

Olhares dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação sobre
os Cuidados de Enfermagem em unidades de Medicina Física e Reabilitação

Dissertação de Mestrado

Ana Rita Silva Martins

Porto, 2022

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Olhares dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação sobre os Cuidados
de Enfermagem em unidades de Medicina Física e Reabilitação

Perspectives of Rehabilitation Nurses of Nursing Care in Physical Medicine and
Rehabilitation Units

Dissertação orientada pela Prof. Doutora Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
e coorientada pela Professora Maria Narcisa Gonçalves

Ana Rita Silva Martins

Porto, 2022

*“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa
que fez a tua rosa tão importante.”*

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Olga Ribeiro, o meu agradecimento pelo imensurável apoio, orientação e motivação. Obrigada pela sua generosidade e pela sua dedicação, sem a sua sabedoria e o seu conhecimento nada disto teria sido possível.

À Professora Narcisa Gonçalves, o meu agradecimento pelo contributo e dedicação ao longo do trabalho.

Aos meus Pais, Irmã, Cunhado, Padrinhos, Tios e Primos pelo apoio incondicional em todas as minhas decisões, respeito, incentivo, amor, presença e por acreditarem em mim em todo o meu percurso. Aos meus sobrinhos por todo o amor e carinho.

A ti João por seres o meu braço direito ou no meu caso esquerdo. Obrigada pelo teu amor, compreensão, paciência e presença em todos os momentos, mesmo nos menos bons.

Aos meus amigos por toda a amizade, carinho, colaboração e incentivo, obrigada por estarem sempre lá.

Aos meus colegas, pela gentileza e pela colaboração no estudo, sem a vossa participação não seria possível.

A ti Luz, que procurei força nos momentos em que pensei desistir, sei bem o quanto orgulhosa estás e sei que estarás sempre comigo neste caminho.

A todos os que contribuíram para que este trabalho fosse concluído com sucesso. A todos, a minha sincera e profunda GRATIDÃO.

ABREVIATURAS

ANA - American Nurses Association

AVD - Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MFR - Medicina Física e de Reabilitação

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RMDE - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RRHMFR - Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação

SNS - Serviço Nacional de Saúde

RESUMO

O estudo da percepção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) sobre as suas práticas em unidades de Medicina Física e Reabilitação (MFR), considerando que em Portugal existem orientações legais por parte da Entidade Reguladora para o exercício profissional, poderá constituir um importante contributo para a qualidade dos cuidados. Os **objetivos** do estudo reportam-se à análise da percepção dos EEER em relação aos cuidados prestados e aos fatores facilitadores e dificultadores da prestação de cuidados.

Para análise do problema seguimos uma **metodologia** qualitativa, de estudo de caso. O instrumento de colheita de dados usado foi uma entrevista semiestruturada que decorreu após o parecer favorável da Comissão de Ética e autorização da Instituição Hospitalar. Os 16 participantes são todos os EEER de um serviço de MFR. A análise seguiu a metodologia de Bardin (2009), tendo sido utilizado como recurso o aplicativo Atlas.ti.

Aquando da pré-análise aos discursos dos participantes, a aproximação ao modelo de Donabedian, determinou a organização dos achados em três áreas temáticas: Estrutura, Processo e Resultado. Na codificação dos achados, da área temática Estrutura salientam-se as seguintes categorias: gestão de pessoas e liderança no serviço e ambiente físico e condições para funcionamento das práticas de enfermagem; no Processo: colaboração e trabalho em equipa; estratégias para garantia da qualidade; práticas autónomas no exercício profissional; planeamento e continuidade de cuidados e sustentação teórica e legal no exercício profissional; no Resultado: resultados em relação aos doentes, em relação aos cuidados e em relação aos profissionais. De cada categoria emergiram subcategorias que expressam as unidades de registo obtidas a partir dos discursos dos participantes.

O modelo de Donabedian suportou a **discussão** em conjugação com outros referenciais, contudo, encontramos discrepâncias nos discursos dos participantes no que concerne à Estrutura, especificamente em relação às metodologias de trabalho e de distribuição dos doentes, definidas no serviço. O método de trabalho surge como contributo dificultador para alguns enfermeiros, enquanto que, para outros é uma mais valia para a responsabilização das práticas autónomas desenvolvidas. No âmbito do processo, verificaram-se algumas lacunas na explanação das práticas dos EEER. Nesta componente, a colaboração e trabalho em equipa, nomeadamente no âmbito multidisciplinar, foi apontada pelos participantes como um dos aspetos a melhorar. Em relação aos resultados, emergiram aspetos relacionados com os doentes, cuidados e profissionais.

Podemos **concluir** que os enfermeiros identificam fatores facilitadores como a estrutura do serviço, o tipo de trabalho que desenvolvem e os motiva, contribuindo assim para a satisfação profissional. Em oposição identificam fatores dificultadores como a organização e distribuição do trabalho, dando ênfase à necessidade de investir nas relações de colaboração, trabalho em equipa e valorização do papel do EEER.

Palavras-chave: Medicina Física e Reabilitação; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem de Reabilitação; Qualidade em Saúde.

ABSTRACT

The study on the perception of the specialist nurses in rehabilitation nursing about their practices in Physical Medicine and Rehabilitation Units, considering that there are legal guidelines for professional practice in Portugal, may be an important contribution to the quality of care. The objectives of this study relate to the analysis of the perception of the rehabilitation nurses in relation to the care provided and the factors that facilitate and hinder the provision of care.

A qualitative case study methodology was used to analyze the problem. The data collection tool used was a semi-structured interview, which was conducted after the Ethics Committee's approval and the Hospital Institution's authorization. The 16 participants were all rehabilitation nurses of an physical medicine and rehabilitation service. The data corpus analysis followed Bardin's methodology (2009), using the Atlas.ti application.

When pre-analyzing the participants' discourses, the approach to the Donabedian model determined the organization of the findings into three thematic areas: Structure, Process and Outcome. In the codification of the results, the following categories are highlighted: people management and leadership in the service; physical environment and conditions for the functioning of nursing practices; collaboration and teamwork; strategies for quality assurance; autonomous practices in professional practice; planning and continuity of care; theoretical and legal support in professional practice; results in relation to patients; results in relation to care; and results in relation to professionals. From each category, subcategories emerged which expressed the registration units obtained from the participants' discourses.

The Donabedian model supported the discussion in conjunction with other references. However, we found discrepancies in the participants' accounts regarding the Structure, specifically in relation to the work and patient allocation methodologies defined in the service. The work method emerges as a hampering contribution for some nurses, while, for others, it is an added value for the accountability of the autonomous practices developed. Within the scope of the process, some gaps were found in the explanation of the rehabilitation nurses practices. In this component, the collaboration and teamwork, particularly within the multidisciplinary scope, was pointed out by participants as one of the aspects to be improved. As regards the results, aspects related to patients, care and professionals emerged.

We may conclude that nurses identify facilitating factors such as the structure of the service, the type of work that they develop and motivate them, thus contributing to professional satisfaction. Contrarily, they identify complicating factors such as the organization and distribution of work, emphasizing the need to invest in collaborative relationships, teamwork and valuing the role of the EEER.

Keywords: Physical Medicine and Rehabilitation; Nursing Care; Rehabilitation Nursing; Quality in Health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	23
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	27
1. A Medicina Física e Reabilitação em Portugal.....	27
1.1 A realidade das Unidades de Medicina Física e Reabilitação em Portugal.....	27
1.2 A qualidade dos cuidados nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação: contributo do Referencial de Donabedian.....	30
2. Dos instrumentos reguladores ao exercício profissional dos Enfermeiros de Reabilitação nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação.....	34
2.1 Das competências de cuidados gerais às competências especializadas.....	34
2.2 Dos padrões de qualidade dos cuidados gerais aos especializados.....	39
3. Sustentação do Exercício Profissional dos Enfermeiros de Reabilitação.....	49
3.1 Da consciencialização à capacitação: contributos do Referencial de Afaf Meleis	49
3.2 Da dependência à independência no autocuidado: contributos do Referencial de Dorothea Orem.....	53
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	57
1. Da problemática ao tipo de estudo.....	57
1.1 Objetivos do estudo e perguntas de investigação.....	60
1.2 Participantes e contexto do estudo.....	61
1.3 Instrumento de colheita de dados.....	63
1.4 Procedimentos éticos e de colheita de dados.....	64
PARTE III - DAS EXPRESSÕES DOS PARTICIPANTES À QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	69
1. Unidades de Medicina Física e Reabilitação: particularidades inerentes aos componentes Estrutura, Processo e Resultado.....	69
1.1 Olhares dos Enfermeiros de Reabilitação sobre a dimensão Estrutura.....	69
1.2 Olhares dos Enfermeiros de Reabilitação sobre a dimensão Processo.....	77
1.3 Olhares dos ER sobre a dimensão Resultado.....	89
2. Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros de Reabilitação em Unidades de Medicina Física e Reabilitação: desafios e oportunidades.....	97

CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	127
Anexo I - Guião da Entrevista	
Anexo II - Parecer Favorável da Comissão de Ética	
Anexo III - Consentimento Informado	
Anexo IV - Informação ao participante	
Anexo V - “Instrumento de classificação de doentes pelo nível de capacitação para o autocuidado”	

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama nº 1 - Fatores relacionados com a dimensão Estrutura	70
Diagrama nº 2 - Categorias da dimensão Estrutura	71
Diagrama nº 3 - Fatores relacionados com a dimensão Processo	78
Diagrama nº 4 - Categorias da dimensão Processo	79
Diagrama nº 5 - Fatores relacionados com a dimensão Resultado.....	89
Diagrama nº 6 - Categorias da Dimensão Resultado	90
Diagrama nº 7 - Modelo emergente da perceção das práticas dos enfermeiros de reabilitação no serviço de MFR, com base no referencial de Donabedian (2003).	110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo para a Rede de Medicina Física e Reabilitação (adaptado de Sampaio et al.,2017).....	29
Figura 2 - Diferenciação da tipologia de competências em enfermagem Adaptado de: (Regulamento n.º 156/2015); (Regulamento n.º 140/2019) e (Regulamento n.º 556/2017)	36
Figura 3 - Dos paradigmas aos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Adaptado de Ordem dos Enfermeiros, 2001a, 2011b).....	43
Figura 4 - Referencial Teórico de Afaf Meleis (Adaptado de Wills, 2016).	50
Figura 5 - Referencial teórico de Dorothea Orem (adaptado de Wills, 2016).	54
Figura 6 - Desenho do desenvolvimento do estudo de caso.	59
Figura 7 - Áreas temáticas -Adaptado de Donabedian (2003).	67

LISTA DE QUADROS

Quadro nº1 - Descrição das categorias e subcategorias	66
-------------------------------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

As práticas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) têm vindo a evoluir de acordo com as características das populações e as necessidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que se torna um desafio refletir sobre as mesmas práticas e fundamentá-las a partir do conhecimento científico.

A natureza do desenvolvimento dos cuidados de reabilitação tem vindo a sofrer algumas alterações, evidenciando-se hoje, que surge a necessidade de enfermeiros de reabilitação, em quase todos os serviços das instituições hospitalares, em unidades específicas, quer de continuidade de cuidados, quer de reabilitação e ainda um grande ênfase da necessidade destes enfermeiros na comunidade.

Assistimos a áreas profissionais diferenciadas, exercidas por EEER, que nos ajudam a identificar a importância da inovação nesta área, salientando-se o trabalho dos enfermeiros na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o aumento de publicações científicas por estes enfermeiros, a sua participação em municípios como consultores de promoção de ambientes amigáveis para a pessoa com deficiência e uma visibilidade dos seus pareceres e possibilidades de trabalho na área da gestão.

Os enfermeiros de reabilitação confrontam-se com quatro pilares: a sua curta história, pouco conhecimento científico da área, técnicas semelhantes a outros profissionais e pouca diferenciação da sua função na assistência, em alguns contextos. O campo de atuação dos EEER também é influenciado pelos diferentes tipos de formação pós-graduada, pela formação contínua, pela autoformação e até pelas associações profissionais, de que é exemplo a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (APER), assim como o órgão regulador da profissão, a Ordem dos Enfermeiros (OE). Posto isto, emerge um problema sobre as crenças e valores dos enfermeiros na sua prática profissional, pelo que se torna necessário estudar as suas perceções e fundamentos para o contexto dos serviços e organizações, no sentido de garantir, mais eficazmente, a segurança e qualidade em saúde.

Atualmente, a melhoria contínua das condições de vida, os desenvolvimentos médicos e cirúrgicos, a promoção e acessibilidade aos cuidados de saúde têm possibilitado o aumento da longevidade das pessoas, resultando num aumento progressivo do número de idosos. Devido ao aumento da esperança média de vida, decorre sucessivamente um crescimento das doenças crónicas, muitas das vezes incapacitantes. Para além do fator idade, o desenvolvimento tecnológico testemunhado nos últimos anos e conseqüentemente a alteração do ritmo e dos modos de vida, têm conduzido ao surgimento de um número elevado de deficientes, vítimas de acidentes de trabalho, de trânsito e doenças

cardiovasculares em pessoas cada vez mais jovens (Sampaio et al., 2017), o que conduz a uma procura de cuidados de reabilitação com exigências diferentes quando se prestam cuidados num serviço específico de Medicina Física e Reabilitação (MFR).

A evolução do trabalho e das exigências dos EEER têm um significado particular ao longo dos tempos, recordemos:

“A reabilitação como processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social, teve grande impulso e desenvolvimento no século XX, sobretudo nos períodos subsequentes às grandes catástrofes mundiais, como foram as guerras, tendo sido imputados aos governos os custos económicos, familiares e sociais decorrentes das lesões e sequelas dos seus cidadãos e exigidas medidas de reparação e integração” (Sampaio et al., 2017, p.13).

Em Portugal, as orientações legislativas para os EEER têm três contributos fundamentais para a compreensão do problema dos processos de trabalho, as competências comuns e avançadas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (Decreto-Lei n.º 392/2019), os padrões de qualidade (Decreto-Lei n.º 350/2015) e as funções determinadas pela carreira de enfermagem (Decreto-Lei nº71/2019).

Embora na generalidade dos contextos, se reconheça e valorize o contributo dos EEER, são pouco frequentes os estudos que procurem a qualificação do exercício profissional através da análise aprofundada das práticas destes profissionais. Neste contexto, impulsionados pela compreensão da problemática das práticas assistenciais dos EEER em unidades de MFR, organizamos um estudo qualitativo, a partir da perceção dos enfermeiros, desta área, a fim de contribuir para uma reflexão sobre o problema e se possível identificar estratégias de melhoria do exercício profissional.

A análise do problema em estudo, passa por uma reflexão sobre conceções teóricas, que nos orientam para a exploração do mesmo, tornando-se significativo os referenciais de Dorothea Orem, Afaf Meleis e Avedis Donabedian. A ligação entre a prática de cuidados e as conceções teóricas fortalecem a qualidade assistencial e a visibilidade dos EEER perante os seus pares, as outras áreas de especialidade e até mesmo na sociedade.

A organização deste estudo encaminha-nos para dois objetivos: experienciar o desenvolvimento de uma investigação qualitativa, expressando as fases que constituem este relatório e descrever a sequência da análise do problema em estudo e daí retirar conclusões que contribuam para a finalidade do mesmo.

A construção deste documento está organizada pela lógica da aprendizagem do processo de investigação e influenciada pelas orientações académicas na área da investigação. Na primeira parte encontra-se o enquadramento teórico, que nos ajudou a explorar o problema e a compreender as estratégias que iriam determinar a segunda parte, enquadramento metodológico, seguindo-se a terceira parte onde se reporta de forma sintética os dados colhidos e analisados e, por último, a discussão dos resultados.

A experiência de nos tornarmos investigadores, fica aquém do reportado neste documento, pois muito do que aprendemos quer em relação à colheita de dados, quer à análise efetuada, é ultrapassada pelos limites formais, impostos para este tipo de relatório.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A exploração do problema na perspetiva teórica, legal e de conhecimento produzido e publicado, levou-nos a organizar o enquadramento teórico com conteúdos que permitissem aprofundar a problemática e, posteriormente, contribuir para a análise e discussão dos achados.

As temáticas centrais que serão abordadas reportam-se à realidade da MFR em Portugal; aos instrumentos reguladores do exercício profissional dos EEER e à sustentação da prática destes profissionais, particularmente nas Unidades de MFR.

1. A Medicina Física e Reabilitação em Portugal

A MFR é considerada como a *“especialidade médica responsável pelo diagnóstico, prevenção, tratamento, reabilitação e integração do indivíduo afetado funcionalmente por doença, traumatismo ou deficiência, em todas as idades e nas condições agudas e crónicas.”* (Sampaio et al., 2017, p.10). Deve estar integrada em todos os níveis da prestação de cuidados, desde os cuidados de saúde primários até à reinserção social, pressuposto que tem vindo a ganhar ainda mais relevância no contexto atual (Sampaio et al., 2017).

No seguimento do referido, neste capítulo iremos retratar a realidade das Unidades de MFR em Portugal e concretamente o serviço onde foi desenvolvido o presente estudo, como também iremos fazer uma abordagem ao conceito de qualidade dos cuidados e ao contributo do Referencial de Donabedian.

1.1 A realidade das Unidades de Medicina Física e Reabilitação em Portugal

A especialidade de MFR tem uma longa história na Europa Continental sendo reconhecida em praticamente todos os países da UEMS (*Union Européenne des Médecins Spécialistes*). A sua estrutura varia nos diferentes países, o seu progresso e modernização ocorreu após a Segunda Guerra Mundial com o regresso dos militares que sofreram lesões

durante o seu serviço e com a necessidade de empregabilidade da população, levando a uma multiplicação das unidades de MFR (Ward & Gutenbrunner, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) 2011, existe mais de um bilião de pessoas portadoras de deficiência em todo o mundo, sendo uma parte significativa da sociedade. Estes valores equivalem a cerca de 106 milhões de pessoas que vivem na Europa.

No século XX, as pessoas com deficiência eram consideradas como um grupo, ao qual deveriam ser prestados cuidados, no entanto, agora na Europa é norma (ou deveria ser) que estas pessoas vivam como cidadãos com plena autonomia (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018).

O acesso aos cuidados de reabilitação constitui um direito humano fundamental, que é reconhecido pela Carta das Nações Unidas e pela resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2005. Este acesso traduz-se numa conquista civilizacional que necessita de ser preservada e aperfeiçoada (Sampaio et al., 2017).

Na área da saúde, anteriormente a reabilitação era valorizada apenas após o tratamento. Atualmente, de modo a otimizar o potencial do indivíduo, esta evoluiu para a inclusão de três constituintes: prevenção, tratamento e recuperação. Face ao exposto, *“pretende-se assim maximizar os benefícios potenciais das intervenções em reabilitação, a nível físico, cognitivo e motivacional, promovendo a independência funcional, segundo um modelo de atuação precoce, iniciado ainda durante a fase aguda da doença, nomeadamente aquando do internamento hospitalar.”* (Sampaio et al., 2017, p.14).

Atualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) encara diversos desafios devido a *“alterações demográficas, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica”*. Perante estes desafios, a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação (RRHMFR) foi criada no âmbito da especialidade de MFR sob a responsabilidade da Direção-Geral da Saúde (DGS) (Sampaio et al., 2017, p.2).

A RRHMFR centra-se nos cuidados prestados ao indivíduo a nível hospitalar, como também na referência dos clientes para diferentes tipologias de cuidados existentes.

“Desejavelmente estes serviços poderão vir a constituir-se como promotores ou afiliados de centros de referência nacionais para a prestação de cuidados de saúde em determinadas áreas, (...) Por sua vez as administrações das unidades hospitalares também deverão proporcionar aos Serviços de MFR, as condições necessárias para que estes possam cumprir os requisitos necessários à sua participação, como promotores ou afiliados nos Centros de Referência” (Sampaio et al., 2017, p.17).

Entre todos os níveis de cuidados englobam-se os Centros Especializados de Reabilitação, os serviços hospitalares, os cuidados primários e os cuidados continuados. A figura seguinte ilustra o modelo proposto pela RRHMFR e a articulação que se defende para os intervenientes.

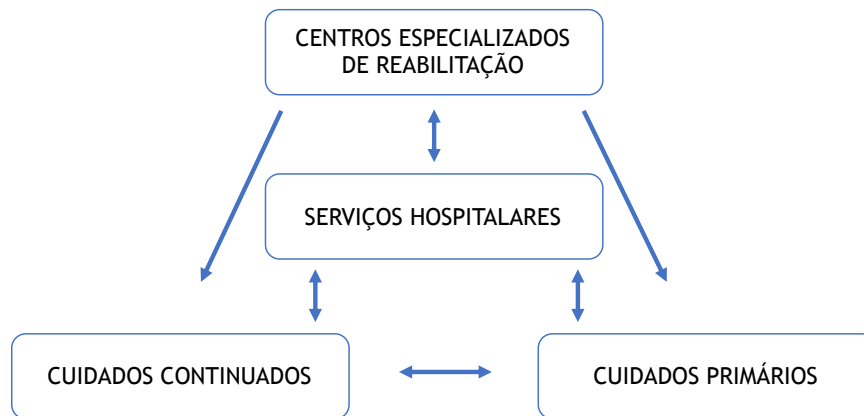


Figura 1 - Modelo para a Rede de Medicina Física e Reabilitação (adaptado de Sampaio et al., 2017)

A existência de uma articulação adequada entre todos os níveis de cuidados anteriormente descritos é um fator de melhoria e otimização dos cuidados de saúde prestados, no entanto, a falta desta adequação e coordenação poderá comprometer a reabilitação do doente e a sua recuperação (Sampaio et al., 2017).

Relativamente ao número de camas, atualmente existem cerca de 400 camas nos centros especializados e aproximadamente 70 nos serviços de reabilitação dos hospitais de agudos, números que praticamente duplicaram relativamente à realidade de 2002 (Sampaio et al., 2017).

A existência de serviços de MFR nos serviços hospitalares é imprescindível, uma vez que nestas unidades de saúde são prestados cuidados diferenciados essencialmente na fase aguda da doença, sendo esta potencialmente incapacitante nos casos de AVC, Lesão Medular, Traumatismo Cranioencefálico (TCE), Amputações, entre outros (Sampaio et al., 2017).

Nos últimos anos, a transição de paradigma de um modelo biomédico para biopsicossocial impõe um método de trabalho diferente, ao conjunto de profissionais mais comuns nestes serviços de MFR. Nesses contextos surgem com maior frequência, fisiatras, enfermeiros, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, entre outros. Nestes serviços o trabalho em equipa deve ser efetivo e centrado no processo de reabilitação de cada pessoa, o que determina que também a tomada de decisão tenha de ser em equipa (Queiroz & Araújo, 2009). A equipa define-se como o grupo dos profissionais disponíveis no serviço de áreas diferenciadas, mas com objetivo de interação que potencie o alcance dos resultados (Queiroz & Araújo, 2009).

Pela natureza destas unidades torna-se imprescindível a existência de EEER, podendo estes serem colocados em serviços de agudos com necessidade de cuidados avançados em reabilitação ou nestas unidades de MFR, esperando-se um espírito de equipa e proatividade no processo de reabilitação.

1.2 A qualidade dos cuidados nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação: contributo do Referencial de Donabedian

Com a evolução da sociedade e o desenvolvimento da saúde, o conceito de qualidade tornou-se fundamental, no âmbito das organizações de saúde. A qualidade é um conceito complexo, principalmente quando falamos em qualidade de um serviço, nomeadamente nos cuidados de saúde. A procura de cuidados excelentes tem originado debate na comunidade científica, com diferentes perspetivas e diferentes objetivos a alcançar.

O conceito de qualidade tem evoluído de 1900 aos dias de hoje, no princípio era associado à inspeção, ou seja, à verificação das conformidades, numa fase seguinte passou para controlo da qualidade, o que implica uma intervenção para verificação de processos produtivos. Mais tarde surge a noção de garantia da qualidade, isto é, o próprio processo de intervenção tem de ter características que garantam um produto ou serviço de qualidade, após isto, emerge a gestão da qualidade associada à garantia dada ao cliente de confiança e de custo mínimo, e por último, surge o conceito de gestão da qualidade total associada às ISO (9000:2008) que diz respeito a atividades de dirigir e controlar uma organização para obter qualidade, o que inclui políticas de qualidade, objetivos de qualidade, planeamento da qualidade, garantia da qualidade, melhoria da qualidade e mais recentemente associado a segurança do doente (Pires, 2012).

São vários os teóricos que destacam modelos de qualidade. Deming (1994) desafia a abordagem tradicional da qualidade e valoriza as necessidades e expectativas dos consumidores, propondo uma abordagem a partir da melhoria da qualidade, aumento da produtividade, redução dos custos, redução de preços, aumento dos mercados e continuação do negócio; Juran (1988) defende que os objetivos da gestão é o de alcançar o melhor desenvolvimento para a organização; Crosby (1979) centra a qualidade nos problemas das pessoas, identificando seis pressupostos: qualidade significa conformidade, não existem problemas de qualidade mas de não qualidade, não existe uma economia da qualidade, a

única medida de desempenho é o custo da não qualidade, o único padrão de desempenho é o de zero defeito e a qualidade não tem custos.

De entre os modelos de avaliação da qualidade mais aplicados na saúde salientamos o modelo de Maxwell (1992) que aborda a qualidade no sentido da efetividade (efeito desejado e alcançado para uma determinada intervenção), eficiência (os mesmos efeitos com menos custos), aceitabilidade (grau de satisfação, expectativas, opiniões, sugestões e reclamações), acessibilidade (condição de acesso aos cuidados de saúde), equidade (necessidades diferentes exigem respostas diferentes com razoabilidade e justiça) e segurança (ocorrência de eventos indesejados).

No âmbito das instituições hospitalares, o modelo mais utilizado é o de Avedis Donabedian (2003), e este assenta em sete pilares: efetividade, eficiência, eficácia, acessibilidade, otimização, legitimidade e equidade. Este autor desenvolveu um modelo constituído por três componentes: Estrutura (é caracterizada por aspetos relativamente estáveis como as instalações, equipamentos, profissionais e recursos), Processo (conjunto de atividades que os profissionais realizam para responder às necessidades dos doentes onde se inclui diagnóstico, terapêutica e ações preventivas) e Resultado (que se refere a níveis de saúde, custos associados e satisfação dos doentes). Com o objetivo de promover e avaliar a qualidade, importa referir que as componentes não são atributos de qualidade, mas sim tipos de informação que se podem alcançar, sendo que a congregação das três componentes permite melhorar a compreensão da qualidade em saúde.

A evolução da aplicação deste modelo tem vindo a enfatizar a necessidade de avaliação de resultados, neste sentido, torna-se fundamental relacionar os cuidados que os doentes recebem, com os *outcomes* neles verificados, e assim a necessidade de uma monitorização permanente para melhorar a qualidade em saúde (Donabedian, 2003).

Os resultados constituem indicadores de qualidade da assistência em saúde, sendo necessário realizar avaliações da estrutura e do processo de modo a planear intervenções, que não levem apenas à melhoria da assistência, mas também à eficiência na administração dos serviços de saúde. Donabedian sugere também a comparação entre registos de enfermagem e médicos de modo a obter informações mais fidedignas, permitindo verificar a coerência entre a história clínica e a assistência prestada (Donabedian, 2003).

As conceções teóricas sobre a qualidade ajudam-nos a compreender os processos de mudança e as necessidades dos serviços, bem como, uma análise do processo de intervenção para o desenvolvimento da qualidade, baseado nos modelos onde se valoriza a estratégia e a implementação, que reflete a aprendizagem dos problemas, o planeamento, a tomada de ação e o estudo dos resultados. É relevante consciencializar que as mudanças constantes das políticas, das estratégias e do conhecimento exigem uma adaptação permanente à

melhoria da qualidade para garantir uma mudança segura (World Health Organization (WHO), 2006).

A execução de uma política e estratégia nacionais para a qualidade dos cuidados e o seu aperfeiçoamento é uma prioridade para os países que visam melhorar o desempenho dos seus sistemas de saúde. Com o objetivo de atingir a cobertura universal da saúde, existe uma maior consciência no âmbito da melhoria do acesso, sendo que esta deve ser acompanhada por esforços no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, com vista a atingir os melhores resultados possíveis. Todos os países apresentam um objetivo em comum: *“melhorar a qualidade dos cuidados de saúde como ponto de acesso central para o reforço dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, conseguir uma melhor saúde para as populações”* (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2020, p.5).

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direcção-Geral da Saúde, estando enquadrada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, sendo que esta pretende

“(...) contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição.” (Ministério da Saúde, 2015, p.13551).

Todas as profissões necessitam do contributo da investigação para o seu desenvolvimento contínuo e cada profissão deve estar incorporada com conhecimentos teóricos de modo a sustentar a sua prática, fornecendo assim serviços de qualidade (Fortin, 2009). No entanto, para avaliar essa qualidade é fundamental a definição e monitorização de indicadores.

Quando falarmos em Indicadores de Qualidade em Saúde, referimo-nos a medidas que possam contribuir para a avaliação do processo ou resultado, numa determinada área da saúde (Sampaio et al.,2017).

Já em 2007, a OE desenvolveu um conjunto de indicadores, considerando-os essenciais para a produção obrigatória, sistemática e regular dos dados de enfermagem, por parte das unidades e serviços de saúde portugueses. Esse conjunto de indicadores constituiu-se como uma possibilidade de leitura de dados, potencializando assim a existência de um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) nacional, no que respeita à gestão na saúde (OE, 2007).

Para a concretização dos respetivos indicadores, a OE (2007) elege como pressupostos: a assunção de elementos relacionados com a saúde da população, considerando que a natureza dos conteúdos do RMDE está orientada para os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; a existência de uma política de promoção e

melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados; disponibilização de informação com capacidade de auxiliar programas de promoção da qualidade em saúde, sintetizando informações pertinentes para a tomada de decisão e governação em saúde.

A organização dos indicadores estruturou-se em quatro tipologias essenciais, as três primeiras reportam-se aos indicadores das componentes da avaliação da qualidade propostas pelo modelo de Donabedian (2003) - estrutura, processo e resultado, a quarta parte corresponde aos indicadores do tipo epidemiológico (OE, 2007).

Na componente Estrutura estão incorporados os seguintes indicadores: horas de cuidados de enfermagem prestados por dia; outros indicadores do sistema de classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem hospitalar e satisfação dos enfermeiros (OE, 2007).

Na componente Processo existe o indicador de taxa de efetividade diagnóstica do risco, que consiste numa relação entre o número total de casos que desenvolveram problema e o universo de casos que desenvolveram o mesmo, num determinado período de tempo (OE, 2007).

A componente Resultado é composta por: taxas de efetividade na prevenção de complicações (relação entre o número total de casos com risco num determinado problema e o universo dos casos que tiveram documentado o risco desta complicação, num determinado período); modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (relação entre o número total de casos que conseguiram resolver um determinado fenómeno e o universo que apresentaram este mesmo num determinado período de tempo); taxa de ganhos possíveis/esperados de efetividade (comparação entre o que é esperado conseguir-se, em função do julgamento profissional quanto à condição, potencial e recursos do utente/família/grupo, e o que é efetivamente conseguido) e a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem (OE, 2007).

Por último, os indicadores epidemiológicos compostos por: taxas de incidência (relação entre o número total de novos de casos de um foco de atenção ou diagnóstico de enfermagem surgidos durante um período de tempo ou determinado momento e a população); Taxas de prevalência (relação entre o número total de casos de ocorrência de um foco de atenção ou diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população), e as Taxas de frequência relativa (relação entre o número de casos de ocorrência de um determinado foco de atenção/diagnóstico de enfermagem e o total de casos ocorridos num determinado período de tempo (OE, 2007).

Na perspetiva da gestão, onde implicitamente se conta com toda a equipa para atingir resultados expressos pelos indicadores que referenciamos, evidencia-se a importância de nos serviços de MFR, seleccionar um número representativo de indicadores que demonstrem a atividade dos EEER para além da atividade do serviço.

2. Dos instrumentos reguladores ao exercício profissional dos Enfermeiros de Reabilitação nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação

O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a ser regulado há mais de cinco décadas, mas com grande ênfase na última década, sendo de realçar que recentemente alguma legislação foi atualizada e melhorada, em particular a que se refere à carreira de enfermagem (Decreto-Lei nº 71/2019).

A regulação do exercício profissional constitui-se como linhas orientadoras para a prática profissional e trazem, a particularidade, da aplicação do conhecimento científico, para a centralidade do cliente e, neste sentido, para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. No âmbito dos instrumentos com relevância para a temática em estudo, ao longo deste tópico serão abordadas as competências, assim como os padrões de qualidade.

2.1 Das competências de cuidados gerais às competências especializadas

A especificidade dos serviços de MFR assenta numa equipa multidisciplinar que exige a participação e envolvimento dos EEER, que com base nas competências, têm um contributo insubstituível na assistência que as pessoas necessitam (OE, 2019).

Os EEER são detentores de competências para intervir nos cuidados primários (de proximidade e comunitários), cuidados diferenciados (internamento e ambulatório), cuidados continuados integrados e, naturalmente, também nos cuidados diferenciados em MFR (Pontes & Santos, 2016).

De modo a compreender as competências destes enfermeiros importa relembrar que estas constituem-se como um conjunto de comportamentos, onde se inclui os conhecimentos, habilidades e atributos pessoais, sendo estes fundamentais no desenvolvimento de um trabalho com sucesso (Soto-Fuentes et al., 2014). O termo competência foi introduzido por McClelland (1973) no mercado de trabalho e implicitamente na formação. É de salientar que os primeiros estudos, desta área, estavam muito ligados a testes de inteligência e os resultados mostraram que nem sempre altos níveis de investigação determinavam excelência dos profissionais. O conceito de competência desde a Idade Média

foi relacionado com a capacidade diferenciada de atuação ou expressão do indivíduo (Soto-Fuentes et al., 2014).

O conceito e a construção das competências tem tido visões diferentes. Marinho-Araújo & Almeida (2016) defendem que as competências são algo que se constrói no meio sociocultural e nas relações do dia-a-dia, e assim exigem de cada um o recurso a conhecimentos e ferramentas adequadas, de modo a responder ativa e positivamente aos desafios que lhe são colocados, estando deste modo muito ligadas ao mercado de trabalho. Com base no referido, as competências são entendidas como “capacidades, aptidões, ou expertises necessárias à execução de determinadas atividades profissionais” (Marinho-Araújo & Almeida, 2016, p.3).

A exigência de competências específicas ao nível do contexto profissional ou profissão, começou a ser encarada como mecanismo e instrumento, pelo que implicava fatores cognitivos e esquemas operatórios que cada um mobiliza para agir, com segurança, no coletivo das organizações (Marinho-Araújo & Almeida, 2016).

Por sua vez Soto-Fuentes et al. (2014) alertam que as competências não são constituídas por conhecimentos e habilidades fracionadas, mas como um conjunto harmonioso de saberes, que se constrói não só no abstrato, mas também aliados a um processo de aprendizagem a partir de situações/problemas que exigem conhecimento para gerir situações profissionais complexas. Estamos perante o desafio de mobilizar na atividade profissional conhecimentos, destreza e atitudes, permitindo analisar os problemas de um modo autónomo e flexível e estar simultaneamente apto para o exercício profissional no seio da organização.

Para a análise do problema em estudo, importa valorizar vários regulamentos do perfil de competências entre os quais: Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 156/2015); Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida (Regulamento n.º 556/2017); Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019); Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019) e ainda o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (Regulamento n.º 76/2018).

O regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais refere que o “Domínio de competência é uma esfera de ação compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (OE, 2015, p. 8). Posteriormente especifica que a competência, é um conjunto de atributos gerais e específicos, decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho, atribuindo aos enfermeiros generalistas os domínios responsabilidade

profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional, desenvolvendo para cada um deles descritivos e critérios de competências (OE, 2015). De modo a facilitar a diferenciação da tipologia de competências de enfermagem, sintetizamos a informação respetiva conforme ilustrado na figura 2.

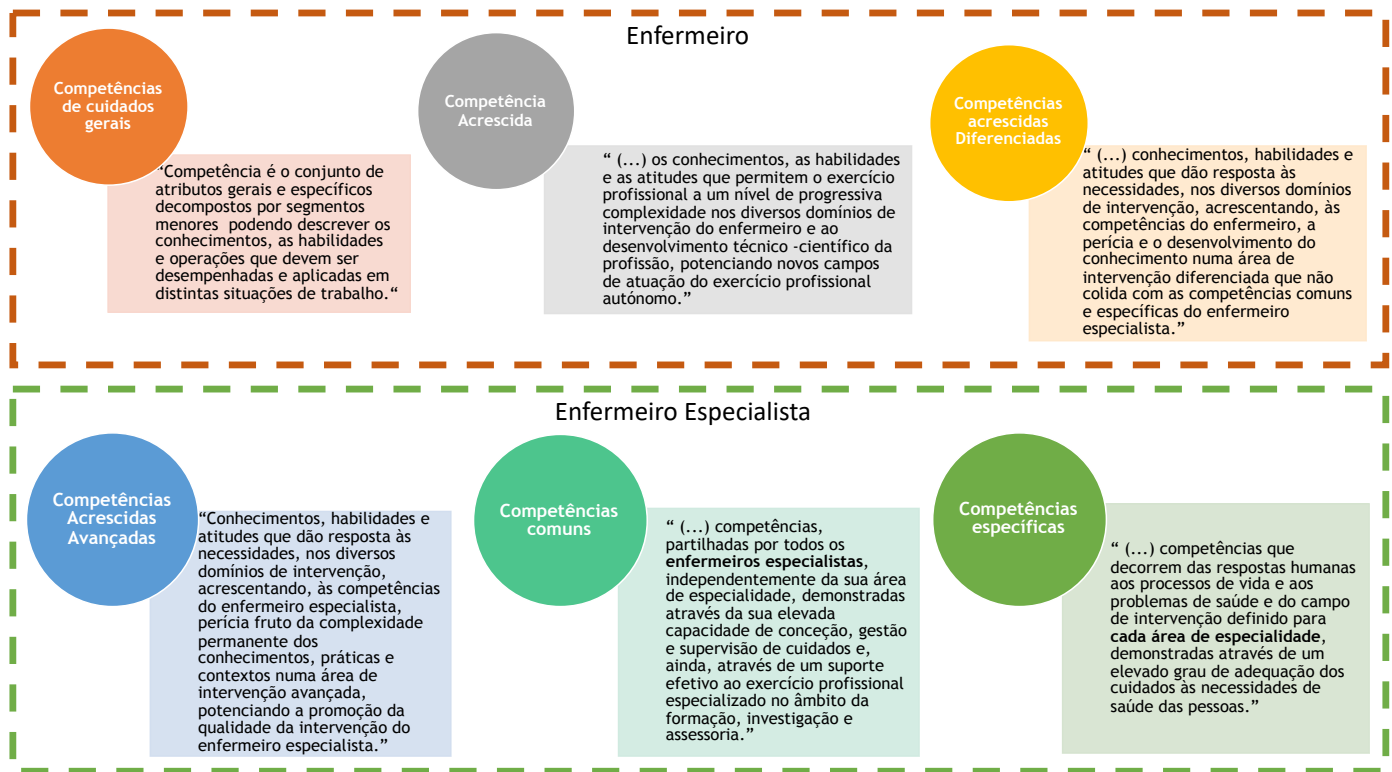


Figura 2 - Diferenciação da tipologia de competências em enfermagem Adaptado de: (Regulamento n.º 156/2015); (Regulamento n.º 140/2019) e (Regulamento n.º 556/2017)

As competências atribuídas aos enfermeiros especialistas vão para além das competências dos cuidados gerais surgindo com diferenciação no Regulamento n.º 556/2017 - Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida, que conceptualiza competências acrescidas, competências acrescidas diferenciadas e competências acrescidas avançadas, referindo "As áreas de competência acrescida a serem reconhecidas ao enfermeiro e ao enfermeiro especialista podem ser, respetivamente de Diferenciada e de Avançada," (OE, 2017, p. 23636).

Mais tarde e decorrente das alterações do estatuto da OE e do processo de evolução da profissão surge a especificação das competências dos enfermeiros especialistas "O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade" (OE, 2019, p. 4745).

Todas as áreas de especialidade partilham as competências comuns, que são constituídas legalmente por quatro áreas essenciais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O articulado legislativo para cada área explicita um descritivo e respetivas unidades de competências bem como os critérios de avaliação (OE, 2019).

A especialidade em enfermagem de reabilitação acresce às competências comuns três competências específicas: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa o que o torna como um recurso humano fundamental nos serviços de MFR (OE, 2019).

O conceito de competência, tem sido atribuído com fortes ligações ao meio laboral e profissional, em que o trabalhador detém e desenvolve características, atributos, ou seja, comportamentos que o diferenciam nos serviços e nas equipas pela proatividade e altos níveis de desempenho na resposta a situações de maior ou menor complexidade, mostrando flexibilidade, alinhamento e comprometimento organizacional (Costa et al., 2016).

Na particularidade dos EEER quando cuidam de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, incluindo nos serviços de MFR, espera-se que cada um seja o profissional que

“Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (OE, 2019, p. 13566).

Nas organizações e serviços espera-se que os profissionais, mais diferenciados, apresentem uma postura empreendedora que permita o crescimento da organização e do serviço, implicitamente com visibilidade nos resultados, e em simultâneo, com a existência de um ambiente de trabalho adequado. Este contributo espera-se por parte de todos os profissionais do serviço, mas em especial dos EEER que são detentores de conhecimentos que permitem uma visão totalitária do trabalho e desse modo contribuem para a produtividade e satisfação de todos os profissionais, para o envolvimento da equipa, para a qua a qualidade dos serviços e satisfação dos clientes (Costa et al., 2016).

A competência integradora do trabalho em equipa fica fortemente associada à competência, de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, considerando que o enfermeiro *“Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da*

participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.”(OE, 2019, p. 1356).

O desenvolvimento de competências representa o fator chave na resolução dos problemas das pessoas e organizações (Lelli et al., 2012). O EEER deverá deter capacidades/competências para reconhecer e resolver problemas, a partir das suas competências comuns de gestão de cuidados de forma a propor soluções e mudanças estratégicas que contribuam para a qualidade dos cuidados, aproximando-se da equipa e do cliente (Camelo et al., 2016). Neste sentido tem que maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, esperando-se que o EEER interaja *“com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.”* (OE, 2019, p. 13567).

Por último, é importante reconhecer que as competências comuns, próprias dos enfermeiros especialistas acrescentam-lhe um envolvimento diferenciado, nas quatro áreas já referidas, que o têm implicações diretas noutros processos relacionados com a gestão de cuidados o que lhes confere, a capacidade para se desenvolver como elo de ligação, entre os objetivos organizacionais e os objetivos da equipa de enfermagem, afim de dar continuidade às orientações do enfermeiro gestor, ou mesmo substituí-lo quando necessário ou quando receber essa delegação (Camelo et al., 2016). Deste modo tem de procurar o aperfeiçoamento da prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados prestados, de forma a assegurar a qualidade assistencial e a incorporação de novas qualificações, que respondam às exigências das novas tecnologias e descobertas na área da saúde (Silva et al., 2017).

Espera-se que de acordo com o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EEER tenha domínio nas políticas de qualidade, éticas e de responsabilidade social, no seio do serviço e da organização direcionadas a profissionais da sua equipa e clientes (Afonso, 2015).

Salienta-se que na competência do domínio da melhoria contínua da qualidade, o EEER deverá ter capacidade de negociação, análise e solução de problemas, pois revela-se essencial no seio de equipas com diferentes personalidades e grupos profissionais. Dos estudos de Moisoglou et al. (2014) salientaram que conflitos e soluções inadequadas têm um impacto negativo nas relações da equipa, o que dificultará o estabelecimento de programas de desenvolvimento de qualidade e de segurança dos cuidados, até porque conduzem a desconforto, ansiedade, stress, má comunicação, o que influencia a efetividade da equipa. A capacidade para negociação e resolução de conflitos é a chave para melhorar o espírito da equipa.

Nas competências comuns do enfermeiro especialista, o domínio da gestão dos cuidados exige capacidade de tomada de decisão que deverá ter por base a melhor evidência científica e informação atualizada, de modo a garantir e promover a qualidade das decisões e para, de um modo fundamentado, poder mobilizar a equipa no caminho “selecionado” (Silva et al., 2017).

No processo dos cuidados assistimos a constantes mudanças e inovações pelo que a capacidade de flexibilidade e de adaptação, de modo a poder assumir o papel de agente estimulador e facilitador da mudança, transmitindo confiança, constitui um excelente desafio (Lelli et al., 2012).

A competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais traz outros desafios ao EEER, nomeadamente a melhoria no desempenho da organização que se espelha diretamente na excelência da qualidade assistencial, o que se relaciona com a capacitação dos recursos humanos, perspetivando o contexto sociopolítico, económico e de saúde na atualidade (Camelo et al., 2016). Esta competência incorpora por um lado o autodesenvolvimento, considerando que o investimento na sua aprendizagem, torna-se um recurso de valor nos serviços se for sustentado, na prática reflexiva, autoavaliação e pensamento crítico, de modo a corresponder constantemente às mudanças no seio organizacional (Camelo et al., 2016). O autodesenvolvimento confere maturidade profissional, promovendo desenvoltura e visão crítica ampliada, perante situações complexas no desempenho do seu exercício profissional, implicando resoluções que conduzem a melhores resultados da qualidade assistencial (Lelli et al., 2012).

Nesta área não podemos excluir a partilha de conhecimentos, sendo que o EEER tem que assumir a necessidade contínua de capacitação das equipas de enfermagem, pelo recurso à formação em serviço, à colaboração no desenvolvimento de todos os profissionais, estimulação da progressão profissional e reconhecimento e criação de valor na equipa (Costa et al., 2016).

Em síntese as competências comuns e específicas dos EEER, têm que revestir os articulados legislativos de comportamentos capazes de demonstrar a sua orientação para os resultados, a fim de se apropriar dos objetivos estratégicos do serviço, no sentido de os convergir com os da organização (Soares et al., 2019).

2.2 Dos padrões de qualidade dos cuidados gerais aos especializados

O desafio de cada organização e associação profissional depreende-se por fixar padrões e objetivos que direcionem para as respetivas áreas profissionais, o que advém da

necessidade expressa pela Organização Mundial de Saúde, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e pelo Conselho Nacional da Qualidade (OE, 2001).

Os padrões de qualidade são considerados instrumentos de medida, e como tal devem ser, objetivos, mensuráveis e passíveis de serem alcançados. Com a sua composição pretende-se exprimir “*um nível de excelência previamente determinado que funciona como guia para a prática.*” (Marquis, et al., 2010, p. 563).

A American Nurses Association (ANA) tem uma longa experiência nesta área e um papel importante na elaboração e aplicação de padrões profissionais para os enfermeiros há quase 80 anos (Marquis, et al., 2010). Em Portugal, a OE (2001) orientou o desenvolvimento da prática com base nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, base para o processo de ponderação e tomada de decisão e ao mesmo tempo uma demonstração aos cidadãos acerca do exercício profissional dos enfermeiros referindo que “*quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros*” (OE, 2001, p. 5).

Os padrões representam para os enfermeiros exemplos de expectativas de um desempenho excelente, constituindo a base da prática clínica, que por sua vez irão contribuir para o desenvolvimento de padrões na organização (Marquis et al., 2010). Espera-se que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem integrem capacidades científicas, técnicas e sociais que definam a ação de cada enfermeiro, contribuindo assim para a melhoria contínua dos cuidados prestados (Fradique & Mendes, 2013).

Os padrões de qualidade têm por base um enquadramento conceptual onde se define a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem, e onde emergem os enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Recordemos que a saúde é um direito fundamental da pessoa humana, deve ser assegurada como um valor coletivo, independentemente da ideologia política ou condição socioeconómica, raça, religião, cultura e idioma. Representa uma resposta ou adequação às exigências do meio e depende, essencialmente, do ambiente envolvente, das condições socioeconómicas, da distribuição da riqueza e da adaptação do indivíduo na sociedade (Campos, et al., 2010; Heidmann, et al., 2006).

Salienta-se que para orientação dos enfermeiros em Portugal a saúde

“ (...) é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual (...) a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultura.” (OE, 2001 p. 8).

A saúde resulta da constante interação entre o ser humano e do ambiente onde despontam as características e comportamentos individuais (Meleis, 2012).

A saúde é algo subjetivo, em que cada pessoa tem a sua percepção, o seu desejo e implicitamente o seu próprio conceito. Consequentemente não podemos tornar uma diáde linear entre saúde e doença, cada pessoa procura o seu equilíbrio e manifesta a sua percepção, que por sua vez se altera ao longo do seu crescimento e experiência de vida e neste percurso, vai adaptando as suas vivências face à saúde e doença, pelo que é diferente ser doente e sentir-se doente (Meneses & Ribeiro, 2000).

Na referência à pessoa a OE salienta a racionalidade e liberdade, a pessoa toma consciência de si mesma e do seu agir, organiza os seus pensamentos, as suas ações, o seu conjunto de valores criando um projeto de saúde e de vida. Integrada numa realidade dinâmica, o projeto de vida e de saúde são únicos baseados nas crenças, valores e desejos de cada um, neste surge a individualidade dos cuidados de saúde (OE, 2001). Recordemos que a singularidade do projeto de cada pessoa surge porque esta é única dotada de dignidade, identidade e consciência própria, que possui sentimentos e valores próprios predispondo à liberdade, autonomia moral, autodeterminação e responsabilidade. É um ser que tem a capacidade de refletir, simbolizar e usar símbolos, dotado de necessidades universais de desenvolvimento e capaz de autocuidado contínuo (Orem 1985 como citado em Meleis, 2012).

No exercício profissional, os enfermeiros focam a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, sendo que o ambiente constitui-se *“por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.”* (OE, 2001, p.9).

Por último, os cuidados de enfermagem organizam-se por meio das relações interpessoais que se estabelece entre uma pessoa, família ou comunidade e um enfermeiro. A pessoa que na perspectiva da qualidade é um cliente, por sua vez é um ser humano único, com as suas características e personalidade, detentor de um quadro de valores e crenças, influenciadas pelo ambiente onde se desenvolve. Por sua vez, também o enfermeiro é uma pessoa detentora de todas essas características, acrescidas de um conjunto de conhecimentos e habilidades, que o predispõe a cuidar do cliente respeitando-o na sua individualidade e privando-se de juízos de valor (OE, 2001).

A enfermagem de reabilitação reitera o enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem, direcionando-o para os cuidados de enfermagem de reabilitação, acrescentando um novo enquadramento conceptual, como base nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos EEER. No âmbito da enfermagem de reabilitação, o enquadramento conceptual é constituído pela pessoa com necessidades especiais, a pessoa com deficiência, o ambiente e os cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2015).

O conceito de pessoa na enfermagem de reabilitação, acresce numa visão da pessoa com necessidades especiais e a pessoa com deficiência. A pessoa com necessidades especiais “(...) é a pessoa, ao longo do ciclo vital, impossibilitada de executar independentemente e sem ajuda actividades humanas básicas ou tarefas como resultado da sua condição de saúde ou deficiência física, mental, cognitiva ou psicológica de natureza permanente ou temporária (...)”, com direito a serviços especializados de modo a promover o seu potencial de funcionamento biopsicossocial (OE, 2015, p. 16656). A pessoa com deficiência “(...) por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas (...)”(OE, 2011, p. 16656), apresenta dificuldades suscetíveis de, juntamente com fatores do meio, dificultar ou limitar a sua atividade e a participação em condições de igualdade, sendo que esta deve exercer plenamente o seu direito de cidadania.

Os fatores ambientais podem influenciar a estrutura, função do corpo e o desempenho da pessoa enquanto membro de uma sociedade, no que concerne à sua capacidade de executar tarefas e ações. A integração da pessoa com deficiência é um foco de atenção para os EEER, no exercício do cuidar, participando assim na definição de estratégias que promovam esta integração (OE, 2015). É fundamental que o ambiente reúna condições para a integração total de qualquer pessoa num ambiente acessível e que não demonstre qualquer tipo de dificuldade (Pereira, 2018).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação constituem-se uma área de atuação decorrente de um conjunto de conhecimentos e procedimentos especializados apresentando como foco de atenção “(...) a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do auto-cuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades.” (OE, 2015, p.16656). É de salientar que cada vez mais se verifica a necessidade de uma expansão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo estes considerados como um direito incontestável dos cidadãos, da sua família e da população (Pestana, 2016).

O conhecimento gerado na formação dos enfermeiros desponta a necessidade permanente da tomada de decisão de forma sistematizada, tendo em consideração todos os elementos intervenientes nos cuidados, de uma forma responsável e sustentada na melhor evidência científica. A OE descreve que o “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional, que lhe reconhece competência científica técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao individuo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.” (OE, 2015 p. 99). Os EEER diferenciam-se na tomada de decisão pela formação e pelo exercício da prática avançada.

O Código Deontológico dos Enfermeiros rege todos os enfermeiros e influencia a tomada de decisão no sentido do melhor interesse para o cliente na promoção da sua saúde, bem-estar, prevenção de complicações e garantindo a satisfação (OE, 2015).

Os enunciados descritivos são a operacionalização das orientações para a prática de excelência, estando agrupados por seis categorias e assim constituindo-se os padrões de orientação para a profissão, contribuindo para a excelência do exercício nomeadamente, “*ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia*” (OE, 2015, p. 16656). A figura que se segue ilustra a relação dos paradigmas com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, com vista a organizar a excelência do exercício profissional.



Figura 3 - Dos paradigmas aos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Adaptado de Ordem dos Enfermeiros, 2001a, 2011b).

Realça-se que as denominações dos padrões são iguais para cuidados gerais e especializados, ocorrendo nos especializados mais dois padrões, contudo estes são influenciados pela sua descrição o que leva a uma operacionalização diferenciada. Recorde-se que os “*enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de Enfermagem.*” (OE, 2015, p. 16656).

Os Padrões e a sua especificação são determinantes para as mudanças e desenvolvimentos dos serviços considerando que se

“pretende que estes venham a constituir -se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes, quer relativamente ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar.” (OE, 2015, p. 16656).

A satisfação do cliente é descrita como a procura permanente da excelência profissional, apontando para os mais elevados níveis de satisfação (OE, 2001). A satisfação do cliente é um dos principais indicadores de resultado dos cuidados de enfermagem, sendo fundamental no desenvolvimento da avaliação da assistência. É uma exigência evidenciada nas organizações, mas com dificuldade na especificação dos cuidados de enfermagem, pelo que os serviços, dentro das organizações, devem investir e empenhar-se de modo a proporcionar cuidados confiáveis e seguros. Este indicador encontra-se associado à expectativa do cliente, um serviço ou cuidado de qualidade deve ser analisado e reconhecer cada cliente como único, ou seja, cada um tem a sua expectativa dos serviços e consequentemente a sua própria ideia de satisfação (Freitas et al., 2014), condições que garantem cuidados humanizados.

Considerar na assistência o cliente, implica orientar os desenvolvimentos dos cuidados não só para a pessoa, mas também para a família, até porque a família constitui-se como um suporte importante à pessoa doente (Rabenschlag et al., 2015).

O respeito pela diferenciação do cliente e das características das pessoas são elementos importantes na satisfação e na organização dos cuidados

“o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.” (OE, 2001 p. 14).

No que concerne à enfermagem de reabilitação, esta aponta como elementos essenciais na satisfação do cliente, todos os definidos para os cuidados gerais, acrescentando o respeito pela autonomia, o reforço positivo e o elogio ao cliente no programa de reabilitação e a discussão e análise do processo de enfermagem de reabilitação com o cliente e pessoa(s) significativa(s) (OE, 2015).

A promoção da saúde representa um padrão de qualidade e faz parte da procura permanente da excelência do exercício profissional, auxiliando os clientes a atingirem o máximo potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A valorização da promoção da saúde ocupou espaço significativo na primeira conferência de Ottawa em 1986, salientando as crescentes expectativas de saúde e bem-estar das pessoas e das populações. É neste contexto que surgem a Declaração de Alma-Ata,

no documento “As Metas da Saúde para Todos” da OMS, bem como no debate sobre a ação intersectorial para a saúde, realizada na Assembleia Mundial de Saúde (Hartmann et al., 2020).

A promoção em saúde valoriza os determinantes que influenciam os estados de saúde, pelo que a intervenção é no sentido de prevenir, manter ou melhorar, sendo importante considerar a componente genética, o ambiente, os estilos de vida e a organização dos serviços de saúde. As medidas de prevenção e promoção da saúde têm também influência nas condições socioeconómicas e sociais, especialmente habitacionais, pobreza, desemprego e outras desigualdades. Acresce como importante na promoção da saúde um conjunto de valores nomeadamente, vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, em conjunto com a melhoria da qualidade de vida e saúde (Heidmann, et al., 2006). O referido justifica o forte investimento na promoção da saúde nos serviços, independentemente da sua natureza, como é o caso específico da MFR.

No âmbito da enfermagem de reabilitação, a promoção da saúde incorpora elementos como todos os definidos para os cuidados gerais, acrescentando a identificação de barreiras arquitetónicas que interferem na acessibilidade, na participação social e no exercício da cidadania, a promoção de um ambiente seguro em cooperação com estruturas da comunidade, a maximização das capacidades funcionais da pessoa e a promoção de medidas de prevenção da deficiência ou minimização do seu impacto (OE, 2015).

É de salientar que no sector da saúde, a promoção da saúde não se enquadra apenas na responsabilidade e intervenção do enfermeiro, sendo esta uma tarefa multidisciplinar, que engloba uma interação entre os profissionais de saúde, entre o sector da saúde e o sector económico, político, social, e ambiental, de modo a promover uma satisfação das necessidades dos doentes. Surge assim a necessidade de desenvolvimento de políticas e reorientação dos serviços de saúde de modo a promover a saúde (Heidmann et al., 2006).

A prevenção de complicações consiste no enunciado, em que o enfermeiro procura de forma permanente a excelência do exercício profissional, prevenindo assim complicações para a saúde dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Segundo Freire et al. (2016), o conceito de prevenção de complicações por vezes é confundido com o conceito de promoção da saúde. A prevenção de complicações está relacionada com problemas potenciais que, juntamente com outros fatores, podem influenciar negativamente a saúde dos clientes, sendo necessária uma intervenção do enfermeiro, com o objetivo de uma procura contínua da excelência na sua prática profissional e a prevenção de complicações para o cliente.

Na enfermagem de reabilitação, a prevenção de complicações apresenta como elementos essenciais: a identificação de riscos de alteração da funcionalidade e de

alterações que levem a incapacidades e limitações da atividade; a prescrição de intervenções face a um plano que tenha em vista a redução do risco de alteração da funcionalidade; o rigor técnico e científico nas intervenções de enfermagem de reabilitação; a referenciação de situações problemáticas identificadas; a supervisão de atividades que concretizam as intervenções de reabilitação de modo a promover a continuidade de cuidados e a responsabilização do EEER pela sua tomada de decisão, e pelos seus atos que pratica e que delega (OE, 2015).

As intervenções de enfermagem e de enfermagem de reabilitação enquadram-se nos cinco níveis de prevenção: primordial (atividades que visam evitar o aparecimento e estabelecimento de padrões de vida social, económica ou cultural que se sabem estar ligados a riscos de saúde), primária (as atividades que visam evitar doença, removendo fatores causais e tendo por objetivo a diminuição de incidência da mesma), secundária (atividades visam identificar e corrigir o mais precoce possível desvios de saúde e tem por objetivo diminuir a prevalência da doença), terciária (atividades que visam reduzir a incapacidade de forma a permitir uma rápida intervenção do indivíduo na sociedade, aproveitando as capacidades remanescentes), quaternária (atividades que visam evitar a iatrogenia associada às intervenções médicas ou medicamentosas, sobremedicalização) (Almeida, 2005).

O bem-estar e o autocuidado é o enunciado onde se prevê que o enfermeiro promova a excelência do exercício profissional, potencializando assim o bem-estar dos clientes e complementando as atividades de vida em que o cliente é dependente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O cuidar é claramente a essência da enfermagem, contudo, os enfermeiros não devem direcionar a sua prática profissional apenas para os comportamentos e procedimentos da doença, mas para a globalidade do cliente, envolvendo assim a sua dignidade e individualidade (Freitas, 2017).

Na perspetiva da enfermagem de reabilitação, os elementos essenciais face ao bem-estar e ao autocuidado são todos os definidos para os cuidados gerais acrescendo: a identificação dos problemas reais ou potenciais do cliente, em que o EEER prescreve, implementa e avalia as intervenções de enfermagem de reabilitação, contribuindo assim para: o bem-estar e para o autocuidado; a análise com o cliente e pessoa(s) significativa(s) face às alterações da funcionalidade, definindo estratégias e metas a atingir de modo a promover a autonomia e qualidade de vida; a prescrição de intervenções que visam a otimização e reeducação da função motora, cognitiva, sensorial, cardio-respiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade; prescrição e seleção de produtos de apoio, tal como o ensino e supervisão da sua utilização; conceção e intervenção de programas e planos de reabilitação de modo a reduzir o risco de alteração da funcionalidade; ensino, instrução e treino de técnicas que promovam o autocuidado e a continuidade de cuidados; rigor técnico

e científico na implementação das intervenções; supervisão de atividades que possam ser delegadas nos enfermeiros de cuidados gerais ou outros e a referência para outros enfermeiros especialistas dos problemas identificados (OE, 2015).

As situações de doença podem condicionar o doente e a sua família, nomeadamente no seu bem-estar, nas atividades de vida diária (AVD) e na sua qualidade de vida. O enfermeiro tem um papel preponderante no envolvimento e participação do doente/família nas atividades diárias, sendo que a perceção que o doente tem sobre o seu bem-estar e da qualidade de vida pode depender das oportunidades criadas pelo enfermeiro (Rabenschlag, et al., 2015).

A readaptação funcional é o enunciado em que o enfermeiro procura permanentemente a excelência no desempenho do seu exercício profissional, concomitantemente com o seu cliente desenvolve e aperfeiçoa processos de adaptação aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A constante interação da pessoa com o ambiente, leva a uma modificação contínua de modo a se adaptar. As respostas de adaptação promovem o crescimento, a integridade e a transformação da pessoa no sentido de obtenção da saúde. Por outro lado, quando a pessoa não se adapta, esta demonstra respostas ineficazes de coping, ou manifesta doença, pelo que necessita de intervenção por parte do enfermeiro (Meleis, 2012).

No âmbito da enfermagem de reabilitação, os elementos fundamentais na readaptação funcional são todos os definidos para os cuidados gerais juntamente com: o planeamento de intervenções para a readaptação ao domicílio, maximizando as capacidades de funcionalidade do cliente; o envolvimento do cliente/família no processo de cuidados, tendo em conta os recursos disponíveis no domicílio e a conceção e desenvolvimento de planos e programas de reabilitação, de modo a promover as capacidades funcionais da pessoa (OE, 2015).

Os padrões de qualidade relativos aos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação acrescem aos cuidados gerais, os enunciados reeducação funcional e a promoção da inclusão social.

A reeducação funcional depreende uma “(...) procura permanente da excelência no exercício profissional, em que o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e a participação na sociedade.” (OE, 2015, p.16658). A enfermagem de reabilitação transcende o simples processo de intervir na incapacidade e na deficiência, esta engloba intervenções, cientificamente comprovadas e geridas por uma equipa multidisciplinar, com a finalidade de proporcionar estratégias à pessoa/família através da reeducação funcional, de modo a promover a reinserção e reintegração, e que

lhes permitam reduzir ou até mesmo eliminar o impacto das situações causadoras das suas desvantagens (Hesbeen, 2001).

A promoção da inclusão social engloba a “(...) *procura permanente da excelência no exercício profissional, em que o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolve processos de promoção da inclusão social das pessoas com deficiência*” (OE, 2015, p. 16659). A inclusão social constitui-se como o acesso das pessoas em condições iguais, bem como a participação total nos diversos contextos da vida em sociedade (Holanda et al., 2015). Na inclusão social é necessário o sentimento de pertença, nomeadamente que a pessoa se sinta aceite como um ser individual e desenvolva relações interpessoais, participando em atividades na área da educação, lazer e cultura, desenvolvendo assim os deveres de todos os cidadãos num processo de participação ativa na sociedade (Kim et al., 2017). A prestação de cuidados à pessoa com deficiência é desempenhada pelos enfermeiros, tendo estes um papel social que acrescenta benefícios ao processo de reabilitação da pessoa, ao nível da capacidade funcional e da autonomia (Brignol et al., 2018).

Por último, a organização dos cuidados de Enfermagem é o enunciado descritivo onde o enfermeiro procura permanentemente a excelência no seu exercício profissional, colaborando na potencial eficácia da organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O planeamento das intervenções enquanto parte integrante do processo de enfermagem orienta o trabalho dos enfermeiros, bem como a avaliação das necessidades do doente. Recordemos Rabenschlag et al. (2015) quando aborda que a manutenção do bem-estar do cliente e a satisfação das suas necessidades, são impreterivelmente funções dos enfermeiros.

Na enfermagem de reabilitação, os elementos essenciais à organização dos cuidados de enfermagem são: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de reabilitação; um sistema de melhoria contínua da qualidade no exercício profissional dos EEER; um sistema de registos de Enfermagem que incorpore os diagnósticos, as intervenções e os resultados a nível pessoal, familiar e social; a satisfação dos EEER face à qualidade do exercício profissional; a dotação de EEER face à necessidade de cuidados de reabilitação; a formação contínua dos EEER promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade e a utilização de metodologias de organização dos cuidados promotoras da qualidade, particularmente a assunção do modelo de enfermeiro de referência e/ou gestor de caso. (OE, 2015).

3. Sustentação do Exercício Profissional dos Enfermeiros de Reabilitação

No período de tempo entre 1950 a 1970 nasce a primeira escola no domínio da enfermagem, nomeadamente, a escola das necessidades, que considera o cliente, em termos de uma hierarquia de necessidades e focaliza-se nas funções dos enfermeiros que lhes dão resposta, quando a pessoa não é capaz de as concretizar por si própria. É de salientar a relevância desta escola de pensamento, quando abordamos o autocuidado e nela podemos incluir referenciais teóricos como Virginia Henderson, Faye Abdellah e Dorothea Orem (Meleis, 2012).

Segundo Martins et al. (2018), o recurso a teorias funciona como um fio condutor, de modo a concretizar uma atuação sistematizada, que se repercute em eficiência, na colheita e organização dos dados, identificação de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções, bem como a avaliação dos resultados.

A sustentação da prática profissional em referenciais teóricos não permite uma resolução de todos os problemas inerentes à profissão, contudo são uma componente essencial para melhorar o exercício profissional, sendo pilares fundamentais para a tomada de decisão, quer ao nível dos cuidados gerais, quer dos especializados (McCrae, 2011).

3.1 Da consciencialização à capacitação: contributos do Referencial de Afaf Meleis

Atualmente, o referencial teórico de Afaf Meleis é particularmente utilizado como base de sustentação pelos EEER, na identificação dos problemas e necessidades da pessoa e no planeamento e execução de terapêuticas de enfermagem, com o objetivo de facilitar as transições vivenciadas pelas pessoas.

A partir de um estudo de investigação, Meleis et al. (2000) desenvolveu a Teoria de Médio Alcance das Transições, sendo esta organizada em volta de três conceitos centrais: a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta (Figura 4).

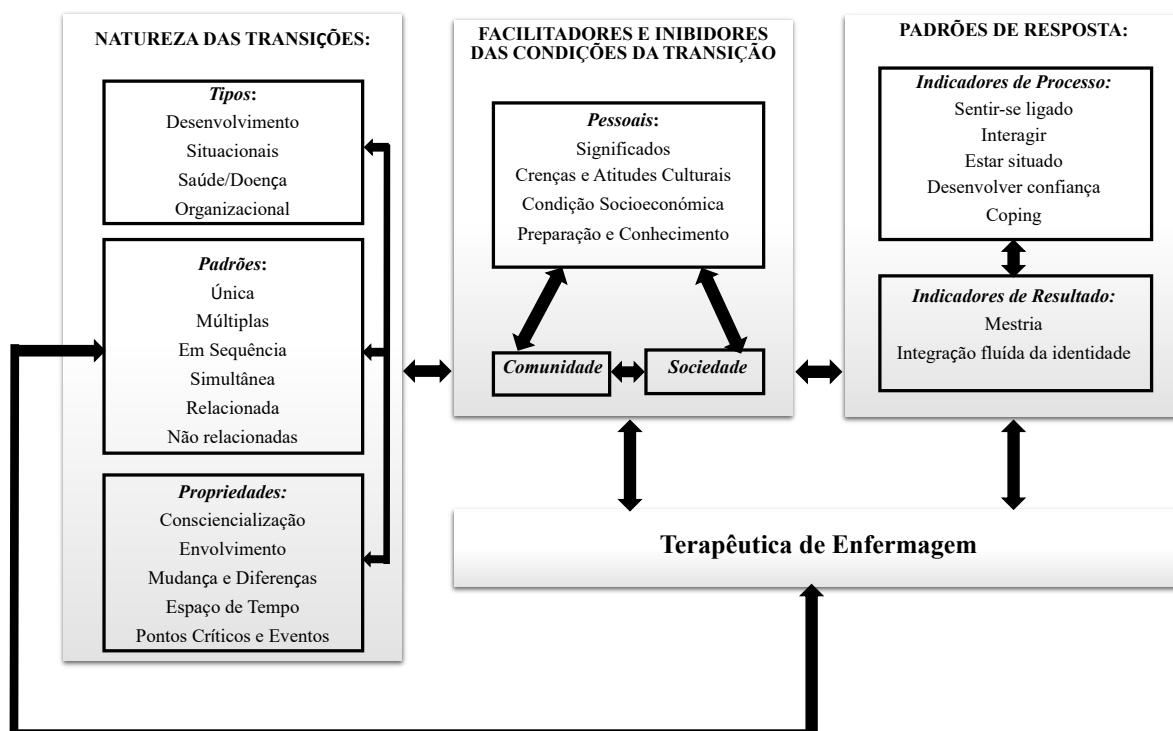


Figura 4 - Referencial Teórico de Afaf Meleis (Adaptado de Wills, 2016).

A natureza das transições, quanto ao tipo, pode ser de desenvolvimento, situacional, saúde/doença e organizacional, estas transições são caracterizadas como multidimensionais e complexas, possuindo diversas propriedades (conscencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço de tempo e pontos críticos e eventos) (Meleis, 2012).

As condições facilitadoras e inibidoras da transição podem ser pessoais (significados, crenças e atitudes, condição socioeconômica, preparação e conhecimento) na comunidade e na sociedade (Meleis, 2012).

Os padrões de resposta surgem como indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e coping) e indicadores de resultado (mestria e integração fluída da identidade), sendo que para além disso ainda estão presentes as terapêuticas de enfermagem. As transições vivenciadas decorrem de mudanças na vida das pessoas, na saúde, nas relações e no ambiente. O processo de transição caracteriza-se pela percepção de cada indivíduo, sendo caracterizado pela sua singularidade, complexidade e diversidade (Meleis, 2012). Desta forma a transição pode ser definida como uma passagem de um estado para outro, a partir de um processo originado de uma mudança, considerada como um marco de viragem, mas também dinâmica, podendo esta ser caracterizada a partir do processo ou resultados (Meleis et al., 2000).

A transição representa o processo que leva à incorporação das mudanças no modo de vida das pessoas, com redefinição e reorientação do modo de ser e estar, esta ideia tem sido desenvolvida nos últimos anos, decorrente do domínio do conhecimento de enfermagem (Bridges, 2004; Kralik et al., 2006).

A transição é assumida como foco de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde da pessoa, ou quando as respostas à transição vivenciada são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde. A experiência da transição exige que cada indivíduo adquira e incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina significados e que altere a definição de si, mesmo no contexto social (Meleis et al., 2000).

No âmbito da saúde, a educação da pessoa constitui-se como um processo que implica a construção do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (Lopes & Tocantis, 2012). As práticas educativas têm sido adotadas na educação para a saúde, de modo a empoderar a capacidade de escolha das pessoas, permitindo assim a sua participação ativa no processo de tomada de decisão (Costa et al., 2016).

A consciencialização relaciona-se com a percepção do indivíduo, sendo que o conhecimento e o reconhecimento da transição, constituem características essenciais, na medida em que no caso de não existirem, pode significar que o indivíduo possa não ter iniciado a transição. Posto isto, o envolvimento da pessoa só pode existir depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais (Meleis et al., 2000). O EEER deve ter como foco de atenção, a forma como a pessoa/família se posicionam face à sua nova condição de saúde tanto a nível físico, como mental, social e económico, e as suas expectativas, nomeadamente como consciencializam a situação e as mudanças. A consciencialização, caso esteja comprometida, necessita de uma intervenção precoce do EEER (Silva et al., 2019).

Ao longo da sua vida, uma pessoa poderá ou não deparar-se com acontecimentos que condicionem a satisfação das suas necessidades básicas, depreendendo assim a procura de recursos e competências de modo a satisfazer, novamente, essas mesmas necessidades. Os EEER assumem um papel fundamental no acompanhamento destes acontecimentos, bem como na sua intervenção, de modo a proporcionar a independência da pessoa. A capacitação está intimamente ligada com o objetivo de criação de motivação e condições nas quais a pessoa deseje superar-se. A capacitação é um processo multidimensional que engloba o conhecimento, a decisão e a ação. O conhecimento engloba os saberes construídos e alicerçados nos valores da pessoa, que podem sofrer modificações ao longo do ciclo de vida, sendo estes influenciados por fatores de ordem social, cultural e religiosa (Reis & Bule, 2016).

A capacitação revela-se nas AVD, como garantia da satisfação das necessidades humanas básicas, no alimentar-se, na higiene pessoal, no vestir-se, no mover-se, entre outras. Os processos de capacitação constituem-se como adaptações que podem desenvolver-se de forma progressiva, associadas a alterações que possam ocorrer ao longo da vida, ou podem ocorrer de forma brusca, devido a intercorrências vivenciais (Reis & Bule, 2016). Importa lembrar que uma pessoa pode vivenciar várias transições em simultâneo, tendo o direito de conhecê-las, de modo a tomar decisões de forma autónoma.

É de salientar a evolução do pensamento teórico em enfermagem, nomeadamente o seu percurso de riqueza concetual que deveria ser aplicado, de facto os enfermeiros contribuem para a capacitação da pessoa a partir do conhecimento desta área do saber (Queirós, 2016). Posto isto, faz sentido compreender o conceito de capacitação suportando-o num referencial teórico.

O desafio para os enfermeiros passa pelo reconhecimento dos processos de transição e pelo planeamento e implementação de intervenções, que permitam que a pessoa recupere a sua estabilidade e bem-estar (Meleis, 2012). Deste modo as pessoas ficam capacitadas para a continuidade da sua vida.

Compreendendo os pressupostos do referencial teórico de Meleis et al. (2000), verifica-se que estes integram-se no exercício profissional dos EEER. O EEER na sua intervenção, desempenha um papel essencial na identificação do modo como a pessoa/família se posiciona em relação à sua nova condição física, mental, social e económica, nomeadamente se estão consciencializados da situação e da mudança imposta pela transição (Silva et al., 2019).

A utilização da teoria de médio alcance das transições (Meleis et al., 2000) tem vindo a permitir a identificação dos fenómenos específicos da disciplina. Os EEER detêm o compromisso de inclusão da pessoa/família nos cuidados de saúde prestados, dotando-os de conhecimentos e habilidades, capacitando-os face à sua nova condição de saúde, de modo a permitir a continuidade de cuidados, bem como a vivência de uma transição saudável. O EEER ao desenvolver esta relação de cooperação e de parceria, promove o processo de transição e a mestria nos comportamentos e na aquisição de novas competências (Araújo, 2015).

3.2 Da dependência à independência no autocuidado: contributos do Referencial de Dorothea Orem

Partindo do princípio de que qualquer referencial teórico de enfermagem, apresenta capacidade de sustentar a ciência humana na prática (Queirós et al., 2014), consideramos essencial compreender o contributo do referencial teórico de Dorothea Orem para o exercício profissional dos EEER em Portugal, sendo que estes orientam o seu planeamento e conceção de cuidados a partir deste referencial.

Embora vários referenciais teóricos, na sua conceção individual, tenham abordado o domínio de enfermagem numa perspetiva de hierarquia de necessidades, que remetem para a atual definição de autocuidado, este conceito é garantidamente atribuído a Dorothea Orem, que desenvolveu a sua concetualização pela primeira vez em 1956 (Meleis, 2012).

A independência é um conceito associado à capacidade da pessoa desenvolver as suas AVD, sem a ajuda de terceiros (Asghari et al., 2018). Neste contexto surge o autocuidado, salientando que este abrange a capacidade para os cuidados, onde estão incluídos o banho, o alimentar-se, o vestir/despir-se, o uso do sanitário, o posicionar-se e o transferir-se (Rodrigues et al., 2018). No posicionamento da independência surge a dependência, o que determina compreender este processo entre os dois conceitos.

Os princípios da dependência/independência, aplicados às atividades de vida tomam particularidades quando se trata de serem influenciados pelo estado de saúde, daí que nos aproxime do autocuidado e assim mergulhemos no modelo de Orem (2001), particularmente na Teoria do Déficit no Autocuidado.

A promoção da independência no autocuidado é valorizada, no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros, sobretudo ao nível do perfil de competências específicas do EEER que tem como foco maximizar o potencial funcional, a independência, a satisfação e a autoestima das pessoas com necessidades especiais (OE, 2019).

O conceito de autocuidado engloba as atividades requeridas para a satisfação das necessidades diárias, habitualmente designadas como AVD, que são aprendidas ao longo do tempo e que se tornam em hábitos (Carpenito-Moyet, 2012).

No referencial de Orem, estão integradas três teorias: a Teoria do Autocuidado, que desenvolve o porquê e o modo como as pessoas cuidam de si; a Teoria do Déficit no Autocuidado, que investiga o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas pelos enfermeiros e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que indaga o modo como as pessoas e os enfermeiros dão resposta às necessidades de autocuidado (Wills, 2016) (Figura 5). As

teorias descritas incorporam seis conceitos essenciais: o autocuidado, déficit de autocuidado, a ação de autocuidado, a demanda terapêutica do autocuidado, serviços de enfermagem e sistema de enfermagem (Petronilho, 2012).

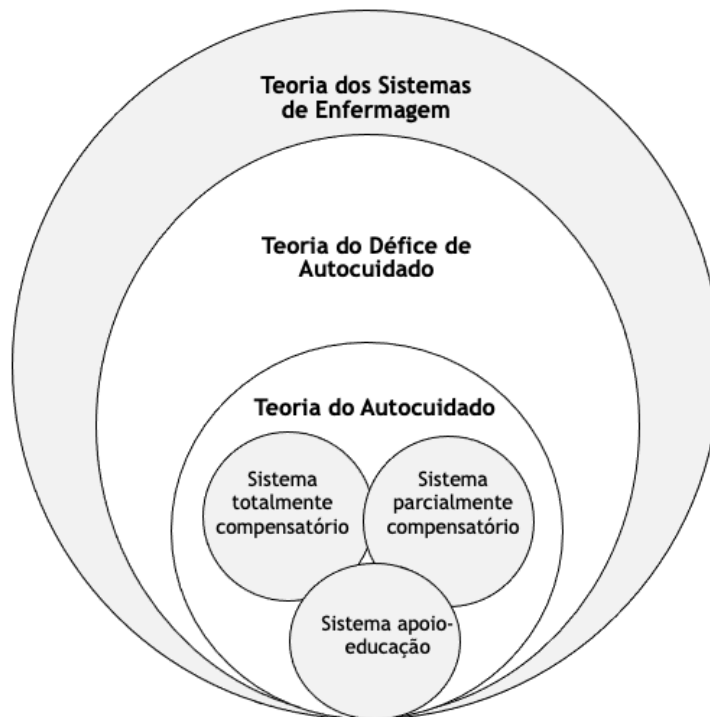


Figura 5 - Referencial teórico de Dorothea Orem (adaptado de Wills, 2016).

Para Orem, o autocuidado define-se como uma ação humana deliberada e autogerida, desempenhada por indivíduos com capacidade para tal, que mantém a vida, as funções físicas e psíquicas e o bem-estar da pessoa. O autocuidado é desenvolvido ao longo do ciclo da vida, tendo em conta o contexto da pessoa, através da sua experiência, da cultura, dos conhecimentos e da interação na sociedade, este é influenciado por aspetos como o género, a idade, o grau de desenvolvimento, as motivações, os recursos e os sistemas de saúde (Orem, 2001).

Importa também aproximar o conceito de autocuidado com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) onde o autocuidado é descrito como a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (OE, 2015, p. 42).

O déficit de autocuidado consiste numa relação entre as ações que as pessoas deveriam desenvolver e as que têm capacidade para as realizar, com o intuito de manter a

vida, a saúde e o bem-estar. Os défices de autocuidado podem ser totais, quando existe ausência de capacidade para satisfazer as necessidades, ou parciais, quando existe incapacidade para realizar alguma(s) necessidade(s), estando associados às limitações dos indivíduos para realizarem os cuidados, bem como à falta de continuidade e efetividade na provisão do cuidado (Orem, 2001).

As intervenções de enfermagem centram-se na ajuda e compensação dada, de modo a dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa. De acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, as intervenções podem ser: totalmente compensatórias (compensar a incapacidade, apoiar e proteger); parcialmente compensatórias (substituir a pessoa em algumas atividades) e de apoio e educação (ajudar na tomada de decisão, fornecer informação e fomentar a aprendizagem) (Orem, 2001). Na perspetiva deste referencial teórico, o enfermeiro presta assistência especializada a pessoas com incapacidade, sendo necessário mais do que uma assistência comum, de modo a satisfazer as necessidades de autocuidado (Wills, 2016).

Orem (2001) desenvolve uma base compreensiva para o exercício profissional de enfermagem, na medida em que impulsiona o desenvolvimento da pessoa para o autocuidado. O enfermeiro deve centrar a sua intervenção no autocuidado, nas vertentes de prevenção, tratamento e reabilitação, de modo a colmatar os défices no domínio do autocuidado. Desta forma, considera que a enfermagem é uma ação, contínua ou periódica, que permite dar resposta às necessidades de autocuidado das pessoas, total ou parcialmente (Orem, 2001).

A enfermagem no serviço de MFR desenvolve, providencia e gere sistemas de assistência focados no autocuidado, que têm em vista a manutenção dos processos da vida, a manutenção da funcionalidade, a promoção do crescimento e desenvolvimento, a prevenção e o controlo de doenças e incapacidades (Orem et al., 2003).

O ênfase na capacidade da pessoa satisfazer as suas necessidades e o seu potencial de ser independente no autocuidado, presume a ajuda de um profissional qualificado, que centre a sua intervenção no autocuidado (Silva et al., 2018), sendo que este trabalho tem vindo a ser desenvolvido e concretizado pelos EEER.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

As pesquisas científicas devem assentar numa metodologia que associe um determinado conjunto de métodos e técnicas que guiem de forma rigorosa, credível e comprovável todo o processo de investigação científica, de modo a obter um resultado efetivo (Fortin, 2009).

A seleção da abordagem metodológica do estudo, bem como do método de colheita e análise de dados, deverá incorporar a natureza do objeto de estudo, as questões formuladas, os objetivos e as bases teóricas que orientam o mesmo (Fortin, 2009).

Neste sentido, nesta parte II será abordada a problemática e tipo de estudo, os objetivos, as perguntas de investigação, os participantes e os procedimentos de colheita e análise dos dados.

1. Da problemática ao tipo de estudo

A enfermagem de reabilitação constitui uma área de intervenção especializada que visa a manutenção e a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, recorrendo à promoção do autocuidado, à prevenção de complicações e à maximização de capacidades (OE, 2019).

A reabilitação enquanto especialidade compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que visam ajudar as pessoas em fase de doença aguda ou crónica. O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem diferenciados dando resposta aos problemas reais e potenciais da pessoa, capacitando-a para a autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Medicina Física e de Reabilitação é uma área de especialidade responsável pelo diagnóstico, prevenção, tratamento, reabilitação e integração da pessoa afetada por doença, traumatismo ou deficiência, em todas as idades e nas condições agudas e crónicas (Pinto et al., 2016). Neste enquadramento, e apesar da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (Sampaio et al., 2017), determinar a existência do número de enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação, atualmente deparamo-

nos com serviços de MFR com diferentes constituições das equipas, nomeadamente no que se refere aos profissionais de enfermagem.

Ainda que a gestão dos recursos humanos nas instituições envolva a tomada de decisão de diversos órgãos, os enfermeiros, especialmente aqueles que têm responsabilidade na área da gestão, sendo confrontados com a existência de orçamentos restritivos, deparam-se com a necessidade de rentabilizar os recursos humanos disponíveis. Certo é que apesar dos elevados custos e dos recursos, neste caso humanos, sempre limitados, exige-se aos enfermeiros gestores, a adoção de estratégias que garantam a qualidade assistencial (Frias, 2021). O referido remete-nos para a realidade única do contexto em estudo, onde a totalidade da equipa de enfermeiros que presta a assistência, são detentores da especialização em enfermagem de reabilitação.

Num serviço focado no processo de reabilitação de cada pessoa, uma equipa constituída apenas por enfermeiros com especialização em enfermagem de reabilitação traduzir-se-á na otimização dos ganhos em saúde, com especial relevo para a promoção da independência e, posterior, reconstrução da autonomia. De facto, os enfermeiros não podem ser vistos como um custo, mas como profissionais que acrescentam valor na cadeia assistencial, garantindo assim práticas de excelência, que se traduzem na segurança dos doentes, bem como na prestação de cuidados individualizados e humanizados (Frias, 2021).

Neste contexto, o problema que pretendemos estudar enquadra-se na gestão de recursos humanos, particularmente dos enfermeiros de um serviço de MFR, o que nos orienta para duas áreas de influência. Por um lado, a gestão do serviço, por outro, a gestão de cuidados, que naturalmente, exigem competências diferentes. No âmbito da gestão do serviço, o enfermeiro gestor planeia, organiza, lidera e realiza o controle do desempenho dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem, sendo da responsabilidade do mesmo “*gerir os recursos humanos funcionalmente dependentes em função das necessidades de cuidados, nomeadamente através da elaboração de planos de trabalho, escalas e planos de férias, otimizando a eficiência e a produtividade.*” (Decreto-Lei nº71/2019, p.2628), e neste sentido disponibilizar as melhores condições para que os cuidados ocorram com elevado nível de qualidade e segurança.

Por outro lado, a gestão dos cuidados encaminha-nos para a função dos enfermeiros especialistas, que têm como competências específicas

“identificar as necessidades em saúde do indivíduo, família, grupo ou comunidade, planear cuidados, coordenar e desenvolver intervenções em enfermagem na sua área de especialidade (...) Responsabilizar-se pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem na sua área de especialidade e à consecução das intervenções deles decorrentes” (OE, 2019, p.2627).

Por último, ainda no contexto da gestão de cuidados, os EEER, sendo os únicos profissionais de enfermagem do serviço, mantêm na sua essência competências para “prestar cuidados de enfermagem ao longo do ciclo de vida e nos três níveis de prevenção, documentando apropriadamente todas as intervenções e informações relevantes para a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados e para a avaliação da sua eficiência” (OE, 2019, p.2627). Neste sentido, a exploração das competências dos enfermeiros e enfermeiros especialistas será fundamental na análise dos achados deste estudo.

Na sequência do referido, a inexistência de estudos que visassem conhecer a percepção dos enfermeiros sobre essas realidades distintas, constituiu uma das principais motivações desta investigação, pelo que desenvolveremos um estudo de caso de natureza qualitativa.

O estudo de caso é considerado um método de investigação desafiante que exige e estimula o investigador ao rigor da análise dos dados que, na particularidade deste estudo são globalmente qualitativos (Yin, 2014). Consideramos o estudo com características de caso, uma vez que todos os participantes são do mesmo serviço e o problema em análise é a centralidade da gestão e assistência no serviço de MFR.

A natureza qualitativa do estudo surge como um meio de melhorar o conhecimento em enfermagem na particularidade do conhecimento empírico, estético, pessoal e moral (Streubert & Carpenter, 2013), que surge nos discursos dos participantes como autores da experiência de ser e cuidar em enfermagem de reabilitação. No cruzamento das duas tipologias de investigação surge o desenho do estudo apresentado na figura 6.



Figura 6 - Desenho do desenvolvimento do estudo de caso.

A formulação da questão de investigação é fundamental no desenvolvimento do estudo, uma vez que esta orienta o processo da investigação relacionando-se diretamente com os objetivos da mesma, e refletindo que informação o estudo pretende desenvolver (Fortin, 2009).

Para dar início ao planeamento do estudo partimos da seguinte pergunta de partida “Como percecionam os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a organização dos cuidados de enfermagem prestados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação?”.

Consideramos que o estudo tem por finalidade contribuir para a sustentabilidade do trabalho específico dos EEER numa unidade de Medicina Física e Reabilitação.

1.1 Objetivos do estudo e perguntas de investigação

Os objetivos visam compreender melhor os factos e os fenómenos sociais (Fortin, 2009). Neste projeto os objetivos destinam-se a encontrar a lógica do problema em estudo e não a logística deste (Yin, 2014). Neste sentido, no âmbito deste estudo de caso de natureza qualitativa definiram-se como objetivos:

- Analisar a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em relação aos cuidados prestados;
- Analisar a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação sobre os fatores facilitadores e dificultadores da prestação de cuidados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação.

No seguimento da definição dos objetivos, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação sobre os cuidados prestados;
- Qual a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação sobre os fatores facilitadores da prestação de cuidados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação;
- Qual a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação sobre os fatores dificultadores da prestação de cuidados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação;

- Como se pode organizar o trabalho de enfermagem de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados às pessoas internadas no Serviço de Medicina física e Reabilitação?

Quivy e Campenhoudt (2005) referem ser essencial considerar que as questões de investigação devem refletir um estudo possível, de modo que seja viável alcançar respostas, que seja interessante do ponto de vista científico para motivar quem desenvolve o estudo e para quem possa consultá-lo, que oriente a novos conhecimentos, que respeite os princípios éticos e que seja relevante, permitindo que os resultados alcançados contribuam para o desenvolvimento científico da área em estudo.

1.2 Participantes e contexto do estudo

Segundo Fortin (2009), a população consiste num conjunto de elementos, com características comuns ao interesse do investigador, sendo a amostra uma fração da população sobre o qual se faz o estudo. Contudo, nos estudos qualitativos é importante ter como participantes os melhores informantes sobre o problema.

Dada a natureza do estudo, foi constituído um conjunto de participantes, do tipo intencional, com o critério de inclusão de serem enfermeiros a exercer funções num serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Neste estudo participaram 16 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (total dos enfermeiros a exercer funções no referido serviço durante o período de colheita de dados) com as características que iremos descrever.

A profissão de enfermagem é maioritariamente constituída por mulheres e as características dos participantes seguem essa tendência, sendo a equipa de enfermagem composta maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino (81,3%).

Quanto à idade, os participantes do estudo apresentam uma idade média de 40,88 anos (desvio padrão 6,5), sendo o máximo de 57 anos e o mínimo 30 anos. Em relação ao estado civil, 68,8% são casados, 18,8% solteiros e 12,5% divorciados.

Embora sejam maioritariamente licenciados (81,3%), importa referir que três possuem mestrado, um em Enfermagem de Reabilitação, outro em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem e o terceiro em Saúde Pública. É de salientar que todos os enfermeiros participantes são detentores do título de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com tempo de exercício na área da especialidade a variar entre 1 e 14 anos, com média de 7,31 anos (desvio padrão de 3,6).

A sua experiência profissional como enfermeiros, varia de 10 a 36 anos, com uma média de 18,19 anos (desvio padrão de 7,03).

Quando analisado o tempo de exercício no serviço verificamos um intervalo de 1 a 10 anos, com uma média de 6,56% (desvio padrão 3,6).

Considerando que as vivências da prestação de cuidados de reabilitação são influenciadas pelas condições do contexto, é de salientar que o estudo desenvolve-se num serviço de MFR pertencente a uma instituição hospitalar da região norte, correspondendo a um serviço de internamento com uma lotação de 14 camas. Os destinatários do serviço de MFR são pessoas portadoras de deficiência de predomínio motor em status pós agudo, que necessitem de um programa de reabilitação nomeadamente na sequência de: acidente vascular cerebral, lesão medular, queimaduras com descondicionamento importante, traumatismo crânio encefálico, cirurgia ortopédica, amputações e situações médicas complexas.

A duração do internamento é perspectivado num período de aproximadamente 30 dias, sendo este um período flexível, com a possibilidade de se prolongar, caso o potencial de recuperação do doente indique o regresso a casa.

A equipa multidisciplinar é composta por quatro fisiatras, 17 EEER, duas fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta da fala e 12 assistentes operacionais, contando com o apoio de uma psicóloga, uma neuropsicóloga, uma assistente social, uma dietista e uma técnica administrativa.

O programa de reabilitação do doente é estabelecido de acordo com um plano terapêutico diário, com horários pré definidos para a intervenção do EEER e dos terapeutas com o objetivo de rentabilizar ao máximo o potencial de reabilitação.

O EEER no serviço de MFR para além da concretização de cuidados gerais, realiza cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo como maior foco a promoção da independência do doente e a reconstrução da autonomia, intervindo em diversas áreas da reabilitação como os autocuidados, o equilíbrio, a mobilização musculoesquelética, a deglutição, cinesiterapia respiratória, entre outras.

A alta dos doentes poderá ser orientada para o domicílio, caso o doente apresente condições que lhe permitem regressar a casa, mesmo que sejam necessários produtos de apoio. A orientação para o centro de reabilitação do norte ou para a rede nacional de cuidados continuados integrados, por exemplo, unidades de convalescença e de média duração, é realizada quando os doentes apresentem potencial de recuperação, contudo, ainda não estão reunidas as condições necessárias para o regresso a casa.

1.3 Instrumento de colheita de dados

A seleção do instrumento de colheita de dados é a etapa do processo de investigação que ocorre após a realização de algum trabalho preliminar, onde é definida a informação exata que se necessita obter da realidade (Vilelas, 2009). A preocupação foi definir um instrumento que mais convinha aos objetivos do estudo, de forma a dar resposta às questões de investigação, atendendo às características dos participantes e ao tempo de pesquisa disponível.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada realizada face a face. Na perspectiva de Fortin (2009), a entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas. De facto, na sequência dos objetivos do estudo, a entrevista constituiu o instrumento de colheita de dados de eleição, constituindo-se como uma estratégia para recolher os dados na voz do próprio entrevistado, dando a possibilidade de explorar ideias, motivos e opiniões que outros métodos não permitem.

Para Streubert e Carpenter (2013), a entrevista semiestruturada permite ao participante uma maior autonomia de resposta, permitindo explicar o seu universo tornando-o mais compreensível, de modo que o investigador consiga organizar e estruturar o pensamento. A entrevista semiestruturada implica uma recolha de dados, com recurso a diferentes tipos de registo, que posteriormente serão descodificados e organizados, permitindo assim apresentar os resultados e dar um sentido à investigação e (Ribeiro, 2010).

O guião da entrevista era constituído por oito perguntas abertas e um conjunto de oito perguntas para a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes. Não sendo inteiramente aberta, nem comportando um conjunto rígido de questões, o recurso à entrevista semiestruturada possibilitará, através da interação entre o entrevistado/entrevistador, o emergir de questões e dados que, não tendo sido considerados previamente, poderão contribuir para o enriquecimento da informação recolhida.

Como instrumento de recolha de dados, consideramos que a entrevista possibilita alcançar a complexidade inerente à prática profissional, uma vez que possibilita ao investigador auxiliar os participantes a explicar as suas experiências mais detalhadamente.

Com o intuito de avaliar a percetibilidade das questões, após a elaboração do guião da entrevista (Anexo I), realizamos um pré-teste junto de três enfermeiros EEER.

1.4 Procedimentos éticos e de colheita de dados

Os estudos com seres humanos exigem um profundo respeito pelos direitos das pessoas até porque em situação de doença se tornam vulneráveis, o que transcende a simples aplicação dos direitos e exige sensibilidade para o respeito destes. Atualmente, existem orientações específicas quando desenvolvemos uma investigação em seres humanos, exigindo-se pareceres da comissão de ética para melhorar esta intervenção, além do uso do consentimento informado para garantir todos os princípios éticos.

O primeiro passo, ainda na fase de projeto, foi a submissão do mesmo à comissão de ética, tendo sido obtido parecer favorável expresso no N° 51/22 (Anexo II).

Após o parecer da comissão de ética e a autorização do conselho de administração da instituição foram contactados os enfermeiros do serviço, para convite à participação no estudo e informação sobre os objetivos e o que se esperava da sua potencial participação. Ficou claro que a sua participação seria voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que por isso viessem a ser prejudicados.

Foi marcado um momento para assinar o consentimento informado (Anexo III), declarando que aceitavam participar no estudo e autorizavam a gravação da entrevista, e de seguida foi realizada a marcação da mesma.

De modo a garantir a fidedignidade dos dados obtidos, o registo das entrevistas foi realizado através da gravação de áudio, após autorização dos participantes. O encontro com os participantes foi antecipadamente confirmado através de contacto telefónico, de acordo com as suas disponibilidades. As entrevistas realizaram-se entre Março e Junho de 2022, num espaço reservado da instituição hospitalar.

É de salientar, que todas as entrevistas se iniciaram com uma explicação detalhada do trabalho de investigação, com recurso a um documento de informação ao participante (Anexo IV).

O decorrer da entrevista foi dividido em quatro partes, primeiramente foi realizada uma apresentação e esclarecimento da investigação. Na segunda parte realizou-se a caracterização sociodemográfica e profissional do participante, na terceira parte o desenvolvimento das questões e, por último, na quarta parte foi realizada a finalização da entrevista.

Todas as entrevistas foram integralmente transcritas e enviadas posteriormente a cada participante por correio eletrónico, permitindo a validação do conteúdo da mesma.

De modo a garantir o anonimato, todas as entrevistas foram codificadas com as letras iniciais das palavras Enfermeiros e Reabilitação, seguida pelo número: ER1, ER2, ER3, etc.

1.4.1 Procedimento de análise dos dados

Os procedimentos de análise de dados distinguem-se nos vários tipos de estudos existentes. No caso do estudo qualitativo diferencia-se pela natureza da preparação e análise dos dados obtidos, designando-se por análise de conteúdo (Correia et al.,2017).

A base de análise neste estudo enquadrou-se na perspetiva de Bardin (2009), tendo decorrido em três fases: a pré-análise, a exploração do material e, por último, a inferência e interpretação dos resultados obtidos.

Após validação do conteúdo das entrevistas por cada participante criaram-se 16 documentos constituindo o *corpus* de análise. Dando início à exploração baseada nos princípios de Bardin (2009) referidos anteriormente, iniciou-se por uma leitura flutuante, pré-análise de todos os casos, seguindo-se a exploração com codificação das expressões dos participantes e, por último, o tratamento e interpretação dos dados. Este modelo permitiu organizar, sintetizar e desenvolver uma estrutura de dados, de forma a compreender o sentido das respostas e conhecer o seu significado.

Toda a exploração das expressões dos participantes foi codificada por dois investigadores em separado, seguindo-se um momento de conciliação das categorias que não coincidiram entre os dois, onde se definiram o sentido das expressões a partir das definições desenvolvidas pelos investigadores.

Importa referir que ao longo da realização das entrevistas, na sequência dos discursos dos participantes e da revisão teórica efetuada, fez sentido aos investigadores criar áreas temáticas à prior, o que orientou e facilitou a organização dos achados. Os referenciais teóricos de Afaf Meleis e Dorothea Orem, o modelo de Donabedian (2003) e os instrumentos reguladores do exercício profissional sustentaram teoricamente a identificação das categorias e subcategorias. Na sequência da análise realizada, no quadro 1 estão explanadas as categorias e subcategorias identificadas.

Quadro nº1 - Descrição das categorias e subcategorias

ÁREAS TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
ESTRUTURA	GESTÃO DE PESSOAS E LIDERANÇA NO SERVIÇO	Momentos de reflexão sobre a prática
		Reconhecimento da formação dos enfermeiros
	AMBIENTE FÍSICO E CONDIÇÕES PARA FUNCIONAMENTO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM	Espaço disponível no serviço
		Dotações e rácio enfermeiro especialista/doentes
		Formação contínua e em serviço
Metodologia de trabalho		
PROCESSO	COLABORAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPA	Comunicação entre os membros da equipa
		Relações de colaboração
		Valorização das funções dos membros da equipa
	ESTRATÉGIAS PARA GARANTIA DA QUALIDADE	Partilha de conhecimento e experiências
		Reflexão sobre assistência
	PRÁTICAS AUTÓNOMAS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	Autonomia na tomada de decisão
		Valorização das intervenções autónomas
		Modelos assistenciais centrados na pessoa
		Execução de cuidados de reabilitação
		Execução de cuidados gerais
	PLANEAMENTO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS	Envolvimento do doente/família
		Planos de cuidados atualizados
	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA E LEGAL NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	Conhecimento do domínio de enfermagem
Referenciais teóricos		
Evidência científica		
RESULTADO	RESULTADOS EM RELAÇÃO AOS DOENTES	Evolução do doente
		Capacitação
		Promoção da independência
		Reconstrução da autonomia
	RESULTADOS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS	Satisfação do doente
		Cuidados seguros e de qualidade
	RESULTADOS EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS	Cuidados Omissos
		Satisfação Profissional
		Satisfação com o serviço
		Supervisão/Avaliação de desempenho
Bem-estar/Motivação		

Para facilitar a análise recorreremos ainda ao aplicativo ATLAS.ti22, permitindo juntamente com as orientações de Bardin (2009), iniciar uma análise pormenorizada dos documentos. O software ATLAS.ti22 foi um instrumento de auxílio na codificação e categorização das entrevistas, permitindo gerar unidades de análise (*codes*) a partir de excertos das entrevistas (*quotations*), identificando conceitos e fenómenos pertinentes para a temática de investigação. Posteriormente, criaram-se redes (*networks*) e grupos de redes.

Após a análise, as unidades foram agrupadas em três grandes áreas temáticas, que possibilitam o desenvolvimento da análise dos resultados deste estudo, conforme ilustrado na figura 7.

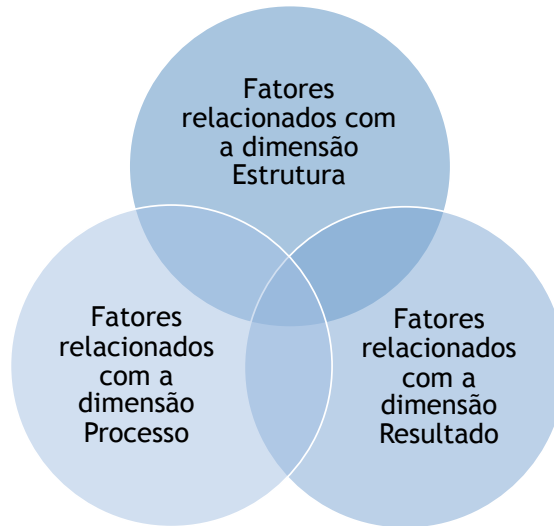


Figura 7 - Áreas Temáticas - Adaptado de Donabedian (2003).

Ao longo do texto, para além das categorias se encontrarem a **negrito** e as subcategorias sublinhadas, os segmentos correspondentes aos relatos dos participantes surgem entre aspas e em *itálico*, com a referência ER1, ER2, ER3 ..., consoante o número atribuído ao entrevistado.

PARTE III - DAS EXPRESSÕES DOS PARTICIPANTES À QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. Unidades de Medicina Física e Reabilitação: particularidades inerentes aos componentes Estrutura, Processo e Resultado

Em consonância com os objetivos definidos, embora nos discursos dos participantes emergissem aspectos relacionados com o exercício profissional, o mesmo não ocorreu isoladamente, uma vez que os participantes foram abordando continuamente fatores que facilitam ou dificultam esse mesmo exercício profissional.

Neste sentido, e uma vez que os achados nos remetem para o referencial teórico de Donabedian (2003), optou-se por apresentar a perspectiva dos participantes em três áreas temáticas de acordo com o modelo de suporte à codificação: fatores relacionados com a dimensão estrutura, fatores relacionados com a dimensão processo e fatores relacionados com a dimensão resultado. Em relação a cada área temática serão também esplanadas as respectivas categorias e subcategorias.

Salienta-se, contudo, que pontualmente foram resgatadas categorias que advêm da estrutura, processo e resultado, mas que pela sua natureza se encontram ligadas.

1.1 Olhares dos Enfermeiros de Reabilitação sobre a dimensão Estrutura

A Estrutura engloba elementos relativamente estáveis de uma organização, nomeadamente os elementos físicos (recursos materiais e características do ambiente físico), as características dos recursos humanos em quantidade e qualidade e ainda a estrutura organizacional, representando fatores fundamentais à prestação de cuidados. Contudo, os elementos referentes à estrutura de uma organização, por si só, não são suficientes para garantir a qualidade dos cuidados de saúde (Donabedian, 2003).

À especificidade do serviço de MFR acrescem particularidades relacionadas com a estrutura física e a natureza dos recursos humanos disponíveis para a assistência ao doente com potencial de recuperação. Neste seguimento, a análise dos discursos sobre os fatores da dimensão estrutura, levam-nos a considerar uma associação entre os momentos de reflexão sobre a prática, o reconhecimento da formação e o espaço disponível no serviço, conforme demonstramos no diagrama seguinte.

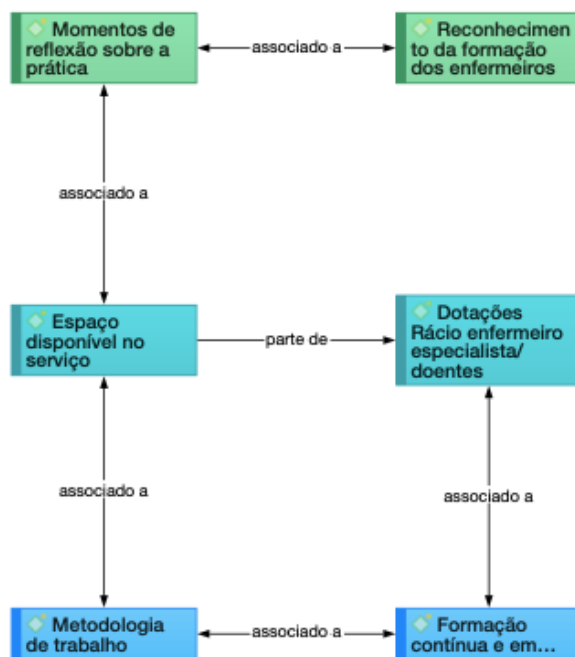


Diagrama n.º 1 - Fatores relacionados com a dimensão Estrutura

Os participantes consideram que o facto de serem especialistas em enfermagem de reabilitação os torna mais sensíveis para questões do espaço disponível mencionando que *“O facto de sermos da reabilitação estamos mais formados e mais sensibilizados para este tipo de questões, reconhecendo a importância de ter espaço para trabalhar com o doente”* (ER9).

O espaço disponível está associado à metodologia de trabalho bem como aos momentos de reflexão sobre a prática. A oportunidade dos enfermeiros terem colaborado na construção do projeto do serviço, foi na perspetiva dos participantes fundamental, *“Quando viemos abrir este serviço, isto ainda não estava totalmente completo, nós tivemos a oportunidade de em conjunto com o responsável pelas obras, com a enfermeira diretora e com o enfermeiro supervisor, testar com as cadeiras de rodas, todas as entradas e saídas de todos os compartimentos deste serviço o que contribuiu imenso para podermos trabalhar num local com todas as condições, o que não aconteceria se fosse um serviço não dirigido para a reabilitação. Como as obras ainda não estavam completas até nos deram a oportunidade de eliminar paredes que estavam no projeto inicial... testar lavatórios (...)*

algumas coisas já estavam colocadas e não podíamos alterar, mas ainda conseguimos alterar outras” (ER9).

A formação contínua e em serviço está associada à necessidade de dotações e à metodologia de trabalho. De facto, embora a reflexão gerada no contexto da formação possa contribuir para a qualificação da metodologia de trabalho em uso no serviço de MFR, esses momentos só poderão ocorrer se as dotações de enfermeiros garantirem, em primeira instância, uma resposta segura às necessidades dos doentes internados. Conforme refere um enfermeiro “O rácio acaba também por ajudar para a qualidade dos cuidados prestados, porque se fosse para substituir os doentes não era preciso por exemplo 4 enfermeiros no turno da manhã (...) aqui é diferente porque para os doentes evoluírem precisam da qualidade dos nossos cuidados especializados” (ER7).

Neste seguimento, os participantes consideram a formação contínua e em serviço uma excelente estratégia de aprendizagem, mencionando que “(...) a formação contínua é muito importante (...) neste serviço, a partilha entre nós, as reuniões de serviço e as formações em serviço em relação a temas específicos da reabilitação ainda deveriam ser mais frequentes (...) o problema é que nem sempre há tempo para tudo” (ER8). Tal como refere outro participante “acho que as formações são ótimos momentos de aprendizagem” (ER15).

Uma vez clarificadas as associações identificadas, importa destacar que da análise dos discursos dos participantes, no âmbito da dimensão estrutura emergiram duas categorias: gestão de pessoas e liderança no serviço e o ambiente físico e condições para funcionamento das práticas de enfermagem. Convém referir que nos discursos estas categorias emergem numa interação íntima entre elas, como demonstrado no diagrama seguinte.

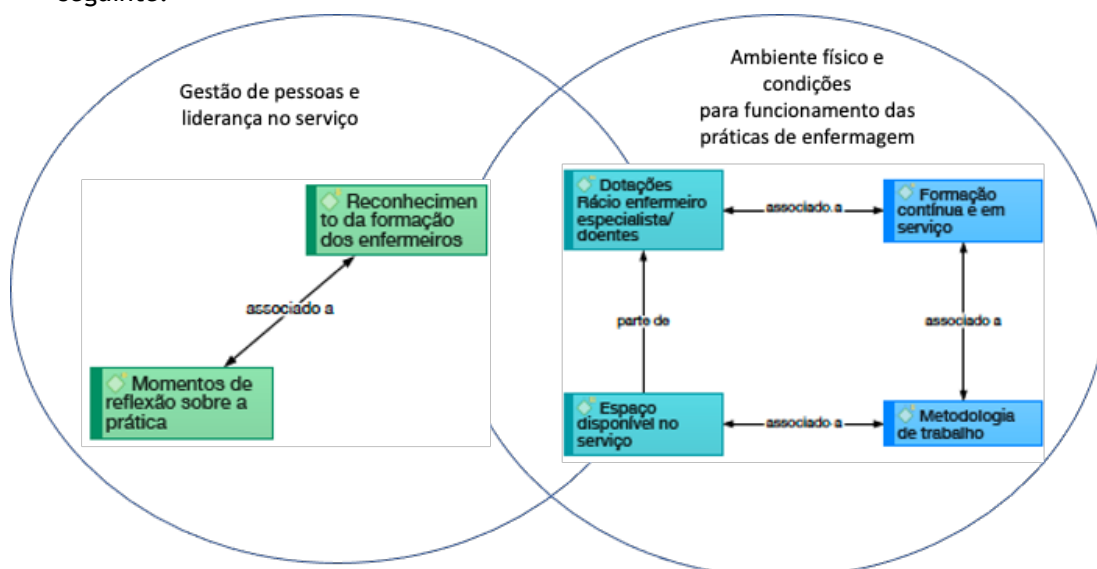


Diagrama nº 2 - Categorias da dimensão Estrutura

Na categoria **gestão de pessoas e liderança no serviço**, os participantes defendem que os enfermeiros com funções de gestão deveriam promover mais momentos de reflexão sobre a prática “(...) *o ideal seria termos tempo, e não estou a falar de tempo próprio, tempo de serviço para conseguirmos refletir sobre o que fazemos, quando nós investimos em qualquer formação é com o nosso tempo pessoal e acho que aí deveria de ser introduzida uma modalidade diferente no nosso dia a dia, que seria nós conseguirmos evoluir teoricamente e na prática e essas vertentes andarem mais equilibradas*” (ER4).

A reflexão sobre a prática tem vindo a ser destacada por vários autores, como uma excelente estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados, nomeadamente Stonehouse (2015), que refere que encontrar tempo para parar e pensar muitas vezes é impossível, no entanto, a prática reflexiva além de qualificar o processo de tomada de decisão, promove a obtenção de resultados mais positivos para a equipa e principalmente para os clientes. Qualquer processo de tomada de decisão pode ser melhorado, e a verdade é que no contexto profissional, os pontos positivos precisam ser reconhecidos e valorizados, particularmente, pelos enfermeiros gestores.

Como reforça outro participante “*existem coisas que gostaria de ver diferente aqui neste serviço, é um serviço com muito potencial que poderíamos fazer muitas coisas, que podíamos refletir mais sobre a prática (...)*” (ER13). No mesmo seguimento, outros autores (Dolphin, 2013 como citado em Peixoto et al., 2016) consideram que a reflexão sobre a prática é considerada uma habilidade fulcral no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, permitindo que eles se tornem mais autoconscientes e, conseqüentemente, melhorem a prestação dos cuidados.

A maioria dos participantes, decorrente da tipologia do serviço, refere que há reconhecimento da sua formação pós-graduada, especialmente a que se reporta à oportunidade de prestar cuidados no âmbito da especialização em enfermagem de reabilitação “*Foi-me dada oportunidade e, portanto, o foco do meu trabalho é o treino das atividades de vida diária, sou enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação*” (ER7), e na mesma linha de pensamento, acrescentam “*Desempenho tudo que está relacionado com a enfermagem de cuidados gerais e da especialidade (...)*” (ER1). Em relação a este achado, na perspetiva de Santos (2021), cabe efetivamente ao enfermeiro gestor coordenar, fomentar e incrementar medidas e criar condições para que os EEER possam assumir-se como enfermeiro de referência, especialmente no caso dos doentes com necessidades significativas no autocuidado.

Os próprios participantes valorizam a sua formação pós-graduada no âmbito da prática profissional afirmando que “(...) *a nossa formação é muito completa, às vezes podemos ter apenas de procurar alguma informação para relembrar certas coisas*” (ER2), mas a verdade é que “*Temos mais formação e estamos mais atentos ao que precisamos*

fazer.” (ER5). A formação pós-graduada na área da enfermagem de reabilitação assume uma particular importância, na medida em que esta possibilita o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais para dar resposta aos desafios da saúde. Na atualidade, a intervenção do EEER é clara e está explícita nos resultados em saúde e na satisfação das pessoas (Padilha et al., 2021).

Na categoria **ambiente físico e condições para funcionamento das práticas de enfermagem**, dos discursos dos participantes emergiram quatro subcategorias: espaço disponível no serviço, dotações e rácio enfermeiro especialista/doente, formação contínua e em serviço e metodologia de trabalho.

Os participantes referem que o espaço disponível no serviço é adequado às necessidades dos doentes, lembrando que *“o serviço foi criado de raiz ainda com algumas limitações (...) mas à partida é um serviço que tem outro tipo de atenção, o facto de termos mais casas de banho, as enfermarias apenas com duas camas (...) o serviço está adaptado para os doentes e para a nossa prática de enfermagem de reabilitação o que é um processo facilitador do nosso trabalho”* (ER1).

A sensibilidade dos EEER para as questões do ambiente já tem sido abordada por outros autores nomeadamente por Pereira (2021), que salientou que os EEER têm como objetivo na sua prática especializada a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, desenvolvendo ao máximo o potencial de saúde das pessoas com deficiência, através da promoção da mobilidade e da acessibilidade, o que efetivamente exige condições ambientais. Neste âmbito, outros autores abordando as competências dos EEER, enaltecem o seu papel na promoção de ambientes mais inclusivos, sendo que deve existir o seu envolvimento na melhoria das condições de acessibilidade (Silva et al., 2019). Embora esse envolvimento seja fundamental, no contexto em que a pessoa vive, deve ser uma realidade em cada serviço em que se prestam cuidados especializados em reabilitação, até porque sem essas condições estruturais, será difícil instruir e treinar estratégias que promovam a capacitação das pessoas para o autocuidado.

As questões do ambiente são determinantes para os profissionais, mas essencialmente para as pessoas que necessitam dos seus cuidados. Certo é que, como reforça um participante *“em comparação com outros serviços a nossa estrutura física está minimamente adaptada para este tipo de doentes.”* (ER15). Ainda assim, outros participantes reconhecem oportunidade de melhoria *“Temos uma estrutura física que nos permite trabalhar com os doentes, mas por exemplo as casas de banho e chuveiros deveriam de ser maiores e os chuveiros estarem equipados com espelhos. As enfermarias são de duas camas o que é muito bom, mas se fossem só de uma seria melhor para simular a casa do doente.”* (ER14).

Quanto às dotações e rácio enfermeiro especialista/cliente, os participantes consideram apropriado, afirmando que *“Neste serviço temos bons rácios, quanto aos enfermeiros como auxiliares (...) principalmente no turno da manhã ajuda a que possamos ter mais tempo para prestar os cuidados aos doentes e cuidados com mais calma (...) dar tempo aos doentes para fazer as coisas, noutros serviços já não acontece porque têm menos gente a trabalhar.”* (ER2). Tal realidade, não é frequente noutros contextos, sendo efetivamente mencionado por vários autores rácios desajustados às necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem e, especialmente em cuidados de enfermagem de reabilitação. Numa investigação realizada em Portugal sobre os ambientes da prática de enfermagem, verificou-se que a perceção da qualidade foi desfavorável na maioria dos hospitais portugueses, nomeadamente a dimensão dos recursos humanos foi das componentes mais críticas da qualidade (Jesus et al., 2015).

Silva (2019), reitera que no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, não existe uma adequação dos recursos humanos nas organizações de saúde, ao contrário do que afirma um dos participantes que considera *“(...) do ponto de vista das dotações não estamos mal (...) até acho que estamos muito bem em termos de rácios.* (ER4).

Os participantes consideram que os rácios têm impacto tanto na qualidade dos cuidados como na promoção da autonomia do doente. Decorrente da preocupação em prestar cuidados num padrão parcialmente compensatório e na perspetiva de evoluir para um padrão de apoio/educação, os EEER reconhecem o valor do tempo que podem disponibilizar com cada doente *“temos um rácio muito bom que nos permite passar com o doente o tempo que ele precisa, nomeadamente na promoção da autonomia nos autocuidados”* (ER14). Na prestação dos cuidados, a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 743/2019, definiu o número adequado de enfermeiros em cada contexto de trabalho, promovendo assim índices favoráveis de qualidade e segurança dos cuidados. Nos centros especializados e serviços de internamento de MFR, devem estar dotados de 75% de EEER, tendo de garantir que no mínimo um EEER permaneça 24h do dia (OE, 2019).

Em relação à formação em serviço, os participantes referem que a mesma pode dar um contributo importante para a organização e orientação da prática de enfermagem *“Penso que deveria haver mais formação em serviço, porque depois acabamos por investir mais fora em formações ou em congressos. Devíamos planear ao longo do ano formações em serviço”* (ER5), até porque como refere um participante as *“formações de serviço nos últimos anos foram completamente reduzidas (...)”* (ER9). No âmbito da formação em serviço, autores abordam o seu contributo para a prática de enfermagem considerando que esta permite contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, e por via da formação em serviço, as organizações podem criar ambientes reflexivos, de aprendizagem em equipa, que promovam

a autonomia profissional, assim como a intercomunicabilidade entre todos os intervenientes (Ferreira & Amendoeira, 2015).

Os achados demonstram que os participantes investem na formação contínua e consideram esta essencial na sua prática profissional *“Mantenho-me atualizada a fazer formações (...)”* (ER16), *“Eu faço várias vezes formações online, acho que a enfermagem de reabilitação é uma especialidade muito prática, vem muito da experiência, mas claro que a teoria é importante e é a teoria que nos faz refletir na prática. Por isso, tento manter-me sempre atualizada”* (ER13). Para além disso, os participantes investem em formações que possam contribuir para a sua prática no serviço *“Tenho investido muito na formação na área da reabilitação, nomeadamente nos doentes com patologia vertebral e AVC”* (ER3). O profissional em formação transfere consigo os percursos de vida que influenciam o modo como compreende os acontecimentos, que condicionam a sua conduta e as atitudes no exercício da profissão (Martins & Fernandes, 2022), daí que seja importante a valorização desta subcategoria.

Quanto à metodologia de trabalho, as opiniões entre os participantes divergem, sendo que alguns consideram que a metodologia adotada no serviço - enfermeiro de referência - é um aspeto facilitador da promoção da qualidade dos cuidados, porém salientam que este método já foi mais eficiente e completo, *“Devíamos seguir o método de enfermeiro de referência como era antigamente que tínhamos as visitas domiciliárias e as reuniões com a família, devíamos levar isto mais além (...)”* (ER1). Tal como esclarece um participante *“Temos o método de enfermeiro de referência, que neste momento apenas se baseia na atualização do plano de cuidados do doente que nos foi atribuído”* (ER3). O método de enfermeiro de referência é reconhecido internacionalmente, consiste numa estratégia de responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão, em relação à assistência em enfermagem (Ventura et al., 2021).

Para alguns participantes, o método de enfermeiro de referência continua a ser o mais adequado *“Nós temos o método do enfermeiro de referência (...) que permite ter uma visão do doente, porque cada enfermeiro está associado a um doente e apesar de não ficarmos sempre com esse doente fazemos a avaliação do doente e gerimos o plano de cuidados”* (ER8).

Por outro lado, alguns participantes consideram o método de enfermeiro de referência um aspeto dificultador, *“Neste serviço não considero o método do enfermeiro de referência o mais adequado, às vezes com a distribuição posso ficar mais de duas semanas sem estar com o meu doente de referência e depois praticamente não o conheço, (...) agora se me perguntarem qual seria o método mais adequado, acho que teríamos de refletir sobre isso”* (ER13). Neste seguimento, dois participantes elegeram o método individual como orientador da sua prática profissional, *“Penso que deveríamos ter um método individual de trabalho”* (ER6), *“Na minha perspetiva o método de trabalhar deveria ser maioritariamente*

individual de forma a cada enfermeiro ficar responsável por tudo o que concerne aos seus utentes” (ER10).

Na comunidade científica a metodologia de trabalho tem sido alvo de discussão, no entanto, é certo que esta é parte integrante do processo de trabalho dos enfermeiros. A seleção de um método de trabalho de enfermagem reflete o tipo de conceptualização, organização e prestação dos cuidados num determinado contexto. Os métodos de trabalho traduzem uma perspetiva, uma forma de pensar e organizar a prática de enfermagem (Parreira et al., 2021).

Importa salientar que os EEER, na organização do trabalho, poderão adotar vários métodos de trabalho, de modo a dar resposta à complexidade e diferenciação dos cuidados. Contudo face às competências específicas destes profissionais, a opção pelos métodos de enfermeiro de referência e/ou gestor de caso serão efetivamente os mais relevantes, no sentido da satisfação das reais necessidades das pessoas (Silva et al., 2021).

No âmbito da gestão da metodologia de trabalho, os participantes fazem também referência à metodologia de distribuição dos doentes, mencionando que este é um aspeto a melhorar na organização da prática de enfermagem tendo em consideração a complexidade e a continuidade dos cuidados, *“Acho que muita coisa poderia ser melhorada, em termos de organização do trabalho, (...) em vez de estarmos sempre a trocar os doentes atribuídos... podíamos ficar mais vezes com os mesmos doentes ou pelo menos com o nosso doente de referência, para haver uma maior continuidade de cuidados” (ER13).* Além disso, como refere um participante há outros aspetos que deveriam ser considerados *“(…) podíamos tentar melhorar a distribuição dos doentes, mas existem muitas vertentes a analisar: o nível de dependência, a necessidade de treinos, a existência de doentes de referência, os horários (...)” (ER14).*

De facto, além das vantagens que pode trazer para os doentes, a metodologia de distribuição do trabalho faz parte de um conjunto de medidas que permite organizar o trabalho e tratar o trabalhador de acordo com as suas capacidades, de forma a contribuir com o máximo de rendimento para o serviço (Martins & Fernandes, 2022). Nesse sentido, sem uma metodologia de distribuição dos doentes adaptada ao contexto e às necessidades, pode vir a ficar comprometida a qualidade e segurança dos cuidados.

1.2 Olhares dos Enfermeiros de Reabilitação sobre a dimensão Processo

O conjunto de atividades e dinâmicas inerentes à prestação dos cuidados de saúde diz respeito à dimensão Processo, compreendendo tomadas de decisão no âmbito da conceção e prestação de cuidados desde a admissão até à alta. Nesta dimensão estão incluídos os cuidados diretos, os indiretos bem como o respeito pela ética (Donabedian, 2003).

Da análise das categorias que emergiram, a partir dos discursos dos participantes, foi criada uma rede onde identificamos uma associação entre os referenciais teóricos *“Baseio-me na teoria do autocuidado de Orem, no entanto, nestes doentes que apresentam potencial de recuperação também me baseio na teoria das transições.”* (ER6) e os conhecimentos do domínio de enfermagem *“O que o serviço tem de mais interessante e para mim mais trabalhoso, porque eu venho de uma área de cuidados que não tem nada a ver com isto, em que eu substituía muito a pessoa (...) quando vim para aqui, a minha maior dificuldade foi desconstruir aquilo que tinha para trás (...).”* (ER4).

Quanto à comunicação entre os membros da equipa associada às relações de colaboração, sobressai no discurso *“a partilha entre todos os colegas, mesmo com a equipa multidisciplinar, uma vez que também influencia a nossa tomada de decisão”* (ER13), o que por sua vez desencadeia valorização das funções dos membros da equipa, e relevância da evidência científica, tal como refere um participante *“Articulo todo o conhecimento específico recente, aplicando-o na prática profissional, tento sempre manter-me atualizada principalmente na área da reabilitação.”* (ER11).

Como parte da valorização das funções dos membros da equipa, surge a partilha de conhecimentos e experiências *“A minha tomada de decisão tem mais a ver com a experiência que tenho, com a partilha de conhecimentos entre colegas e com as vivências que vou tendo no serviço.”* (ER7), associada às relações de colaboração, bem como à reflexão sobre a assistência.

Na descrição do processo em termos de qualidade, emerge a área de execução de cuidados dividindo-se em: cuidados gerais e cuidados de reabilitação, tal como reflete um participante *“De cuidados gerais em boa verdade acho que é apenas 2% dos cuidados, porque nós não deixamos de ter que administrar medicação e fazer algumas técnicas como colheitas, entubações (...).”* (ER9), todavia *“todo o treino de autocuidados só pode ser prestado por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (...) Treino de*

equilíbrio, treino de marcha, porque na boa verdade nós é que fazemos uma avaliação e correto exame neurológico, detetamos as sequelas e prescrevemos as estratégias específicas para melhorar as capacidades dos doentes.” (ER9).

Por sua vez, a execução dos cuidados está associada aos planos de cuidados atualizados e ao envolvimento do doente/família, causando valorização das intervenções autónomas que presidem a tomada de decisão, que está associada aos modelos assistenciais centrados no doente como referem “Claro que qualquer profissional conseguiria prestar os cuidados relativamente aos autocuidados do doente, no entanto, não é isso que se pretende neste serviço, temos de aproveitar o potencial do doente e não substituí-lo.” (ER16).

No seguimento do mencionado, no diagrama n.º 2 estão explanadas as associações referentes aos fatores que se relacionam ao processo.

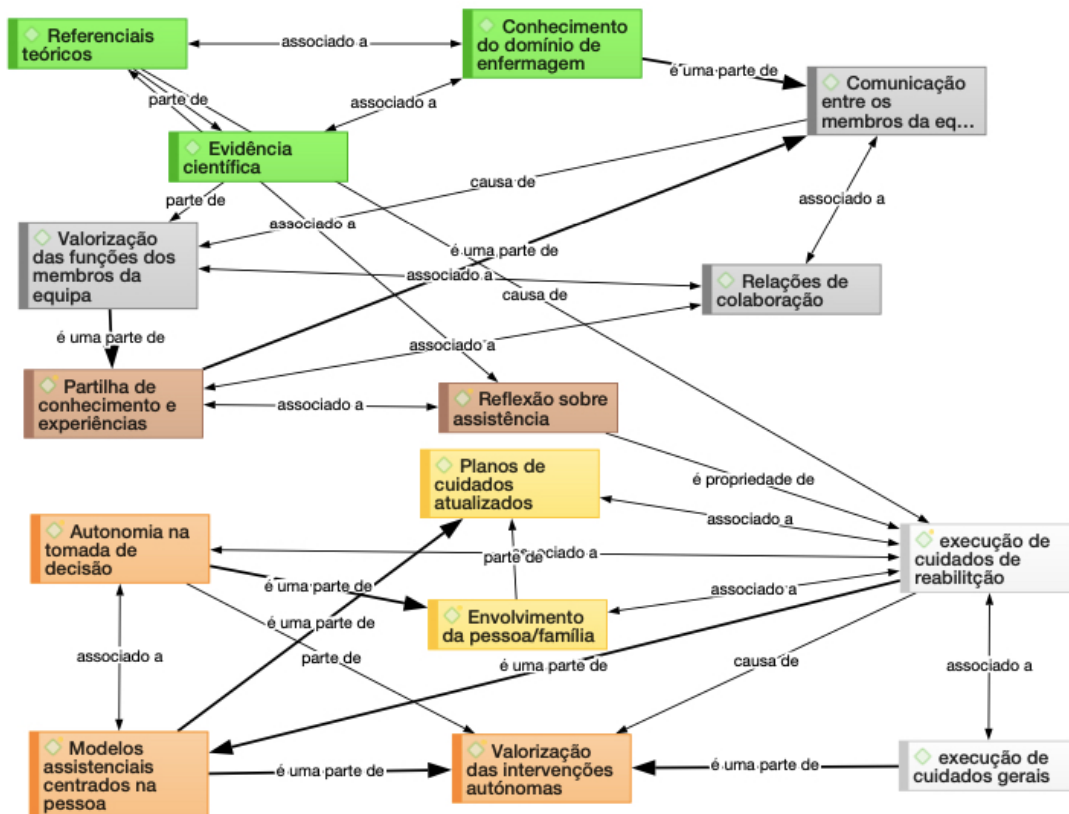


Diagrama n.º 3 - Fatores relacionados com a dimensão Processo

Uma vez clarificadas as associações identificadas, importa destacar que na dimensão processo sobressaíram das narrativas dos participantes as seguintes categorias: colaboração e trabalho em equipa, estratégias para garantia da qualidade, práticas autónomas no exercício profissional, planeamento e continuidade de cuidados e sustentação teórica e legal

no exercício profissional, salientando-se que as categorias se encontram em interação com cada uma das subcategorias, conforme verificado no diagrama seguinte.

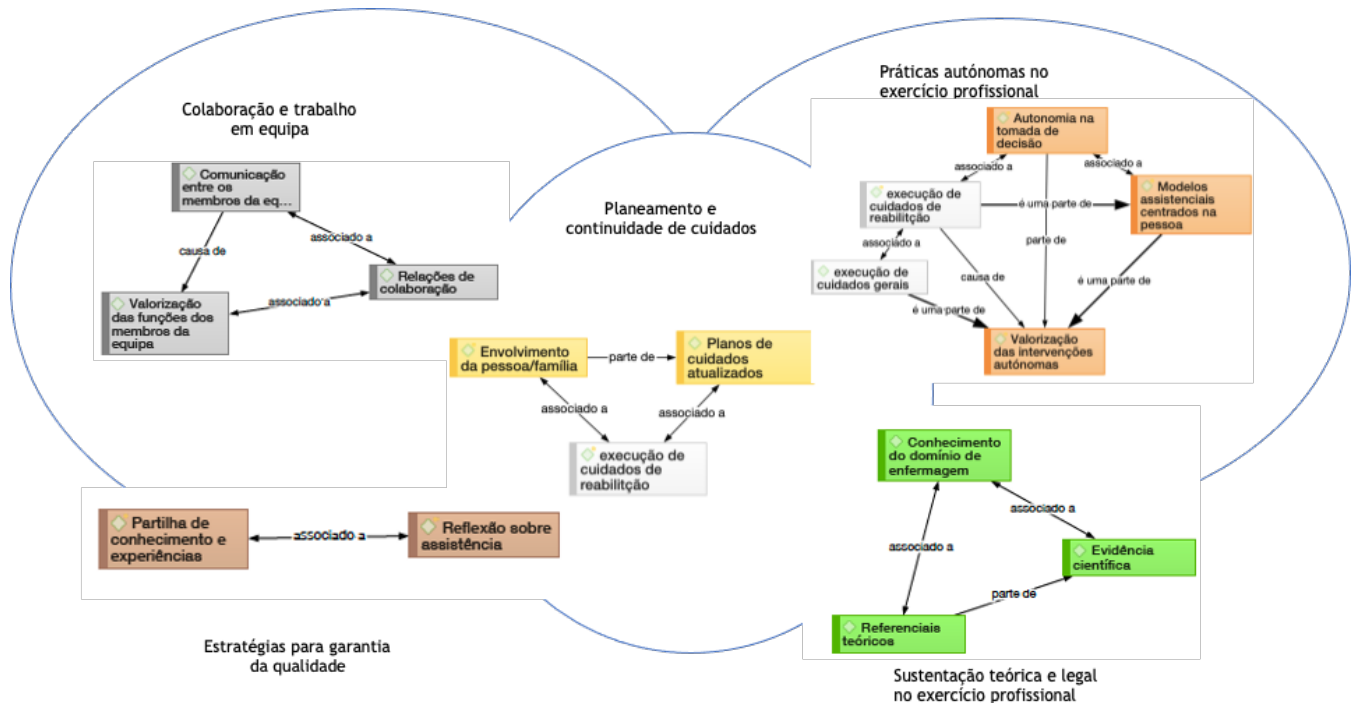


Diagrama n° 4 - Categorias da dimensão Processo

Na categoria **colaboração e trabalho em equipa** sobressaem três subcategorias: comunicação entre os membros da equipa, relações de colaboração e valorização das funções dos membros da equipa.

Na subcategoria comunicação entre os membros da equipa, os participantes salientam a importância de um processo de comunicação eficaz, mas a maioria refere que este deveria ser mais preciso de modo a garantir o planeamento adequado dos cuidados afirmando que “(...) *temos tudo para ser um serviço de referência, é um caminho que temos de percorrer (...) acho que na equipa olham demasiado para si e não para a grupo. Acho que se fossemos mais equipa ganhávamos mais*” (ER4).

A comunicação é considerada como uma ferramenta fundamental no desempenho profissional, principalmente ao nível dos cuidados de saúde, tendo impacto na qualidade dos mesmos. A maneira como a equipa de enfermagem comunica permite o desenvolvimento de vínculos emocionais de suporte e contribui para a promoção de um ambiente benéfico no seio das equipas e, conseqüentemente, a melhoria nos cuidados prestados aos doentes (Campos, 2017).

A presença nas reuniões de serviço foi apresentada como uma estratégia de melhoria da comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar, *“Acho que deveríamos estar presentes e participar nas reuniões de serviço porque conseguiríamos abordar assuntos importantes para a equipa multidisciplinar e acho que está a faltar a presença de um elemento da equipa que está no ativo, isto é, sem ser o enfermeiro chefe, porque nota-se que muitas vezes em certas e determinadas coisas que nós depois abordamos que não é do conhecimento dos outros profissionais de saúde. Acho que falta um bocado de partilha entre a equipa multidisciplinar”* (ER8).

As reuniões de serviço tornam-se uma estratégia valorizada por vários participantes, salientando-se a finalidade e importância dada a esta participação *“Acho que se pudéssemos intervir nas reuniões de serviço provavelmente os outros profissionais teriam uma perceção diferente do nosso trabalho”* (ER13). Além de promover a visibilidade do contributo dos EEER, a participação nas reuniões multidisciplinares potenciaria a discussão entre os diferentes membros da equipa sobre o plano terapêutico do doente *“Acho que era fundamental a nossa presença nas reuniões de serviço, até para conhecer e colaborar no ajuste do plano terapêutico dos doentes.”* (ER15). As reuniões de serviço e formações internas potencializam as relações de colaboração, a coordenação e a comunicação entre os membros da equipa, permitindo assim a clarificação de papéis, o aumento do respeito e confiança, promovendo o trabalho em equipa (Muller et al., 2015).

O EEER tem um papel determinante no processo de reabilitação dos doentes, no entanto, esse processo necessita de ser realizado por profissionais especializados e qualificados, detentores de conhecimentos e competências numa base de multidisciplinidade e interdisciplinaridade, que permitem uma tomada de decisão clínica baseada na evidência científica (Santos, 2021) e potenciadora de ganhos em saúde.

Em relação à subcategoria relações de colaboração, os participantes referem que a *“articulação é mais fácil entre enfermeiros especialistas, fisiatras e fisioterapeutas porque temos outro tipo de conhecimentos, do que um enfermeiro generalista que se calhar não têm tanta facilidade em perceber determinadas coisas que são pretendidas para estes doentes, pelo que faz sentido sermos todos especialistas em reabilitação”* (ER1), reforçando que *“(...) é preciso haver colaboração de toda a equipa multidisciplinar porque não somos nada sozinhos”* (ER1).

Evidencia-se nos discursos dos participantes uma mudança no sentido de melhorar as relações de colaboração nomeadamente, *“Para mim custou-me imenso quando vim para este serviço, sair dos cuidados intensivos e vir para um internamento e um internamento diferente dos outros porque aqui trabalhamos com outras valências, com outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e fisiatras. Tem de haver um entendimento entre todos e às vezes não é fácil, acho que a maior dificuldade tem a ver com isso”* (ER3). As relações de colaboração estão inerentes ao

modelo de equipa interdisciplinar, implicando a partilha e o respeito entre todos os profissionais envolvidos, numa abordagem centrada no doente e na sua família (McCallin, 2006 como citado em Santos, 2021).

Tal como foi destacado por outros participantes as relações de colaboração são essenciais “(...) considero de extrema importância a articulação e sincronização com todos os elementos da equipa multidisciplinar” (ER11). Tal como reforça outro participante “Acho que a união da equipa é muito importante não só para o ambiente ao nível do trabalho, mas também para os cuidados que prestamos ao doente (...) Acho que deveria haver mais partilha entre nós e os fisioterapeutas, porque podíamos conciliar mais o nosso trabalho para melhorar os cuidados prestados ao doente” (ER8).

Neste âmbito, identificamos nos discursos dos participantes uma análise que nos encaminha para o emergir de uma fragilidade no funcionamento do serviço “Tem de haver um entendimento entre todos e às vezes não é fácil (...)” (ER3), “Se fossemos uma equipa mais unida (...) é preciso criar realmente outro tipo de estratégias para trabalhar com o doente, mas precisávamos de ter todos o mesmo foco, não tendo... é difícil” (ER1). De modo a ultrapassar barreiras provenientes da condição profissional e humana, torna-se necessário, os profissionais possuírem um conjunto de comportamentos, atitudes e valores que permitam uma relação baseada na confiança, no respeito, na responsabilidade, na partilha de conhecimentos e capacidades (Neumann et al., 2010 como citado em Santos, 2021).

Os participantes demonstram valorização das funções dos membros da equipa quando abordam os benefícios “Temos uma equipa multidisciplinar com várias valências e isso para o doente é muito importante (...)” (ER16), considerando que o facto da equipa ser multidisciplinar contribui para a evolução do doente “sermos enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, porque nenhum substitui nenhum, somos todos um complemento para a evolução do doente (...)” (ER1).

Salienta-se ainda que ao longo do discurso dos participantes emergiram aspetos relacionados com a valorização das funções dos próprios EEER na equipa, que veem a ser ameaçadas “Acho que quando isto começou dava-se mais importância ao trabalho do enfermeiro especialista, tínhamos muito mais tempo para estar com o doente, neste momento temos um horário mais pequeno principalmente à semana devido a todas as outras terapias” (ER7). Como refere Pestana (2016), dentro da equipa multiprofissional existem os EEER, sendo estes profissionais detentores de conhecimentos e competências específicas, que desenvolvem, implementam e avaliam intervenções, resultando em ganhos em saúde significativos.

Apesar da existência de algumas dificuldades, os participantes consideram como aspeto facilitador a equipa ser multidisciplinar “Acho facilitador termos uma equipa multidisciplinar, o trabalho em equipa a correr bem é o ideal, é um trabalho

complementar... fazendo todo o sentido sermos enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, porque ninguém substitui ninguém, somos todos um complemento para a evolução do doente” (ER1).

Tal como considera outro participante *“Trabalhar numa equipa multidisciplinar e numa equipa de enfermagem em que todos são especialistas em enfermagem de reabilitação, é uma vantagem. Acho que é mesmo isso, acaba por ser o único serviço no hospital em que trabalhamos com fisioterapeutas, terapeutas da fala etc. tudo no mesmo espaço. Acaba por ser necessária uma gestão de todos os elementos porque cada um tem de saber o seu papel” (ER13).* O trabalho multidisciplinar é uma preocupação para a qualidade da assistência em saúde, sendo um foco para discussões formais e informais entre os vários profissionais (Cianciarullo et al., 2008), requerendo portanto, a adoção de estratégias que minimizem os conflitos.

De facto, nem sempre existe entre os profissionais compreensão e valorização das respetivas funções e responsabilidades, verificando-se ao longo do discurso dos participantes a perceção de uma subvalorização da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, sendo este um aspeto dificultador da colaboração e trabalho em equipa. Tal como refere um participante, *“Tenho de pena de não nos deixarem avançar mais, tudo que implementas a sensação que fica é que nunca concordam com as nossas coisas (...) já falamos várias vezes que poderíamos investir mais e fazer novos projetos, agora é preciso haver colaboração de toda a equipa multidisciplinar porque não somos nada sozinhos” (ER1).*

O reconhecimento individual e profissional é uma das estratégias focadas no desenvolvimento dos recursos humanos, determinante para o processo de mudança e de autoconsciência para a participação efetiva no trabalho (Ferreira et al., 2015). Os participantes referem falta de reconhecimento da intervenção do EEER *“Em termos de organização dos cuidados, em função do tempo, temos algumas dificuldades (...) porque o doente já tem um horário estipulado com todas as atividades (...), acho que poderíamos fazer muito mais, mas por vezes a nossa opinião é subvalorizada em relação aos outros profissionais com que trabalhamos” (ER15).* Tal como referido anteriormente, os EEER consideram a presença nas reuniões de serviço como uma estratégia de melhoria da comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar como também para o reconhecimento e valorização das funções do EEER.

Na categoria **estratégias para garantia da qualidade**, os participantes referem que existem na equipa momentos de partilha de conhecimentos e experiências sobre a assistência aos clientes, considerando como um aspeto facilitador da sua tomada de decisão clínica, *“A minha tomada de decisão tem mais a ver com a experiência que tenho, com a partilha de conhecimentos entre colegas e com as vivências que vou tendo no serviço” (ER7).* No âmbito destas vivências, emergiu com relevância a *“discussão sobre o plano de cuidados,*

com todos os colegas uma vez que somos todos da mesma área” (ER9). Na enfermagem de reabilitação, o desenvolvimento da parceria, do diálogo e do entendimento mútuo entre os pares, além de ser fundamental à conceção e prestação de cuidados, é determinante para a qualidade do produto final, que frequentemente se traduz na capacitação e melhoria da qualidade de vida dos doentes (Ventura et al., 2021).

A reflexão sobre a assistência é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados e faz parte do processo quando analisada a qualidade, tal como refere um participante *“Para a qualidade dos cuidados falta a abertura entre todos estes profissionais sobre o que o doente precisa ou o que é melhor fazer (...)” (ER3). Ao longo dos achados é notória a reflexão que os profissionais fazem sobre a sua assistência “(...) desempenho funções na área da reabilitação, tento colocar a reabilitação em tudo que é possível (...)” (ER4).*

Na categoria **práticas autónomas no exercício profissional**, os participantes verbalizam autonomia na tomada de decisão sobre os cuidados, nomeadamente nas áreas dos autocuidados, avaliação e treino da deglutição, cinesiterapia respiratória, treino de marcha, treino de equilíbrio, treinos vesicais, treinos intestinais, fortalecimento muscular e treinos de propriocepção. Naturalmente, as atividades referidas pelos participantes desenvolvem-se em tempos diferentes durante o ciclo das 24 horas, salientam-se *“(...) Sobretudo nas tardes que temos mais tempo, porque nas manhãs focamo-nos mais nos autocuidados, podemos fazer treino de equilíbrio, marcha, mobilizações, estimulação da sensibilidade, aumento da resistência dos membros afetados” (ER3).*

A tomada de decisão na prática de enfermagem é associada à autonomia, empoderamento, liderança e controle uma vez que faz parte de competências transversais e habilidades para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro. O conceito de tomada de decisão suporta-se no envolvimento e distribuição de autoridade entre enfermeiros para decisões e atividades relacionados com a assistência (Menegon et al., 2022).

Das atividades mais referenciadas, salienta-se: *“Trabalhamos ao nível dos autocuidados, treino de equilíbrio, treino de marcha, avaliação e treino da deglutição.” (ER3); “Os autocuidados de preferência devem ser feitos por um especialista, porque a pessoa tem de ser treinada e mentalizada... assim como as mobilizações, o treino de equilíbrio, a cinesiterapia respiratória, o treino de marcha” (ER4).*

Os participantes consideram que os cuidados de saúde são diferentes quando prestados por um EEER, afirmando que para além das intervenções referentes aos cuidados gerais (Preparação e administração de medicação, monitorização de sinais vitais, colheitas de espécimes, tratamentos de feridas, etc.) *“Tudo o resto deve ser feito por um enfermeiro de reabilitação, aliás é diferente se for feito por um enfermeiro de reabilitação” (ER2).* Reforçaram ainda que gastam *“mais tempo na reabilitação do que propriamente em*

cuidados gerais” (ER4), sendo que esses cuidados específicos se aproximam do enunciado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº392/2019) concebe, implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório de forma a maximizar a funcionalidade e o desenvolvimento das capacidades da pessoa (OE, 2019).

Para além disso, reforçam também as competências do EEER na avaliação neurológica dos doentes “(...) *na boa verdade nós é que fazemos uma avaliação/exame neurológico pormenorizado, detetamos muitas das sequelas e prescrevemos as estratégias específicas para melhorar as capacidades dos doentes*” (ER9). O EEER detém um conjunto de conhecimentos e capacidades que permitem promover a readaptação, recuperação, o autocuidado, o autocontrolo, colaborando nos processos de transição que os doentes estão a vivenciar, permitindo assim a capacitação do indivíduo e do cuidador para a reinserção social. Antes de serem enfermeiros especialistas são enfermeiros o que lhes permite satisfazer as necessidades gerais e especializadas manifestadas pelas pessoas. Neste sentido, corroborando Pestana (2016), a enfermagem de reabilitação promove a qualidade de vida na sua vertente física, social e emocional.

Ao longo das entrevistas, verificou-se que os participantes evidenciam preocupação na valorização das intervenções autónomas, sendo esta outra subcategoria. Os participantes valorizam a intervenção do enfermeiro especialista afirmando que “(...) em relação aos autocuidados, não há dúvida (...) tem de estar um enfermeiro de reabilitação, porque o intuito é ensinar, instruir e treinar estratégias (...) e à partida somos nós, que temos esse tipo de conhecimento (...)” (ER1), como também “*Todos os autocuidados, tudo o que pretende dar autonomia ao doente deve ser feito pelos enfermeiros de reabilitação, (...)*” (ER1), reforçando a importância do tempo que dispõem com os doentes “Temos cuidados especializados de reabilitação 24 sob 24 horas (...) acho que este é o grande contributo para a qualidade dos cuidados” (ER16).

Na perspetiva dos participantes, as intervenções autónomas promovem a qualidade dos cuidados “(...) *somos todos enfermeiros especialistas o que promove a qualidade dos cuidados prestados (...)*” (ER6), salientando-se a relação destes com a concretização dos objetivos do serviço, “(...) *o facto de sermos todos especialistas ajuda a concretizar os objetivos do serviço*” (ER4).

A delegação de tarefas é uma prática comum na vivência dos serviços hospitalares, considerando a existência de profissionais funcionalmente dependentes que contribuem para a assistência dos doentes quando supervisionados. Contudo, os participantes alertam para a estratégia e tarefas a delegar “*Nos autocuidados, nunca devemos delegar nos auxiliares (...) nem mesmo num doente independente (...)*” (ER16). O delegar implica revestir alguém de autoridade para agir como representante, constituindo-se como uma expressão de confiança, mas também de responsabilidade (Rocha & Carrasqueiro, 2022).

Os participantes, na sua prática profissional, centram-se nos doentes e, consequentemente, na individualização dos cuidados, sendo outra subcategoria das práticas autónomas no exercício profissional. Os participantes adotam modelos assistenciais centrados nos doentes, mencionando “*Prestamos cuidados mais individualizados ao doente, e temos mais tempo para a prestação de cuidados e para explicarmos às pessoas... o que nos permite que a pessoa colabore mais connosco por perceber o que está a fazer*” (ER5). Na mesma linha de pensamento, os participantes reforçam a congruência entre o planeamento de cuidados e as reais necessidades dos doentes, “*(...) articulo o conhecimento específico no desenvolvimento do plano de cuidados, de modo a adequá-lo às necessidades específicas de cada utente.*” (ER10). O referido vai de encontro às Competências Específicas do EEER (Regulamento nº392/2019), nomeadamente da competência “*capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.*” (OE, 2019, p.13566).

A enfermagem de reabilitação expressa a preocupação pelo outro, não apenas focando na incapacidade da pessoa, como também auxiliando a aceitar a sua nova condição de vida. Esta especialidade centra-se na pessoa ajudando-a a viver mesmo quando a sua recuperação e regresso à normalidade deixam de ser possíveis, os EEER focam-se na pessoa como um todo (Hesbeen, 2006, como citado em Pestana, 2016).

Quando questionados sobre os aspetos em que se baseiam para tomar as decisões sobre os cuidados de enfermagem no seu dia-a-dia, os participantes referem centrar-se essencialmente na condição atual dos doentes “*Na avaliação diária do doente (...) quer ao nível da força, ao nível da perceção e a nível das capacidades*” (ER14), reforçando também a preocupação com a individualização dos cuidados “*acho que a minha tomada de decisão é influenciada pelo doente que tenho à frente, o que é melhor para aquele doente, o que precisa (...) e o que ele quer.*” (ER13). Os enfermeiros de reabilitação são peritos no que respeita ao processo de tomada de decisão que favorece a continuidade de cuidados, demonstrando competências avançadas na gestão de casos, valorizando os cuidados da admissão à alta dos doentes (Parreira et al., 2022).

Os participantes reforçam ainda que focam a sua atenção nas capacidades dos doentes, em detrimento de uma perspetiva centrada na sua substituição, “*O que o serviço tem de mais interessante e para mim mais trabalhoso, porque eu venho de uma área de cuidados que não tem nada a ver com isto em que eu substituía muito a pessoa enquanto que quando vim para aqui a minha maior dificuldade foi desconstruir aquilo que tinha para trás, ou seja, fazer com que a pessoa se tornasse autónoma, conseguindo que ela adquirisse ferramentas para ser ela própria a executar. No fundo quando estava nos cuidados gerais (...) só substituía a pessoa.*” (ER4).

Ainda no âmbito das práticas autónomas no exercício profissional, ao longo dos discursos, os participantes centraram-se numa abordagem da execução dos cuidados de

reabilitação mencionando que a sua intervenção está presente em “*Todos os autocuidados, mesmo na alimentação é necessário um enfermeiro de reabilitação devido à deglutição, espessamento dos líquidos, correção da postura, hemianopsias (...) estamos mais sensíveis e atentos a estes aspetos* (ER3), reforçando a sua intervenção em “(...) todas as atividades de vida diária (ER7).

Tal como mencionou um participante “*98% do restante trabalho que se faz é todo relacionado com a enfermagem de reabilitação*” (ER9), “(...) desde o levantar, posicionamentos, cuidados de higiene, transferências, ensinar a andar com a cadeira de rodas, corrigir uma hemianopsia ou um neglect, o simples trocar de fralda é diferente se for feito por um enfermeiro de reabilitação, o vestir e despir, ensinar a andar com auxiliar de marcha, a cinesiterapia respiratória e mobilizações” (ER2).

Embora os participantes reconheçam a importância das atividades dos EEER como uma mais-valia no serviço de MFR admitem a participação dos enfermeiros generalistas “(...) atendendo à especificidade deste serviço nós temos de acompanhar todas as atividades de vida diária, mas não deixava de ser possível ser feito por um enfermeiro de cuidados gerais, (...)” (ER13). No que concerne à execução de cuidados gerais, as atividades que os participantes consideram poder ser desenvolvidas por enfermeiros de cuidados gerais no serviço de MFR destacam-se a preparação e administração de medicação, monitorização de sinais vitais, colheita de espécimes e tratamento de feridas, ocorrendo nos discursos de todos os participantes, nomeadamente “*acho que aqui a única coisa que eles poderiam fazer é mesmo a medicação e avaliação dos sinais vitais*” (ER1); “*Preparação e administração da medicação e colheitas de espécimes*” (ER4); “*A medicação, avaliação de sinais vitais e tratamentos de feridas*” (ER6).

Na categoria **planeamento e continuidade de cuidados**, incorporamos atividades que partem da identificação das necessidades para a prestação de cuidados, mas também a avaliação e continuidade de cuidados. Considerando ciclos diários e da totalidade do internamento (Parreira et al., 2022), recordemos a importância dada a esta categoria para as práticas autónomas do exercício profissional.

Considerando como subcategoria o envolvimento dos doentes e da família no planeamento dos cuidados de enfermagem, os participantes referem que “*Prestamos cuidados mais individualizados ao doente e respetiva família, e temos mais tempo para a prestação de cuidados (...) o que permite que a pessoa colabore mais connosco por perceber o que está a fazer*” (ER5). Acresce a este envolvimento a necessidade de existir por parte do doente potencial e força de vontade para o processo de reabilitação afirmando o participante que “(...) é necessário que os doentes que venham para cá tenham potencial e acima de tudo motivação e força de vontade para o processo de reabilitação, (...) houve uma fase neste serviço em que fazíamos uma avaliação do doente antes de eles virem transferidos para este serviço.” (ER13).

Apesar de reconhecerem a necessidade de promover essa proximidade, os participantes referem que já existiu um maior envolvimento do doente/família e expressam vontade de retomar certas intervenções que contribuíam para tal, *“Podíamos voltar a fazer as visitas domiciliárias, no turno da manhã poderíamos ter mais tempo para prestar cuidados com qualidade, temos tempo para o doente mas se tivéssemos mais era melhor”* (ER9).

Enquanto estratégia para garantir a continuidade de cuidados, os participantes deram especial enfoque à atualização do plano de cuidados, *“a atualização do plano de cuidados do doente que nos foi atribuído é um aspeto que valorizamos bastante, até numa perspectiva de avaliação dos ganhos”* (ER6), como reforça outro participante *“Artículo o conhecimento específico no desenvolvimento do plano de cuidados adequado às necessidades específicas de cada utente”* (ER10). O plano de cuidados torna-se uma ferramenta indispensável para a execução dos cuidados de enfermagem, favorecendo a continuidade da assistência nas 24h e organizando o trabalho dos enfermeiros durante o seu turno de prestação de cuidados (Martins & Alvim, 2012).

Prosseguindo nos fatores relacionados com a dimensão processo, os participantes abordam a categoria **sustentação teórica e legal no exercício profissional**, tanto ao nível do conhecimento do domínio de enfermagem, como referenciais teóricos e evidência científica.

Na prática profissional, os participantes valorizam a atualização do conhecimento do domínio da enfermagem, e especificamente na área da reabilitação *“outra forma de conseguir adquirir conhecimento específico da área é fazendo formação (...) por exemplo, fiz agora a atualização da especialidade, a participação em congressos, webinars, todos dirigidos para a área da reabilitação”* (ER9).

No âmbito da sustentação teórica, os achados demonstram que a prática profissional dos participantes está sustentada em referenciais teóricos de enfermagem, evidenciando-se duas teóricas, Afaf Meleis autora da Teoria das Transições e Dorothea Orem que desenvolveu a Teoria do Autocuidado.

Alguns participantes mencionam claramente que sustentam a sua tomada de decisão na teoria das transições, *“A teoria com que mais me identifico é a da Meleis, é efetivamente a que mais utilizo desde que vim para este serviço(...) A minha tomada de decisão baseia-se prioritariamente nela”* (ER1). No mesmo seguimento, outro participante acrescenta que *“teoria das transições da Meleis (...) foi a última que aprendi e porque o processo de consciencialização tem um papel muito importante no processo de reabilitação dos doentes quer na aceitação do estado de saúde, quer na procura de melhorias e de ganhos, competências e habilidades, acho que esta teoria é a que melhor se adequa hoje em dia pelo menos ao que sabemos na procura do bem-estar dos doentes”* (ER2).

A Teoria do Autocuidado de Orem juntamente com a Teoria das transições de Meleis são consideradas como base para a tomada de decisão “*Em duas teorias, na teoria das transições e na teoria de Orem que é a dos Autocuidados. Na teoria das transições preciso de saber quantas transições estão a viver simultaneamente, não apenas a de saúde/doença, mas também as restantes (...) em relação à teoria dos autocuidados acho que é constante desde o momento que entra até ao que sai*” (ER9). Importa referir que apenas um participante refere basear-se apenas na teoria do autocuidado “*Baseio-me na teoria do autocuidado de Orem*” (ER11) e outro considerou a teoria das necessidades humanas básicas como sustentação do seu exercício profissional “*(...) baseio-me na teoria da satisfação das necessidades de Virginia Henderson.*” (ER3).

A sustentação da prática nos referenciais teóricos, é abordada nos instrumentos que regulam a prática profissional dos EEER, considerando que os modelos do autocuidado e das transições demonstram ser estruturantes e de excelência para a promoção da qualidade do exercício profissional (OE, 2015).

No decorrer do discurso dos participantes, denota-se que estes demonstram empenho em sustentar a sua prática profissional na melhor evidência científica, “*Na reabilitação procuro sempre guiar a minha atuação na melhor evidência*” (ER2), como reforça outro participante “*Tento manter-me atualizada do conhecimento específico da reabilitação, ou no site da ordem ou procurando alguns artigos*” (ER7).

Os participantes consideram que na área de reabilitação o conhecimento está sempre a evoluir, verificando que cada vez mais existe matéria científica sobre a área, “*Basta fazer uma pesquisa e encontra-se muito material sobre reabilitação (...)*” (ER15). A evolução deste conhecimento levou à existência de novas revistas de Enfermagem, salientando-se a Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (RPER) onde os conteúdos se inserem no domínio das ciências da saúde mais especificamente na área da Enfermagem de Reabilitação.

Para além da pesquisa em bases de dados científicas, os participantes consideram que as formações e congressos são espaços que permitem a aquisição de conhecimentos atuais “*Em congressos, em formações, há sempre conhecimento novo e acho que devemos atualizar o nosso conhecimento ao longo do tempo, há sempre novas evidências que levam a que o conhecimento altere e é importante termos esse interesse.*” (ER8)

A prática baseada na evidência, pode ser definida como o processo em que os profissionais tomam decisões recorrendo à melhor e mais atual evidência científica. Esta representa uma forma segura, organizada e coerente de desenvolver práticas profissionais mais adequadas, de modo a garantir melhores resultados (Pereira et al., 2015).

1.3 Olhares dos ER sobre a dimensão Resultado

Os Resultados refletem os cuidados de saúde prestados, sejam eles benéficos ou não para os doentes, englobam os efeitos clínicos, a satisfação do cliente, como também questões económicas (Donabedian, 2003).

A análise dos resultados, levou-nos a agregar subcategorias de resultados referentes à satisfação, para além do doente, porque não se evidenciou nos discursos dos participantes, sendo de salientar que a partir dos discursos identificamos satisfação profissional, satisfação com o serviço, bem-estar e motivação dos profissionais, onde foi valorizada a evolução do doente, a reconstrução da autonomia, a capacitação e a promoção da independência como resultados centrais para cuidados seguros e de qualidade, surgindo em contradição com esta área, os cuidados omissos, sendo representados no diagrama seguinte.

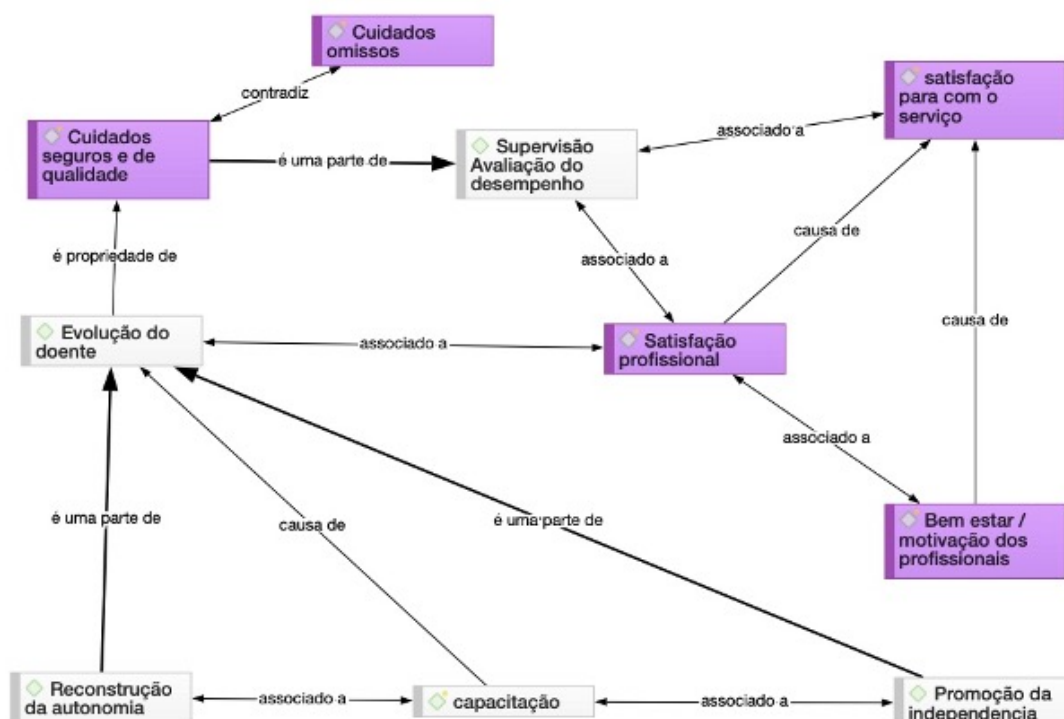


Diagrama n.º 5 - Fatores relacionados com a dimensão Resultado

Os discursos levaram-nos a considerar que parte integrante dos resultados da qualidade e dos cuidados seguros é a supervisão e avaliação de desempenho, que em si mesma está associada à satisfação dos profissionais e do serviço.

A evolução do doente também se encontra associada à satisfação profissional, o que demonstra a crença e valorização de ser Enfermeiro de Reabilitação.

Abordando os fatores relacionados com a dimensão Resultado emergem três categorias: resultados em relação aos clientes, resultados em relação aos cuidados e resultados em relação aos profissionais, novamente nos discursos encontramos a interação entre estas três categorias (Diagrama 6).



Diagrama nº 6 - Categorias da Dimensão Resultado

A gestão em saúde em Portugal prioriza a contratação das instituições, dos serviços e até dos profissionais, focalizando-se em indicadores e objetivos, valorizando sobretudo resultados quantificáveis, desperdiçando aspetos como seja de evolução e de bem-estar (Carvalho, 2013). Pelo contrário os participantes valorizam a evolução do doente como um resultado em relação aos doentes, considerando que esta está sempre ou quase sempre presente na sua prática profissional “(...) a grande maioria sai sempre um bocadinho melhor do que na admissão (...) até é frustrante quando não vemos essa evolução no doente, ou não conseguimos ou o doente não quer ou simplesmente não dá” (ER2).

Na rede relacionada com os resultados, identificamos que a evolução do doente tinha como partes integrantes a promoção da independência e a reconstrução da autonomia, associadas à capacitação que é uma condição influenciadora da evolução do doente.

Nos doentes com potencial de recuperação, a prática dos participantes está centrada na reconstrução da autonomia afirmando que *“O doente tem de compreender a importância da reabilitação porque quando forem para casa não vão querer pegar só em halteres mais sim fazer todas as suas atividades de vida diária autonomamente”* (ER5).

O desempenho de uma vida autónoma depende da perceção que a pessoa tem de si mesma, exigindo uma efetiva gestão emocional. Alguns autores como Bouvet (2018) e Newnham (2019), consideram a autonomia como sendo a capacidade de decisão movida pela motivação para dominar o seu próprio ser, nomeadamente o seu destino, controlar a sua vida e o seu comportamento, o que exige por parte do EEER cuidados centrados no doente e capacidade de dispensar tempo para ouvir e reorganizar os cuidados no sentido da decisão do mesmo. Na sequência do mencionado o foco dos EEER está no autocuidado e na reconstrução da autonomia *“a minha intervenção é primordial para a autonomia do doente nos autocuidados”* (ER9), como também *“neste serviço trabalhamos muito com o doente para que ele possa recuperar/reconstruir a sua autonomia (...)”* (ER6).

O elevado impacto na promoção da autonomia do doente, é, na perspetiva dos participantes o aspeto diferenciador do serviço de Medicina Física e de Reabilitação, *“este serviço traz de novo o facto de sermos todos enfermeiros especialistas em reabilitação (...) esta particularidade torna o serviço diferente ao nível dos cuidados, essencialmente no que se refere à promoção da autonomia do doente”* (ER8).

A promoção da independência conceptualiza-se a partir de atividades instrumentais, especificamente no autocuidado, e relacionada com a capacidade de o realizar (Rodrigues et al., 2018). O conceito de independência é compreendido como a capacidade para desenvolver atividades sem ajuda de terceiros, o que está intimamente ligado à funcionalidade e à realização de tarefas (Asghari et al., 2018). Dos discursos dos participantes salienta-se a aplicação deste conceito em detrimento da dependência como refere um participante *“(...) aproveitar o potencial do doente e não o substituir”* (ER15) promovendo assim a sua independência, *“mesmo num doente praticamente independente a nossa supervisão é sempre diferente (...) estamos alertas para possíveis problemas e estratégias compensatórias”*(ER16), valorizando ainda que o seu papel é no sentido de conseguir *“(...) que a pessoa adquirisse ferramentas para ser ela própria a executar”* (ER4).

O processo de capacitação da pessoa engloba a construção do conhecimento, assim como a capacidade de agir e de decisão. Esta construção sofre alterações ao longo do tempo e depende da tomada de decisão, do potencial da pessoa e dos recursos disponíveis (Reis & Bule, 2016). Neste contexto, os participantes referem que *“é gratificante vermos resultados*

positivos nos doentes ... na capacitação para realizar atividades de forma independente (...)” (ER2), reforçando que as suas intervenções são realizadas com o objetivo de capacitação do doente “*prescrevemos as estratégias específicas para melhorar as capacidades dos doentes*” (ER9).

Ao longo das entrevistas, verificou-se que os participantes salientam a capacitação da pessoa e a promoção da autonomia quando referem “*(...) focamo-nos noutros aspetos mais dirigidos para as potencialidades do doente*” (ER8), o que reforça a decisão de colocar a capacitação nos resultados em relação aos doentes.

A ação dos EEER assume um papel facilitador nos processos adaptativos, ajudando a pessoa na adaptação à sua nova condição de vida. Os EEER reabilitam as capacidades dos doentes, promovendo a utilização de estratégias adaptativas, com o objetivo de tornar a pessoa independente, este é o principal desafio dos EEER com impacto positivo na qualidade de vida das pessoas (Petronilho et al., 2021).

Relativamente aos **resultados em relação aos cuidados**, emergiram como subcategorias: cuidados seguros e de qualidade e em oposição os cuidados omissos.

A qualidade em saúde pode ser considerada como um nível de cuidados que se aproxima das expectativas dos consumidores e interessados tornando-se um desafio e uma exigência questionável na saúde, algumas vezes o valor social do cuidado não é considerado nos processos de avaliação da qualidade e segurança, contudo a qualidade e segurança em saúde surgem de mão dadas contribuindo para a confiança no sistema assistencial (Fragata, 2011). No que concerne aos cuidados de qualidade, ao longo dos discursos dos participantes, verifica-se que a sua intervenção centra-se na promoção da autonomia do doente quando mencionam que “*Eu contribuo para a autonomia do doente e acho que a minha intervenção é primordial para a autonomia do doente, quer nos autocuidados, quer nas atividades de vida diária*” (ER9).

O reconhecimento dos cuidados seguros é uma diferenciação de mercado que se torna prioridade nas organizações, particularmente em tempo de responsabilização, procura de transparência e de adoção de práticas seguras, tornando-se numa responsabilidade social para os profissionais e para os serviços (Bopsin et al., 2019). Os enfermeiros participantes seguem o pressuposto referindo que “*Tudo que parece pequeno acaba por ter um grande impacto na reabilitação, o simples facto de transferir sempre o doente para o wc em vez de propormos o uso da aparadeira ou urinol, o facto de estarmos presentes nas refeições e fazerem as refeições sempre todos juntos no refeitório, o simples facto de fazermos treinos intestinais e esperarmos que o doente coma para o colocarmos seguidamente no wc devido ao reflexo gastrocólico, tudo isto faz a diferença na evolução do doente*” (ER15).

Nos discursos dos participantes é clara a perceção sobre a qualidade e segurança dos cuidados que prestam e a influência que o rácio enfermeiro-doente tem nesse resultado,

“o rácio acaba por ajudar a obter qualidade nos cuidados que se prestam (...) se fosse para substituir os doentes não era preciso por exemplo 4 enfermeiro de manhã (...) mas aqui é diferente... para os doentes evoluírem precisam de mais tempo (...) neste momento de manhã, devido a todas as terapias (...) temos um horário menor” (ER7).

Embora os participantes refiram que no serviço o rácio enfermeiro-doente é adequado, a metodologia de distribuição dos doentes não tem facilitado a satisfação das necessidades de cuidados dos doentes, especialmente no turno da manhã. O facto das atividades planeadas por outros profissionais, diminuir, durante o período da manhã, o tempo de contacto do EEER com cada doente, torna efetivamente relevante a necessidade de repensar a forma como se distribuem os doentes, *“às vezes não é possível ensinar e instruir ao doente tudo o que ele precisava (...) com as idas às outras terapias, o tempo não é muito (...) há cuidados que não se fazem nesse turno”* (ER5). Ainda que a presença de EEER nos outros turnos permita colmatar estas lacunas, emerge a necessidade de se pensarem em estratégias, *“como há sempre enfermeiros de reabilitação, esses cuidados fazem-se em outro turno (...) o problema é que podemos atrasar a recuperação”* (ER5).

Conforme descrito por Paiva, Sousa & Lucas (2022), os cuidados omissos são aqueles cuja necessidade de execução é identificada, mas que acabam por não ser realizados ou então são adiados, na totalidade ou em parte, o que acaba por comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Em relação aos fatores desencadeadores dos cuidados omissos emergem na perspetiva dos mesmos autores três categorias: fatores relacionados com doente e família, fatores relacionados com os profissionais e fatores relacionados com as organizações. As lacunas que existem no âmbito do trabalho multidisciplinar e as elevadas necessidades de cuidados com vista à capacitação dos doentes constituem os principais fatores identificados pelos participantes deste estudo.

No âmbito dos cuidados omissos verifica-se que segundo os participantes existem limitações impostas por terceiros na sua intervenção quando referem que *“Acho que estamos todos preparados e que os nossos cuidados não são maus, agora às vezes temos algumas limitações que nos são impostas de terceiros que não têm nada a ver connosco”* (ER1). Demonstram também vontade em intervir em diferentes e novas áreas afirmando que *“Acho que deveríamos trabalhar noutros campos, não nos focarmos só nos autocuidados, por exemplo, em termos da parte cognitiva...”* (ER16).

Nos discursos ficou claro que os participantes procuram superar os cuidados omissos, considerando o facto de serem todos EEER como um fator facilitador *“podendo haver algum momento que não se possam prestar cuidados de reabilitação por descompensação do doente, não é um problema porque no turno seguinte a reabilitação acaba por ser compensada pelo facto de sermos todos especialistas e trabalhamos todos em função do mesmo objetivo”* (ER9).

No que se reporta aos resultados em relação aos profissionais, a satisfação com o serviço é a causa da satisfação profissional e do bem-estar/motivação dos profissionais, todas estas subcategorias associadas à supervisão e avaliação de desempenho que irá influenciar os cuidados seguros e de qualidade.

Na satisfação profissional, alguns participantes demonstram estar satisfeitos com o serviço e com a sua prática profissional, “(...) *sinto-me 100% realizada porque presto cuidados de enfermagem de reabilitação, por isso estou totalmente realizada neste serviço*” (ER9). A satisfação profissional é um fenómeno complexo, multifacetado num determinado contexto organizacional, pessoal e ambiental, espelhando-se na atitude e estado emocional dos profissionais face ao trabalho. Na atualidade, a satisfação profissional é considerada relevante, existindo um interesse na compreensão deste fenómeno no contexto de trabalho, salientando a sua importância na tentativa de reconhecer quais os fatores que influenciam a satisfação no trabalho e o seu impacto nas instituições (Correia, 2016).

Todavia a satisfação profissional não é observada em todos os participantes, uma vez que alguns sentem-se condicionados por profissionais hierarquicamente superiores, “*não estou muito satisfeito (...) porque já tentamos mudar várias coisas, mas somos sempre condicionados por quem manda*” (ER15).

No âmbito da satisfação com o serviço, os participantes na sua maioria demonstram estar satisfeitos afirmando que “*estou satisfeita com o serviço*” (ER8), como também “*Este serviço tem diferente os tempos de internamento, as patologias serem diversas do âmbito neurológico, ortopédico, respiratório, etc. dá-nos uma abrangência maior, acabamos por trabalhar com diferentes áreas, a mais-valia deste serviço é esta (...)*” (ER15). Os participantes consideram que o tempo de internamento dos doentes é considerado ideal para a sua prática “*(...) o tempo de internamento sendo geralmente curto também proporciona uma maior rotação de utentes e diferentes experiências*” (ER10).

Para além destas valias o modelo definido para o serviço é considerado uma oportunidade para o desenvolvimento dos cuidados, “*O conceito inicial do serviço é um modelo que tem tudo para dar certo*” (ER6), tal como refere outro participante “*Acho que temos tudo para ser um ponto de referência, é um caminho que temos de percorrer (...)*” (ER4). A ideia de necessidade de melhoria do modelo de serviço está presente no discurso dos participantes quando referem que “*(...) de um modo geral estou satisfeita com o serviço, mas poderíamos melhorar algumas coisas (...)*” (ER5), “*Existem coisas que gostaria de ver diferente aqui neste serviço (...)*” (ER13).

Apesar do modelo desenhado para o serviço ser considerado uma força na ótica dos participantes, na prática nem sempre isto acontece, uma vez que existem uma série de fatores que podem condicionar este funcionamento “*Acho que por vezes os doentes agudos que chegam cá não estão preparados para iniciar o processo de reabilitação, por vezes era*

necessário protelar mais estas entradas para beneficiarem a sua evolução (...) um mês passa muito depressa” (ER14), como também “Temos sempre alguns problemas no que concerne ao horário de atividades dos doentes” (ER14), e ainda “(...) às vezes o tipo de doentes que recebemos também não ajuda porque acabam por não ter potencial de recuperação.” (ER13)

O bem-estar e a motivação dos profissionais distinguem-se como outra subcategoria dos resultados em relação aos profissionais. Ao longo dos discursos dos participantes verifica-se alguma desmotivação da equipa de enfermagem abordando que *“Tenho de pena de não nos deixarem avançar mais” (ER1), e “acho que a equipa de um modo geral está desmotivada” (ER13)*. As equipas de enfermagem carecem de ser motivadas para prestarem cuidados de enfermagem de qualidade, reduzirem o absentismo e aumentarem a eficiência. A motivação dos enfermeiros torna-se fundamental para impulsionar a sua energia e potencial com o objetivo de atingirem as metas da instituição e da melhoria dos cuidados prestados (Gaki, 2013).

Neste âmbito, os participantes propõem como estratégia de melhoria da motivação/bem-estar dos profissionais um programa de stretching *“(...) uma coisa que poderíamos melhorar era criar um programa de stretching no serviço nem que fosse 10 ou 15 minutos todos os dias (...) acho que este programa iria ajudar toda a equipa.” (ER13)*

Por último, a subcategoria supervisão e avaliação de desempenho foi mencionada por um participante quando refere que *“(...) devíamos ser supervisionados e avaliados correta e eficazmente (...) não sendo supervisionados no sentido de sermos vigiados, supervisionados (...), mas no sentido de sermos guiados (...) o que devemos melhorar, o que estamos a fazer bem e mal, o que podemos dar de bom ao serviço (...) reforço positivo também acho que seria importante” (ER2)*. A Supervisão Clínica é considerada como um processo com o objetivo de melhoria da prática clínica, como também de redução da carga emocional da equipa de enfermagem. É um processo que permite identificar soluções para certos problemas, melhorar a prática clínica e a compreensão de assuntos profissionais (Cleary, 2010).

2. Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros de Reabilitação em Unidades de Medicina Física e Reabilitação: desafios e oportunidades

O conceito de qualidade é amplo, complexo e perspectivado em termos de processos organizativos (técnicas e métodos de qualidade) mas também, em termos de perceção pelos consumidores, no entanto, todos defendem uma boa qualidade, esperando uma relação favorável entre o investimento, o desperdício e o valor disponível para o cliente (Pires, 2012).

A qualidade em saúde desenha-se com algumas particularidades, de tal forma que surgem modelos específicos para o seu desenvolvimento, tendo ênfase particular o modelo de Donabedian (2003), que embora com alguns anos, ainda se mantém nas referências científicas mais atuais e em referências de entidades públicas nacionais e internacionais (WHO, 2010), pelo foi selecionado como modelo de suporte para este estudo. O modelo de Donabedian está representado nos discursos dos participantes incorporando a tríade (Estrutura, Processo e Resultado) dos aspetos essenciais para avaliação da qualidade, o que nos leva a afirmar que à semelhança de vários autores (Revere et al., 2004; Gomes et al., 2016) ainda se mantém atual.

Os resultados da análise embora espelhem o modelo escolhido têm particularidades que nos apontam para a sua discussão com base noutros estudos, autores reconhecidos e contextos legislativos para fazer o percurso da investigação no sentido de nos encaminharmos para a resposta à pergunta de partida e perguntas de investigação e retirar contributos para a construção de práticas de qualidade. Donabedian (2003, p. 6), confere ainda, *“à qualidade em saúde certos atributos como a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a acessibilidade, a legitimidade e a equidade que são determinantes em cada elemento da tríade”*. Esta por sua vez, pode ser analisada em conjunto ou em componentes separadas, o que permite aparentemente uma relação linear onde se pode perder informação, contudo a leitura sistémica da informação global permite-nos compreender melhor os resultados. Quando há articulação positiva entre os elementos da estrutura e do processo, os resultados serão positivos (Potra, 2015).

A abordagem da estrutura *“representa os recursos disponíveis para os profissionais e as instituições”* onde são incluídos entre outros, os profissionais e a sua formação, as instalações, assim como os métodos de organização e os recursos materiais (Dias & Santana, 2009, p.14). A estrutura é influenciadora no comportamento das pessoas e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados prestados. Segundo Donabedian (2003), a estrutura, em certos aspetos, pode ser o principal fator determinante da qualidade dos cuidados. No estudo, os participantes incorporam os discursos no sentido de duas categorias:

gestão de pessoas e liderança no serviço e ambiente físico e condições para funcionamento das práticas de enfermagem.

A **gestão de pessoas e liderança** tem um papel preponderante nas organizações, tornando-se fundamental na competitividade e nas mudanças dos serviços. Autores como Carvalho e Rua (2017) defendem que as funções para a efetividade dos recursos humanos agrupam-se em cinco níveis: inserção na organização (análise e descrição de funções e gestão de competências); o desenvolvimento e a promoção (formação); avaliação do desempenho e gestão das recompensas; integração na gestão estratégica e mecanismos sociais (comunicação, cultura organizacional, etc.). Nesta linha de pensamento os nossos participantes valorizaram de forma representativa momentos de reflexão sobre a prática e o reconhecimento da formação dos enfermeiros. Os momentos de reflexão sobre a prática contribuem de forma significativa para a qualidade dos cuidados, mas exigem tempo disponível para a discussão. Por outro lado, o reconhecimento da formação torna-se um ato de dar valor à formação formal e informal nas palavras usadas pelos participantes.

O ambiente físico e condições para funcionamento das práticas de enfermagem, incorporou quatro subcategorias, dotações e rácio enfermeiro especialista/doentes, metodologia de trabalho, formação contínua e em serviço e espaço disponível no serviço.

A complexidade associada aos cuidados de saúde, especificamente aos cuidados de enfermagem e de enfermagem de reabilitação, exige uma adequada dotação para garantir a segurança e qualidade em contextos diferenciados como é o caso da MFR. O conceito de dotação segura em enfermagem é dinâmico e abrangente, onde se contempla o número de enfermeiros, como também se valoriza as suas competências de modo a garantir a prestação de cuidados seguros, o que quer dizer que em causa não está apenas o número, mas também as competências, a experiência, a formação e a motivação (Freitas et al. 2022). A maioria dos participantes do estudo referencia dotações, apenas no sentido de rácio enfermeiro especialista/doente, de forma dominante referem ter bons rácios para a assistência exigida no serviço, mas alertam para a necessidade de mais tempo para a prestação de cuidados, a fim de garantir que se dá tempo ao doente para o desenvolvimento da independência e autonomia.

A OE (2012) reconhece a necessidade de organização dos cuidados de enfermagem com ênfase na utilização de metodologias promotoras da qualidade e segurança, permitindo uma resposta integrada dos problemas dos doentes, sendo que os participantes se dividem na opinião entre o método de enfermeiro de referência e o método individual, salientando a necessidade de melhorar particularmente a estratégia de distribuição diária.

Recordemos que na metodologia de trabalho, o método mais referido é o método de enfermeiro de referência. Neste método, também mencionado como enfermeiro responsável ou *Primary Nursing*, é atribuído ao enfermeiro um ou mais doentes, ficando este

responsável por planejar, executar e avaliar os cuidados, desde da admissão até à alta, sempre que esteja ao serviço. A fragilidade identificada pelos participantes remete para o sentido de que nem sempre quando estão ao serviço ficam com os seus doentes de referência, o que conflitua com a conceção do método. Este método prevê que nos serviços haja dois tipos de enfermeiros, os de referência e os adjuntos/associados, o que facilitará a distribuição dos doentes na ausência do enfermeiro de referência. Este método valoriza ainda a responsabilidade do enfermeiro considerando que, o enfermeiro de referência além de ser responsável pelo doente, coordena e supervisiona os cuidados durante todo o internamento (Ventura et al., 2021; Parreira et al., 2021; Manthey, 2014).

Em oposição às práticas metodológicas da organização dos cuidados onde é referido o uso do método de enfermeiro de referência, surgem participantes a defenderem o uso do método individual, este consiste numa abordagem assistencial do doente como um todo, onde o enfermeiro assume diariamente a responsabilidade da assistência para todos os cuidados aos doentes distribuídos (Ventura et al., 2021). Sobre este método surgem recentemente alguns estudos que demonstram fragilidades, considerando que a responsabilidade do enfermeiro limita-se ao turno de trabalho em que lhe é distribuído o doente (Parreira et al., 2021). A assistência é global, contudo, a coordenação entre os vários turnos tem perdas de informação que podem prejudicar a continuidade de cuidados, até porque esta estratégia metodológica exige planos atualizados e registos sistemáticos. O referido conduz a que o enfermeiro que presta cuidados por este método tenha que “gastar” mais tempo a consultar os registos anteriores para conseguir ter dados para a prestação de cuidados, correndo-se o risco de visões diferentes dos enfermeiros modificarem o rumo da prestação de cuidados (Marquis & Huston, 2015).

A formação contínua e em serviço toma percursos que vão da formação informal à formação formal, passando pela autoformação com valorização do posto de trabalho, pelo que se torna efetivamente um aspeto fundamental dentro do pilar da estrutura. Todos os participantes deram corpo à subcategoria formação contínua e em serviço, trazendo para a discussão a importância desta, na garantia de uma estrutura adequada à qualidade, desde do investimento da própria pessoa, formação *outdoor* (congressos, *workshops*) e a formação *indoor* (em serviço), à facilidade atual da metodologia *e-learning*.

A fragilidade identificada pelos participantes é a falta do plano de formação em serviço, considerando a especificidade dos cuidados e técnicas desenvolvidas nos serviços de MFR. No estudo citado por Martins et al., 2022, atendendo aos contributos da formação em serviço para a garantia da qualidade dos cuidados, é necessário a adoção de estratégias que permitam reflexões sobre a prática, com impacto na conceção e prestação de cuidados de enfermagem.

Habitualmente o conceito comum de estrutura focaliza-se no ambiente físico e de recursos materiais, mas como refere Donabedian (2003), da estrutura também fazem parte

os recursos humanos. Os participantes na área das condições físicas apontaram o espaço disponível do serviço como uma condição favorável ao desenvolvimento dos cuidados, no entanto, apontam como sugestões de melhoria, a necessidade de equipar os chuveiros com espelhos. Segundo Pereira et al., (2020) é necessário que os ambientes reúnam condições de acessibilidade de forma a responder às necessidades de cada indivíduo para que ocorra a sua integração total, sem qualquer dificuldade. No serviço de MFR, os participantes referem ter boas condições, contudo, será necessário pensar nestas condições no *interface* com a realidade do doente na sua habitação, para a capacitação aquando o internamento.

No âmbito da estrutura, como referimos, destacam-se as categorias **gestão de pessoas e liderança no serviço e ambiente físico e condições para funcionamento das práticas de enfermagem**, que fundamentam a articulação entre os serviços e a instituição hospitalar, considerando que ambas interferem com as políticas institucionais. De facto, os enfermeiros participantes indicam aspetos da estrutura como facilitadores para as suas práticas apontando sugestões de melhoria e valorizando aspetos da organização dos cuidados de modo a garantir a qualidade dos mesmos.

A enfermagem de reabilitação pode significar uma filosofia de cuidados baseada em princípios reabilitativos e de recuperação, o que implica habilidades por parte dos enfermeiros para intervir em termos funcionais, psicológicos, educacionais e sociais, no sentido da procura da saúde, independência nos autocuidados e de adaptação em estilos de vida saudáveis, bem-estar e qualidade de vida. O referido exige conhecimentos que vão para além da promoção do autocuidado, pois em causa está a pessoa como um todo, razões que tornam esta área de intervenção, uma especialidade diferenciadora de outras (Schoeller et al., 2018) e na particularidade deste estudo constituem o processo e contribuem para os resultados da assistência no serviço de MFR.

A perceção dos enfermeiros que participaram neste estudo sobre os cuidados prestados tiveram a representação nas categorias do processo: **colaboração e trabalho em equipa; estratégias para garantia da qualidade; práticas autónomas no exercício profissional; planeamento e continuidade de cuidados e sustentação teórica e legal no exercício profissional**, o que nos leva a considerar uma aproximação ao modelo desenvolvido pela *Association of Rehabilitation Nursing* (2014) considerando que o modelo em causa incorpora a liderança, os cuidados interprofissionais, as intervenções conduzidas pelos enfermeiros e a promoção de uma vida com sucesso, contudo identificamos especificidades que advêm do exercício das competências específicas dos EEER em Portugal (OE, 2019).

O processo de trabalho dos enfermeiros é valorizado nos discursos dos participantes pela **colaboração e trabalho em equipa**. Uma equipa multidisciplinar de saúde é um grupo de profissionais que coordenam a sua experiência na prestação de cuidados aos doentes, onde é valorizada a discussão e reuniões regulares sobre o doente(s) desenvolvendo-se um

plano de tratamento e cooperação entre a equipa (Muller et al., 2015). Neste sentido os participantes defendem a necessidade e a continuidade de reuniões com outras áreas profissionais, como estratégia para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados desenvolvidos, valorizando comunicação entre os membros da equipa, as relações de colaboração, a diferenciação e valorização das atividades dos EEER do serviço e restantes membros da equipa, o que requer cooperação eficaz e eficiente entre todos, bem como coordenação entre toda a equipa de saúde (Muller et al., 2015).

A natureza complexa da análise da qualidade na perspetiva do processo foi identificada na categoria **estratégias para garantia da qualidade**, ficando aquém dos referenciais teóricos e modelos de garantia da qualidade onde é sugerido a inclusão da discussão ética, da aprendizagem, da partilha de conhecimentos, da incorporação de novas técnicas de gestão e a focalização no cliente (Pires, 2012). A partilha de conhecimento e experiências é valorizada pelos participantes e a sua importância é reiterada no estudo de Ventura et al., (2021), como fundamental para a conceção e prestação de cuidados. Por sua vez, a importância dada à reflexão sobre a assistência vem corroborar com o estudo de Peixoto e Peixoto (2016) valorizando o diálogo entre pensar e fazer através do qual a pessoa se torna mais eficiente, constituindo-se a reflexão como uma ferramenta vital para a aprendizagem, assumindo-se como uma resposta humana à experiência com base no método científico.

Os participantes incluem no processo a valorização das **práticas autónomas no exercício profissional**. A atuação do enfermeiro, particularmente nos serviços hospitalares, engloba especificidades e articulações indissociáveis da sua prática, dessa forma apropriar-se de conhecimento científico (Menegon et al., 2022), que o leva à autonomia na tomada de decisão. A expectativa dos enfermeiros distingue-se como o primeiro passo para a tomada de decisão em meio hospitalar (Menegon et al., 2022), vertendo esta para a valorização das intervenções autónomas, proporcionando a perceção de segurança e confiança na assistência direta aos doentes.

O cuidado centrado no doente é considerado como uma dimensão da qualidade que compreende o indivíduo e a sua família, sendo esta uma visão fundamental para a continuidade dos cuidados durante o internamento e após a alta (Kruk et al., 2018). Os participantes defendem modelos assistenciais centrados na pessoa, esta prática implica reconhecer que os doentes são únicos, o que leva a valorizar as suas vivências e estas, por sua vez, podem impactar nos resultados dos cuidados e da própria segurança do doente (Seiffert, 2019).

O processo de assistência evidencia-se nos discursos dos participantes na categoria **práticas autónomas no exercício profissional**, com a visibilidade para a execução de cuidados de Reabilitação e de cuidados gerais. Das unidades de registo salienta-se uma íntima relação com as competências específicas dos enfermeiros de reabilitação, “*cuida de*

peças com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019, p.13566). Nos discursos encontramos uma grande representação de atividades relacionadas com o autocuidado, com grande ênfase na função a nível motor, cardiorrespiratório, alimentação e eliminação. Sobre os cuidados gerais distinguem-se quatro atividades nomeadamente preparação e administração da medicação, monitorização de sinais vitais, colheita de espécimes e tratamento de feridas.

O comprometimento das pessoas e da família nas atividades de reabilitação é uma expressão de alguns participantes, alertando para as atividades como a visita domiciliária e as reuniões com a família, como estratégia de melhoria do processo. Por outro lado, a motivação e força de vontade dos doentes é um sinal de alerta para obter resultados no envolvimento. Recordemos que “(...) *os cuidados desta especialidade, centrados na pessoa, facilitarão a adesão e o envolvimento no processo de reabilitação, assegurando a satisfação das reais necessidades, constituindo-se assim um desafio para estes profissionais, favorecendo uma lógica integral de cuidados de enfermagem.*” (Ventura et al., 2021, p.78).

O cuidado de reabilitação transcende a capacitação dos doentes sendo necessário intervir também nos ambientes, neste sentido, recorde-se que a visita domiciliária é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de ações de conciliação entre o ambiente e a pessoa. Torna-se necessário articular os desafios dos ambientes habitacionais com a condição do doente a fim de tornar efetiva a capacitação desenvolvida em meio hospitalar. A implementação desta estratégia, tendo presente a família e muitas das vezes o contexto sociocultural, torna-se fundamental para a reabilitação da pessoa (Nascimento et al., 2013). Recordemos que era uma prática desenvolvida pelo serviço antes da pandemia e que no momento atual não se realiza, motivo pelo qual é considerado pelos participantes como um cuidado omissivo.

O último aspeto referido na subcategoria envolvimento do doente/família diz respeito aos cuidados profissionais à família, assinalando a importância das reuniões com a família quer para o diagnóstico, para as estratégias de intervenção e para as estratégias de avaliação da capacitação. É de salientar que Wright e Leahey (2009) apontam que estes momentos exigem áreas específicas salientando: admissão para o tratamento; avaliação clínica e diagnóstico; planeamento do tratamento e gestão do caso; intervenções terapêuticas; questões legais e éticas e avaliação (Wright & Leahey, 2009, p.156).

O **planeamento e continuidade de cuidados**, exige treino e domínio por parte dos enfermeiros para o desenvolvimento do método científico expresso na gestão de cuidados e materializado no plano de cuidados. Este deverá ter presente as necessidades/diagnósticos, os objetivos ou resultados esperados, as intervenções e respetivos recursos e a previsão da prescrição de enfermagem. No plano de cuidados são concretizadas ações que garantem a continuidade de cuidados ao longo do tempo (Carvalho, 2014). Os participantes reconhecem a necessidade de se manter o planeamento e o plano de cuidados atualizado.

Para finalizar a percepção dos participantes sobre o processo surge a categoria **sustentação teórica e legal no exercício profissional**. A entidade reguladora do exercício profissional de enfermagem tem como atribuição a “*defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão*” (OE, 2015, p.13), o que exige, por parte dos enfermeiros, conhecimentos científicos, que suportem as suas competências gerais, comuns e avançadas, e que garantam a legalidade da assistência. Todos os enfermeiros que participam no estudo atribuem valor para o desenvolvimento do processo, assim como para a sustentação da sua prática em conhecimento do domínio de enfermagem.

O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação refere que “*na orientação da prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação, os modelos do autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional*” (OE, 2015, p.4). Neste contexto os participantes reiteram na sua maioria estes referenciais teóricos, apenas um participante advoga o suporte teórico para a sua prática no modelo de Virgínia Henderson.

A tomada de decisão clínica é considerada a partir da melhor evidência disponível, no contexto em que o cuidado é prestado, considerando as preferências do doente e o julgamento clínico do profissional, situando-se assim a prática baseada na evidência, como influenciada pela melhor evidência disponível, experiência profissional e preferências e valores do doente (Apóstolo, 2017). Os participantes na sua maioria defendem a importância da prática baseada na evidência, demonstrando procura quer a partir da formação como da pesquisa. Contudo, recordemos que é “*(...) altamente improvável que tenham tempo, as competências e os recursos para procurar, avaliar e interpretar essa evidência e incorporá-la nas decisões dos cuidados de saúde de maneira eficaz, viável e significativa para a população específica*” (Cunha & Santos, 2021, p.20).

Os participantes apresentam discursos que incorporam o processo em termos de qualidade em várias vertentes, o que demonstra uma percepção sobre os cuidados prestados, os aspetos facilitadores e dificultadores da assistência, bem como a organização do trabalho de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados às pessoas internadas num serviço de MFR. A qualidade dos serviços de saúde em Portugal, adota frequentemente metas a atingir, o que se repercute na qualidade dos cuidados e nos resultados, o que algumas vezes leva a um afastamento da identificação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, surgindo os resultados descritos de uma forma qualitativa (Fradique & Mendes, 2013).

A organização dos resultados da qualidade, a partir de indicadores, pode ser expressa por indicadores de estrutura, de processo e de resultado, contudo, é de salientar a inter-relação e a co-influência dos componentes da tríade na abordagem de processos

dinâmicos de gestão e melhoria da qualidade dos serviços. Como já referimos, as componentes podem traduzir uma avaliação da qualidade de saúde mais completa. Por questões metodológicas iniciamos por falar na estrutura, passamos para o processo e neste momento analisamos os discursos na visão dos resultados, estes referem-se a níveis de saúde, custos associados e satisfação dos clientes (Donabedian, 2003). Na particularidade deste estudo, os resultados foram vistos no âmbito dos doentes, dos cuidados e dos profissionais.

As três categorias identificadas na análise para os resultados ajudam-nos a compreender que *“a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Pois, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”* (OE, 2012, p. 6). Os resultados quando suportados por indicadores exigem a implementação de sistemas de informação capazes de abarcar os dados mínimos necessários para a descrição de eventos a avaliar, pelo que se torna imprescindível uma avaliação, de forma a possibilitar uma análise comparativa com os padrões convencionados e com a coexistência de outros serviços, de natureza similar ou diferenciada. De facto, a existência de indicadores facilita a tomada de decisão por parte dos gestores (Nepomuceno & Kurcgant, 2008). Os participantes não apontaram indicadores, contudo, nos discursos identificamos subcategorias: evolução do doente; capacitação; promoção da independência; reconstrução da autonomia; cuidados seguros e de qualidade; cuidados omissos; satisfação profissional; satisfação com o serviço; supervisão/avaliação de desempenho e bem-estar/motivação.

Na categoria **resultados em relação aos doentes**, um participante valorizou a importância da evolução do doente, considerando a dependência que apresentam na admissão e a forma como saem na alta. Embora existam vários instrumentos de avaliação da evolução funcional do doente, os participantes não referiram a utilização de indicadores concretos sobre a evolução do doente. Foram identificados vários estudos que deram corpo aos resultados da evolução funcional (Lourenço, 2011; Paula et al., 2013; Silva, 2013; Rodrigues, 2007; Santos, 2014), particularmente importantes na medida em que podem contribuir para a visibilidade da intervenção dos EEER, frequentemente responsáveis por essa evolução.

Partindo dos objetivos do exercício profissional dos EEER, o investimento na relação terapêutica positiva, permitirá uma conceção de cuidados que promove a capacitação, a maximização da funcionalidade e a independência da pessoa (OE, 2019). Neste contexto, os participantes valorizam a capacitação no sentido da sua atividade, mas também da disponibilidade do doente para entrar neste ciclo e produzir resultados.

Os resultados sobre a promoção da independência articulam-se com o conceito definido por Asghari et al., (2018) como a capacidade da pessoa desenvolver as suas

atividades de vida diária, sem a ajuda de terceiros, contudo, acresce que outros autores apontam a independência em relação ao autocuidado, nomeadamente, no banho, no alimentar-se, no vestir/despir-se, no uso do sanitário, no posicionar-se e no transferir-se (Rodrigues et al., 2018). Os participantes apontam a independência numa perspetiva global referindo a necessidade da existência de ferramentas para suportar resultados nesta área. O estudo de Lima et al., (2019), reforça o peso dado à independência em publicações mundiais.

Mais de metade dos participantes consideram a reconstrução da autonomia como resultado do seu trabalho e um objetivo do serviço, uma necessidade para efetivação do regresso a casa, sendo este um aspeto que guia a sua prática profissional. Recordemos a complexidade deste conceito, que implica o dever de respeito da capacidade de decisão, envolvendo ainda o reconhecimento da capacidade de decisão da pessoa e a promoção de condições que favoreçam o exercício dessa mesma autonomia (Dzeng, 2019).

Teoricamente, foi criada uma subcategoria para a satisfação do doente, tendo como base os referenciais teóricos utilizados, que abordam a satisfação do doente como parte central da avaliação dos resultados para a qualidade das organizações e ainda o conhecimento de vários estudos referentes à satisfação do doente e família (Teixeira et al., 2020; Mar et al., 2020). Os participantes não referiram diretamente a satisfação do doente, contudo, na dimensão processo apontam para modelos assistenciais centrados no doente.

A categoria **resultados em relação aos cuidados**, incluiu os cuidados seguros e de qualidade e em oposição os cuidados omissos. De facto, quando analisamos os resultados no doente emergem os cuidados prestados de forma segura e com qualidade, pautados pela crença dos participantes de que a sua presença efetiva junto dos doentes torna-se um padrão de qualidade. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação são essenciais no exercício profissional, tendo por objetivo constituírem-se como um instrumento para a promoção da melhoria contínua dos cuidados e como referencial para a reflexão sobre a prática de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011).

No estudo de Kalisch (2006), os motivos, que os profissionais referiram, que levaram aos cuidados omissos foram falta de enfermeiros, a delegação, hábitos, falta de tempo para realizar as intervenções de enfermagem, falta de vinculação com o local de trabalho. Quando consideramos os resultados de investigações realizadas, verificamos que os cuidados omissos referidos pela autora são: deambulação, posicionamentos, atraso na alimentação, ensinos, planeamento da alta, apoio emocional, cuidados de higiene, atualização de registos, planificação de cuidados e vigilância (Kalisch, 2014).

No caso do nosso estudo, os cuidados omissos estão frequentemente relacionados com o tempo disponível para dar resposta a todas as necessidades de capacitação dos

doentes, o que se agrava no turno da manhã pelo facto de os doentes serem também acompanhados pelos diversos terapeutas.

Na sequência do perfil de doentes que habitualmente estão internados no serviço de MFR, uma das estratégias para otimizar a distribuição dos mesmos pelos enfermeiros, passa por utilizar instrumentos que de forma mais fidedigna permitam classificar as necessidades de cuidados tendo em vista a capacitação. Em vez de instrumentos que se focam no nível de dependência dos doentes, no contexto em que decorreu o estudo seria fundamental a existência de um instrumento que permitisse prever as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, e mais especificamente, as necessidades dos doentes em termos de capacitação para o autocuidado - principal foco da intervenção dos EEER.

Assim, baseado nos referenciais de Afaf Meleis e Dorothea Orem, a proposta de instrumento elaborada, intitulado “Instrumento de classificação de doentes pelo nível de capacitação para o autocuidado” (Anexo V) seria útil para instrumentalizar a distribuição dos doentes pelos EEER, de modo a que fosse possível dar resposta ao maior número de necessidades de capacitação. Caso contrário, ainda que os cuidados a prestar possam passar para o turno seguinte (conforme referiram os participantes), onde efetivamente também só existem EEER, haverá sempre atraso na recuperação e, fundamentalmente, no processo de reconstrução da autonomia.

A categoria **resultados em relação aos profissionais** acresce ao modelo de Donabedian (2003), uma visão sistémica da qualidade em referenciais mais recentes (Pires, 2012; Rocha, 2011). De facto, comprova-se que atualmente a qualidade enfrenta uma mudança de paradigma, que evoluiu para uma perspetiva de satisfação das necessidades dos doentes, com o objetivo de obter melhores resultados, com todos os intervenientes envolvidos (Tappen, 2005).

A influência do ambiente de trabalho na qualidade do mesmo e na satisfação dos profissionais é influenciada positiva ou negativamente pelas estratégias de liderança. A OE (2020) reforça esta ideia apontando como um problema de liderança, o ambiente de trabalho que requer uma atenção mais profunda pelos enfermeiros gestores (Ducharme, et al., 2017), daí que neste estudo se tenha considerado os aspetos de satisfação em relação aos profissionais. Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) já em 2018/2020 definia o ambiente de trabalho saudável “*como aquele em que os trabalhadores e os gestores/empregadores colaboram conjuntamente no processo de melhoria contínua quanto à proteção e promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e garantem a sua segurança, em prol da sustentabilidade do trabalho*” (Nogueira & Moreira, 2018. p. 9).

Os participantes dividem as suas opiniões sobre a Satisfação Profissional entre o polo positivo e negativo. Importa lembrar que as políticas e objetivos dos serviços e das

instituições, podem contribuir para maiores ou menores índices de satisfação, designadamente, no que concerne a uma maior autonomia na decisão por parte dos enfermeiros, podendo ainda reforçar esta satisfação, o acesso facilitado pelos gestores a meios e tempo para pesquisa em bases de dados científicas. Vários autores confirmam em ambientes de trabalho favoráveis à prática, níveis de stress menores e aumento da satisfação profissional (Haller et al., 2018; Callado, 2019).

O investimento na melhoria contínua da qualidade é reforçado como um contributo para o aumento da satisfação dos utentes e profissionais (Amaral et al., 2013; Sul, 2018). Os ambientes organizacionais apresentam fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam a satisfação, sendo que de um modo geral, os profissionais mostram-se mais satisfeitos pelos fatores intrínsecos e insatisfeitos com os fatores extrínsecos, evidenciando-se que gostam mais do seu trabalho do que propriamente do ambiente do mesmo, particularmente quando desempenham tarefas que correspondem aos seus objetivos e capacidades (Maximiano, 2010 como citado em Batista et al., 2017), situação que se confirma no nosso estudo.

As organizações procuram profissionais satisfeitos, comprometidos, proativos e dispostos a contribuir com o aumento da sua competitividade, gerando qualidade de produtos e serviços e produtividade. A satisfação e a motivação dos profissionais é fundamental na gestão estratégica das organizações, principalmente no que concerne às suas práticas de recompensa, económica e de reconhecimento (Tamashiro et al., 2019).

O ambiente das práticas de enfermagem pode ser determinante para a satisfação com o serviço, nos Estados Unidos da América, investe-se em estudos que relacionam os ambientes da prática de enfermagem, e a qualidade dos cuidados de enfermagem, o que implica melhores resultados para os doentes e para os próprios enfermeiros (Aiken, et al., 2012). A satisfação no local de trabalho, isoladamente, não influencia permanentemente o comportamento do trabalhador, contudo, se o profissional estiver motivado, torna-se mais equilibrado, mais produtivo e com vontade de fazer cada vez melhor no seu local de trabalho (Batista et al., 2017).

A insatisfação com o serviço pode surgir, como referido por um participante, por ausência de um ambiente de trabalho saudável, no sentido de mudanças desfavoráveis aos trabalhadores, mas também relacionadas com falhas nas dotações seguras, que implicam má qualidade de vida dos enfermeiros e insatisfação profissional dos mesmos, bem como a falta de valorização ou mesmo ausência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que determina dificuldade em avaliar a produtividade e a qualidade e segurança dos cuidados (Amaral et al., 2013; Ferreira & Amendoeira, 2015).

Aos profissionais que são facultadas boas condições de trabalho, emergem resultados favoráveis na sua satisfação e motivação para o desempenho das suas funções com dedicação e empenho. A ligação entre a satisfação com o serviço e a motivação traduz-

se na energia necessária ao trabalhador para consolidar o seu desempenho e obter resultados de produtividade e ganhos para o doente (Pina e Cunha et al., 2016).

O resultado expresso nas práticas está relacionado com técnicas de desenvolvimento e acompanhamento dos enfermeiros, surgindo num discurso a valorização da supervisão e avaliação de desempenho. A multiplicidade de ações, a exigência de qualidade de cuidados no sentido de uma prestação de excelência requer acompanhamento e validação interpares (Soares et al., 2019). A ligação entre a supervisão clínica e a avaliação de desempenho têm forte influência na construção da qualidade, considerando que com a supervisão pretende-se que profissionais mais experientes acompanhem o desempenho e a tomada de decisão, a partir da melhor evidência científica, das práticas de outros profissionais e assim possibilitem melhores desempenhos, a partir de reflexões e análises da prática (OE, 2010), daí que esta subcategoria associa a supervisão e a avaliação de desempenho.

O Modelo Safecare (modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado) reforça a ideia da ligação entre qualidade, segurança e satisfação profissional, valorizando o contexto onde ocorrem os cuidados, o desenvolvimento profissional e a necessidade de supervisão (Carvalho et al., 2019). Recordemos que a satisfação é influenciada por fatores higiénicos que emergem da relação com a chefia, com os colegas, condições de trabalho e supervisão técnica (Martins, 2012).

Uma organização hospitalar é considerada eficiente e eficaz quando possui qualidade de excelência e bom desempenho dos seus profissionais (Ariyani et al., 2018). O uso da aplicação dos resultados nos trabalhadores dos serviços de saúde não é consensual, premiar ou recompensar os trabalhadores com base em resultados não garante automaticamente maior e melhor desempenho na realização do seu exercício, ou constituir-se em mudanças efetivas e duradouras nas atitudes e comportamentos nos cuidados de saúde (Ditterich et al., 2012).

Ao longo dos anos, o conceito de trabalho foi sofrendo alterações, sendo que era visto como algo penoso e atualmente representa um valor social do indivíduo na sociedade (Monjardino et al., 2016, como citado em Lobo, 2020), pelo que o bem-estar e a motivação constituem-se como partes fundamentais para o desempenho dos enfermeiros. Os participantes ligam a perceção de bem-estar e motivação à implementação de inovação, ao tempo que se passa com os doentes e ao trabalho em equipa. O tempo que se passa com os doentes é influenciado pela sobrecarga de trabalho e por sua vez, esta é um dos fatores de diminuição da motivação segundo estudo de Souza et al. (2015). Também o estudo de Martins et al., (2012) aborda a falta de recursos humanos como um fator de desmotivação assim como a falta de recursos materiais/ infraestruturas inadequadas, o que cria tensões e conflitos entre os profissionais, contribuindo para a sua desmotivação.

A motivação é influenciada por um conjunto de fatores psicológicos, fisiológicos e comportamentais que determinam a conduta da pessoa, contudo, o seu caráter intrínseco, depende também de fatores externos, como o incentivo por parte dos colegas, enfermeiros, outros profissionais e gestores (Inhuma et al., 2017). Salienta-se que da motivação fazem parte forças internas e externas, que desenvolvem o entusiasmo e a persistência para agir numa determinada situação. O investimento na motivação profissional permite aos gestores compreender o que leva as pessoas a desenvolver uma ação, o que influencia as suas escolhas e o motivo pelo qual persistem em determinados posicionamentos, no decorrer do tempo (Batista et al., 2017). Recordemos que a motivação é um processo pelo qual a pessoa é incentivada e estimulada a trazer desenvolvimentos para o local de trabalho ou, simplesmente sentir desenvolvimento pessoal (Vieira & Estender, 2016).

A pessoa controla os fatores motivacionais, uma vez que estão relacionados com aquilo que ele faz e desempenha. Estes fatores, estão dependentes das atividades realizadas pelo profissional e envolvem emoções, sentimentos de crescimento individual, reconhecimento profissional e autorrealização, dependendo assim das atividades que o trabalhador realiza. As atitudes favoráveis no contexto de trabalho surgem quando o trabalhador realmente sente que lhe estão a proporcionar oportunidades (Batista et al., 2017).

Não podemos confundir motivação com satisfação profissional, a diferença entre estes dois conceitos verifica-se na explicação de satisfação, como resultado da avaliação que os profissionais fazem do seu trabalho e da vida em geral, enquanto que a motivação é o que explica o desempenho profissional. O desempenho e os resultados de produtividade são influenciados pela motivação, mais do que pela satisfação (Pina et al., 2016). Recordemos que Martins (2012, p.13) aponta como fatores motivacionais: “trabalho variado e desafiante; sentimento de realização; reconhecimento e desenvolvimento pessoal(...)”, o que vai de encontro aos discursos dos participantes. A importância da motivação na gestão dos serviços, particularmente dos serviços de saúde constitui-se como uma ferramenta para o desenvolvimento da qualidade, tornando-se numa área de intervenção nas equipas para melhorar a qualidade e segurança da assistência (Souza et al., 2015).

Em síntese, a inclusão das três categorias, nos resultados, a partir dos discursos têm como base uma filosofia de gestão da qualidade que, segundo Pires (2016), não está apenas na produção/prestação de serviços, mas também na interface da organização com os seus clientes, o que justifica incluir nos resultados a satisfação dos profissionais, a satisfação com o serviço, a supervisão/avaliação de desempenho e bem-estar/motivação. Exploradas as categorias e subcategorias em confronto com referenciais teóricos e outros estudos, considera-se com significado para a leitura dos resultados apresentar um modelo final com os achados dos discursos, conforme demonstrado no diagrama seguinte.

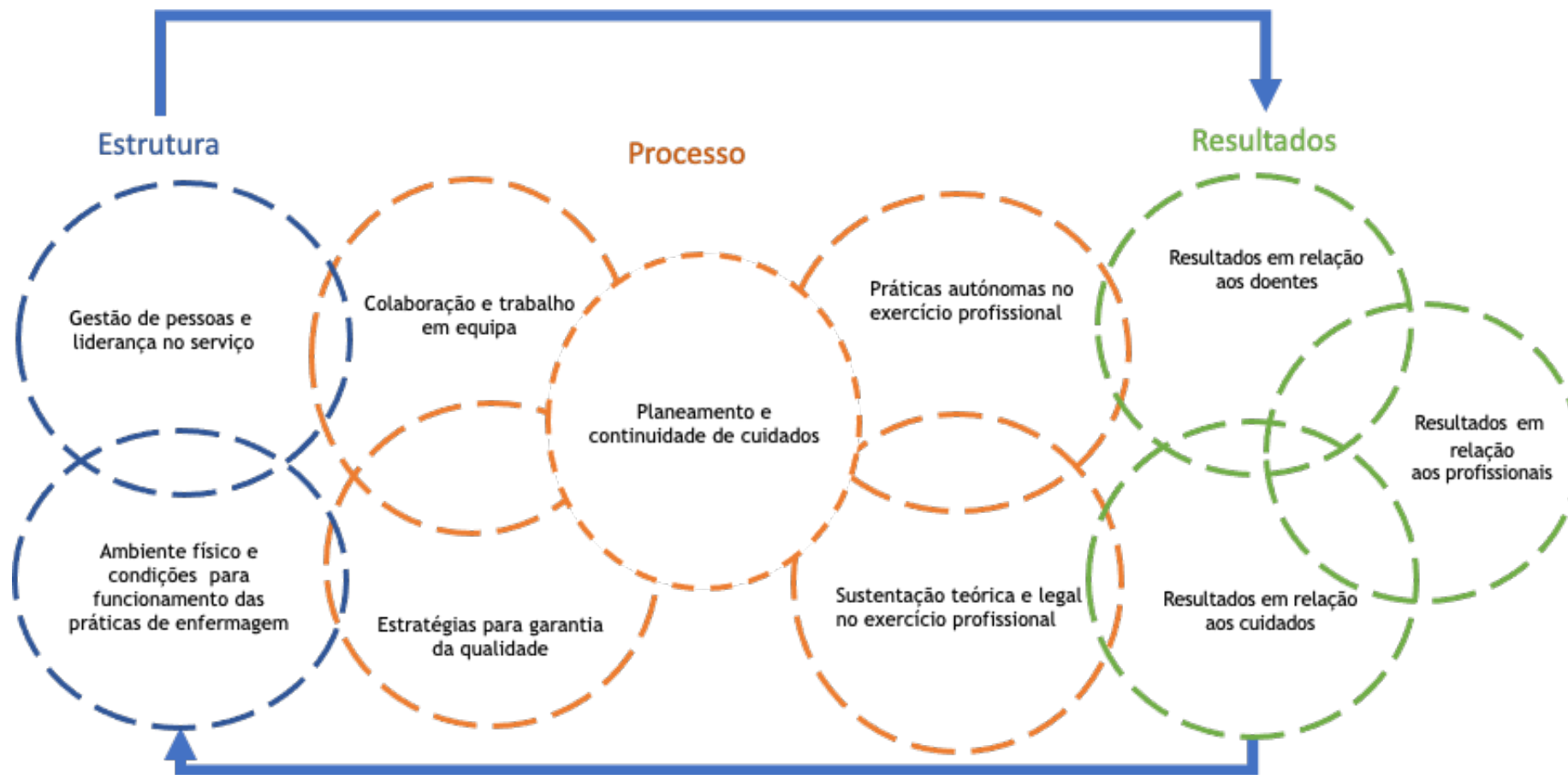


Diagrama nº 7 - Modelo emergente da percepção das práticas dos enfermeiros de reabilitação no serviço de MFR, com base no referencial de Donabedian (2003).

A Perceção dos enfermeiros de reabilitação no serviço de MFR, transcende a leitura linear da tríade de Donabedian (2003), apontando para uma estrutura multifatorial, onde as categorias interagem com as subcategorias e as componentes entre si, contudo há fragilidades na expressão dos participantes e até contradições. Neste contexto, salienta-se o modelo centrado na pessoa e depois nos resultados não valorizarem a satisfação do cliente diretamente. Não identificamos as razões, pelo que se considera pertinente continuar a estudar o trabalho dos enfermeiros e os seus referenciais filosóficos.

CONCLUSÃO

Os serviços de MFR apresentam objetivos diferenciados em comparação com a reabilitação noutros serviços, considerando que se pretende que uma equipa multidisciplinar responda às necessidades das pessoas para restaurar a função motora e reconstruir uma vida com autonomia, a partir de uma nova condição, em causa estão ganhos relacionados com o bem viver da pessoa, família e comunidade.

A reabilitação de uma pessoa com dependência, mas com potencial de recuperação, centra-se numa primeira fase na capacitação, face ao remanescente, a desconstrução do preconceito de normalidade e a reconstrução de uma nova vida em termos de autocuidado, atividades de lazer, laboral e social.

Os enfermeiros nos serviços de MFR desenvolvem atividades no contexto de competências de cuidados gerais e com maior ênfase nas competências acrescidas comuns e avançadas na área da enfermagem de reabilitação, o que gera uma discussão de dimensionamento na área de enfermagem, pois não identificamos estudos sobre a percentagem de enfermeiros de cuidados gerais e de enfermeiros de reabilitação necessários nesta área de exercício profissional.

O exercício dos EEER expressa intervenções específicas nos domínios das suas competências e traz, com grande ênfase, a necessidade do trabalho em equipa mono e multidisciplinar, o que determina a necessidade de organização dos cuidados a partir de um método que garanta os cuidados autónomos e uma forte relação com a equipa multidisciplinar, tornando-se uma evidência nos resultados deste estudo.

A perceção dos EEER em relação aos cuidados prestados, demonstraram nos discursos o entendimento da pessoa no processo de reabilitação, fundamentado no modelo assistencial centrado no doente, identificando o método individual e o método de enfermeiro de referência, valorizando o autocuidado e as intervenções em equipa multidisciplinar.

Os fatores facilitadores da prestação de cuidados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação, dizem respeito à estrutura do serviço, o tipo de trabalho que desenvolvem e o que os motiva, contribuindo assim para a satisfação profissional e para com o serviço, evidenciando-se no seu bem-estar e motivação.

Os fatores dificultadores da prestação de cuidados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação relacionam-se com a organização do trabalho, dando ênfase às relações de colaboração, trabalho em equipa e valorização do papel do EEER. O método de trabalho

surge como um fator dificultador para alguns enfermeiros, enquanto que, para outros é uma mais-valia para a responsabilização das práticas autónomas desenvolvidas.

A perceção dos resultados foi manifestada pela importância de ganhos em saúde, valorizados a partir da reconstrução da autonomia, promoção da independência, capacitação e evolução do doente. Não deixando de fora dos discursos, os resultados relacionados com os próprios, surgiram como subcategorias, a satisfação profissional, satisfação com o serviço, supervisão/avaliação de desempenho e bem-estar/motivação, deixando de fora a satisfação dos doentes.

Os enfermeiros participantes no estudo descreveram impacto causado nos cuidados, valorizando o processo de organização a partir de estratégia de garantia da qualidade, práticas autónomas no exercício profissional, planeamento e continuidade de cuidados e a sustentação teórica e legal do exercício profissional.

O modelo de Donabedian (2003) suporta a perceção dos EEER pelo que se considera ajustado ao exercício de enfermagem e um contributo para organização e controlo da qualidade dos cuidados em serviços de MFR. Os enfermeiros de Reabilitação percecionam a organização dos cuidados com base em aspetos particulares da estrutura, processo e resultado, evidenciando como maior representação o processo, relacionando-o com as suas competências e com menor representação a estrutura.

O percurso deste estudo acrescentou valor à aprendizagem do investigador, contudo, identificamos limitações no aprofundamento do problema em estudo, o que nos permite deixar a sugestão de desenvolver uma nova investigação com metodologias de investigação/ação sobre a prática dos EEER num serviço de MFR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, A. (2015). A prática de flutuação em enfermagem na Gestão de recursos humanos: condições facilitadoras. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17175>.
- Aiken L., Sermeus, W. & Van den Heede, K. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, pp. 1-14. <https://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>
- Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista portuguesa de saúde pública* Vol 23 No 1, pp. 91-96.
- Amaral, A., Ferreira, P., Vidinha, T. & Cardoso, M. (2013). A perceção dos enfermeiros acerca do ambiente da prática dos cuidados em quatro hospitais da região centro. *Revista Investigação em Enfermagem* 4(4), pp. 75-81.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2016). Standards for establishing and sustaining healthy work environments. A Journey to Excellence (2ªed.). American Association of Critical-Care Nurses. <https://www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, A. (2015). O processo de transição do cuidador informal da pessoa com AVC - contributos do enfermeiro de reabilitação. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
- Ariyani, I., Haerani, S., Maupa, H. & Taba, M. (2016). The influence of organizational culture, work motivation and working climate on the performance of nurses through job satisfaction, organizational commitment and organizational citizenship behavior in the private hospitals in Jakarta, Indonesia. *Scientific Research Journal*, 4(7), pp.15-29.
- Asghari, M., Behzadipour, S. & Taghizadeh, G. (2018). A planar neuro-musculoskeletal arm model in post-stroke patients. *Biological Cybernetics* Vol 112 No 5, pp. 483-494.
- Association of Rehabilitation Nurses. (2014). Competency Model for professional rehabilitation nursing. Association of Rehabilitation Nurses.
- Batista, H., Viana, M. & Rabelo, M. (2017). A motivação no âmbito organizacional. *Revista Acadêmica Conecta FASF*, 2(1), pp. 221-237. <http://revista.fasf.edu.br/index.php/conecta/article/view/62/pdf>
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: EDIÇÕES 70.
- Bopsin, E. & Silva, D. (2019). *Guia prático para segurança do paciente*. Porto Alegre: Moriá.
- Bouvet, R. (2018). The primacy of the patient's wishes in the medical decision-making procedure established by French law. *European Journal of Health Law*, 25(4), 426-440.

- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes* (2ªed.). 2.a. Addison-Wesley.
- Brignol, P., Schoeller S., Silva, D., Boell, J., Lopes, S. & Lim, D. (2018). Viver com deficiência física e o papel da rede de apoio. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* Vol 8, pp. 1-7.
- Callado, A.(2019). Practice Environment and its Importance for Nursing. *Journal of Aging & Innovation*, 8(3), pp.92-107.
- Camelo, S., Soares, M., Chaves, L., Rocha, F. & Silva, V. (2016). Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios. *Revista enfermagem UERJ* Vol. 24 No. 3, pp. 1 - 6. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11637>
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE* Vol 15 No 1, 91-101.
- Carpenito-Moyet, L. (2012). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica* (13ªed.). Artmed.
- Carvalho, M. (2013). *Gestão em Saúde em Portugal*. Porto: Vida Económica.
- Carvalho, M. (2014). Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. *Revista Katál* Vol 17 No 2, 261-271.
- Carvalho, A. & Rua, O. (2017). *Gestão Recursos Humanos - Abordagem das boas práticas*. Vida Económica.
- Carvalho, A., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F. & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cianciarullo, T., Gualda, D., Melleiro, M. & Anabuki, H. (2008). Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências (4ªed.). Ícone.
- Cleary, M., Horsfall, J. & Happell, B. (2010). Establishing clinical supervision in acute mental health inpatient units: acknowledging the challenges. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(8), 525-531.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf.
- Correia, M. (2016). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18161/1/manuela%20veloso%2028%20%281%29.pdf>
- Correia, T., Martins, M. & Forte, E. (2017). *Segurança em Serviços de Saúde: Processos de Gestão*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18945>
- Costa, C., Laimer, V., Piovesan, R. & Coelho, L. (2016). Competências gerenciais importantes em uma organização hospitalar. *Revista de Administração IMED* Vol. 6, pp. 45-55.
- Costa, D., Parreira, B., Borges, F., Santos, D., Tavares, L. & Goulart, B. Educação em saúde e empoderamento do usuário da estratégia saúde da família. *Revista de*

enfermagem UFPE, 10(1), pp. 96-102. <https://doi.org/10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201613>

- Crosby, P. (1979). *Quality is free: The Art of Making Quality Certain*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Cunha, M. & Santos, E. (2021). *Revisão sistemática da literatura com meta-análise: um guia prático para iniciantes* (1ªed.). Edições Esgotadas.
- Decreto-Lei nº71/2019 da Presidência do Conselho de Ministros. (2019). *Diário da República: I Série*, nº101. <https://files.dre.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>.
- Deming, W. (1994). *The new economics for Industry, Government, Education* (2ªed.). MIT Center for Advanced Educational Services, Cambridge, Massachusetts.
- Ditterich, R., Moysés, S. & Moysés, S. (2012). O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(4), pp. 615-627. <https://www.scielo.br/j/csp/a/Nh9VyYxsYqW47xsrj5cWqjd/?lang=pt>
- Donabedian, A. (2003) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: University Press.
- Ducharme, M., Bernhardt, J., Padula, C. & Adams, J. (2017). Leader Influence, the Professional Practice Environment, and Nurse Engagement in Essential Nursing Practice. *Journal of Nursing Administration*, 47(7/8), pp. 367-375.
- Dzeng, E. (2019). Habermasian communication pathologies in do-not-resuscitate discussions at the end of life: manipulation as an unintended consequence of an ideology of patient autonomy. *Sociology of Health and Illness*, 41(2), pp. 325-342.
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018). *White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology*. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), pp.125-155.
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev_2015.pdf
- Ferreira, A., Martinez, L., Nunes, F. & Duarte, H. (2015). *Gestão de Recursos Humanos para Gestores* (1ªed.). Editora RH.
- Ferreira, R. & Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade dos cuidados.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : Lusodidacta.
- Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), pp.45-53.
- Fragata, J., Rodrigues, V. & Sousa, P. (2011). *Segurança dos Doentes: uma abordagem prática*. Lidel.
- Frederico, M. & Sousa, F. (2022). *Gerir com qualidade em Saúde*. Lidel.

- Freire, R., Landeiro, M., Martins, M., Martins, T. & Peres, H. (2016). Um olhar sobre a promoção da saúde e a prevenção de complicações: diferenças de contextos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* Vol 24, pp 1-9.
- Freitas, J., Silva, A., Minamisava, R., Bezerra, A. & Sousa, M. (2014). Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana*, 22(3), pp.454-460.
- Freitas, C. (2017). A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem (Tese de Mestrado, Católica Instituto de Ciências da Saúde). Repositório Científico de Acesso Aberto: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22918/1/Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>
- Freitas, M., Parreira, P. & Neves, T. (2022). Dotação Segura em Enfermagem. In Parreira, P., Castilho, A., Martins, M., Santos, M., Rocha, M., Souza, M. - *Gestão nas organizações de saúde - Pessoa, formação e desenvolvimento profissional* (1ªed.). Ordem dos Enfermeiros, Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenitos, Portugal.
- Frias, Ana. (2021). Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem. Paraná: Atena Editora.
- Gaki, E., Kontodimopoulos, N. & Niakas, D. (2013). Investigating demographic, workrelated and job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 483-490.
- Gomes, J., Martins, M. & Fernandes, C. (2016). Instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório - revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(5), pp. 1-9.
- Haller, K., Berends, W. & Skillin, P. (2018). Organizational Culture and Nursing Practice: The Magnet Recognition Program as a framework for positive change. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), pp. 328-335.
- Hartmann, C., Lopes, G., Vieira, F. & Samuel, B. (2020). História da promoção da saúde e a "carta de ottawa descrita na integra". *Revista Científica Cognitionis*, pp. 1-18, <https://unilogos.org/revista/wp-content/uploads/2020/07/HIST%C3%93RIA-DA-PROMO%C3%87%C3%83O-DA-SA%C3%9ADE-E-A-CARTA-DE-OTTAWA-DESCR%C3%8DTA-NA-INTEGRA.pdf>
- Heidmann, I., Almeida, M., Boehs, A., Wosny, A. & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enfermagem* Vol 15 No 2, pp. 352-358.
- Hesbeen, W. (2001). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Lusociência.
- Holanda, C., Andrade, F., Bezerra, M., Nascimento, J., Neves, R. & Alves, S. (2015). Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* Vol 20 No 1, pp. 175-184.
- Inhuma, T., Santiago, H. & Sigrist, V. (2017). Gestão do tempo e motivação: Fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam na realização de metas profissionais. *Revista Científica On-line: Tecnologia, Gestão e Humanismo*, 7(1), pp. 29-44. <http://www.fatecguaratingueta.edu.br/revista/index.php/RCO-TGH/article/view/194/187>

- Jayawardhana, J., Welton, J. & Lindrooth, R. (2011) Adoption of national quality forum safe practices by Magnet® hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 41(9), pp. 350-356.
- Jesus, E., Roque, S. & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26-44.
- Juran, J. (1988). *Juran on planning for quality*. Free Press, Nova Iorque e Londres.
- Kalisch, B. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21, pp. 306-313.
- Kalisch, B., & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36, pp. 875-890.
- Kelly, L., McHugh, M. & Aiken L. (2012). Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration* 42 (1), pp.33.
- Kim, K., Shin, Y., Yu, D. & Kim, D. (2017). The Meaning of Social Inclusion for People with Disabilities in South Korea. *International Journal of Disability, Development and Education* Vol 64 No 1, pp. 19-32.
- Kralik, D., Visentin, K. & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), pp. 320-9. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009265306&site=ehost-live>.
- Kruk, M., Gage, A., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H., Roder-DeWan, S. & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: Time for a revolution. *Lancet Global Health*, 11(6), pp. 1196-1252.
- Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*. 25(3), pp. 176-188.
- Lelli, L., Bernardino, E., Peres, A. & Fabríz, L. (2012). Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem* Vol. 17, pp. 262 - 269. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24932>
- Lima, A., Ferreira, M., Martins, M. & Fernandes, C. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4, pp. 28-43.
- Lobo, V. (2020). Presentismo e engagement em enfermeiros. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/33059>.
- Lopes R., & Tocantis, F. (2012). Promoção da saúde e a educação crítica. *Revista Interface - Comunicação Saúde Educação* 16(40), pp. 235-46. <https://www.scielo.org/article/icse/2012.v16n40/235-248/>
- Lourenço, T. (2011). Capacidade funcional do idoso longo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba. (Tese de Mestrado, Universidade Federal do Paraná).
- Manthey, M. (2014). *A prática do Primary Nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento* (2ªed.). Atheneu.

- Mar, M., Esteves, N. & Sousa, A. (2020). Satisfação familiar em cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), pp. 67-77.
- Marquis, B. & Huston, C. (2015). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing* (8ªed.). Wolters Kluwer.
- Martins, A. (2012). Gestão dos fatores motivacionais intervenientes na satisfação/motivação dos profissionais da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Bragança. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10198/8215>
- Martins, P. & Alvim, N. (2012). Plano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem 65(2). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 368 -373. <https://www.scielo.br/j/reben/a/XfLz7rVYT5y5TtNJJFdDzxL/?format=pdf&lang=pt>
- Martins, M., Ribeiro, O. & Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* 1(2), 42-48. <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERV1N2.pdf>
- Martins, M., Ribeiro, O. & Bastos, A. (2022). Formação em Serviço. In Parreira, P., Castilho, A., Martins, M., Santos, M., Rocha, M., Souza, M. - *Gestão nas organizações de saúde - Pessoa, formação e desenvolvimento profissional* (1ªed.). Ordem dos Enfermeiros, Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos, Portugal.
- Martins, M. & Fernandes, H. (2022). O Trabalho do Enfermeiro Gestor em Unidades de Saúde. In Parreira, P., Castilho, A., Martins, M., Santos, M., Rocha, M., Souza, M. - *Gestão nas organizações de saúde - Pessoa, formação e desenvolvimento profissional* (1ªed.). Ordem dos Enfermeiros, Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos, Portugal.
- Manser, T., Foster, S., Gisin, S., Jaekel, D. & Ummenhofer, W. (2010) Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *Quality & safety health care* 19, 1-5.
- Marinho-Araújo, C. & Almeida, L. (2016). Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Vol. 32, pp. 1-10.
- Maxwell, R. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality & safety health care* 1, 171-177.
- McCrae, N. (2011). Whither nursing models: The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing* 68(1), pp. 222-229.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* Vol 23 No 1, pp 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ªed.). London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menegon, F., Santos, J., Gonçalves, N., Vargas, M., Klock, P. & Amestoy, S. (2022) Envolvimento do enfermeiro na tomada de decisão no ambiente hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Journal of Nursing and Health* 12(1). <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21653>

- Meneses, R. & Ribeiro, J. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: Algumas palavras orientadoras da acção. *Análise Psicológica*, 4(18), pp. 523-528.
- Midega, T., Oliveira, H. & Fumis, R. (2019). Satisfação dos familiares de pacientes críticos admitidos em unidade de terapia intensiva de hospital público e fatores correlacionados. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2), pp. 147-155.
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015 - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. *Diário da República*, II Série, n.º 102: 13550-13553.
- Moisoglou, I., Panagiotis, P., Galanis, P., Siskou, O., Maniadaakis, N. & Kaitelidou, D. (2014). Conflict Management in a Greek Public Hospital: Collaboration or Avoidance?. *International Journal of Caring Sciences* 7, pp 75-82.
- Muller, C., Plewnia, A., Becker, S., Rundel, M., Zimmermann, L. & Korner, M. (2015) Expectations and requests regarding team training interventions to promote interdisciplinary collaboration in medical rehabilitation - A qualitative study. *BMC Medical Education* 15(135), 1-14.
- Nascimento, J., Costa, L., Santos, R. & Anjos, D. (2013). Visitas Domiciliares como Estratégias de Promoção da Saúde pela Enfermagem. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 26(4), 513-522.
- Nepomuceno, L. & Kurcgant, P. (2008). Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(4), pp. 665-672.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência* Vol. 8, pp. 125-134.
- Newnham, E., & Kirkham, M. (2019). Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nursing Ethics*, 26(7/8), 2147-2157.
- Nogueira, J. & Moreira, S. (2018). Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) - Extensão 2018/2020. Direção-Geral da Saúde. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/PNSO_2018_2020.pdf
- Okagawa, F., Bohomol, E. & Cunha, I. (2013). Competências desenvolvidas em um curso de especialização em gestão em enfermagem à distância. *Ata Paulista de Enfermagem*, 3(26), pp. 238-244.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, pp. 1-16. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Caderno temático. Modelo de desenvolvimento profissional: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de Certificação de Competências. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 350/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série, n.º 119: 16655-60.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento n.º 556/2017 - Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. *Diário da República*, II Série, n.º 200: 23636- 23638. <https://files.dre.pt/2s/2017/10/200000000/2363623638.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série, n.º 85: 13565-68.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, II Série, n.º 184: 128-155.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ªed.). St. Louis: Mosby.

Orem, D., Renpenning, K. & Taylor, S. (2003). *Self care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company.

Organização Mundial da Saúde (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Padilha, J., Martins, M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C. & Gomes, B. (2021) Olhares sobre os processos formativos em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 83-89.

Paiva, I., Sousa, F. & Lucas, M. (2022). Contributo da gestão para a viabilidade dos cuidados de enfermagem. In Frederico, M. & Sousa, F. *Gerir com Qualidade em Saúde*. Lisboa: Lidel, p. 63-73.

Parreira, P., Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. & Oliveira, A. (2022). Métodos de trabalho para prestação de cuidados de enfermagem. In Parreira, P., Castilho, A., Martins, M., Santos, M., Rocha, M., Souza, M. - *Gestão nas organizações de saúde - Pessoa, formação e desenvolvimento profissional* (1ªed.). Ordem dos Enfermeiros, Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos, Portugal.

Paula, A., Ribeiro, L., D'Elboux, M. & Guariento, M. (2013). Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 11(3), pp. 212-218.

Peixoto, N. & Peixoto T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência Série IV No 11*, 121-132.

- Pereira, R., Guerra, A., Cardoso, M., Santos, A., Figueiredo, M. & Carneiro, A. (2015) Validação da versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 23(2), 345-351.
- Pereira, R. (2018). Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto, <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23040>.
- Pereira, P., Martins, M. & Machado, W. (2021). Enfermagem de Reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas* (pp. 430-449). Lidel.
- Pestana, H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Vieira, L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 47-56). Lusodidacta.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R. & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas* (pp. 67-75). Lidel.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., Cabral-Cardoso, C. & Neves, P. (2016). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (8ª ed.). Editora RH.
- Pinto, C., Parada, F., Antunes, F., Sampaio, F., Silva, H., Caldas, J., André, L. & Mirco, T. (2016). Rede nacional de especialidade hospitalar e referência - Medicina Física e de Reabilitação. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-MFR.pdf>.
- Pires, A. (2012) - *Sistemas de Gestão da qualidade*. Sílabo.
- Pontes, M. & Santos, A. (2016). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Vieira & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed.) (pp.89-100). Lusodidacta.
- Potra, T. (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem não publicada). Universidade de Lisboa. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* 4 (3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.
- Queirós, P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem* 20(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160079>.
- Queiroz, E. & Araújo, T. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia* Vol 19 No 43, pp. 177-187.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005) *Manual de Investigação em ciências sociais*. (4ª ed.). Lisboa: Gradiva.

- Rabenschlag, L., Lima, S., Eberhardt, T., Kessler, M., Soares, R. & Vagheti, H. (2015). Percepção de enfermeiros sobre a gestão da qualidade na assistência de enfermagem. *Journal of Nursing*, 9(11), pp. 9656-9662.
- Reis, G. & Bule, M. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Lusodidacta.
- Revere, L., Black, K., Huq, A. (2004) - Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care. *The TQM Magazine*, 16(2), pp. 105-113.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: LivPsic.
- Ribeiro, O. (2018). *Conceções e Práticas dos Enfermeiros - Olhares sobre um percurso em hospitais portugueses*. Lusodidacta.
- Rocha, J. (2011). *Gestão da qualidade* (2ªed.). Escolar.
- Rocha, M. & Carrasqueiro, C. (2022). Gestão do Tempo. In Parreira, P., Castilho, A., Martins, M., Santos, M., Rocha, M., Souza, M. - *Gestão nas organizações de saúde - Pessoa, formação e desenvolvimento profissional* (1ªed.). Ordem dos Enfermeiros, Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenitos, Portugal.
- Rodrigues, R. (2007). Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Rodrigues, C., Mendonça, D. & Martins, M. (2018). Effects of a nursing care program on functional outcomes in older acute medical in-patients: protocol for a randomized controlled trial. *Porto Biomedical Journal*, 4(2), pp. 1-4.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Climepsi.
- Sampaio, F., Pinto, C., Parada, F., Antunes, F., Silva, H., Caldas, J., André, L. & Mirco, T. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Física e de Reabilitação. Ministério da Saúde.
- Santos, D. (2014). Autoavaliação de saúde, capacidade funcional e perfil demográfico, socioeconómico e clínico entre residentes em instituições de longa permanência para idosos. (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Goiás).
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas* (pp. 19-27). Lidel.
- Schoeller, S., Martins, M., Ribeiro, I., Lima, D., Padilha, M. & Gomes, B. (2018). Breve panorama mundial da enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* 1(1), pp. 6-12.
- Seiffert, L. (2019). Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Federal do Paraná.
- Serra, M., Costa, I., Godinho, S., Henriques, M. & Gouveia, M. (2022). As Auditorias em Enfermagem nas Organizações de Saúde: Revisão Narrativa da Literatura. *Revista Gestão e Desenvolvimento* 30, 317-337.
- Silva, F. (2013). Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. (Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal).

- Silva, V., Camelo, S., Soares, M., Resck, Z., Chaves, L., Santos, F. & Leal, L. (2017). Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 207(52), pp. 1-8. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7rqXgJtZCjDv4KZw6b887kv/?format=pdf&lang=pt>
- Silva, N., Farias, D., Sousa, J., Bezerra, F., Ferreira, L. & Carvalho, P. (2018). Nursing theories applied in the care of oncological patients: contribution to the nurse's clinical practice. *Revista Uningá* 55(2), pp. 59-71.
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos de referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp 35-44.
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro M., Prazeres, V. & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 20-26.
- Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Ribeiro, M. & Cardoso, M. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 72-80.
- Soares, M., Leal, L., Resck, Z., Terra, F., Chaves, L. & Henriques, S. (2019). Avaliação de desempenho por competências em enfermeiros hospitalares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, pp.1-8. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DTdZTLMcz9scj4W9GpYWwRs/?format=pdf&lang=pt>
- Soto-Fuentes, P., Reynaldos-Grandón, K., Martínez-Santana, D. & Jerez-Yáñez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe* Vol. 14, pp. 79 - 99.
- Souza, M., Sousa, I., Vidal, E. & Marinho, M. (2015). Fatores contributivos para motivação dos profissionais de saúde da atenção básica de saúde. *Caderno de Cultura e Ciência*, 13(2), pp. 100-110. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/FqcW7SNHb8zhpHQKWr9xQbn/?lang=pt>
- Stonehouse, D. (2015). Reflective practice: Ensuring quality care. *British Journal of Healthcare Management*, 21(5), 237-241.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sul, S. (2018). Os Hospitais Magnet e suas implicações para a Enfermagem: Recensão Crítica. *Journal of Aging & Innovation*, 7(3), pp.4-1.
- Tamashiro, H., Neri, J., Nascimento, C., Ferreira, V. & Jabur, M. (2019). Uma análise da relação entre práticas de recompensas, comprometimento organizacional, motivação e satisfação dos funcionários nas organizações. *Revista de Administração da UNIMEP*, 17(4), pp. 138-159.
- Tappen, R. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem - Conceitos e Prática* (4ª ed.). Lusociência.

- Teixeira, D., Lopes, J., Sousa, A., Costa, M., Ferreira, E., Baptista, A. & Varela, P. (2020). Grau de satisfação do doente e do MGF com a consulta de Tele dermatologia do CHVNG/E. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia* 78(3).
- Ventura, J., Martins, M., Trindade, L. & Ribeiro, O. (2021). Processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas* (pp. 19-27). Lidel.
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS* 6(2), 278-295.
- Vieira, D., & Estender, A. (2016). Gestão de pessoas e motivação organizacional. *Revista de Administração do UNISAL*, 6(10), pp. 53-73. <http://www.revista.unisal.br/sj/index.php/RevAdministracao/article/view/551>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (1ªed.). Edições Sílabo.
- Ward, A. & Gutenbrunner, C. (2006). Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38, pp.81-86.
- Wills, E. (2016). Grandes teorias da enfermagem baseadas nas necessidades humanas. In M. McEwen & E. Wills, *Bases Teóricas de Enfermagem* (4ªed.) (pp. 133-161). Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2010). Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: cirurgia segura salva vidas. Direção-Geral da Saúde.
- Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias - Um guia para avaliação e intervenção na família* (4ªed.). Roca.
- Yin, R. (2014). *Qualitative Research in Nursing - Advancing the Humanistic Imperative* (5ªed.). Bookman.

ANEXOS

Anexo I - Guião da Entrevista

**GUIÃO DA ENTREVISTA A REALIZAR AOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**OLHARES DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
EM UNIDADES DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR

Nome: Rita Martins

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE

OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A investigação intitulada “Olhares dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação sobre os Cuidados de Enfermagem em Unidades de Medicina Física e Reabilitação” surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como objetivos descrever os cuidados de enfermagem prestados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação e analisar a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em relação a esses cuidados.

Uma vez que sem a sua colaboração não seria possível a realização do referido estudo, agradecemos desde já a participação. A sua opinião é para nós muito importante, neste sentido, numa conversa informal, cujo diálogo é absolutamente sigiloso, pretendemos, essencialmente, que reflita connosco, em alguns aspetos relacionados com os cuidados de enfermagem prestados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação.

A sua participação é fundamental para a realização da investigação, pelo que desde já, agradecemos a sua colaboração, através da resposta a todas as questões.

Muito Obrigada!

Rita Martins

Porto, janeiro de 2022

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

PARTE I - Caracterização sociodemográfica e profissional do participante

Sexo Masculino **Estado civil** Solteiro/a
Feminino Casado/a/ União de facto

Idade _____ (Anos completos) Divorciado/a
Viúvo/a

Grau académico Bacharelato
Licenciatura
Mestrado Área científica _____
Doutoramento Área científica _____

Condição em que exerce a profissão Enfermeiro
Enfermeiro especialista

Tempo de exercício profissional na profissão _____ (Anos completos)

Tempo de exercício profissional no atual serviço _____ (Anos completos)

Tempo de exercício profissional na área de especialidade (Enfermagem de Reabilitação) _____ (Anos completos)

PARTE II – Questões da entrevista

Como se caracteriza a sua prática profissional neste serviço?

No seu dia a dia, em que se baseia para tomar as decisões sobre os cuidados de enfermagem?

Que situações vivencia no seu contexto de trabalho que considera interessantes, para guiar a sua prática e que contribuem para a qualidade dos cuidados?

Que cuidados prestados às pessoas internadas no serviço poderiam ser concretizados pelos enfermeiros de cuidados gerais?

Que cuidados prestados às pessoas internadas no serviço deverão ser apenas concretizados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação?

Como articula o conhecimento específico da área de enfermagem de reabilitação no desenvolvimento da sua prática profissional?


Na sua perspetiva como se deveria organizar o trabalho de enfermagem no serviço, de modo a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados?

Há mais algum aspeto que gostaria de partilhar sobre a sua prática profissional neste serviço?

Mais uma vez, muito obrigada!

Rita Martins

Anexo II - Parecer Favorável da Comissão de Ética

Centro de Epidemiologia Hospitalar
Tomei conhecimento. Nada a opor À DC.
07 de Março de 2022
A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIRECÇÃO CLÍNICA

2022, 03, 09

n.º 51 / 22

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração

Nome do Investigador Principal:

Ana Rita Silva Martins

Título da Investigação:

Olhares dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação sobre os Cuidados de Enfermagem em Unidades de Medicina Física e Reabilitação

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Medicina Física e Reabilitação -


a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro de Epidemiologia Hospitalar respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 2 de fevereiro de 2022 . Ana Rita Silva Martins

Centro Hospitalar
Centro de Epidemiologia Hospitalar
3, 3, 2022


LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração [redacted] (se aplicável)
- Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de [redacted] (se aplicável)
- Protocolo do estudo
- Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- Profissional de ligação
- Informação dos orientadores
- Informação ao participante
- Modelo de consentimento
- Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): Guião da Entrevista
- Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- Protocolo financeiro
- Outros:
Curriculum do Orientador

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 02 de fevereiro de 2022

Nome legível: Ama Rita Silva Martins

Ama Rita Silva Martins

assinatura

Parecer da Comissão de Ética do C [redacted]

Emitido na reunião plenária da CE de 17 / 02 / 2022

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.


Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Título do Projeto: Olhares dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação sobre os cuidados de enfermagem em Unidades de Medicina Física e Reabilitação

Nome da Investigadora: Enf.ª Ana Rita Silva Martins

Onde decorre o Estudo:

Apresentou declaração do

Objetivos do Estudo:

- Descrever os cuidados de Enfermagem prestados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação;
- Analisar a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em relação aos cuidados prestados.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Prof.ª Doutora Olga Ribeiro.

Conceção e Pertinência do estudo:

Os cuidados de enfermagem de reabilitação constituem uma área de intervenção especializada que visam a manutenção e a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível recorrendo à promoção do autocuidado, à prevenção de complicações e à maximização de capacidades (OE, 2019).

A Medicina Física e de Reabilitação é uma área de especialidade responsável pelo diagnóstico, prevenção, tratamento, reabilitação e integração da pessoa afetada por doença, traumatismo ou deficiência, em todas as idades e nas condições agudas e crónicas (Pinto et al., 2016). Neste enquadramento, e apesar da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, determinar a existência do número de enfermeiros com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, atualmente deparamo-nos com serviços de medicina física e de reabilitação com diferentes constituições das equipas, nomeadamente no que se refere aos profissionais de enfermagem.

Na sequência do referido, a inexistência de estudos que visam conhecer a perceção dos enfermeiros sobre essas realidades distintas, constituiu uma das principais motivações desta investigação.

De modo a responder aos objetivos será desenvolvido um estudo de caso de cariz qualitativo, numa amostra constituída por todos os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (17) da Unidade de Medicina física e Reabilitação. A técnica de amostragem usada será intencional.

O instrumento de colheita de dados usado será uma entrevista semiestruturada (guião anexo) porque não sendo inteiramente aberta, nem comportando um conjunto rígido de questões, possibilitará, através da interação entre o entrevistado/entrevistador, o emergir de questões e dados que, não tendo sido considerados previamente, poderão contribuir para o enriquecimento da informação recolhida.

Estão claros os procedimentos de acesso aos participantes.

Benefício/risco:

Apenas o incómodo do tempo despendido para a entrevista, que será sempre agendada de acordo com a disponibilidade do participante.

Confidencialidade dos dados:

Para a caracterização sociodemográfica e profissional apenas serão recolhidos os dados estritamente necessários. As respostas dos participantes serão codificadas. Após a publicação dos resultados, serão destruídas as gravações.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

O consentimento informado é o [REDACTED] e apresentou uma adequada informação a disponibilizar aos participantes. Está prevista a autorização para a gravação da entrevista.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: julho de 2022

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização do estudo.

Porto, 17 de fevereiro de 2022

A Relatora da CE, Enf.ª Teresa Guerreiro



Anexo III - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsinquia" da Associação Médica Mundial (Helsinquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seoul 2008; Fortaleza 2013)

Designação do Estudo (em português)

Olhares dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação sobre os Cuidados de Enfermagem em Unidades de Medicina Física e Reabilitação

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: Não Sim (Nº de páginas 1)

O Investigador responsável

Nome: Ana Rita Silva Martins _____
legível assinatura

Identificação do participante

Nome: _____
BI/ CC nº: _____

Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ___ / ___ / ___ _____
assinatura

Nome (País/Representante legal): _____
BI/ CC nº: _____ Grau de parentesco: _____

Data: ___ / ___ / ___ _____
assinatura

Anexo IV - Informação ao participante

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

“OLHARES DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO”

IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR

Nome: Ana Rita Martins - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Medicina Física e Reabilitação [REDACTED]

A investigação intitulada “Olhares dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação sobre os Cuidados de Enfermagem em Unidades de Medicina Física e Reabilitação” surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como objetivos descrever os cuidados de enfermagem prestados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação e analisar a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em relação a esses mesmos cuidados. Para responder aos objetivos pretendidos iremos organizar um estudo de caso de natureza qualitativa.

Uma vez que sem a sua colaboração não seria possível a realização do referido estudo, agradecemos desde já a participação. A sua opinião é para nós muito importante, neste sentido, numa conversa informal, cujo diálogo é absolutamente sigiloso, pretendemos, essencialmente, que reflita connosco, em alguns aspetos relacionados com os cuidados de enfermagem prestados numa unidade de Medicina Física e Reabilitação.

Atendendo aos objetivos do estudo, não se preveem riscos para os enfermeiros participantes, apenas o incómodo relacionado com o tempo/ duração da entrevista.

Considerando o carácter voluntário da participação, a qualquer momento, poderão solicitar novas informações e esclarecimentos, ou mesmo interromper a sua participação, se assim o desejarem. Além do consentimento para a participação no estudo, será solicitada a sua autorização para a gravação da entrevista.

Informamos ainda que ficam salvaguardados o anonimato e a confidencialidade de todas as respostas dos participantes. Os dados obtidos serão apenas utilizados para fins de investigação.

A investigação foi aprovada pela Comissão Ética do [REDACTED]
[REDACTED]

A sua participação é fundamental para a realização da investigação, pelo que desde já, agradecemos a sua colaboração.

Muito Obrigada!

Rita Martins

Anexo V - “Instrumento de classificação de doentes pelo nível de capacitação para o autocuidado”

Proposta de instrumento para fundamentar a distribuição de doentes tendo em vista a capacitação para o autocuidado

Nome do instrumento: **Instrumento de classificação de doentes pelo nível de capacitação no autocuidado**

Instrução de preenchimento: Avaliar o doente em relação aos 8 indicadores do autocuidado e selecionar a opção que melhor traduz a atual condição do doente. Em seguida, proceder à soma dos pontos e comparar com a escala para classificação do doente pelo nível de capacitação para o autocuidado.	
Autocuidado	Condição do doente
Autocuidado: Tomar Banho	1 - Doente independente na concretização das atividades inerentes a este autocuidado 2 - Doente com potencial de recuperação, conhece e já treinou as estratégias adaptativas, mas tem necessidade de supervisão na concretização dessas estratégias 3 - Doente com potencial de recuperação, conhece as estratégias adaptativas, mas ainda não treinou; para além da instrução e treino, tem necessidade de ser substituído na concretização dessas estratégias 4 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; para além do ensino, tem necessidade de ser substituído na concretização das atividades 5 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; a condição clínica atual dificulta cuidados intencionalmente focados na capacitação
Autocuidado: Vestir-se/ Despir-se	1 - Doente independente na concretização das atividades inerentes a este autocuidado 2 - Doente com potencial de recuperação, conhece e já treinou as estratégias adaptativas, mas tem necessidade de supervisão na concretização dessas estratégias 3 - Doente com potencial de recuperação, conhece as estratégias adaptativas, mas ainda não treinou; para além da instrução e treino, tem necessidade de ser substituído na concretização dessas estratégias 4 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; para além do ensino, tem necessidade de ser substituído na concretização das atividades 5 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; a condição clínica atual dificulta cuidados intencionalmente focados na capacitação
Autocuidado: Arranjar-se	1 - Doente independente na concretização das atividades inerentes a este autocuidado 2 - Doente com potencial de recuperação, conhece e já treinou as estratégias adaptativas, mas tem necessidade de supervisão na concretização dessas estratégias

	<p>3 - Doente com potencial de recuperação, conhece as estratégias adaptativas, mas ainda não treinou; para além da instrução e treino, tem necessidade de ser substituído na concretização dessas estratégias</p> <p>4 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; para além do ensino, tem necessidade de ser substituído na concretização das atividades</p> <p>5 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; a condição clínica atual dificulta cuidados intencionalmente focados na capacitação</p>
Autocuidado: Alimentar-se	<p>1 - Doente independente na concretização das atividades inerentes a este autocuidado</p> <p>2 - Doente com potencial de recuperação, conhece e já treinou as estratégias adaptativas, mas tem necessidade de supervisão na concretização dessas estratégias</p> <p>3 - Doente com potencial de recuperação, conhece as estratégias adaptativas, mas ainda não treinou; para além da instrução e treino, tem necessidade de ser substituído na concretização dessas estratégias</p> <p>4 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; para além do ensino, tem necessidade de ser substituído na concretização das atividades</p> <p>5 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; a condição clínica atual dificulta cuidados intencionalmente focados na capacitação</p>
Autocuidado: Uso do sanitário	<p>1 - Doente independente na concretização das atividades inerentes a este autocuidado</p> <p>2 - Doente com potencial de recuperação, conhece e já treinou as estratégias adaptativas, mas tem necessidade de supervisão na concretização dessas estratégias</p> <p>3 - Doente com potencial de recuperação, conhece as estratégias adaptativas, mas ainda não treinou; para além da instrução e treino, tem necessidade de ser substituído na concretização dessas estratégias</p> <p>4 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; para além do ensino, tem necessidade de ser substituído na concretização das atividades</p> <p>5 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; a condição clínica atual dificulta cuidados intencionalmente focados na capacitação</p>
Autocuidado: Posicionar-se	<p>1 - Doente independente na concretização das atividades inerentes a este autocuidado</p> <p>2 - Doente com potencial de recuperação, conhece e já treinou as estratégias adaptativas, mas tem necessidade de supervisão na concretização dessas estratégias</p> <p>3 - Doente com potencial de recuperação, conhece as estratégias adaptativas, mas ainda não treinou; para além da instrução e treino, tem necessidade de ser substituído na concretização dessas estratégias</p>

	<p>4 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; para além do ensino, tem necessidade de ser substituído na concretização das atividades</p> <p>5 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; a condição clínica atual dificulta cuidados intencionalmente focados na capacitação</p>
Autocuidado: Transferir-se	<p>1 - Doente independente na concretização das atividades inerentes a este autocuidado</p> <p>2 - Doente com potencial de recuperação, conhece e já treinou as estratégias adaptativas, mas tem necessidade de supervisão na concretização dessas estratégias</p> <p>3 - Doente com potencial de recuperação, conhece as estratégias adaptativas, mas ainda não treinou; para além da instrução e treino, tem necessidade de ser substituído na concretização dessas estratégias</p> <p>4 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; para além do ensino, tem necessidade de ser substituído na concretização das atividades</p> <p>5 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; a condição clínica atual dificulta cuidados intencionalmente focados na capacitação</p>
Autocuidado: Andar	<p>1 - Doente independente na concretização das atividades inerentes a este autocuidado</p> <p>2 - Doente com potencial de recuperação, conhece e já treinou as estratégias adaptativas, mas tem necessidade de supervisão na concretização dessas estratégias</p> <p>3 - Doente com potencial de recuperação, conhece as estratégias adaptativas, mas ainda não treinou; para além da instrução e treino, tem necessidade de ser substituído na concretização dessas estratégias</p> <p>4 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; para além do ensino, tem necessidade de ser substituído na concretização das atividades</p> <p>5 - Doente com potencial de recuperação, não conhece, nem treinou as estratégias adaptativas; a condição clínica atual dificulta cuidados intencionalmente focados na capacitação</p>
<p>Escala para classificação do doente pelo nível de capacitação para o autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ≤ 8 pontos = Doente independente ✓ 9 a 19 pontos = Doente com potencial de recuperação - prestação de cuidados num padrão de apoio/educação ✓ 20 a 30 = Doente com potencial de recuperação - prestação de cuidados num padrão parcialmente compensatório ✓ 31 a 40 = Doente com potencial de recuperação - no momento atual, com prestação de cuidados num padrão totalmente compensatório 	

