nurses who perform functions in the area of community nursing and who provide CSP play a prominent role and for this reason this study aimed to assess the knowledge of nurses in primary care about the process of referring users to the RNCCI.

**Methodology:** The method adopted was quantitative, being a descriptive study in which 30 individuals participated, most of them female. The data collection instrument used was the questionnaire, so the data analysis technique was statistical analysis.

**Results:** The results indicate that the nurses in the study recognize the importance of the role they play and that they know the process of referring users to the RNCCI.

**Conclusion:** It is concluded that, despite having knowledge about the process of referring users to RNCCI, they indicate that it is necessary to invest more in training, encourage the motivation of nurses and invest in more human resources to reduce the workload.

Descriptors: nurses; primary health care; continuing health care network.

## Sumário

<b>Lista de Quadros</b> .....	IX
<b>Lista de Tabelas</b> .....	XI
<b>Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos</b> .....	XII
<b>Introdução</b> .....	14
<b>1 – Competências Adquiridas</b> .....	<b>Erro! Marcador não definido..16</b>
1.1. –_Caracterização UCC Viseense.....	17
<b>2. – Atividades realizadas</b> .....	23
2.1. –Estudo : “Avaliação dos Conhecimentos dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre o Processo de Referenciação do Utente para RNCCI:”Realidade do Aces Dão Lafões”.....	25
<b>2.1.1. Enquadramento Teórico</b> .....	26
<b>2.1.2. Metodologia</b> .....	<b>57</b>
<b>2.1.3. Apresentação e análise dos resultados</b> .....	<b>42</b>
<b>2.1.4 Conclusões do estudo</b> .....	<b>74</b>
<b>3. Avaliação por competências</b> .....	75
<b>Considerações Finais</b> .....	75
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>80</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>85</b>

**Lista de Quadros**

Quadro 1 – Programas e Projetos da UCC Viseense.....	20
Quadro 2 – Critérios de referência do utente para a RNCCI.....	55
Quadro 3 – Equipas hospitalares.....	56
Quadro 4 – Equipas domiciliárias.....	60

**Lista de Figuras**

Figura 1 – Mapa Conselho de Viseu .....	17
Figura 2 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros em função do género.....	22

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros segundo o género.....	62
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros em função do género.....	63
Tabela 3 – Caracterização académica dos Enfermeiros.....	64
Tabela 4 – Caracterização profissional dos Enfermeiros.....	65
Tabela 5 – Caracterização da Formação dos Enfermeiros na área dos Cuidados Continuados Integrados .....	66
Tabela 6 – Perceção dos enfermeiros sobre os conhecimentos e processo de referenciação na área dos Cuidados Continuados Integrados.....	67
Tabela 7 - Caracterização do nível de conhecimentos dos enfermeiros na área dos Cuidados Continuados Integrados.....	70
Tabela 8 - Conhecimentos sobre o processo de referenciação do utente para a Rede de Cuidados Continuados Integrados.....	72
Tabela 9: Nível de conhecimentos dos enfermeiros.....	73

## **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

- ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde  
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
ARS – Administrações Regionais de Saúde  
Art. – Artigo  
CCI – Cuidados Continuados Integrados  
CCISM – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental  
CE – Conselho de Enfermagem  
CIE – Conselho Internacional de Enfermagem  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DL – Decreto-Lei  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
ECL – Equipa Coordenadora Local  
ECR – Equipa Coordenadora Regional  
EGA – Equipa de Gestão de Altas  
ERS – Entidade Reguladora da Saúde  
ICN – *International Council of Nurses*  
ITU – Infecções do Trato Urinário  
MS – Ministério da Saúde  
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PICC – Processo Individual de Cuidados Continuados  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
UAG – Unidade de Apoio à Gestão  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção  
UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados  
UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação  
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

## **Introdução**

Ao longo dos anos, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram sofrendo alterações, no sentido de serem melhorados. As diversas alterações ocorridas na sociedade, bem como nos padrões de saúde e de doença, colocaram, aos poucos, os cuidados de saúde primários na primeira linha. Por isso mesmo, estes começaram a receber mais atenção por parte de políticos, mas também de gestores de saúde (Vital & Teixeira, 2012). Assim sendo, foram várias as reformas a que os cuidados de saúde primários foram sujeitos.

O enfermeiro é um profissional de saúde de relevo no sistema nacional de saúde e, em particular, nos cuidados de saúde primários, tendo contribuído para a evolução dos mesmos. Este deve ajudar o indivíduo e a família, não só no que diz respeito à doença, mas em todas as questões relacionadas com a saúde e, neste caso, na orientação para instituições, apoios e prestação de cuidados.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é um exemplo em que o enfermeiro desempenha um papel crucial e onde pode auxiliar os utentes e as suas famílias. Neste sentido, este estudo debruça-se sobre os conhecimentos que os enfermeiros de cuidados de saúde primários possuem sobre o processo de referenciação dos utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Este trabalho decorre do Estágio com Relatório Final em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, no contexto do Plano de Estudos do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Viseense, entre 1 de março e 16 de julho de 2021, sob a orientação da Professora Doutora Ana Andrade e da Senhora Enfermeira Especialista e Mestre Ana Cláudia Oliveira. Constitui objetivo deste estágio, de acordo com o Guia orientador do estágio planear, executar e avaliar cuidados integrados de saúde na prática especializada e elaborar um projeto de estágio (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2019). Integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária, o estágio final permite o desenvolvimento de competências científicas, humanas, técnicas e relacionais avançadas e especializadas, nesta área.

O presente relatório permite-nos uma reflexão e análise crítica do desempenho profissional e pessoal e competências adquiridas no decurso do estágio, com vista à concretização dos objetivos definidos. Desta forma, e procurando ir de encontro às necessidades

identificadas, propusemo-nos conhecer e compreender os conhecimentos dos Enfermeiros dos cuidados de saúde primários do Aces Dao Lafões.

No que diz respeito à organização do trabalho, este encontra-se estruturado em três partes: primeira de reflexão acerca das competências adquiridas, segunda de pendor teórico e terceira de cariz prático.

Na primeira parte, abordamos as competências adquiridas neste estágio, explanando as atividades desenvolvidas e apresentando o respetivo cronograma.

A segunda parte é composta por dois capítulos, sendo que no primeiro estão em foco os cuidados de saúde primários, bem como os enfermeiros que desempenham funções nos mesmos. Já o segundo capítulo enfoca a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, onde se caracterizam os cuidados continuados integrados, o processo de referenciação do utente para a Rede e as equipas multidisciplinares que trabalham na Rede.

A terceira parte inicia-se com a apresentação da metodologia, ou seja, do problema e da questão de investigação, dos objetivos que orientam o estudo, o método e o tipo de estudo, a população e a amostra, o instrumento de recolha de dados utilizado e a respetiva técnica de análise, bem como os procedimentos éticos considerados na realização do estudo.

Por fim à apresentação dos resultados obtidos, seguido do capítulo da discussão dos resultados, onde se analisam os resultados obtidos e se confrontam os mesmos com a literatura que disserta sobre esta matéria.

Na finalização do trabalho serão apresentadas as principais conclusões do estudo, bem como das suas limitações e contribuições para a prática clínica.

## 1– Competências Adquiridas

Ao longo deste período de aprendizagens, percebe-se as competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito científico, comunicacional, relacional e reflexivo como recursos à capacitação na tomada de decisão diferenciada, considerando os problemas complexos, os seus contextos numa formação alicerçada da identidade profissional.

O estágio com relatório final: “Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social” decorreu na UCC Viseense, unidade funcional dos Cuidados de Saúde Primários, à qual compete segundo o artigo 11º do decreto lei nº28/2008, artigo regulador dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) a prestar:

cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (Portugal, Decreto-Lei nº 28/2008, p.1184).

Segundo o mesmo artigo, a UCC tem competência de constituir a ECCI, equipa que atua no âmbito dos cuidados continuados da RNCCI. Esta está integrada nos CSP a nível das UCC.

Os Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária são os que têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Regulamento n.º 128/2011, in DR n.º 35, 2.ª série, de 18 de fevereiro).

Tendo também por base as competências emanadas pelo instrumento de avaliação do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a minha ação neste estágio permitiu a aquisição das seguintes competências:

Demonstrar princípios humanistas de acordo com o previsto no Código Deontológico do Enfermeiro procurando a excelência do exercício profissional;  
Desenvolver competências relacionais e comunicacionais adequadas a indivíduos/família e comunidade;

Adquirir saberes e competências científicas/técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social;



UCC Viseense tem por missão prestar cuidados de saúde de domínio biopsicossocial (numa lógica de prestação de cuidados integrada e de proximidade) de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física/psíquica e funcional. Atua ainda na literacia em saúde e na integração em redes de apoio à família, garantindo sempre a continuidade, a acessibilidade, a satisfação dos utentes, o rigor e a excelência na prestação de cuidados, contribuindo para a obtenção de incontestáveis ganhos em saúde.

A UCC Viseense tem como visão ser um referencial de boas práticas em contexto comunitário, através da gestão eficaz e eficiente dos recursos físicos e humanos, garantindo a melhoria contínua dos cuidados prestados, assegurando os padrões de qualidade em saúde.

O objetivo principal é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de abrangência, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra.

À UCC compete também constituir as ECCEI, previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Participa ainda na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua.

A UCC Viseense rege-se pelos seguintes valores:

- Respeito pela igualdade de direitos consagrados na Constituição da República Portuguesa ao utente, família e comunidades, assegurando a não discriminação;
- Promoção da Autonomia física e mental do utente;
- Direito à Saúde e à Acessibilidade dos cuidados em tempo útil;
- Atitude centrada nas pessoas, famílias e grupos, detendo como principal premissa a dignidade humana;
- Cumprimento dos Princípios Éticos e Deontológicos inerentes a cada área profissional;
- Reconhecimento da responsabilidade do utente pelo seu projeto de saúde, atendendo aos seus direitos e deveres consagrados na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, respeitando as suas escolhas;
- Respeito pelas boas praxis profissionais;
- Gestão participativa baseada num sistema de comunicação assertiva e espírito de equipa entre todos os profissionais, promovendo a motivação e a satisfação profissional.

A UCC Viseense é constituída por uma equipa multidisciplinar, em permanência ou em colaboração parcial, que responde às necessidades de saúde e sociais identificadas no

diagnóstico de saúde e que permitem assegurar o conjunto de atividades essenciais da sua missão e atribuições constantes da carteira de serviços.

A UCC Viseense tem como compromisso prestar cuidados de saúde de proximidade aos habitantes, às famílias e à comunidade da área de abrangência das unidades de saúde familiar (USF) sediadas no CS Viseu 3 (USF Cidade Jardim, USF Grão Vasco e USF Viriato), bem como aos utentes residentes nas seguintes freguesias do concelho de Viseu: União de Freguesias Boa Aldeia, Farminhão e Torredeita, União de Freguesias dos Coutos, União de Freguesias de Vila Chã de Sá e Fail, União de Freguesias Repeses e São Salvador, Lordosa, Calde, Silgueiros, Ranhados, São João de Lourosa e Fragosela.

A carteira de serviços da UCC Viseense inclui os programas/projetos descritos no quadro 1.

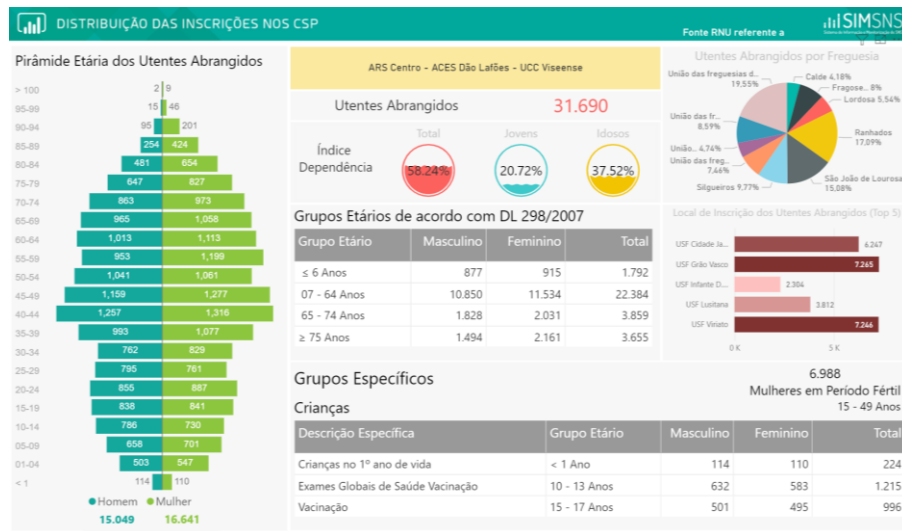
## Quadro 1 – Programas e Projetos da UCC Viseense

### PROGRAMA / PROJETO

<input type="radio"/>	REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - RNCCI
<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS VISEENSE – ECCI</li> </ul>
<input type="radio"/>	PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ESCOLAR – PNPSE
<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR VISEENSE           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PROJETO MAIS CONTIGO;</li> <li>▪ PROJETO IN-DEPENDÊNCIAS;</li> <li>▪ PROJETO “ABC”</li> <li>▪ PROJETO “DORMIR SOBRE O ASSUNTO”</li> <li>▪ PROJETO “SEXUALMENTE”</li> <li>▪ PROJETO “ALIMENTE”</li> <li>▪ CRIANÇAS E JOVENS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS</li> </ul> </li> </ul>
<input type="radio"/>	PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL – PNPSE
<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR VISEENSE           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PROJETO “SOBE”</li> </ul> </li> </ul>
<input type="radio"/>	RASTREIO DE SAÚDE VISUAL INFANTIL
<input type="radio"/>	NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO VISEENSE – NACJR
<input type="radio"/>	EQUIPA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA AO LONGO DO CICLO DE VIDA VISEENSE – EPVA
<input type="radio"/>	SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE À INFÂNCIA - SNIPI
<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ EQUIPA LOCAL DE INTERVENÇÃO À INFÂNCIA DE VISEU – ELI</li> </ul>
<input type="radio"/>	COMISSÃO DE PROMOÇÃO DE DIREITOS E PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO DE VISEU – CPCJ
<input type="radio"/>	REDE SOCIAL
<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ CONSELHO LOCAL DE AÇÃO SOCIAL DE VISEU – CLAS</li> </ul>
<input type="radio"/>	NÚCLEO DE INSERÇÃO SOCIAL DE VISEU – NLI
<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO</li> </ul>
<input type="radio"/>	PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES
<input type="radio"/>	PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ PROJETO “FAMILIARTE”</li> <li>○ PROJETO “COGNITIVAMENTE”</li> <li>○ PROJETO NO ÂMBITO DO PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS (PNRCAD)</li> </ul>
<input type="radio"/>	SAÚDE DA FAMÍLIA
<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ PROJETO SAÚDE POSITIVA</li> <li>○ PROJETO DE LITERACIA EM SAÚDE</li> </ul>
<input type="radio"/>	SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO
<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ PROJETO “ARTICULAR E CUIDAR EM CONTINUIDADE”</li> <li>○ PROJETO “ATIVIDADE SÉNIOR”</li> </ul>
<input type="radio"/>	INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
<input type="radio"/>	PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO DA QUALIDADE

A UCC Viseense presta cuidados a 45624 utentes inscritos nas seguintes USF's (Unidade de Saúde Familiar): USF Cidade Jardim, USF Grão Vasco e USF Viriato, todas sediadas no Centro de Saúde Viseu 3. (BI-CSP, 2021).

**Figura 2: Uteses abrangidos pela UCC Viseense**



Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde (2021, maio 18). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30022/2182591/Pages/default.aspx>

A ECCI Viseense foi homologada a 16 novembro de 2017 e integra na rede de cuidados continuados integrados (RNCCI) que é constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde e apoio social. São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados e apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situações de dependência.

Neste âmbito a equipa de ECCI é uma equipa multidisciplinar, constituída por oito enfermeiros, um técnico de serviço social, um nutricionista, um psicólogo e um fisioterapeuta e outros da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social que prestam cuidados de saúde domiciliários a pessoas de dependência funcional, doença mental grave ou doença terminal ou em processo de convalescença, cujo situação não requiere internamento, mas requiere cuidados no domicílio.

## 1.2- Competências específicas

No caso da Saúde escolar encontravam-se, ao momento, suspensas as atividades do programa devido às condições epidemiológicas do país, contudo continua a haver encaminhamento das situações urgentes ou esporádicas, como por exemplo a identificação de diagnóstico de diabetes de utente da comunidade escolar ao qual necessita de ser dada formação à comunidade escolar, docente e não docente.

Os enfermeiros têm assumido, ao longo do tempo, uma participação ativa e um papel fulcral no sistema de saúde português assim como na promoção da qualidade de vida dos cidadãos, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico (Cantante et al., 2020).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o enfermeiro especialista é o detentor de competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

No âmbito da Especialidade em Enfermagem Comunitária, existem duas áreas, a de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a de Enfermagem de Saúde Familiar, que se encontram delimitadas por um conjunto de competências específicas que visam a concretização de objetivos de acordo com o alvo e o contexto de intervenção promovendo assim um enquadramento regulador para a certificação das mesmas.

Com o objetivo de avaliar o estado de saúde da comunidade, elaboram-se projetos adequados às necessidades detetadas, implementando intervenções e monitorizando as mesmas.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos CSP.

De acordo com as competências descritas como específicas para a área da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, desenvolveu-se, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contributos para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; e cooperação e na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Já na área da Enfermagem de saúde familiar, foram adquiridas competências específicas nomeadamente: cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar

## 2– Atividades Realizadas

As atividades realizadas no decorrer do estágio com Relatório Final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social foram realizadas com intuito de cumprir os objetivos de aprendizagem, tendo em conta a área optativa” Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e apoio Social “, que constam no Guia do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária 2019/2021 (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2019).

Uma das primeiras atividades realizadas foi a integração na ECCI da UCC Viseense e a elaboração do Projecto de Estágio. Neste processo teve por base a consulta do manual de acolhimento para enfermeiros e estudantes de Enfermagem da UCC Viseense. A sua consulta possibilitou o conhecimento da estrutura organizacional e funcional da UCC, objetivos gerais da instituição, áreas e projeto implementados.

A integração nestas atividades dos programas já desenvolvidos pela UCC possibilitaram a projeção das intervenções a realizar de modo a desenvolver competências, estruturar pensamento, agindo de forma coerente e coordenada.

O planeamento, execução e avaliação de cuidados integrados de saúde e apoio social foi realizada no âmbito da ECCI, visando a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, foi uma das atividades realizadas de forma constante ao longo do estágio.

Com efeito esta circunstância da prestação de cuidados permite cuidar do indivíduo no seu contexto de vida, cuidar da família compreendendo a dinâmica funcional e ter a perceção da comunidade onde está inserido, possibilitando uma intervenção mais direcionada e eficaz.

No decorrer da visita domiciliária, foram realizadas atividades de colheita de dados do utente, de modo a compreender as necessidades do mesmo e da sua família, as estruturas familiares existentes ou ausentes, suas dinâmicas e ambientes envolventes.

Estas avaliações permitem caracterizar utentes, cuidadores e o contexto de cuidados, possibilitando ao enfermeiro da ECCI delinear intervenções mais adequadas às necessidades identificadas.

Os registos de enfermagem nos programas informáticos Clínico e GestCare CCI, conforme a circular Normativa Conjunta n.4/2020/ACSS/ISS (Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, 2020b) foi uma constante e por sua vez também um desafio. Os sistemas de informação assumem uma importância notável na prática dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a existência de informação tradutora das práticas

dos cuidados de enfermagem, evidenciando os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2009), sendo da responsabilidade do enfermeiro garantir o registo desta informação, por forma a assegurar a segurança e a continuidade dos cuidados promovendo a melhora dos mesmos atingindo a obtenção dos ganhos em saúde.

### **Atividades realizadas e competências adquiridas**

- a) Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade:

Esta análise realizou-se conjuntamente com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC Viseense, através da apreciação por parte dos profissionais de saúde e das experiências dos vários contextos profissionais das colegas integrantes neste estágio sobre o processo de referenciação dos utentes para a RNCCI, levando a identificação de limitações no processo.

Urge a necessidade de identificar as unidades funcionais dos CSP envolvidas no processo de referenciação assim como a conhecer as suas necessidades e dificuldades do conhecimento dos enfermeiros sobre este processo.

- b) Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados:

No âmbito da Saúde Escolar foi proposta a apresentação de uma temática sobre a Diabetes a estudantes do 4º ano de escolaridade, esta ação foi realizada de forma não presencial tornando-se um desafio (fazer chegar a informação à comunidade escolar e cativar os alunos através de um ecrã) e uma rentabilização das novas tecnologias.

- c) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades:

No âmbito da vacinação aos residentes das estruturas residenciais para pessoas idosas, e no contexto pandémico vivenciado foi realizada a vacinação de utentes e funcionários bem como a capacitação dos mesmos. Foi uma oportunidade de participar na coordenação e reorganização das atividades do Plano nacional de vacinação contra covid 19.

Este processo exigiu coordenação a nível da gestão e planeamento das atividades até ao agendamento e rastreio dos utentes elegíveis.

Face às constantes alterações das normas da DGS para a vacinação, todo o planeamento realizado até a data poderá ser mudado e cabe-nos a nós enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, interpretar as normas/diretrizes e despachos para que possamos oferecer soluções viáveis às nossas comunidades envolventes.

- d) Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção:

Considerando a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

No âmbito do processo de referenciação, o enfermeiro assume grande relevância pela proximidade que tem com a comunidade. Durante a prestação de cuidados no domicílio, tem a possibilidade de avaliar in loco todas as particularidades inerentes a cada família assim como identificar dificuldades no sentido de criar estratégias com vista a atingir os objetivos da promoção da saúde. Desta forma contribui-se para a participação ativa da família na satisfação das suas necessidades.

- e) Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família:

A atuação face ao utente e as famílias inseridas no contexto de cuidados da ECCI, só é possível com a intervenção da equipa multidisciplinar. Torna-se necessário a articulação com os diferentes elementos da equipa de saúde familiar, para a complementariedade dos cuidados prestados pela ECCI.

Existiram reuniões da equipa da UCC onde se pode participar de forma ativa no planeamento das atividades.

Tendo por base o desenvolvimento das atividades foi elaborado um cronograma com vista à consecução dos objetivos deste Estágio com Relatório Final em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social (Anexo 2).

2.1. –Estudo : “Avaliação dos Conhecimentos dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre o Processo de Referenciação do Utente para RNCCI:”Realidade do Aces Dão Lafões”

### 2.1.1– Enquadramento Teórico

Os cuidados de saúde primários (CSP) são a primeira linha de contacto do sistema de saúde com a população geral, desempenhando um papel de relevo nos cuidados de saúde, sendo um elemento selecionador e encaminhador, na medida em que estratificam os utentes pelos níveis de diferenciação que compõem o sistema de saúde (Gonçalves, 2015). Estes constituem um nível de cuidados de saúde personalizados e que num primeiro contacto, envolvem cuidados contínuos, globais e coordenados (Araújo, 2014). Atualmente, os CSP focam-se nas necessidades mais básicas dos utentes, pelo que envolvem os cuidados de tratamento, promoção e reabilitação, com a finalidade primordial de melhorar a saúde e o bem-estar dos utentes (Stanhope & Lancaster, 2011).

Os CSP assentam numa abordagem de saúde tendo em conta fatores biológicos, culturais, económicos, sociais e políticos (Collière, 2003) e atuam em três níveis de prevenção (Stanhope & Lancaster, 1999):

- Primária: neste nível, os cuidados destinam-se a prevenir o aparecimento de doença e por isso, abrangem atividades de promoção de saúde e medidas de proteção específica;
- Secundária: abrange cuidados que visam detetar precocemente a doença e a tratá-la imediatamente, com o objetivo de reverter, tratar ou diminuir a sua gravidade;
- Terciária: inclui cuidados orientados para a limitação da incapacidade e reabilitação a fim de prevenir a progressão da doença, ou cuidados que visam a manutenção tendo em vista o máximo de qualidade de vida perante um processo da doença que é irreversível.

Desde que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi constituído, em 1979, os CSP sempre desempenharam um papel central na organização dos próprios cuidados de saúde (Barbosa, 2009). Os CSP são prestados nos centros de saúde, dos quais as unidades de saúde familiar (USF) fazem parte, podendo também ser prestados em entidades privadas (Decreto-Lei [DL] n.º 60/2003). À luz do DL n.º 60/2003, de 1 de abril, a prestação de cuidados de saúde é orientada por um conjunto de princípios, entre os quais (artigo 3.º, n.º 1):

- a) Liberdade de escolha, pelo cidadão, do seu médico de família;

- b) Cobertura de todos os cidadãos, através da sua livre inscrição num único centro de saúde, sendo dada prioridade, no caso de carência de recursos, aos residentes na respetiva área geográfica;
- c) Acesso, por motivo de doença súbita ou acidente, de qualquer cidadão a qualquer centro de saúde;
- d) Prestação de cuidados de saúde com humanidade e respeito pelos utentes;
- e) Atendimento dos utentes com qualidade, eficácia e em tempo útil;
- f) Cumprimento das normas de ética e deontologia profissionais.

Ao longo destes anos, eles, os CSP, foram sendo aprimorados e melhorados por meio de várias reformas. De facto,

as mudanças dos padrões de saúde e de doença, as alterações sociodemográficas, a pressão socioeconómica e a não equidade de acesso aos cuidados de saúde colocam os Cuidados de Saúde Primários (CSP) no centro das atenções dos políticos, gestores de saúde e das populações (Vital & Teixeira, 2012, p. 9).

Por isso mesmo, ainda hoje são necessárias reformas que transpareçam a convergência entre a evidência sobre o que é necessário para, efetivamente, se responder aos desafios que se impõem no mundo atual: os valores da equidade, solidariedade e justiça social que norteiam o movimento dos CSP e as crescentes expectativas da população das sociedades modernas (OMS, 2008). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estas reformas são quatro e passam por:

- Reformas da cobertura universal: visam assegurar que os sistemas de saúde contribuem para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, nomeadamente por via do progresso do acesso universal e da proteção social da saúde;
- Reformas da prestação de serviço: têm o objetivo de reorganizar os serviços de saúde como os cuidados primários, tendo em conta as necessidades das pessoas, para que, do ponto de vista social, se tornem mais relevantes e capazes de dar resposta num mundo em constante mudança, apresentando melhores resultados;
- Reformas de política pública: devem assegurar e promover comunidades mais saudáveis, por meio de ações de saúde pública nos CSP, primando por políticas públicas saudáveis nos diversos setores;

- Reformas da liderança: devem substituir o comando e o controlo autoritário e *laissez-faire* descomprometido do estado, por uma liderança assente na negociação, participação e inclusão, pois é necessária devido à complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos (*ibidem*).

Neste sentido, concorda-se com Atun (2004), quando defende uma nova abordagem em saúde, em particular, nos CSP. Esta deve ter por base a garantia da sustentabilidade e da viabilidade dos cuidados primários e deve também basear-se num equilíbrio de gestão de recursos e num modelo de saúde para todos (*ibidem*). Nesta ordem de ideias, além dos princípios anteriormente mencionados, entende-se, também, que é importante ter em linha de conta os princípios Tavistock (Berwick et al., 2001):

- Os direitos: As pessoas têm o direito à saúde e aos cuidados de saúde;
- O equilíbrio: Entre o individual e o coletivo. A prestação individualizada dos cuidados é central, bem como a saúde das populações;
- A globalidade: Os cuidados devem ser globais, isto é, para além de se tratar a doença, existe igualmente a obrigação de aliviar o sofrimento, reduzir a incapacidade, prevenir a doença e promover a saúde;
- A cooperação: O sucesso nos cuidados de saúde é facilitado se houver cooperação com os utilizadores e com os outros setores (profissões e recursos sociais);
- A melhoria: A melhoria dos cuidados de saúde é uma responsabilidade que deve ser assumida de forma séria e continuada;
- A segurança: Não fazer mal;
- A transparência: Ser transparente, honesto e inspirar confiança é vital nos cuidados de saúde.

Dada a diversidade de definições existentes sobre CSP, a OMS apresentou uma definição assente em três componentes essenciais (World Health Organization [WHO], 2021):

- “satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida, atribuindo prioridade estratégica aos principais serviços de cuidados de saúde destinados às pessoas e famílias, através dos cuidados primários, e às populações através das funções da saúde pública como elementos centrais de serviços de saúde integrados”;

- “abordar de forma sistemática os determinantes da saúde mais vastos (incluindo sociais, económicos e ambientais, assim como as características e comportamentos das pessoas), através de políticas e ações públicas informadas por evidências, em todos os sectores”;
- “capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-criadores de serviços de saúde e sociais e como auto-cuidadores e prestadores de cuidados a terceiros”.

Atualmente, os CSP desempenham um papel fundamental na sociedade, sendo descritos como

cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente idóneas e socialmente aceitáveis, tornadas universalmente acessíveis para os indivíduos e as famílias da comunidade através da sua participação integral, e a um custo acessível à comunidade e ao país. Forma parte integral do sistema de saúde de qualquer país (CIE, 2008, p. 4).

Além disso, estes regem-se por princípios como serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis; participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde; abordagens intersectoriais à saúde; e tecnologia adequada (CIE, 2008).

Portanto, estes retratam uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, focada nas necessidades e desejos das pessoas, bem como das suas famílias e comunidades, envolvendo cuidados completos ao longo da vida, e não apenas para um conjunto de doenças específicas (WHO, 2021). Neste sentido, eles são importantes por três razões principais:

1. Os CSP estão bem colocados para dar resposta às rápidas alterações económicas, tecnológicas e demográficas que ocorrem no mundo e que exercem, todas elas, impacto sobre a saúde e o bem-estar das pessoas;
2. Os CSP são, comprovadamente, uma forma altamente eficaz e eficiente de abordar as principais causas e riscos da falta de saúde e bem-estar nos nossos dias, assim como de lidar com os desafios emergentes que irão ameaçar a saúde o bem-estar no futuro;
3. CSP mais fortes são essenciais para atingir os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde e a cobertura universal de saúde (WHO, 2021).

## **Cuidados de Saúde Primários – Do Passado ao Presente**

Os CSP sofreram várias alterações ao longo do tempo, no sentido destes serem aprimorados, pois estes não eram como hoje os conhecemos. Assim, para compreendermos a sua evolução, é necessário recuar até à década de 40.

Ainda sob o regime político ditatorial português – Estado Novo –, mais precisamente em 1946, implementaram-se as Caixas de Providência, pelo que os cuidados são associados à família e ao trabalho. No final dos anos 50 (1958), é criado o Ministério da Saúde e Assistência, o qual fica responsável pelas áreas da saúde e da assistência social, desenvolvendo e criando mais Caixas de Providência.

Entre os finais dos anos 60 e os inícios dos anos 70, e com a promulgação do Decreto-Lei (DL) n.º 413/71 de 27 de setembro, correspondente à Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, e que aprova a orgânica do Ministério de Saúde e Assistência. Com a aprovação deste DL, o sistema de saúde português sofre uma grande mudança e pela primeira vez, é feita uma breve referência aos CSP, já que o referido DL, no artigo (Art.) 2.º, estabelecia o direito à saúde para todos os cidadãos nacionais, e deixava clara a responsabilidade do Estado em garantir este mesmo direito (Biscaia et al., 2008). Este mesmo DL conferia a responsabilidade dos serviços prestadores de cuidados primários aos centros comunitários de saúde (também chamados de centros de saúde de primeira geração) (Teixeira, 2012).

Tanto o DL n.º 413/71, como o DL n.º 414/71, o qual definiu o regime legal que permitia a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestavam serviço no Ministério da Saúde e Assistência, foram, são marcos históricos da evolução da política de saúde em Portugal (Teixeira, 2012).

Já depois do Estado-Novo, em 1975, são criadas 14 Administrações Distritais de Saúde, que não serviram os propósitos para os quais foram concebidas e em 1982, as suas competências foram transferidas e segregadas para cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2006). Estas ARS passaram a ser responsáveis pelo diagnóstico de saúde da respetiva região, bem como pela publicação e emanação de orientações (ERS, 2006). A par destas mudanças, começam a surgir os Centros de Saúde de “Segunda Geração”, e que assumiram a responsabilidade de:

- Vigilância da saúde / Diagnóstico precoce;
- Promoção da saúde;

- Prevenção da doença;
- Controlo na doença crónica;
- Tratamento das doenças agudas que não necessitam de cuidados diferenciados.

A partir desta altura, as políticas de saúde portuguesas sofreram algumas mudanças estruturais, principalmente em 1978 com a Declaração da Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde. Segundo Lawn et al. (2008), este foi um acontecimento muito importante, na medida em que estabeleceu os princípios de equidade, justiça social e saúde para todos e apresentou um conjunto de orientações de participação da comunidade e promoção de saúde. Esta Declaração foi essencial na construção do SNS e, de igual modo, para os CSP, uma vez que destacou “a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo” (OMS, 1979, p. 2).

Em 1979, é criado o SNS através da Lei n.º 59/79 de 15 de setembro, a qual garantia o acesso, gratuito, de todos os cidadãos ao mesmo e criava a nova carreira médica de clínica geral, e em 1983, o DL n.º 93/83, de 22 de abril, criou os centros de saúde integrados (Branco & Ramos, 2001). Estes centros mantiveram as estruturas físicas, patrimoniais e humanas dos centros de saúde de primeira geração e promoveram o emergir de duas culturas organizacionais distintas (Branco & Ramos, 2001). Isto é, a integração dos centros de saúde promoveu uma maior racionalidade na prestação de cuidados, mas, ao mesmo tempo, não melhorou as vantagens e os pontos fortes dos centros de saúde de primeira geração. Tal, resultou na insatisfação e exaustão dos profissionais de saúde.

Mais tarde, no final da década de 90, surgem os chamados centros de saúde de terceira geração, constatando-se que

a partir de 1996 foi possível relançar no seio do Ministério da Saúde o debate sobre o futuro dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde no país. Paralelamente a este debate foram iniciados projetos e iniciativas experimentais e de inovação organizativa, visando explorar caminhos para reorganizar a prestação de cuidados aos cidadãos (Branco & Ramos, 2001, p. 7).

Esta terceira geração de centros de saúde foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) através do DL n.º 157/99, de 10 de maio, onde estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. As mudanças provocadas por este diploma, concorreram

uma maior adaptação da organização às especificidades das populações locais. Para estes ‘novos’ centros de saúde é definida uma estrutura organizacional (...), onde figuram já algumas das unidades orgânicas criadas pela atual reforma, como é o caso das unidades de saúde familiar, das unidades de cuidados na comunidade e de uma unidade operativa de saúde pública (Teixeira, 2012, p. 14).

Anos mais tarde, em 2005, o, na altura, ministro Correia de Campos iniciou a reforma dos serviços de saúde (Teixeira, 2012) e da qual resultou a criação das primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF) e no seguinte (em 2006) foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e que preencheu a lacuna existente entre os CSP e os Cuidados Diferenciados. Ou seja, a RNCCI surgiu com o intuito de colmatar as necessidades de cuidados a pessoas em situação de dependência através de um modelo de intervenção que compreende as áreas da saúde e da segurança social, integrando cuidados de saúde que visam promover a autonomia através da reabilitação, readaptação e reinserção socio-familiar (Baptista, 2012).

Em 2008, é publicado o DL n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, estabelecendo o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do SNS, com a finalidade de contribuir para a estabilidade da organização dos CSP, tendo por base uma rigorosa, equilibrada e consciente gestão das necessidades das populações e uma melhoria ao nível do acesso aos cuidados de saúde.

Como se pode verificar, os CSP passaram por diversas mudanças nos últimos anos, destacando-se o início, em 2006, do processo de regulamentação e implementação das USF e em 2008, dos ACES (Vilar, Bastos & Borges, 2017). Com estas mudanças, cada ACES passou a abranger várias tipologias de unidades prestadoras de CS: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); USF; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Falta também acrescentar que, por iniciativa do ACES, foi também criada a Unidade de Apoio à Gestão (UAG).

Atualmente, tendo em conta a realidade que vivemos, e apesar das várias reformas que se foram sucedendo nos CSP, ainda existem alguns desafios que importa ultrapassar: Os custos crescentes dos cuidados de saúde; Aumento das expectativas e exigências dos consumidores; Alteração das características demográficas e populações envelhecidas; Carências na enfermagem e outros sectores da saúde; Legislação e/ou vontade política para utilizar integralmente o potencial da enfermagem; Conflito social e instabilidade, que desestabilizam

os serviços e restringem os recursos; Desastres naturais e causados pelo Homem; Doenças endêmicas e pandêmicas, bem como doenças novas e reemergentes; O aumento súbito de doenças crônicas; Fazer a mudança para os cuidados baseados na comunidade (CIE, 2008, p. 3).

Além disso, e para terminar, tal como a OMS chama à atenção, é necessário ter em conta que, mesmo hoje:

- Os cuidados de saúde primários podem cobrir a maioria das necessidades de saúde de uma pessoa durante toda a sua vida, incluindo a prevenção, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos.
- Pelo menos, metade dos 7,3 mil milhões de pessoas em todo o mundo ainda não beneficiam da cobertura total dos serviços essenciais de saúde.
- Dos 30 países para os quais existem dados disponíveis, apenas 8 gastam, pelo menos, 40 USD por pessoa e ano em cuidados de saúde primários.
- Uma força de trabalho dedicada é essencial para prestar cuidados de saúde primários e, no entanto, estima-se que faltem 18 milhões de profissionais de saúde em todo o mundo (WHO, 2021).

#### Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários

Os CSP assumem cada vez mais relevo, até porque devem ajudar a identificar as intervenções de CSP que promovem mais saúde e reduzem a procura de cuidados de especialidade e internamentos hospitalares (Vital & Teixeira, 2012). Neste cenário, os enfermeiros que desempenham funções neste contexto assumem um papel de destaque, pelo que são aqui merecedores de atenção. Segundo Collière (2003, p. 243), o papel do enfermeiro deve “evitar que a doença apareça (prevenção primária), se instale (prevenção secundária) e se agrave (prevenção terciária)”.

O enfermeiro, no âmbito da Saúde 21, recebeu grande reconhecimento e grande importância ao nível dos CSP, do indivíduo e da sua família, ao ficar perceptível que

no centro de saúde deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio. (...) Os cidadãos teriam o direito de escolher os dois, médico e enfermeira, cuja tarefa deveria incluir o suporte ativo ao autocuidado (OMS, 2002, p. 23).

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE, em inglês, *International Council of Nurses – ICN*) reforça a relevância do enfermeiro, ao referir o seu papel central na vanguarda dos CSP e na inovação dos mesmos (CIE, 2008), explicando que este faz parte do grupo profissional mais difundido nos CSP, desempenhando diversos papéis, funções e responsabilidades (ICN, 2010). Portanto, é dever deste profissional ajudar o indivíduo e a família, não só em termos de doença, como em termos de aconselhamento acerca dos modos de vida, esclarecimento de questões associadas à saúde, orientação para instituições, quando necessário, e prestação de cuidados ao domicílio (OMS, 2002). Não se pode descurar que

o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de Enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012, p. 05).

Na verdade, ser enfermeiro não passa, exclusivamente, pela sua técnica e conhecimentos científicos, passa também por competências interpessoais, como a empatia, por exemplo e por isso mesmo, hoje defende-se uma abordagem holística. Atendendo ao Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, este profissional deve possuir competências em três domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a prestação e gestão dos cuidados; e o desenvolvimento profissional (*ibidem*).

Assim sendo, no âmbito do domínio da responsabilidade, ética e legal, compete ao enfermeiro desenvolver uma prática profissional com responsabilidade e exercer a sua prática profissional à luz dos quadros ético, deontológico e jurídico (*ibidem*). Ao nível do domínio da prestação e gestão de cuidados, compete-lhe atuar de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados; contribuir para a promoção da saúde; utilizar o Processo de Enfermagem; estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes; promover um ambiente seguro; promove cuidados de saúde interprofissionais; delegar e supervisiona tarefas (*ibidem*).

Por fim, mas não menos importante, no que diz respeito ao domínio de desenvolvimento profissional, é da competência do enfermeiro contribuir para a valorização profissional,

contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, e desenvolve processos de formação contínua (*ibidem*).

Não existem dúvidas da importância deste grupo de profissionais, o qual presta “cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Conselho de Enfermagem [CE], 2009, p. 11). Este grupo de profissionais também integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a qual foi criada para “dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida” (*ibidem*, p. 3).

No que diz respeito à RNCCI, a intervenção do enfermeiro está voltada para os cuidados continuados integrados, os quais se traduzem no

conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (*ibidem*, p. 4).

Nesta ordem de ideias, a intervenção do enfermeiro na RNCCI tem como objetivos (*ibidem*, pp. 16-17):

- Prestar cuidados, assentes nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação dos resultados, visando o cuidado ou o encaminhamento dos clientes, numa estrutura integrada e articulada, em ordem a perseguir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência;
- Identificar situações de risco potencial e de crise, bem como realizar análise, proposta e implementação de soluções para os problemas encontrados;
- Intervir no sentido de procurar criar as condições para a manutenção das pessoas no seu ambiente, gerindo os meios e recursos disponíveis para o acompanhamento em domicílio, na garantia de prestação dos cuidados necessários, com qualidade e em segurança;
- Contribuir para a gestão de casos e monitorização da continuidade e qualidade dos cuidados;

- Assegurar o apoio e o suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados, capacitando-os para a integração do doente no seio da família;
- Potenciar a integração do doente no seio da família, contribuindo para a efetividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS;
- Incentivar as pessoas, familiares ou outros para a organização de ações de autoajuda e/ou voluntariado, sendo o enfermeiro o dinamizador e organizador dos grupos, enquanto como um recurso profissional para as pessoas com dependência e suas famílias;
- Identificar as lacunas ou constrangimentos e realizar planos de intervenção para os suprir, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e sua família ou cuidadores informais;
- Contribuir para a existência de informação – registos de enfermagem - que traduzam as práticas dos enfermeiros e os resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

De facto, o papel que o enfermeiro desempenha nos CSP é essencial, pelo que em seguida, o foco volta-se para os desafios que se colocam à enfermagem no âmbito dos CSP nos tempos atuais.

Doenças, morbilidade múltipla, envelhecimento são factos que constam na realidade. De acordo com Sakellarides (2021) a morbilidade múltipla é um dos grandes desafios que se coloca ao sistema de saúde, até porque o processo de envelhecimento, de uma forma ou de outra, irá resultar em múltiplas morbilidades. E Portugal é, cada vez mais, um país envelhecido. Segundo Moreira (2020, p. 9),

o envelhecimento da população portuguesa é hoje uma realidade conhecida quanto aos fatores que lhe deram origem, enquadrados pela evolução das últimas décadas de modernização social e económica, de melhoria das condições de vida e de acesso a cuidados de saúde, conjugados com fatores sociais e culturais, que alteraram os níveis de fecundidade e natalidade e melhoraram as probabilidades de sobrevivência dos indivíduos.

Neste sentido, num país cada vez mais envelhecido, as pessoas com múltiplas morbilidades também irão aumentar em número, logo, serão mais as pessoas a recorrer aos CSP, assumindo-se que as múltiplas morbilidades dizem respeito a pessoas com múltiplos problemas de saúde, que se caracterizam pela persistência, evolução prolongada e a utilização, frequente, de cuidados de saúde (Sakellarides, 2021).

Há, então, uma necessidade de, ao nível dos cuidados de saúde, gerir o percurso das pessoas nos serviços de saúde e, por outro lado, ao nível da saúde, há uma necessidade de promover e proteger a saúde ao longo do percurso de vida (Portugal, 2017). É necessário investir em estratégias locais de saúde, na literacia em saúde e promover processos participativos e colaborativos (Portugal, 2017).

Assim, fica evidente que

Cada doença está associada a normas de boas práticas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Quando uma determinada doença se apresenta como ameaça vital ou quando, numa fase aguda, resulta em acentuado sofrimento, ela passa naturalmente a constituir o foco principal dos cuidados de saúde. Contudo, fora destas circunstâncias, o registo primário deverá, cada vez mais, assumir o sentido do conjunto de problemas e circunstâncias que caracterizam as pessoas que procuram os cuidados de saúde (Sakellarides, 2021, p. 160).

Para que possamos associar as boas praticas de prevenção e diagnostico é necessário conhecer e atuar face a outros problemas da comunidade que colocam em risco a saúde da mesma e eficiência de todo o trabalho de enfermagem. Entre elas os desafios lançados todos os anos pela OMS.

A OMS, no início de 2020, apresentou um conjunto de 13 desafios que se colocam à saúde e, por inerência, também à enfermagem, tratando-se de desafios de saúde urgentes e globais (OE, 2020). Esses 13 desafios são:

1. Investir nas pessoas que defendem a nossa saúde: “O desinvestimento crónico na formação e emprego dos profissionais de saúde, aliado à capacidade de assegurar salários dignos, levou à escassez de profissionais de saúde em todo o mundo “;
2. Elevar a saúde no debate climático: “A crise climática é uma crise de saúde. A poluição do ar mata cerca de sete milhões de pessoas por ano, enquanto as mudanças climáticas causam eventos climáticos mais extremos, exacerbam a desnutrição e alimentam a propagação de doenças infecciosas, como a malária. As mesmas emissões que causam o aquecimento global são responsáveis por mais de um quarto das mortes por ataque cardíaco, derrame cerebral, cancro de pulmão e doenças respiratórias crónicas”;
3. Proporcionar saúde em situações de crise e conflito: “Em 2019, a maioria dos surtos de doenças que exigiam o nível mais elevado de resposta da OMS ocorreram em países com conflitos prolongados. Também assistimos à continuação de uma tendência perturbadora e

que se prende qual o ataque a profissionais e instalações de saúde. No ano passado, a OMS registou 978 ataques a cuidados de saúde em 11 países, com 193 mortes”;

4. Tornar os cuidados de saúde mais justos: “As persistentes e crescentes lacunas socioeconómicas resultam em grandes discrepâncias na qualidade da saúde das pessoas. Há uma diferença de 18 anos na esperança média de vida entre países ricos e pobres, mas também um fosso acentuado dentro dos países e até mesmo dentro das cidades”;
5. Aumentar o acesso aos medicamentos: “Cerca de um terço das pessoas no mundo não tem acesso a medicamentos, vacinas, meios de diagnóstico e outros bens essenciais de saúde. O acesso reduzido a meios de saúde de qualidade ameaça a saúde e a vida, o que, tanto pôr em perigo os pacientes, quanto alimentar a resistência aos medicamentos. Os medicamentos e outros produtos de saúde são o segundo maior gasto para a maioria dos sistemas de saúde (depois dos seus profissionais)”;
6. Travar as doenças infecciosas: “As doenças infecciosas, como o VIH, tuberculose, hepatite, malária, doenças tropicais negligenciadas e infeções sexualmente transmissíveis matarão cerca de quatro milhões de pessoas em 2020, a maioria delas pobres. Paralelamente, as doenças evitáveis por vacinação continuam a matar, como o sarampo, que tirou 140 mil vidas em 2019, muitas delas crianças”;
7. Prevenção de epidemias: “Todos os anos, o mundo gasta mais na resposta a surtos de doenças, desastres naturais e outras emergências de saúde do que a preparar-se e a preveni-los. Uma pandemia de um novo vírus, altamente infeccioso, transmitido pelo ar - muito provavelmente uma estirpe de gripe - ao qual a maioria das pessoas não tem imunidade é inevitável”;
8. Proteger as pessoas de produtos perigosos: “A falta de alimentos, alimentos perigosos e dietas pouco saudáveis são responsáveis por quase um terço da carga global de doenças da atualidade. A fome e a insegurança alimentar continuam a atormentar milhões de pessoas, com a escassez de alimentos perniciosamente explorada como arma de guerra. Simultaneamente, à medida que as pessoas consomem alimentos e bebidas ricos em açúcar, gorduras saturadas, transgénicos e sal, o excesso de peso, obesidade e doenças relacionadas com a alimentação aumentam em todo o mundo”;
9. Manter os adolescentes a salvo: “Anualmente, morre mais de um milhão de adolescentes dos 10 aos 19 anos. As principais causas de morte nesta faixa etária são lesões na estrada, VIH, suicídio, infeções respiratórias e violência interpessoal. O uso nocivo de álcool, tabaco e drogas, a falta de atividade física, sexo desprotegido e a exposição prévia a maus-tratos a crianças aumentam os riscos de morte por estas causas”;

10. Ganhar a confiança pública: “A confiança ajuda a moldar se os pacientes confiam nos serviços de saúde e seguem o conselho de um profissional de saúde - em torno de vacinações, tomando medicamentos ou usando preservativos. A saúde pública é comprometida pela disseminação descontrolada de desinformação nas redes sociais, bem como por uma erosão da confiança nas instituições públicas. O movimento anti vacinação tem sido um fator significativo no aumento de mortes em doenças evitáveis”;
11. Aproveitar as novas tecnologias: “As novas tecnologias estão a revolucionar a nossa capacidade de prevenir, diagnosticar e tratar muitas doenças. A edição do genoma, a biologia sintética e as tecnologias digitais de saúde, como a inteligência artificial, podem resolver muitos problemas, mas também levantar novas questões e desafios para a monitorização e regulação. Sem uma compreensão mais profunda das implicações éticas e sociais das novas tecnologias, que incluem a capacidade de criar novos organismos, as pessoas a quem se destinam ajudar podem ser prejudicadas”;
12. Proteger os medicamentos que nos protegem: “A resistência antimicrobiana ameaça enviar a medicina moderna para a era pré-antibiótica, quando até mesmo as cirurgias de rotina eram perigosas. O aumento da resistência antimicrobiana decorre de uma miríade de fatores que se uniram para criar uma poção aterradora, dos quais se incluem a prescrição e uso não regulado de antibióticos, falta de acesso a medicamentos de qualidade e a preços acessíveis, falta de água limpa, saneamento, higiene e prevenção e controlo de infeções”;
13. Manter os cuidados de saúde higienizados: “Cerca de um em cada quatro estabelecimentos de saúde a nível global carece de serviços básicos de água. Os serviços de água, saneamento e higiene são essenciais para um sistema de saúde funcional. A falta destes serviços básicos nas instalações de saúde leva a cuidados de má qualidade e a uma maior probabilidade de infeção para os doentes e profissionais de saúde. Tudo isto está a acontecer num cenário em que milhares de milhões de pessoas em todo o mundo vivem em comunidades sem água potável para beber ou serviços de saneamento adequados - ambos são os principais fatores que levam à doença”.

Portanto, seja no âmbito dos cuidados de saúde primários, seja no âmbito dos cuidados de enfermagem, a atualidade impõe vários desafios, o que coloca em destaque a necessidade de políticas em saúde que estimulem a evolução do sistema de saúde, isto é, uma evolução que vá de encontro às necessidades das pessoas, seja em termos de promoção, seja em termos de proteção da saúde (Sakellarides, 2020).

## Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) configura um modelo organizacional concebido pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde, bem como apoio social (SNS, 2021).

O objetivo da RNCCI é, precisamente, prestar cuidados de saúde e de apoio social numa ótica de continuidade e integrada a pessoas que, seja qual for a sua idade, se encontram em situação de dependência (*ibidem*). Sendo-se mais específico, a RNCCI tem em vista (DL n.º 101/2006):

- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Atendendo ao DL n.º 101/2006, de 06 de junho, o qual criou a RNCCI, os cuidados continuados integrados (CCI) traduzem-se num

conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade

da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (art. 3.º).

Nesta ordem de ideias, a RNCCI procura prestar apoio a pessoas com perda de autonomia, e respetivas famílias, na prestação de cuidados de saúde e que se encontram dependentes. No âmbito dos CCI, as ações e os cuidados prestados pela RNCCI são de cariz preventivo, curativo, de reabilitação e paliativo, integrando (ACSS, 2007, p. 8):

- Cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e / ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas tais como: alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas;
- Apoio psicológico e social;
- Ajuda na interação utente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados;
- Ajuda para aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias, promovendo a máxima autonomia possível e o autocuidado.

Segundo o documento legal que a criou (DL n.º 101/2006), a RNCCI orienta-se por um conjunto de princípios, sendo eles:

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

- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

A par deste conjunto de princípios, a RNCCI também se rege por diversos valores, nomeadamente (SNS, 2021):

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados.
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede.
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede.
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade.
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados.
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia.
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede.
- Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.
- Os cuidados paliativos devem estar integrados na prática normal dos cuidados. Integração mais precoce previne “distress” a longo prazo. Não só atender os sintomas e necessidades físicas, mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes.
- Otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é possível.

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a qual faculta orientações para a constituição da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) nos centros de saúde, são abrangidas, pela RNCCI, pessoas em situações de dependência, que perderam a autonomia, portadoras de diferentes tipos e nível de dependência e que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social (ACSS, 2007). Portanto, as pessoas que podem ser referenciadas para a RNCCI são:

- Pessoas com dependência funcional;
- Pessoas idosas com critérios de fragilidade;

- Pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente;
- Pessoas que sofrem de uma doença em situação terminal (ACSS, 2007).

Para ingressar na RNCCI é necessário contactar-se a Equipa Coordenadora Local (ECL), através de uma proposta feita pelo hospital ou pelo centro de saúde, não interessando a tipologia de cuidados, ou seja, se é internamento, ambulatório ou apoio domiciliário (*ibidem*).

Depois de analisar a proposta enviada, a ECL decide sobre o recurso mais adequado para a situação em questão e a qual visa responder às necessidades da pessoa e da família, devendo ainda verificar se estas cumprem os critérios de referenciação (*ibidem*).

O ingresso da RNCCI é sempre feito por meio da decisão da ECL que pertence à área de influência do domicílio do utente, sendo que o utente (ou a pessoa por ele responsável) dê, antecipadamente, o seu consentimento por escrito (*ibidem*). Naturalmente, a referenciação do utente deve ser acompanhada de toda a documentação necessária.

Se existem critérios a cumprir para ingressar na RNCCI, existem também critérios de exclusão, ou seja, que podem afastar o utente da Rede. Deste modo, podem contribuir para a exclusão do utente da RNCCI os seguintes critérios (*ibidem*):

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

### **Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

De acordo com o DL n.º 101/2006, no seu artigo 27.º, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (n.º 1).

Ainda à luz do mencionado DL, esta equipa (ECCI) apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, em articulação com os serviços comunitários, em particular as autarquias locais. É da sua responsabilidade assegurar diversos serviços, entre os quais (art. 28.º, DL n.º 101/2006):

- Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

As ECCI são de constituição obrigatória em todos os centros de saúde, sendo que a sua organização depende das características geodemográfico em que se inserem, devendo ser ajustadas a cada realidade e contexto (ACSS, 2007). Além disso, cada ECCI deve ter à sua responsabilidade, não mais de 100.000 utentes, sendo que o processo de distribuição e designação de utentes deve ser feito em articulação com a ECL e a ECR (Equipa Coordenadora Regional).

As ECCI têm que garantir a prestação de cuidados entre as 8 e as 20 horas, nos dias úteis, e entre as 9 e as 17 horas nos feriados e fins-de-semana. A prestação de cuidados por parte das ECCI, envolve (ACSS, 2007, p. 12):

- Cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais serem programadas, regulares e terem por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa, bem como, na resposta das necessidades do dependente e/ou família, em situação de agravamento súbito do seu estado de saúde;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;

- Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

O processo de referenciação para a admissão na RNCCI, deve obedecer a um conjunto de critérios de inclusão e é sempre feito através da ECL, a qual utiliza a ficha de referenciação (ACSS, 2007). São diversos os profissionais que podem fazer o pedido de referenciação, nomeadamente: médicos, enfermeiros e assistentes sociais dos centros de saúde, futuros ACES, ou outras estruturas comunitárias (*ibidem*).

Os utentes podem ser propostos para a RNCCI através de duas formas: se estiverem internados em hospital do SNS, através do serviço onde se encontram internados; ou se estiverem na comunidade (domicílio, hospital privado ou noutras instituições ou estabelecimentos). Atente-se ao quadro que se segue.

Quadro 1 – Critérios de referenciação do utente para a RNCCI

<b>Internados em Hospital do SNS</b>	<b>Na comunidade</b>
Os profissionais de saúde do serviço do Hospital onde se encontra internado referenciam os utentes para potencial ingresso na RNCCI.	A referenciação é efetuada pelos profissionais de saúde das unidades de saúde familiar (USF) e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) dos Agrupamentos de Centros de Saúde.
A proposta de referenciação é enviada à Equipa de Gestão de Altas (EGA) do Hospital, a qual deve avaliar e confirmar toda a informação até ao momento da alta.	A proposta de referenciação é enviada à ECL.
Após confirmação da informação, a EGA envia a proposta para a ECL.	Se estiver (ou conhecer alguém que esteja) em situação de dependência que precise de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, deve contactar qualquer profissional das unidades de cuidados na comunidade (UCC) para que seja feita a sinalização às USF e UCSP dos doentes com potencial de referenciação para a RNCCI.

**Fonte:** Serviço Nacional de Saúde. (2021). Cuidados Continuados. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>.



Ainda a este respeito, aprez referir que os utentes podem ser referenciados para cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), no caso de (SNS, 2021):

- Estarem internados em hospital do SNS através do serviço local de saúde mental, hospital ou centro hospitalar psiquiátrico e neste caso, são os profissionais de saúde da instituição ou serviço onde se encontram que referenciam o utente;
- Estarem na comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência), sendo referenciados pelos profissionais de saúde das unidades funcionais – USF ou UCSP – dos ACES ou, através da proposta de referenciação que é apresentada pelos profissionais dos serviços hospitalares ou USF ou UCSP à ECL;
- Os utentes se encontrarem numa instituição psiquiátrica do setor social, pelo que são referenciados pelo próprio serviço;
- Serem crianças e adolescentes (com idades entre os 5 e os 17 anos). No caso de crianças e adolescentes que se encontrem em serviços ou unidades de saúde mental da infância e da adolescência são referenciados por este serviço ou unidade, ou quando a proposta de referenciação é apresentada pelos profissionais das instituições psiquiátricas do setor social e dos serviços ou unidades de saúde mental da infância e da adolescência à ECR.

### *Cuidadores Informais*

Os cuidadores informais, ou familiares, são aqueles que prestam cuidados informais, podendo, ou não, coabitar com a pessoa a quem presta os cuidados (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2016). Os cuidados por eles prestados, os cuidados informais, traduzem-se “na ajuda ou supervisão, usualmente não remunerada, que é prestada às pessoas em situações de dependência, pela família, amigos ou vizinhos” (UMCCI, 2016, p. 5).

No âmbito da RNCCCI, recebem cuidados por parte da ECCCI, nomeadamente através da sua atividade domiciliária (ACSSS, 2007). Esta equipa presta cuidados de suporte psicológico, formativo ou outro, sendo estes cuidados prestados no domicílio do doente (*ibidem*).

### *Consentimento Informado*

Para ser admitido na RNCCI, é sempre necessário o consentimento (por escrito) do doente ou do seu representante (ACSS, 2007), assumindo-se que o consentimento informado é uma

Autorização expressa, livre e esclarecida do utente, com plena capacidade legal ou do(s) seu(s) representante(s) legais, devidamente informados pelos serviços competentes dos direitos, obrigações, efeitos e consequências do acto que irá consentir, bem como das condições em que se irá realizar o mesmo, por forma a uma tomada de decisão baseada na compreensão, reflexão/ponderação e conhecimento amplo (UMCCI, 2016, p. 4).

### *Financiamento da RNCCI*

No que diz respeito ao financiamento da RNCCI, bem como à sua gestão, constata-se que estes assentam num modelo que visa a descentralização e a contratualização de serviços (UMCCI, 2009).

A coordenação, a nível nacional, da Rede é da responsabilidade da UMCCI e a nível regional e local é da responsabilidade das ECR e das ECL, respetivamente.

Quanto ao financiamento, de acordo com o DL n.º 101/2006, no seu artigo 46.º, fica visível que o financiamento da RNCCI

depende das condições de funcionamento das respostas, obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria dos Ministros de Estado e das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

O financiamento da Rede é da responsabilidade da ACSS, a qual assume todos os encargos orçamentais relativos às instalações e ao funcionamento da UMCCI, assim como por angariar verbas para o financiamento da RNCCI, por via de receitas advindas dos jogos sociais (UMCCI, 2009). Portanto, a RNCCI

dispõe de um modelo de financiamento específico, o qual define o financiamento das unidades e equipas, em função das condições de funcionamento das respostas, obedecendo ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, variando, ainda, em função do tipo e da complexidade dos cuidados prestados, podendo incluir participações do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), do Ministério da Saúde (MS) e dos utentes (UMCCI, 2009, p. 14).

Tendo em conta o exposto no artigo 47.º do DL n.º 101/2006, interessa acrescentar que os custos relativos ao funcionamento das respostas da RNCCI são distribuídos pelos setores da saúde e da segurança social de acordo com a função da tipologia dos cuidados prestados. Assim:

- As unidades de convalescença e de paliativos, as equipas de gestão de altas e as intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde;
- As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados são da responsabilidade dos dois sectores em função da natureza dos cuidados prestados;
- O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, nos termos a regulamentar, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados de qualidade;
- O financiamento das diferentes unidades e equipas da Rede deve ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço;
- Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante dos orçamentos das respetivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respetivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social;
- A utilização das unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e das unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas de cuidados continuados da Rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar.

### *Dificuldades na Referenciação dos Utentes*

Na prestação de cuidados na RNCCI, pode ler-se no Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua –, é necessário aplicar-se a melhor evidência, associada ao conhecimento profissional, o qual contempla diversas dimensões, como os atributos pessoais e dos quais se destaca a comunicação (UMCCI, 2009). Assim sendo, a comunicação deve estar presente e ser promovida, não só entre a equipa que presta cuidados e o utente e a sua família, mas também entre os próprios profissionais. E é em relação a este último, ou seja, entre os profissionais que queremos destacar a comunicação, tendo-se bem presente a ideia de que “em qualquer serviço onde se prestem cuidados de saúde, é exigível que todos os profissionais, das diferentes áreas de atuação, trabalhem como uma equipa multidisciplinar, de forma a satisfazerem um objetivo comum, ou seja, a saúde e bem-estar das pessoas” (Nursing, 2010).

As dificuldades de comunicação no âmbito do processo de referenciação dos utentes para RNCCI pode ser pensada a dois níveis: do ponto de vista tecnológico e do ponto de vista interpessoal.

Em relação ao primeiro, destacam-se os sistemas de informação, os quais devem funcionar em pleno e permitem estabelecer a comunicação entre os profissionais e os diferentes departamentos/serviços.

Até porque,

Numa sociedade em constante evolução, quer científica, quer tecnológica, torna-se fundamental que a área da saúde se adapte a esta evolução e acompanhe o progresso, nomeadamente ao nível da informação e do conhecimento, para poder melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. A informação é essencial nesta área, dado que é a base de todo o processo de cuidados de qualquer profissional de saúde, no entanto, esta só tem valor se a sua circulação for eficaz, e assim transformar-se em conhecimento, o que confere aos meios tecnológicos da vanguarda uma extrema importância (*ibidem*).

Na verdade, a forma como a comunicação circula e é utilizada é extremamente importante, sendo crucial que se definam papéis, atribuam responsabilidades e nível de autoridade de cada unidade organizacional para que as informações produzidas sejam utilizadas e, de facto, gerem conhecimento e estabeleçam a comunicação entre os diversos departamentos e profissionais (Arantes, 1998). Até porque a finalidade principal dos sistemas de informação

é a melhoria da qualidade e a eficiência dos processos de trabalho, uma vez que a cadeia de informações será alimentada automaticamente, o que eliminará instrumentos paralelos de colheita de dados e informações, otimizando a comunicação, por conseguinte a ação dos profissionais que realizam esses serviços (Cunha, & Silva, 2005, p. 22).

Os mesmos autores reforçam ainda a ideia de que o subsistema de informação deve ser adequado ao subsistema de comunicação tendo em vista a efetividade das relações e ações pertinentes, neste caso, da RNCCI. Pois

As tecnologias de informação apresentam-se como novas oportunidades no desenvolvimento das redes de comunicação, possibilitando transmissão e armazenamento de dados de forma rápida, cómoda e segura, possibilitando que estes sejam processados, transmitidos e publicados em suporte de fácil acessibilidade (Nursing, 2010).

Por outro lado, como se referiu há momentos, a comunicação entre os profissionais de saúde, e os quais compõem uma equipa multidisciplinar, é igualmente importante na medida em que estes assumem uma grande responsabilidade no que diz respeito à articulação e integração de cuidados adequados às necessidades da população, o que evidencia a importância da sua consciencialização e formação ao nível dos circuitos de sinalização e referenciação para as ECCI (Cunha, 2017).

Além disso, uma adequada comunicação faz todo o sentido, já que

O trabalho em equipa não é uma atividade automática ou consequência natural de capacidade técnica ou profissional individual, mas sim uma qualidade a ser desenvolvida do ponto de vista coletivo. Os principais grupos de profissionais de uma organização de saúde, como enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, assistentes sociais, entre outros, podem ter papéis, funções e competências radicalmente diferentes, mas apenas uma equipa interdisciplinar permite alvejar a excelência e a qualidade holística dos cuidados à pessoa, ou seja, em toda a sua plenitude (Nursing, 2010).

Primeiramente a falta de comunicação entre organizações, serviços e profissionais de saúde está presente em instituições de saúde, o que não pode acontecer (Duffy, Gwyther, & McGinnes, 2011 como citado em Cunha, 2017). Pois uma positiva e adequada interligação pessoal e comunicação entre as pessoas, não só facilita, como produz um melhor trabalho em equipa (Oliveira, 2018). Hoje, não existe a perspetiva de que um profissional trabalha sozinho, mas sim que este depende do outro para o desempenho das suas tarefas e que, por norma, são especializadas (Horta como citado em Matheus, 1995). Nesta ordem de ideias, a formação, divulgação das ECCI, comunicação e trabalho em equipa são fulcrais no processo de sinalização e referenciação para as ECCI (Cunha, 2017).

A comunicação multidisciplinar e interdisciplinar é hoje uma exigência dos serviços de saúde e a qual deve estar presente entre os profissionais, instituições e organismos que cooperam em saúde, na medida em que possibilita cuidados mais completos, eficazes e centrados nas necessidades de cada utente, como, ao mesmo tempo, evidencia uma ação dos profissionais mais estimulante e organizada (Nursing, 2010).

No seu estudo, onde procurou identificar os constrangimentos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI, Cunha (2017) verificou que melhorar a comunicação entre os profissionais e melhorar os registos no processo clínico eletrónico e melhorar o sistema de tecnologia e informação com ferramentas que apoiem a tomada de decisão são sugestões de melhoria aos processos. Deste modo, e reconhecendo que a comunicação pode ser uma dificuldade ao nível da referenciação do utente para a RNCCI, é necessário que haja um trabalho em equipa e que para este ser bem-sucedido, tem que haver uma comunicação interdisciplinar adequada, pautada pela abertura e confiança (Nursing, 2010).

De igual modo, deve também haver reconhecimento das competências e autonomia dos profissionais para que estes possam contar com os seus próprios conhecimentos e por outro lado, confiança para que haja responsabilidade e integridade de todos os profissionais (*ibidem*).

Segundo a Gestão de conflitos entre as equipas multidisciplinares, que interfere na prestação cuidados de saúde sendo constituída por pessoas com diferentes formações e especialidades, mas, e principalmente, uma equipa composta por pessoas, com diferentes personalidades e formas de estar e tudo isto, pode resultar no surgimento de conflitos.

O conflito, que concorre para a criação de um ambiente negativo e hostil quando mal resolvido, o que não se deseja, de todo, na área da saúde e na prestação de cuidados de saúde, pode ser entendido como “uma situação que se caracteriza por escassez de recursos e por um sentimento de hostilidade, (...) é uma situação em que dois ou mais objetivos, pertencentes a uma ou mais pessoas, são mutuamente exclusivos, gerando atitudes de hostilidade” (Morais, 2002, p. 25).

As pessoas nem sempre compartilham objetivos e o conflito é inerente às relações humanas e faz parte de cada indivíduo, sendo que

No ambiente de trabalho estão relacionadas ao convívio de pessoas com personalidades, culturas, valores e interesses diferentes. No ambiente das organizações públicas, essa situação é acentuada por questões políticas e pela diferenciação no vínculo da relação de trabalho com o estado, que pode ser estável ou temporária (Elias, Dalmau, & Bernadini, 2013, p. 125).

Ora, numa equipa onde trabalham pessoas diferentes e com funções distintas, quando tentam fundir ideias, o resultado pode ser o conflito e pode ocorrer um de dois cenários: o cenário positivo pode passar por mudanças, estímulo de interesse e cooperação entre as pessoas da equipa e rumar ao objetivo comum; o cenário negativo pode dividir e até mesmo destruir a equipa, pois podem ocorrer ataques pessoais, devido a raiva, e pode aumentar a competição entre as pessoas, o que não é o objetivo (Atkinson, & Murray, 1985).

No entender de Schermerhorn, Hunt e Osborn “ocorre conflito sempre que houver desacordos numa situação social com relação a questões importantes, ou sempre que um antagonismo emocional cria um atrito entre pessoas ou grupos.” O conflito, natural entre as relações humanas, tem que ser resolvido, particularmente entre uma equipa de profissionais de saúde em que o objetivo comum é prestar cuidados de saúde eficazes e contribuir para o bem-estar da pessoa. Quando não rumam para o mesmo objetivo, os membros de uma equipa, bem como os seus interesses e expectativas dispersam-se e o resultado não é positivo, não há eficiência, efetividade, nem qualidade no seu trabalho (Cunha, Meneses, & Oliveira, 2013; Moraes, 2002).

Neste sentido, a gestão de conflitos torna-se fulcral e passa pela procura de conciliação entre os indivíduos e os quais têm interesses diferentes (Elias, Dalmau, & Bernadini, 2013). Contudo, há que reconhecer que esta pode ser dificultada por uma cultura organizacional muito rígida (McIntyre, 2007) e pela demarcação de campos de poder que coexistem na estrutura organizacional da instituição (Vendemiatti et al., 2010).

Existem vários tipos de conflito, tanto se pode tratar de um conflito hierárquico (ao nível das relações com a autoridade), como de um conflito interpessoal (referem-se ao indivíduo, à sua maneira de ser, agir, falar e tomar decisões) (Nascimento, & El Sayed, 2002 como citado em Elias, Dalmau, & Bernardini, 2013) ou de um conflito percebido (os elementos envolvidos percebem e compreendem que o conflito existe), experienciado (provoca sentimentos de hostilidade, raiva, medo, descrédito entre uma parte e outra) ou manifestado (o conflito é expresso através de um comportamento de interferência ativa ou passiva por pelo menos uma das partes) (Chiavenato, 2008).

O conflito entre pessoas é normal de acontecer, no entanto, torna-se algo negativo quando estas não o conseguem resolver e não o utilizar para crescer e aprender. Assim sendo, concorda-se que

Quando se trabalha numa equipa em que a comunicação entre os seus membros seja eficaz e promova um bom ambiente de trabalho, aumenta a motivação dos profissionais, melhora a produtividade e consequentemente também a qualidade dos cuidados prestados. Assim, uma adequada comunicação tem um papel fundamental na gestão dos conflitos de uma determinada equipa (Nursing, 2010).

Tendo em conta o exposto, a existência de conflitos entre pessoas, e mesmo diferentes serviços e departamentos, pode afetar o processo de referenciação de utentes para a RNCCI e o objetivo principal ficar para segundo plano, sendo o mais afetado o próprio utente que carece de cuidados. Isto porque, num trabalho que é a realizado por toda uma equipa, o foco, a qualidade e a eficiência perdem-se e por isso mesmo, defende-se que “a existência de práticas funcionais para a prevenção e gestão de conflitos poderá potenciar uma melhoria dos resultados nas disputas que ocorrem e desenvolver um ambiente organizacional mais saudável” (Cunha, Meneses, & Oliveira, 2013). Neste sentido, e porque os conflitos entre pessoas irão existir sempre, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam o seu papel, as suas funções e que procurem resolver as suas diferenças em função do objetivo comum, que é prestar cuidados à pessoa.

## Stress nos Profissionais de Saúde e a Falta de Motivação

O *stress* é uma reação orgânica e Yazbek (2009, p. 20) salienta que, no âmbito da psiquiatria, “o *stress* é entendido como um estado de tensão emocional que produz um estado psicológico desagradável caracterizado por irritabilidade, distúrbio de sono e de apetite, dificuldade na concentração e preocupação exagerada com relação a situações triviais”. De acordo com Gonçalves e Galvão (2016), é um fenómeno relacionado com todas as atividades humanas e que, entre outros, também se manifesta na atividade profissional.

Quando este *stress* é provocado pela atividade laboral, é chamado de *stress* ocupacional ou laboral, onde este é concebido como uma “consequência das relações complexas que se processam entre condições de trabalho, condições externas ao trabalho e características individuais do trabalhador, nas quais as demandas do trabalho excedem as habilidades do trabalhador para enfrentá-las” (Fernandes, Medeiros & Ribeiro, 2008, p. 415).

O *stress* associado ao trabalho acarreta inúmeras consequências para a saúde do indivíduo, não só física como mentalmente, e afeta tanto o indivíduo como a organização (Stacciarini & Tróccoli, 2001) e a motivação do próprio profissional pode baixar ou mesmo desaparecer. E no contexto de saúde assiste-se a um aumento de profissionais que padecem de *stress*, estando esta problemática muitas vezes relacionada com a profissão. Na realidade, os níveis de mal-estar têm aumentado nas últimas décadas, acarretando custos pessoais, organizacionais e para os próprios doentes, devido à menor qualidade dos cuidados prestados (Gonçalves, & Galvão, 2016, p. 487).

Nesta matéria, Guido (2003) salientou um conjunto fatores indutores de *stress* em enfermeiros: Relacionados com a atuação profissional (falta de autonomia, baixo salário, não ter controlo sobre o trabalho, etc.); Relacionados com o ambiente de trabalho (sobrecarga de trabalho, falta de apoio por parte da organização, falta de recursos humanos e materiais, pressão do tempo, etc.); Relacionados com a administração de pessoal (falta de envolvimento da equipa, *turnover* de enfermeiros, escalas de trabalho, etc.); Relacionados com o relacionamento interpessoal (conflito com colegas de trabalho, violência no trabalho, etc.); Relacionados com a assistência prestada (lidar com a dor, o sofrimento e a morte, etc.); Relacionados com a vida pessoal (trabalho por turnos, rotação de horários, etc.).

No mesmo sentido, McGrath (1976 como citado em Melo, Gomes & Cruz, 1997), identificaram seis fontes de *stress*: *Stress* intrínseco ao contexto do comportamento; *Stress* baseado na tarefa (com origem na sobrecarga de trabalho e pelo grau de dificuldade);

*Stress* baseado no papel (originado por conflitos e ambiguidade); *Stress* com origem no ambiente social (provocado por conflitos interpessoais); *Stress* com origem no próprio meio ambiente físico (por exemplo, devido à temperatura ambiente); *Stress* pessoal (originado por uma sintomatologia depressiva).

Na verdade, a falta de motivação pode ser provocada pelo *stress* laboral e as instituições de saúde têm que ter em conta este aspeto e procurar salvaguardar os seus profissionais que, por sua vez, contribuem para uma prestação de cuidados de saúde com qualidade. Isto porque, como se referiu, tanto o *stress* como a falta de motivação impactam o próprio profissional e as próprias instituições de saúde e neste caso concreto, pode ter um impacto negativo na referenciação do utente para a RNCCI, assumindo-se, claramente, como uma dificuldade deste processo.

### *Formação profissional*

A formação dos profissionais que trabalham na RNCCI, é atribuída à UMCCI que, em conjunto dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, promove a orientação estratégica e técnica no domínio da formação contínua e específica dos diferentes grupos de profissionais e de cuidadores implicados na prestação de CCI (UMCCI, 2009).

A UMCCI reconhece a importância da formação contínua no desenvolvimento de competências dos profissionais da RNCCI, investindo, essencialmente, em matéria de coordenação, referenciação e prestação de cuidados (*ibidem*).

Desta forma, a promoção da formação profissional dos profissionais de saúde envolvidos na intervenção da RNCCI passa por (UMCCI, 2009, pp. 21-22):

- Realização de conferências pela UMCCI sobre a implementação da RNCCI (desde 2006);
- Realização de jornadas regionais para disseminação da filosofia e modelos de cuidados da RNCCI, com a participação de colaboradores da UMCCI, incluindo os elementos representantes do Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2007 e 2008);
- Formação contínua de auxiliares de ação médica/ajudantes de ação directa em cuidados continuados (desde 2007);
- No âmbito da utilização de instrumentos de gestão e de acesso à Rede, formação direccionada às equipas e prestadores da Rede sobre o “Instrumento de Avaliação Integrado” (IAI) e sobre o “Aplicativo Informático do Sistema de Informação/Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados” (2008);

- Formação em “Qualidade e Técnicas de Acompanhamento na RNCCI” (desde 2008);
- Realização de formação específica para unidades de Internamento da RNCCI e estágios profissionais nas áreas de cuidados continuados integrados (2008);
- No âmbito do projecto “Unidades de Referência”, no qual participaram as unidades selecionadas e que aderiram a esta iniciativa, desenvolveram-se serviços de coaching organizacionais e sessões formativas em técnicas como “reuniões multidisciplinares,” “planos individuais de intervenção interdisciplinares”, definição e monitorização de metas de melhoria e lançamento de uma “Linha Aberta” para assegurar a comunicação directa entre as equipas das Unidades de referência-projecto e os supervisores/coachers (2008).

### **Instalações e Equipamentos**

As ECCI têm que ter condições para desenvolver o seu trabalho. Desta forma, os centros de saúde, visando o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade, bem como uma resposta adequada às necessidades de saúde da população, devem possuir instalações e equipamentos adequados para tal (ACSS, 2007). Logo, os centros de saúde devem possuir (ACSS, 2007, p. 16):

- Sala(s) de trabalho para os profissionais das equipas domiciliárias;
- Sistema de Informação (hardware e software);
- Local(is) de armazenamento de medicamentos e material de consumo clínico necessários à atividade;
- Medicamentos e material de consumo clínico;
- Disponibilização de telemóvel(is);
- Disponibilização de viatura(s);
- Ajudas técnicas.

### **Prestação de Cuidados Continuados**

#### *Unidades de Internamento*

As unidades de internamento envolvem, as unidades de convalescença, as unidades de média duração e reabilitação, as unidades de longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos (UMCCI, 2009). No quadro que se segue, discriminam-se cada uma destas respostas pertencentes às unidades de internamento.

## Equipas Hospitalares

Ao nível das equipas hospitalares, existe a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos e as equipas de gestão de altas (UMCCI, 2009). No quadro que em seguida se apresentam, apresentam-se estas duas respostas que integram a RNCCI.

### Quadro 2 – Equipas hospitalares

<p><b>Equipa de gestão de altas</b></p>	<p><b>Descrição:</b> é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. Estas equipas encontram-se em hospitais de agudos, sendo compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um assistente social.</p> <p><b>Objetivo:</b> preparar e gerir as altas hospitalares (UMCCI, 2009).</p> <p><b>Serviços:</b> garantem a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares; a articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede; a articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.</p>
<p><b>Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos</b></p>	<p><b>Descrição:</b> é uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas atividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.</p> <p><b>Objetivo:</b> prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directo e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação.</p> <p><b>Serviços:</b> garantem a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados; cuidados médicos e de enfermagem continuados; tratamentos paliativos complexos; consulta e acompanhamento de doentes internados; assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares; cuidados de fisioterapia; apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto.</p>

**Fonte:** DL n.º 101/2006 (artigos 23.º a 26.º).

### *Equipas Domiciliárias*

As equipa domiciliárias envolvem as ECCI e a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (UMCCI, 2009). Atente-se ao quadro seguinte.

#### **Quadro 3 – Equipas domiciliárias**

<p><b>Equipa de cuidados continuados integrados</b></p>	<p><b>Descrição:</b> é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.</p> <p><b>Objetivo:</b> prestar serviços domiciliários.</p> <p><b>Serviços:</b> assegura cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas; apoio no desempenho das atividades da vida diária; apoio nas atividades instrumentais da vida diária; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.</p>
<p><b>Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos</b></p>	<p><b>Descrição:</b> é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro.</p> <p><b>Objetivo:</b> prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção.</p> <p><b>Serviços:</b> garante a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários; a avaliação integral do doente; os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos; a gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais; a assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados; assessoria aos familiares e ou cuidadores.</p>

**Fonte:** DL n.º 101/2006 (artigos 27.º a 30.º).

### 2.1.2– Metodologia

Os CSP são a primeira linha de contacto entre o utente e o sistema de saúde, logo, assumem extrema importância no que concerne aos cuidados de saúde, na medida em que são eles que encaminham os utentes para os vários níveis de diferenciação que fazem parte do sistema de saúde (Gonçalves, 2015).

No que concerne aos cuidados de enfermagem no âmbito da RNCCI, foi elaborado um documento pelo Conselho de Enfermagem da OE, que serve de referencial à intervenção e tomada de decisão do enfermeiro que presta cuidados integrados e define as suas intervenções, para dar continuidade às mesmas face a mobilização do utente dentro das várias unidades da RNCCI.

Assim os sistemas de informação em Saúde permitem gerir a informação que os profissionais necessitam, para realizar as suas atividades de forma eficaz eficiente e facilitar a comunicação e coordenação das ações entre vários profissionais da equipa multidisciplinar.

Os enfermeiros que desempenham a sua atividade nas equipas da ECCI utilizam atualmente dois sistemas de registo informático: O gestCare e o Clínico CSP.

Na plataforma de registo, existe o registo de informação por parte de diferentes profissionais de saúde, evidenciando uma abordagem multidisciplinar ao utente da ECCI. No sentido de garantir a continuidade dos cuidados, missiva na qual assentam os Cuidados Continuados, a UMCCI, através da nota informativa nº8/UMCCI/2012 DE 13 de Novembro, anuncia a informação relativa aos utentes que integram na RNCCI, tornando acessível a todos os profissionais de saúde.

Um dos pontos importantes a salientar como constrangimentos práticos da utilização dos sistemas de informação, é a não utilização da linguagem classificada (CIPE) nos registos de enfermagem, que podem comprometer a continuidade dos cuidados.

Também a não existência de interoperabilidade entre os dois sistemas de registo (GesteCare e Sclinico), leva aos profissionais de saúde, que utilizam estas plataformas de registo a sentirem dificuldades na realização dos registos nos dois aplicativos.

Assim a questão de investigação é o ponto de partida de uma investigação e que se traduz no problema ou situação que se pretende estudar (Fortin, 2003).

Atendendo ao exposto, tendo em conta o papel desempenhado pelo enfermeiro dos CSP o problema a ser investigado é o conhecimento que este profissional de saúde possui ao nível do processo de referenciação do utente para a RNCCI.

A questão de investigação como um “enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” assim a questão que se coloca é: Quais os conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI?

A identificação e formulação dos objetivos é uma parte fundamental da investigação, já que são os objetivos que orientam o investigador rumo ao que se pretende alcançar e que justificam a realização da investigação (Fortin, 2009). Os objetivos consistem num “enunciado declarativo que precisa as variáveis chaves, a população alvo e orientação da investigação”, sendo que o objetivo geral identifica a “principal intenção de um projeto, ou seja, corresponde ao produto final que o projeto quer atingir” (Sousa & Baptista, 2011, p. 26). Neste estudo, o objetivo principal é avaliar os conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI.

Como objetivos específicos para a presente investigação delineamos: Identificar o perfil dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários; avaliar os conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI.

O estudo realizado inscreve-se no paradigma quantitativo. O método quantitativo emerge “do processo científico da relação causa-efeito, para estabelecer generalizações aplicáveis a diversas situações” (Meirinhos & Osório, 2010, p. 51) e permite recolher dados e estudar a relação entre eles (Bell, 2004). Um estudo, quando quantitativo, recorre ao método hipotético-dedutivo, o que significa que o conhecimento extraído da realidade é estável e passível ser quantificável, exigindo do investigador uma determinada distância face à realidade estudada, diminuindo o efeito de interpretação do mesmo (Meirinhos & Osório, 2010). Ou seja, os resultados são aqueles e não há outra interpretação que o investigador lhes possa dar.

Quanto ao tipo de estudo, este tratou-se de um estudo descritivo, na medida em que se descreve uma realidade, neste caso, o conhecimento dos enfermeiros dos CSP face ao processo de referenciação do utente para a RNCCI.

Segundo Carmo e Ferreira (2008), população de estudo designa um “conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outros conjuntos de elementos”. Portanto, é o conjunto de elementos que possuem as mesmas características (Fortin, 2003) e neste caso concreto, a população em estudo são os enfermeiros dos CSP.

Por sua vez, a amostra é um “subconjunto dos elementos da população. Os resultados obtidos na amostra permitem estimar os verdadeiros resultados da população de onde foi retirada, caso a amostra seja representativa” (Fonseca, 2008, p. 52). Na verdade, é uma parte da população e neste estudo, a amostra é composta por 30 enfermeiros dos CSP (a sua caracterização é feita no capítulo que se segue).

Procedeu-se, por conseguinte, a uma revisão da evidência científica e literatura que fundamentasse a temática e à elaboração de um instrumento de colheita de dados.

Este questionário procurou a caracterização destes profissionais, aos níveis sociodemográfico e formativo e profissional, bem como a avaliação do conhecimento sobre o processo e a sua motivação profissional no trabalho percecionados.

Realizou-se previamente o Pedido de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro. (Anexo 1)

O instrumento de recolha de dados deve ser selecionado em função dos objetivos que se pretendem alcançar, bem como do método adotado. Assim sendo, entendeu-se que o instrumento de recolha de dados mais adequado para este estudo era o questionário,

A escolha por este instrumento de recolha de dados também se deveu ao facto do questionário permitir, de forma simples e rápida, transformar em dados a informação transmitida e facilitar o acesso a um número elevado de sujeitos (Afonso, 2005; Tuckman, 2000). Outras razões sustentaram a escolha deste instrumento, nomeadamente: Garantir o anonimato das respostas; permitir que as pessoas respondam no momento que lhes pareça mais apropriado (Almeida, & Pinto, 1995).

O questionário encontra se dividido em:

- Caracterização sociodemográfica (questões de resposta aberta)
- Caracterização profissional (questões de resposta aberta)
- Caracterização da formação em Cuidados Continuados Integrados
- Caracterização da importância dos Cuidados Continuados Integrados
- Caracterização dos conhecimentos sobre a RNCCI (40 perguntas de V/F)

A caracterização sociodemográfica permite-nos identificar o género, idade, estado civil e habilitações académicas dos enfermeiros.

A caracterização profissional permite-nos obter informações sobre a unidade onde exercem funções, Tempo de serviço, categoria Profissional.

No âmbito da caracterização da formação em Cuidados Continuados Integrados identificamos a percepção dos enfermeiros quanto ao seu nível de conhecimentos, a tipologia de formações/ projetos realizados e importância das mesmas.

Por último na caracterização dos conhecimentos dos enfermeiros sobre a RNCCI foi construída uma bateria de afirmações sobre conhecimentos gerais sobre RNCCI (20 questões) e processo de referenciação para a RNCCI (20 questões), com resposta dicotómica verdadeiro/falso. Neste sentido para classificar o nível de conhecimentos foi atribuído um ponto por cada resposta correta. O score total pode variar entre zero e quarenta pontos.

Para uma melhor apresentação dos resultados considerou se:

- Fraco nível de conhecimentos (entre 0 e 13 pontos);
- Moderado nível de conhecimentos (entre 14 e 26 pontos)
- Elevado nível de conhecimentos (entre 27e 40 pontos)

A tabela de avaliação dos conhecimentos gerais sobre a RNCCI e conhecimentos específicos apresenta sobe a forma de 40 questões de V/F que conforme as respostas dadas o grau de conhecimento em 3 escalas:

Assim sendo, recorreu-se à técnica estatística descritiva e para o tratamento estatístico utilizamos o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) IBM©, versão 27.0, para Windows©.

Após este parecer positivo, foram contactados vários enfermeiros dos CSP e aos quais foi solicitada a sua participação no estudo, tendo-lhes sido explicados os objetivos do estudo, bem como contexto de realização do mesmo.

Aos participantes foi garantido total anonimato e confidencialidade, assim como o uso exclusivo da informação por eles prestada para esta investigação e de que, desde que fosse essa a sua vontade, poderiam desisitir de participar sem qualquer prejuízo ou consequência. Tratando-se de um estudo realizado na área da enfermagem, asseguram-se os seis princípios éticos que se deve ter em linha de conta numa investigação deste género (Nunes, 2013, p. 6):

- Beneficência: “*fazer o bem*” para o participante e para a sociedade, vigorando o primado da pessoa humana;
- Avaliação da maleficência: “*não causar dano*” para o participante, o que implica a avaliação dos riscos possíveis e previsíveis;
- Fidelidade: trata-se de “*estabelecer confiança*” entre o investigador e o participante;
- Justiça: o investigador deve “*proceder com equidade*” e não diferenciar o apoio (seja ao grupo, seja ao indivíduo);
- Veracidade: é necessário “*dizer a verdade*”, sendo um princípio que está associado ao consentimento livre e esclarecido, o que significa que se deve informar o participante acerca das vantagens e desvantagens que decorrem da sua participação no estudo;
- Confidencialidade: trata-se de “*salvaguardar*” a informação pessoal que pode ser recolhida aquando da investigação.

Antes de iniciarem a resposta ao questionário, o enfermeiro pode assinar a declaração de autorização a sua participação no estudo (anexo 3)

### 2.1.3- Apresentação e análise dos resultados

Os CSP assumem cada vez mais importância, devendo ajudar a identificar as intervenções de CSP que promovem mais saúde e reduzem a procura de cuidados de especialidade e internamentos hospitalares (Vital & Teixeira, 2012).

A idade mínima dos enfermeiros é de 28 anos, sendo a máxima de 61 anos, com uma idade média de 42,96 anos ( $\pm 7,88$ dp). Para o género masculino a idade média é 37,75 anos enquanto que para o feminino se situa nos 43,76 anos com desvios padrão (Dp) de 3,59 e 8,09 respetivamente (cf. tabela 1). Analisando os coeficientes de variação (CV), verificamos que apontam para a existência de uma dispersão fraca em torno do valor médio (cf. tabela 1). A maior parte da amostra é do género feminino, o que confirma a história e a realidade da profissão (OE, s.d.).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros segundo o género

Género	N	%	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	4	13,3	35	43	37,75	3,59	4,75	1,672	1,150
Feminino	26	86,7	28	61	43,76	8,09	3,62	1,153	-0,414
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>61</b>	<b>42,96</b>	<b>7,88</b>	<b>3,34</b>	<b>1,648</b>	<b>-0,180</b>

Para uma melhor interpretação dos resultados foram constituídos dois grupos etários homogéneos: idade inferior ou igual a 40 anos e superior a 40 anos.

Quanto à idade temos uma representatividade (50,0%) para cada um dos grupos etários, sendo que o género masculino tem maior representatividade no grupo com idade inferior ou igual a 40 anos (75,0%), enquanto o feminino é no grupo etário com idade superior a 40 anos (53,8%) (cf. tabela 2).

No que respeita ao estado civil, a maioria dos enfermeiros é casado/união de facto (86,7%), sendo também o mais prevalente no género masculino e feminino (100,0% vs 84,7%), seguido pelo estado de divorciado (6,7%). É de realçar que 3,8% do género feminino é solteiro e a mesma percentagem é viúvo (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros em função do género

Variáveis	Género		Total			
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	(4)	(13,3)	(26)	(86,7)	(30)	(100,0)
<b>Idade</b>						
≤ 40 anos	3	75,0	12	46,2	15	50,0
> 40 anos	1	25,0	14	53,8	15	50,0
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	0	---	1	3,8	1	3,3
Casado/União de facto	4	100,0	22	84,7	26	86,7
Divorciado	0	---	2	7,7	2	6,7
Viúvo	0	---	1	3,8	1	3,3

Quanto às habilitações, mais de metade (56,7%) possuem Licenciatura em Enfermagem, sendo a maior representatividade no género feminino (65,4%). Todos os enfermeiros do género masculino possuem curso de mestrado e do género feminino são 34,6% (cf. tabela 3).

Dos 13 enfermeiros que possuem curso de mestrado, mais de metade (53,9%) é profissionalizante e 46,1% é académico. As Enfermeiras possuem mais o Mestrado académico (Curso de mestrado em Educação para a saúde e Curso de mestrado em Gestão em saúde) e os Enfermeiros o Mestrado profissionalizante, nas diferentes áreas de especialidade em Enfermagem (cf. tabela 3).

A maioria dos Enfermeiros (60,0%) são detentores do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem e o mesmo acontece em ambos os géneros. Destes Enfermeiros 38,9% possuem o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, seguido de 33,3% que detêm o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (cf. tabela 3).

Dos enfermeiros inquiridos 56,7% dos enfermeiros são detentores de um Curso de Pós-graduação. Quanto à área e com a mesma percentagem (41,2%) temos os Cursos de Pós-graduação em Gestão e administração dos serviços de saúde e em Enfermagem de Saúde Familiar (cf. tabela 3).

Face à unidade funcional em que exercem funções, a maioria dos enfermeiros trabalha numa USF e é enfermeiro especialista, possuindo “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” (Regulamento n.º 122/2011).

Tabela 3 – Caracterização académica dos Enfermeiros

Variáveis	Género		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	(4)	(13,3)	(26)	(86,7)	(30)	(100,0)		
<b>Habilitações</b>								
Licenciatura	0	---	17	65,4	17	56,7		
Mestrado	4	100,0	9	34,6	13	43,3		
<b>Curso de Mestrado</b>								
Académico	1	25,0	5	55,6	6	46,1		
Profissionalizante	3	75,0	4	44,4	7	53,9		
<b>Curso de Pós-licenciatura</b>								
Sim	3	75,0	15	57,7	18	60,0		
Não	1	25,0	11	42,3	12	40,0		
<b>Área do Curso de Pós- licenciatura</b>								
Enfermagem Comunitária	1	33,3	6	40,0	7	38,9		
Enfermagem de S. Infantil e Pediatria	0	---	6	40,0	6	33,3		
Enfermagem Médico-cirúrgica	1	33,3	0	---	1	5,6		
Enfermagem de S. Mental e Psiquiatria	1	33,3	1	6,7	2	11,1		
Enfermagem de Reabilitação	0	---	2	13,3	2	11,1		
<b>Curso de Pós-graduação</b>								
Sim	3	75,0	14	53,8	17	56,7		
Não	1	25,0	12	46,2	13	43,3		
<b>Área do Curso de Pós-graduação</b>								
Gestão e Administ. Serviços de Saúde	2	50,0	5	35,7	7	41,2		
Enfermagem de Saúde Familiar	0	---	7	50,0	7	41,2		
Saúde Mental	1	25,0	0	---	1	5,9		
Urgência e Emergência	0	---	2	14,3	2	11,8		
Outros	1	25,0	0	---	1	5,9		

Quanto à categoria profissional 46,7% são Enfermeiros especialistas e 40% Enfermeiros e o mesmo acontece quando analisamos por género (cf. tabela 4).

Relativamente à unidade onde exerce funções 73,3% dos enfermeiros fá-lo em Unidades de Saúde Familiar. No género masculino, metade da amostra (50,0%) exerce funções em Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados na Comunidade (cf. tabela 4).

No que se refere ao tempo de serviço, a maioria dos enfermeiros (60,0%) possuiu 18 ou menos anos de serviço, o mesmo acontece em ambos os gêneros (cf. tabela 4).

Quanto ao tempo de serviço na unidade, mais de metade dos enfermeiros (56,7%) tem oito ou menos anos de serviço (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização profissional dos Enfermeiros

Variáveis	Gênero		Total			
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	(4)	(13,3)	(26)	(86,7)	(30)	(100,0)
<b>Categoria Profissional</b>						
Enfermeiro	1	25,0	11	42,3	12	40,0
Enfermeiro Especialista	2	50,0	12	46,2	14	46,7
Enfermeiro em funções de gestão	1	25,0	3	11,5	4	13,3
<b>Unidade Funcional onde exerce</b>						
USF	2	50,0	20	76,9	22	73,3
UCC	2	50,0	6	23,1	8	26,7
<b>Tempo de serviço</b>						
≤ 18 anos	3	75,0	15	57,7	18	60,0
> 18 anos	1	25,0	11	42,3	12	40,0
<b>Tempo de serviço na Unidade</b>						
≤ 8 anos	2	50,0	15	57,7	17	56,7
> 8 anos	2	50,0	11	42,3	13	43,3

Mais de metade dos enfermeiros (56,7%) não possui formação na área dos cuidados continuados integrados e apenas 43,3% refere possuir formação nesta área. Do género feminino 57,7% refere não ter formação nesta área de cuidados (cf. tabela 5) e referem como principal motivo a Falta de tempo e a Pouca oferta formativa na área.

Dos que possuem 61,5% teve cinco ou mais horas de formação, o que também é mais prevalente em ambos os gêneros (cf. tabela 5).

No âmbito do contexto da formação, metade dos enfermeiros referem ter sido “Formação em serviço”, seguida de Conferências/jornadas com 33,3% (cf. tabela 5).

Quanto à participação em projetos ou trabalhos na área dos cuidados continuados integrados, apenas 20,0% referiu já ter participado (cf. tabela 5).

A formação, principalmente nesta área, é extremamente importante e estes resultados revelam os desafios que se colocam à saúde e à enfermagem, pois como referiu a OMS “O desinvestimento crónico na formação e emprego dos profissionais de saúde, aliado à capacidade de assegurar salários dignos, levou à escassez de profissionais de saúde em todo o mundo “(OE, 2020).

Face a este aspeto, também aqui se denota uma falta de investimento, até porque a UMCCI, que promove a formação profissional dos profissionais de saúde envolvidos na intervenção da RNCCI, passa pela realização de conferências pela UMCCI sobre a implementação da RNCCI, de jornadas regionais para disseminação da filosofia e modelos de cuidados da RNCCI, pela formação em “Qualidade e Técnicas de Acompanhamento na RNCCI”, pela realização de formação específica para unidades de Internamento da RNCCI, entre outras iniciativas formativas (UMCCI, 2009).

A falta de tempo dos profissionais para frequentarem formação, leva-nos a pensar na sobrecarga de trabalho, bem como na falta de recursos humanos nas instituições de saúde, que é hoje uma realidade. Entre os fatores de *stress* no local de trabalho que afetam o bem-estar das pessoas, nomeadamente na área da saúde, destacam-se as longas jornadas de trabalho, número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, entre outros (Steffen, 2008).

Tabela 5 – Caracterização da Formação dos Enfermeiros na área dos Cuidados Continuados Integrados

Variáveis	Género		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	(4)	(13,3)	(26)	(86,7)	(30)	(100,0)		
<b>Formação na área dos CCI</b>								
Sim	2	50,0	11	42,3	13	43,3		
Não	2	50,0	15	57,7	17	56,7		
<b>Número de horas de formação</b>								
< 5 horas	1	25,0	4	36,4	5	38,5		
≥ 5 horas	2	75,0	6	54,6	8	61,5		
<b>Contexto da formação</b>								
Conferências/Jornadas	2	50,0	4	28,6	6	33,3		
Ações de Formação	0	---	3	21,4	3	16,7		
Formação em serviço	2	50,0	7	50,0	9	50,0		
<b>Participação em trabalhos/projetos</b>								
Sim	2	50,0	4	15,4	6	20,0		
Não	2	50,0	22	84,6	24	80,0		

Relativamente ao nível de conhecimentos acerca dos cuidados continuados integrados, mais de metade (53,4%) tem a perceção que são elevados e apenas 13,3% percecionam que são fracos (cf. tabela 6).

Ao reconhecerem o que são os CCI, reconhecem que estes se traduzem no “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (CE, 2009, p. 4).

Quanto ao processo de referenciação a totalidade dos enfermeiros refere conhecer, mas 73,3% manifesta não estar satisfeito com o mesmo (cf. tabela 6).

Estes resultados indicam que estes reconhecem que o processo de referenciação para a admissão na RNCCI, deve obedecer a um conjunto de critérios de inclusão e é sempre feito através da ECL, a qual utiliza a ficha de referenciação (ACSS, 2007).

Tabela 6 – Perceção dos enfermeiros sobre os conhecimentos e processo de referenciação na área dos Cuidados Continuados Integrado

Variáveis	Género		Feminino		Total	
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	(4)	(13,3)	(26)	(86,7)	(30)	(100,0)
<b>Nível de conhecimentos</b>						
Elevado	3	75,0	13	50,0	16	53,4
Moderado	1	25,0	9	34,6	10	33,3
Fraco	0	---	4	15,4	4	13,3
<b>Conhecimento processo referenciação</b>						
Sim	4	100,0	26	100,0	30	100,0
Não	0	---	0	---	0	---
<b>Satisfação com o processo de referenciação</b>						
Sim	0	---	8	30,8	8	26,7
Não	4	100,0	18	69,2	22	73,3

No âmbito dos conhecimentos gerais da RNCCI os enfermeiros apresentam uma taxa elevada nas respostas às afirmações “A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social” (100,0%); “A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção” (96,6%); “Os utentes que se encontram nas unidades de internamento da RNCCI podem ser prorrogados desde que a equipa multidisciplinar justifique com pedido à Equipa de Coordenação Local (ECL)” (96,6%); “Para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciados os utentes que se encontrem em situação de necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações” (93,3%) ; “Constituem critérios para efeitos de admissão em unidades e equipas os seguintes: doente com episódio de doença em fase aguda; pessoa que necessite exclusivamente de apoio social; doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico, doente infetado, cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar” (93,3%); “Após a referenciação, a Equipa de Coordenação Local (ECL) avalia e valida a proposta de referenciação e tipologia adequada às necessidades do utente” (100,0%) e “A EGA assegura a atualização de toda a informação que deve acompanhar o utente no momento da alta hospitalar e consequente admissão em unidade ou equipa da RNCCI (93,3%).

E de facto, o objetivo da RNCCI é, precisamente, prestar cuidados de saúde e de apoio social numa ótica de continuidade e integrada a pessoas que, seja qual for a sua idade, se encontram em situação de dependência (SNS, 2021).

A equipa multidisciplinar (UMCCI, 2009) que recebe a proposta de referenciação, devendo avaliar e confirmar toda a informação até ao momento da alta, sendo esta que também envia a proposta para a ECL (SNS, 2021). Considera que as unidades e equipas multidisciplinares devem organizar o processo individual em suporte informático ou em papel. Para isso, os sistemas informáticos devem funcionar em pleno, até porque a forma como a comunicação circula e é utilizada é extremamente importante, sendo crucial que se definam papéis, atribuam responsabilidades e nível de autoridade de cada unidade organizacional para que as informações produzidas sejam utilizadas e, de facto, gerem conhecimento e estabeleçam a comunicação entre os diversos departamentos e profissionais (Arantes, 1998).

Respostas incorretas destaca-se as afirmações “A Equipa de Gestão de Altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI” (73,3%);” Para Unidade de Convalescença, as pessoas que, na sequência de episódio de doença aguda, suscetível de melhoria, em período previsível de 30 dias, não incluindo a administração de terapêutica parentérica” (70,0%) e “Constituem ainda critérios para efeitos de não admissão em ULDM os seguintes: doente com úlceras de pressão; doentes com necessidade de medidas de suporte respiratório de forma permanente ou quase permanente; doente com débitos de oxigénio iguais ou superiores a 3l/min” (70,0%).

Estes também partilham opinião de que é a ECL que avalia e valida a proposta de referenciação e tipologia adequada às necessidades do utente, indo ao encontro do que é afirmado pelo SNS (2021).

E que a EGA é composta por uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar (DL n.º 101/2006).

A amostra considera que a prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, e que nas unidades da RNCCI é obrigatório o PICC e que este deve conter a identificação do utente, data de admissão, identificação e contato dos cuidadores, consentimento informado e termo de aceitação. De facto, a avaliação realizada é multidisciplinar e é por isso que existe uma equipa também ela multidisciplinar. Além disso, para ser admitido na RNCCI, é sempre necessário o consentimento (por escrito) do doente ou do seu representante (ACSS, 2007), assumindo-se que o consentimento informado é uma autorização expressa, livre e esclarecida do utente ou do seu representante legal (UMCCI, 2006).

Tabela 7 - Conhecimentos gerais sobre a Rede de Cuidados Continuados Integrados

Afirmações	corretas		incorretas	
	N	%	N	%
1 - A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social.	30	100,0	0	---
2 - Os cuidados prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados são apenas de natureza preventiva e reabilitadora	28	93,3	2	6,6
3 - A Equipa de Gestão de Altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI.	8	26,6	22	73,3
4 - Apenas nas Unidade de Internamento da RNCCI é necessário existir o papel de “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do acesso individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados.	24	80,0	6	20,0
5 - A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.	29	96,6	1	3,3
6 - Os utentes que se encontram nas unidades de internamento da RNCCI podem ser prorrogados desde que a equipa multidisciplinar justifique com pedido à Equipa de Coordenação Local (ECL).	29	96,6	1	3,3
7 - A EGA faz o planeamento de alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidado continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar.	23	76,6	7	23,3
8 - As unidades e equipas devem organizar o processo individual em suporte informático ou em papel que deve incluir, designadamente: o Contrato de prestação de serviços.	23	76,6	7	23,3
9 - Para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciados os utentes que se encontrem em situação de doença aguda.	21	70,0	9	30,0
10 - Para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciados os utentes que se encontrem em caso de necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações.	28	93,3	2	6,6
11 - Para Unidade de Convalescência, as pessoas que, na sequência de episódio de doença aguda, suscetível de melhoria, em período previsível de 30 dias, não incluindo a administração de terapêutica parentérica.	9	30,0	21	70,0
12 - O internamento em Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) prevê um período até 90 dias.	26	86,6	4	13,3
13 - Para Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDMD), a situação de dependência que em períodos superior a 90 dias integra o Internamento por dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador.	15	50,0	15	50,0
14 - Para Unidade de Ambulatório, serão referenciados utentes que necessitem de cuidados continuados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime de ambulatório e não reúna condições para ser cuidado no domicílio.	19	63,3	11	36,6
15 - Constituem critérios para efeitos de admissão em unidades e equipas os seguintes: doente com episódio de doença em fase aguda; pessoa que necessite exclusivamente de apoio social; doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico, doente infetado, cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.	28	93,3	2	6,6
16 - Constituem ainda critérios para efeitos de não admissão em ULDM os seguintes: doente com úlceras de pressão; doentes com necessidade de medidas de suporte respiratório de forma permanente ou quase permanente; doente com débitos de oxigénio iguais ou superiores a 3l/min	7	23,3	23	76,6
17 - Os doentes provenientes da comunidade, nomeadamente do domicílio, são sinalizados apenas por profissionais da área da saúde e ou social do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) às equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários.	23	76,6	7	23,3
18 - Após a referenciação, a Equipa de Coordenação Local (ECL) avalia e valida a proposta de referenciação e tipologia adequada às necessidades do utente.	30	100,0	0	0,0
19 - A referenciação de doentes, internados no hospital integrado no SNS para cuidados continuados integrados, feita pela EGA à ECL do domicílio do doente, deve ocorrer 24 a 48 horas antes da data prevista para a alta hospitalar.	12	40,0	18	60,0
20 - A EGA assegura a atualização de toda a informação que deve acompanhar o utente no momento da alta hospitalar e consequente admissão em unidade ou equipa da RNCCI.	28	93,3	2	6,6

No âmbito dos conhecimentos sobre o processo de referenciação do utente para a Rede de Cuidados Continuados Integrados, os enfermeiros apresentam uma taxa elevada nas respostas à afirmações “Para o processo de referenciação do utente para a RNCCI é necessário efetuar registos de enfermagem na plataforma informática da RNCCI” (96,6%)

Respostas incorretas destaca-se as afirmações “A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção, exceto durante os fins de semana” (36,6%); “Os utentes podem ser referenciados por indivíduos particulares que identifiquem necessidade comuniquem à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e estas referenciem para UCSP” (36,6%); “Os doentes provenientes da comunidade, nomeadamente do domicílio, são sinalizados apenas por profissionais da área da saúde e ou social do ACES às equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários” (63,3%) e “A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 72 horas após a admissão” (46,6%).

Tabela 8 - Conhecimentos sobre o processo de referenciação do utente para a Rede de Cuidados Continuados Integrados

Afirmações	Corretas		Incorretas	
	N	%	N	%
21 - No momento da alta hospitalar do utente este deve ser acompanhado por registos de enfermagem de modo a que a continuidade de cuidados seja assegurada.	28	93,3	2	6,6
22 - Na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter -se em conta a proximidade da área do domicílio do utente, relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.	28	93,3	2	6,6
Os utentes apenas podem ser referenciados para a RNCCI de duas formas: dos serviços de internamento do SNS para a EGA e das Unidades de Saúde Familiar (USF) do ACES para a ECL.	24	80,0	6	20,0
24 - A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção, exceto durante os fins de semana.	19	63,3	11	36,6
25 - Nas unidades da RNCCI é obrigatório o Processo Individual de Cuidados Continuados (PICC).	28	93,3	2	6,6
26 - O Processo Individual de Cuidados Continuados (PICC) não é obrigatório nas unidades da RNCCI.	28	93,3	2	6,6
27 - O Processo Individual de Cuidados Continuados (PICC) deve conter: a identificação do utente, data de admissão, identificação e contacto dos cuidadores, consentimento informado e termo de aceitação, entre outros.	28	93,3	2	6,6
28 - Para o processo de referenciação do utente para a RNCCI é necessário efetuar registos de enfermagem na plataforma informática da RNCCI.	29	96,6	1	3,3
29 - O enfermeiro pode referenciar para outra tipologia da RNCCI por vi telefónica.	24	80,0	6	20,0
30 - É a EGA que faz o processo de referenciação dos utentes internados em contexto hospitalar.	28	93,3	2	6,6
31 - É possível transferir utentes nas diferentes tipologias da RNCCI.	27	90,0	3	10,0
32 - Os utentes devem ser sempre colocados nas unidades da RNCCI correspondente à sua área de residência.	24	80,0	6	20,0
33 - O utente escolhe qual a unidade da RNCCI em que é internado.	23	76,6	7	23,3
34 - Durante o processo de referenciação para a RNCCI o utente ou cuidador principal pode/ podem optar por três unidades da RNCCI.	26	86,6	4	13,3
35 - Os utentes podem ser referenciados por indivíduos particulares que identifiquem necessidade comuniquem à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e estas referenciarem para UCSP.	19	63,3	11	36,6
36 - Os doentes provenientes da comunidade, nomeadamente do domicílio, são sinalizados apenas por profissionais da área da saúde e ou social do ACES às equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários.	11	36,6	19	63,3
37 - É definido um elemento das equipas como “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do acesso individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados.	28	93,3	2	6,6
38 - As unidades de ambulatório funcionam em regime diurno, todos os dias úteis, por um período não inferior a oito horas diárias de forma a garantir e proporcionar ao utente todos os cuidados.	24	80,0	6	20,0
39 - A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 72 horas após a admissão.	16	53,3	14	46,6
40 - Não existe “Gestor de Caso”, todos os elementos das equipas da RNCCI são responsáveis pelo acompanhamento do acesso individual.	27	90,0	3	10,0

Relativamente ao nível de conhecimentos acerca dos cuidados continuados integrados a maioria (86,6%) apresenta um nível elevado de conhecimentos onde está incluída a totalidade do género masculino. É de referir que nenhum enfermeiro apresenta um nível de conhecimentos fraco (cf. tabela 9)

Tabela 9: Nível de conhecimentos dos enfermeiros

Nível de conhecimentos	Género		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	(4)	(13,3)	(26)	(86,7)	(30)	(100.0)		
Elevado	4	100,0	22	84,6	26	86,6		
Moderado	0	---	4	15,4	4	13,4		
Fraco	0	---	0	---	0	---		

#### 2.1.4-Conclusões do estudo

Os enfermeiros que desempenham funções na área da enfermagem comunitária e que prestam CSP assumem um papel de destaque e pelo que este estudo visou avaliar os conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI.

Atendendo aos resultados obtidos neste estudo, podemos concluir que os enfermeiros são do género feminino, com uma idade média de 43 anos, trabalha numa USF e detem a categoria de enfermeiro especialista. Tem um tempo de serviço médio de 20,68 anos e na unidade trabalha há cerca de 10 anos. Possuem formação na área de cuidados continuados integrados, com uma duração de 10 horas e no contexto de formação em serviço. Referem como motivos para a não frequência de formação em cuidados continuados integrados, a reduzida oferta formativa nesta área e a falta de tempo. Consideram muito importante existir formação na área de cuidados continuados integrados e que o enfermeiro assume um papel muito importante, tendo a percepção de elevado nível de conhecimentos. Os enfermeiros conhecem o processo de referenciação dos utentes para a RNCCI, no entanto, nem todos eles estão satisfeitos com o processo de referenciação;

No que diz respeito aos conhecimentos gerais sobre a RNCCI foi possível concluir que os enfermeiros possuem conhecimentos acerca da criação da RNCCI e a quem se dirige; que a prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente; reconhecem que o prazo de internamento pode ser prorrogado; conhecem as diferentes unidades de internamento e asseguram a importância da continuidade de cuidados. Apresentam como maiores dificuldades a identificação dos critérios de admissão nas unidades de internamento e o desconhecimento das funções da Equipa de Gestão de Altas.

No âmbito dos conhecimentos sobre o processo de referenciação do utente para a RNCCI foi identificado que os enfermeiros reconhecem a importância dos registos de enfermagem na plataforma da RNCCI e do elemento gestor de caso no acompanhamento de cada utente, mas desconhecem a totalidade dos elementos que podem efetuar a referenciação.

Os enfermeiros reconhecem a importância do seu papel bem como o processo de referenciação do utente para a RNCCI, no entanto, referem como necessidade um maior investimento na formação.

Em termos de limitações do estudo, a amostra foi de dimensões reduzidas devido à sobrecarga laboral causada pelo contexto pandémico.

Como implicações para a prática e de acordo com os resultados obtidos torna-se importante a formação estruturada no âmbito da RNCCI e do processo de referenciação, aliada á vertente prática da utilização dos sistemas informáticos.

### 3- Avaliação por competências

Neste capítulo, são abordadas as competências adquiridas e as competências desenvolvidas ao longo deste estágio, tendo por base o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária.

São abordadas as competências adquiridas com objetivo do grau de mestre nesta área de especialização.

#### Competências comuns do Enfermeiro Especialista

As constantes modificações na sociedade sejam elas do foro político, educacional, socioeconómico, demográfico, cultural ou ambiental, potenciam um aumento da complexidade dos problemas, e uma maior necessidade de adequação das respostas de forma eficiente.

De acordo com o regulamento nº 140/2019, das competências comuns, o enfermeiro especialista

enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Segundo o referido Regulamento, as competências comuns devem ser aplicadas em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e envolvem as seguintes dimensões: educação, orientação, aconselhamento, liderança e investigação.

Neste Sentido, procede-se à avaliação dos diferentes domínios de competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019), tendo em conta as atividades desenvolvidas no decorrer deste estágio final.

Perante o artigo 5º relativamente às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, considera-se que a ação desenvolvida ao longo do estágio baseou-se no desenvolvimento da prática profissional que respeita os princípios éticos deontológicos e legais.

Procurou-se a renovação dos conhecimentos previamente adquiridos com aqueles que foram sendo adquiridos no processo de formação especializada, para o contexto de referenciação do utente na RNCCI.

A prestação directa de cuidados teve por base a proteção e defesa do respeito e privacidade no domicílio dos utentes pela sua autonomia e autodeterminação, acesso à informação, proteção da intimidade e confidencialidade associada à situação de fragilidade/dependência.

A quando da prestação de cuidados foi sempre pedido o consentimento informado para o cuidado a realizar prevaleceu a responsabilidade profissional, moral e ética, assegurando o cumprimento do princípio da beneficência. Uma evidencia do desenvolvimento de competências, neste domínio foi também a solicitação das autorizações necessárias para a realização deste estudo aos profissionais de saúde participantes, que consta em anexo.

Relativamente ao artigo 6º das competências do domínio da melhoria continua da qualidade, houve uma constante preocupação com a necessidade em garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, como a auscultação das dificuldades sentidas pelos enfermeiros em CSP sobre o processo de referenciação do utente para RNCCI.

Procurou-se desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, consultando o IDG da UCC e por sua vez os resultados dos seus indicadores relacionados com a área da ECCI. Serviu como base a este processo a consulta do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF). Este módulo é um sistema que complementa a informação de produção diária da Unidade Funcional com informação mensal/anual trabalhada e agregada.

Permite a obtenção de relatórios/listagens com o detalhe do utente, possibilitando ao profissional de saúde a análise dos dados dos seus utentes, da sua produção, da prescrição de medicamentos, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e cálculo de indicadores.

Esta era uma funcionalidade há muito aguardada pelos profissionais de saúde, que passam assim a ter uma ferramenta facilitadora da sua atividade clínica, potenciadora da realização de estudos clínicos e fonte de incremento de melhoria nos registos de saúde.

Em relação ao artigo 7º das competências do domínio de gestão dos cuidados colaborou-se nas decisões da ECCI relativamente à prestação de cuidados de saúde com a preocupação dos aspectos relacionados com a melhoria dos processos de tomada de decisão.

Devido a uma elevada complexidade dos problemas de saúde, uma abordagem multidisciplinar e mais global dos problemas enriquece a qualidade das respostas a esses problemas contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Considera-se que na tomada de decisão que otimize a resposta da equipa, o aspecto primordial é a valorização da informação. O acesso e a forma como a

informação é tratada, o registo e transmissão da mesma, mediante uma comunicação assertiva e eficiente são aspectos potenciadores de uma articulação eficaz entre os elementos das várias equipas.

No âmbito dos cuidados domiciliários a gestão dos recursos assume uma importância determinante na qualidade dos cuidados, obrigando a uma avaliação rigorosa das necessidades do utente e da família para que possam ser utilizados os recursos disponíveis de forma eficiente.

Esta gestão de recursos, tendo em conta diferentes situações e contextos foi a competência desenvolvida ao longo do estágio, com a preocupação da utilização de materiais e equipamentos de forma racional, tendo presentes os princípios da equidade e da justiça.

Em relação ao artigo 8º das competências do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi desenvolvida a perceção clara na dimensão profissional e dimensão pessoal. Ao longo do estágio foi desenvolvida a capacidade de iniciativa e criatividade, por exemplo no âmbito necessidade formativa sobre temáticas a necessitar de renovação de conhecimento face às suas atualizações ao longo do tempo.

Neste contexto e após a reflexão diária sobre o autoconhecimento facilitou a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com o utente/família e ou a equipa multidisciplinar.

A aprendizagem sobre a gestão recursos e limites pessoais e profissionais, destacados para as diferentes áreas e programas desenvolvidos já na UCC Viseense, priorizando sempre.

Também foi importante neste contexto a gestão das emoções para que a comunicação fosse o mais eficaz possível entre a família e o utente.

Durante o processo de especialização foi adotada uma atitude de procura pelas oportunidades de aprendizagem e aplicação da mesma, procurando-se assentar a prática profissional na evidencia científica existente e mais recente de forma a otimizar as respostas na exigência do cuidar.

No âmbito das competências na área de investigação, a ordem dos enfermeiros define a investigação em enfermagem como “um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina” (OE, 2006, P.1). Neste sentido a elaboração do trabalho de investigação em questão com base na importância para a prática profissional indo de encontro aos padrões de qualidade.

#### Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é o profissional de saúde que presta cuidados especializados nesta área, tendo como foco de sua atenção “as respostas humanas aos

processos de vida e aos problemas de saúde” de pessoas, grupos e comunidades, intervindo com a sua capacidade de responder adequadamente as necessidades identificadas. Através do desenvolvimento de projetos e programas de intervenção, que contribuam para o processo de empoderamento comunitário (Regulamento nº128/2011, P.8667). Neste sentido é esperado que o enfermeiro especialista na área de saúde comunitária desenvolva uma compreensão acerca dos determinantes dos problemas de saúde para a construção do diagnóstico de saúde (OE, 2017), mediante um julgamento clínico e uma tomada de decisão estruturada e fundamentada.

No contexto da área optativa de enfermagem em cuidados continuados integrados de saúde e apoio social, e tendo o estágio decorrido numa ECCI importa destacar o âmbito da ação do enfermeiro especialista em saúde comunitária neste contexto. Segundo o referencial do enfermeiro elaborado pela ordem é necessário: identificar os problemas de uma população, assim como a sua evolução prognostica, prevendo o impacto da saúde da população, identificar causas dos problemas e Factores de risco associados, dinamizar programas de intervenção comunitária em parceria com instituições da comunidade, cooperando com a rede de serviços de saúde e atendendo à intervenção em situações de maior vulnerabilidade (Conselho de Enfermagem, 2009).

Neste seguimento, procede-se à avaliação das diferentes competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, segundo o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e tendo em conta as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio final.

O conhecimento profundo de uma comunidade a quem se prestam cuidados é fundamental, tendo as instituições prestadoras de cuidados um papel fundamental a este nível, diagnosticando oportunidades e desafios. Deste modo houve possibilidade de caracterização do perfil profissional e de formação dos enfermeiros dos CSP, caracterização dos seus conhecimentos e identificação da sua motivação.

#### Competências de mestre

Ao nível de desenvolvimento de competências enquanto mestre na área de enfermagem de cuidados integrados de saúde e apoio social, considera-se a realização do estágio no contexto da ECCI foi essencial para: o aumento e aquisição de conhecimentos nesta área, no que diz respeito ao processo de referenciação dos utentes para a RNCCI, o desenvolvimento de competências técnicas científicas e humanas necessárias para planear, executar e avaliar utilizando os recursos adequados. Desenvolvendo por sua vez competências relacionais, comunicacionais adequadas e personalizadas entre utente/família como entre equipas das várias Unidade Funcionais (UCCI, USF, ECL)

O desenvolvimento da reflexão a partir das experiências vividas sobre o meu desempenho, estabelecendo uma ponte com a evidencia científica existente, e assimilando os contributos da orientação pedagógica recebida no meu processo de formação levam à conclusão da investigação realizada levando a clarificação do percurso necessário para a melhoria no processo de referenciação dos utentes na RNCCI e consequentemente a obtenção de ganhos em saúde para os utentes e profissionais de saúde.

## Referências Bibliográficas

- Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2007). *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Orientações para a sua constituição nos centros*. Lisboa: ACSS. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-constitui%C3%A7%C3%A3o-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf>.
- Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação: Guia prático e crítico*. Porto: Asa Editores.
- Almeida, J. & Pinto, J. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Arantes, N. (1998). *Sistemas de gestão empresarial: conceitos permanentes na administração de empresas válidas*. São Paulo: Atlas.
- Araújo, C. (2014). *Enfermagem com Famílias. Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Atkinson, L., & Murray, M. (1989). *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a healthcaresystem to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Baptista, J. (2012). *Dos Cuidados Continuados ao Domicílio: Dificuldades dos Enfermeiros na Preparação da Alta do Idoso Dependente*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barbosa, P. (2009). *O impacto das políticas de saúde na satisfação dos utentes e no acesso aos cuidados de saúde primários: Estudo de Caso na Unidade de Saúde Familiar Marginal*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Berwick, D., Davidoff, F., Hiatt, H., & Smith, R. (2001). Refining and implementing the Tavistockprinciples for everybody in healthcare. *BMJ*, 323, 616-620.
- SNS, 2021, Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP), acedido em: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30022/2182591/Pages/default.aspx>
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A. & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos* (2.<sup>a</sup> Edição). Lisboa: Padrões Culturais Editora.

- Branco, A. & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-11.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Chiavenato, I. (2008). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Conselho de Enfermagem. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático(2), 75-82.
- Cunha, A. (2017). *Constrangimentos no processo de sinalização e referência às Equipas de Cuidados Continuados Integrados no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Cunha, F., & Silva, H. (2005). Informação e Comunicação no contexto dos hospitais. In XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares de Comunicação.
- Cunha, P., Meneses, R. e Oliveira, M. C.. (2013). Gestão de conflitos na área da saúde: uma proposta de reflexão. *Arquivos de Medicina*, 27(3), 132-134.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário do Governo n.º 38/2008, Série I.
- Decreto-Lei n.º 60/2003, de 01 de abril. Diário da República n.º 77/2003, Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de junho. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. Diário da República n.º 108/1999, Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro. Diário do Governo n.º 228/1971, Série I.
- Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro. Diário do Governo n.º 228/1971, Série I.
- Elias, L., Dalmau, M., & Bernadini, I. (2013). A Importância da gestão de conflitos nas relações de trabalho: um estudo de caso na Secretaria de Saúde de Biguaçu/SC. *Coleção Gestão da Saúde Pública*, 8, 124-145.
- Entidade Reguladora da Saúde (2006). Plano de Actividades para 2006. Lisboa: ERS. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/document/file/26/Plano\\_de\\_Actividades\\_ERS\\_2006.pdf](https://www.ers.pt/uploads/document/file/26/Plano_de_Actividades_ERS_2006.pdf).
- Fernandes, S., Medeiros, S. & Ribeiro, L. (2008). Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 10(2), 414-427.

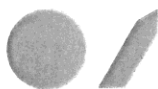
- Fonseca, C. (2008). Como definir uma população de estudo e como seleccionar uma amostra? In Médicos de Medicina Geral e Familiar (Orgs.), *Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica* (pp. 50-54). Lisboa: Núcleo de Investigação da APMCG.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Gonçalves, A. & Galvão, A.a (2016). Stress e bloco operatório: o que sentem os enfermeiros? In III Encontro de Investigadores do Instituto Politécnico de Bragança: livro de resumos (pp. 486-494). Bragança.
- Gonçalves, P. (2015). *Cuidados de Saúde Primários: Importância e Perspetivas*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Guia orientador dos estágios; IPV-ESSV. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária; 2020;
- Guia de Curso – Mestrado em Enfermagem Comunitária; IPV-ESSV. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária; 2020;
- Guido, L. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- International Council of Nurses. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Lawn, J., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul V. & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*, 372(9642), 917-927.
- Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. *Diário do Governo n.º 214/1979, Série I*.
- Matheus, M. (1995). O Trabalho em Equipa: Um Instrumento Básico e um Desafio para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem USP*, 29(1).
- McIntyre, S. (2007). Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociais. *Análise Psicológica*, 25(2), 295-305.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de Educação*, 2(2), 49-65.
- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-71.
- Morais, A.(2002). Gestão de conflitos. *Nursing*, 172, 24-29.
- Moreira, M. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses – envelhecimento, saúde, idadeismo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.

- Nursing. (2010). Comunicação Interdisciplinar em Saúde: Importância e Desafios. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3569-comunicacao-interdisciplinar-em-saude-importancia-e-desafios#.YSdSE47MPIU>.
- Oliveira, R. (2018). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado. Tomar: Escola Superior de Gestão do Instituto Politécnico de Tomar.
- Ordem dos Enfermeiros. (s/d). Enfermeiros estrangeiros em Portugal. Disponível em: [www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Enfmigrantes\\_PT.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Enfmigrantes_PT.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Desafios de saúde urgentes para a próxima década. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/desafios-de-sa%C3%BAdes-urgentes-para-a-pr%C3%B3xima-d%C3%A9cada/>.
- Organização Mundial de Saúde. (1979). *Alma-Ata 1978. Cuidados Primários de Saúde*. Brasília: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Saúde para todos no século XXI: uma introdução*. Loures: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Cuidados de Saúde Primários. Agora Mais Que Nunca*. Lisboa: OMS.
- Portugal (2017). *SNS+ Proximidade: mudança centrada nas pessoas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Sakellarides, C. (2021). Das Doenças às Pessoas com Morbilidade Múltipla. In M. Lopes & C. Sakellarides (coord.), *Os cuidados de saúde face aos desafios o nosso tempo: contributos para a Gestão da Mudança* (pp. 160-172). Évora: Imprensa da Universidade de Évora.
- Sakellarides, C. (2020). Serviço Nacional de Saúde: Dos Desafios da Atualidade às Transformações Necessárias. *Acta Médica Portuguesa*, 33(2), 133-142.
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). Cuidados Continuados. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>.
- Schermerhorn, J., Hunt Jr., J., & Osborn, R. (1998). *Fundamentos de comportamento organizacional*. Porto Alegre: Bookman.
- Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigações, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Lidel.

- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.
- Stacciarini, J., & Tróccoli, B. (2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(2), 17-25.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). Jeanette – Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. *Lusociência*, 492-514.
- Steffen, A. (2008). *Fatores de motivação no trabalho da equipe de enfermagem em um pronto atendimento do vale dos sinos*. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale.
- Tavares, M. (2010). *Motivação e Desempenho dos Funcionários da Administração Pública Caboverdiana Actual*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Teixeira, L. (2012). *A Reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos*. Lisboa: Mundos Sociais.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Universidade do Minho: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia-da-RNCCI.pdf>.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa: UMCCI.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2016). Glossário. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Glossario-da-RNCCI.pdf>.
- Vendemiatti, M., Siqueira, E., Filardi, F., Binotto, E., & Simioni, F. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 1), 1301-1314.
- Vilar, A., Bastos, A. & Borges, E. (2017). Novo modelo de gestão nas unidades de saúde familiar e o seu impacto na prática: percepção dos enfermeiros. In *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016-Livro de Comunicações* (pp. 35-40). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Vital, E. & Teixeira, J. (2012). Cuidados de saúde primários: as regras do jogo. *Saúde & Tecnologia*, 7, 9-17.
- World Health Organization. (2021). Cuidados de saúde primário. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>.
- Yazbek, S. (2009). *Os significados de religiosidade na vivência de situações de stress e burnout*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade Católica de S. Paulo

**Anexos**

**Anexo 1:** Pedido de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

Exmo. Senhor  
Diretor Executivo  
**Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões**  
Av. Dr. António José de Almeida  
3510-511 VISEU

| v. referência:

| v. data:

| n. referência:

| data:

| assunto

ESSV 0427 10-MAV-21

### **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Rita Daniela Gonçalves Matias de Andrade do 2º ano do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde Primários sobre a referenciação do utente para RNCCI."

Pretende-se identificar:

- Avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários no processo de referenciação para a RNCCI.
- Averiguar se existe associação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais com conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários
- Identificar as necessidades percecionadas pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários no processo de referenciação RNCCI.

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 15 a 31 do mês de maio do ano 2021

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados e a Declaração de Consentimento Informado.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente,

  
(Daniel Marques da Silva, PhD)

Na resposta indicar a «n. referência». Em cada ofício trazer só de um assunto.

PV | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102 | 3500-843 Viseu | Portugal  
Tel. +351 232 419 100 | e-mail: apci@essv.ipv.pt  
URL: www.essv.ipv.pt

AA/AL

**Anexo 2:** Cronograma de atividades desenvolvidas em Estágio na UCC Visense

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS
1-Conhecer a estrutura física, a dinâmica funcional e organizacional da UCC Viseense					
2-Demonstrar competências relacionais e comunicacionais adequadas às pessoas, grupos e/ou comunidades					
3-Participar na coordenação, reorganização das atividades constantes do Plano nacional de vacinação Covid 19 e reforço a actuação do mesmo nas ERPIS e populações de risco.					
4- Realizar formação em serviço com a temática: "resolução de conflitos - comunicação intra equipas"					
5 -Elaborar dois artigos de opinião para a revista "Amo Viseu" e "Jornal do centro".					
6- Reorganizar armazém da UCC Viseense, transformando em armazém avançado.					
7- Participar em todas as atividades do programa ECCI					
8-Projecto final: "avaliação do conhecimento dos enfermeiros em Cuidados de saúde Primários no processo de transferência do utente para a RNCCI em tempo de pandemia no ano de 2020"					
9- Participação em formações de serviço e reuniões de equipa					

**Anexo 3:** Instrumento de colheita de dados/questionário

## Consentimento informado

Eu, Rita Daniela Gonçalves Matias de Andrade, estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver o Relatório Final sob o tema “Conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde Primários sobre o processo de referenciação do utente para RNCCI.”.

Ao elaborar este estudo, temos como principal objetivo: avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde Primários sobre o processo de referenciação do utente na RNCCI.

Mais informamos que a Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola (232419100). Neste sentido, vimos solicitar a sua participação neste estudo para que seja possível concretizar esta etapa académica.

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento do questionário. Além de que a sua participação também é voluntária, podendo recusar participar no estudo ou desistirem qualquer momento. Declaro que recebi toda a informação necessária, fiquei esclarecido/a e aceito participar voluntariamente no estudo.

O enfermeiro

---

A estudante responsável pelo estudo:

Grata pela sua colaboração

Data:



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

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

**Departamento:** Enfermagem

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

**Investigador Colaborador:** Rita Daniela Gonçalves Matias de Andrade

Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Ano:** 2021

**Estudo:** Conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde Primários sobre o processo de referenciação do utente para RNCCI .

Caro(a) Senhor(a):

Este questionário pretende avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde Primários sobre o processo de referenciação do utente na RNCCI.

Fica assegurada a confidencialidade das suas respostas e não serão utilizadas para outros fins. Seja, POR FAVOR, o mais preciso possível nas suas respostas, preenchendo todas as questões. A sua contribuição é indispensável e deverá ocupar cerca de 5 a 10 minutos o seu preenchimento. Neste questionário não existem respostas certas nem erradas. O importante é que responda a todas as questões com sinceridade e de acordo com a sua opinião.

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

Verifique se respondeu a todas as questões.

Gratos pela sua colaboração. A Equipa de Investigação

---

### Caracterização Sociodemográfica

1. Sexo: Feminino  Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

3. Estado civil:

Solteiro  Casado  União de facto  Viúvo  Divorciado

4. Habilitações académicas (colocar a mais elevada):

Doutoramento  área \_\_\_\_\_

Mestrado  área \_\_\_\_\_

Licenciatura

5. Possui algum curso de Pós-Licenciatura?

Não  Sim  Se sim, em que área? \_\_\_\_\_

6. Possui algum curso de Pós-Graduação?

Não  Sim  Se sim, qual? \_\_\_\_\_

### Caracterização Profissional

7. Unidade onde exerce funções:

USF  UCC  ECLCCI  UCSP

8. Tempo de serviço \_\_\_\_\_ anos

9. Tempo de serviço na unidade onde exerce funções \_\_\_\_\_ anos

10. Categoria Profissional.

Enfermeiro  \_\_\_\_\_

Enfermeiro especialista  \_\_\_\_\_

Enfermeiro em funções de gestão  \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

**Caracterização da formação em Cuidados Continuados Integrados**

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

Não  Sim

11.1. Se sim, nº de horas? \_\_\_\_\_

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

Conferências

Jornadas

Ações de Formação  Workshops

Cursos Breves  Formação em serviço

Outro \_\_\_\_\_

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

Pouca oferta formativa na área  Falta de

tempo

Não teve conhecimento de formação na área  Não tem

interesse pela área

Outro \_\_\_\_\_

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

Não  Sim

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

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

Muito importante  Importante

Indiferente

Pouco importante  Nada

importante

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

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

Muito importante  Importante

Indiferente

Pouco importante  Nada

importante

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

Muito Bom  Bom

Razoável  Fraco

Muito fraco

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

Não

Sim

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

Não

Sim

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

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

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

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

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

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

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

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

