

"Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."

Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

Agradeço a todos os colegas e amigos que, com o seu contributo, permitiram que este estudo se realizasse. Obrigado pelo vosso tempo, disponibilidade e saberes!

Agradeço à Professora Coordenadora Teresa Santos Potra, pela orientação, estímulo e disponibilidade.

Dedico este trabalho à Elsa Coutinho, pelo seu contributo para o desenvolvimento da Profissão de Enfermagem no IDT, IP. e, por tudo o que me permitiu, com ela aprender. Obrigado Elsa!

Lista de abreviaturas e siglas

DRLVT – Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

ET – Equipa de Tratamento

ICN – International Council of Nurses

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP.

Min. - Minutos

OE – Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

Sem – Semana

Sida – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

Os recursos humanos são fundamentais para garantir o funcionamento das organizações.

De acordo com a literatura, dotações insuficientes de enfermeiros têm um impacto negativo nos resultados dos clientes, profissionais e organização.

Assim, o estudo das horas de enfermagem necessárias para que o enfermeiro desempenhe as funções que lhe estão cometidas nas unidades de saúde é fundamental para que os gestores possam tomar decisões de contratação, que garantam a segurança, qualidade e sustentabilidade do serviço de saúde.

É neste contexto, que surge o presente estudo, que tem como finalidade a produção de conhecimento sobre as atividades que compõem o exercício profissional dos Enfermeiros na área específica do tratamento em ambulatório de pessoas com adição e a sua tradução em horas de enfermagem.

Os objetivos do estudo são: “Identificar as atividades que compõem o exercício profissional dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento do IDT, IP.” e “Identificar os tempos médios de execução de cada uma das atividades que compõem o exercício profissional dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento do IDT, IP”.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, que utilizou como abordagem metodológica a Técnica de Delphi.

O estudo decorreu em duas fases. Foram aplicados por via eletrónica questionários a 17 peritos na primeira fase e a 15 peritos na segunda fase.

Procedeu-se à análise estatística dos dados, recorrendo ao software SPSS, versão 20.

Os resultados obtidos remetem-nos para uma elevada abrangência da intervenção dos enfermeiros, tendo sido identificadas atividades relacionadas com a prestação de cuidados, gestão, formação, supervisão e assessoria.

Como principais conclusões do estudo, destacamos o elevado grau de concordância relativamente às atividades de enfermagem propostas e, a identificação dos tempos médios de execução para cada atividade.

Assim, consideramos que os resultados obtidos, poderão constituir-se como uma mais-valia para a definição da dotação de enfermeiros no contexto de cuidados estudado.

Palavras-chave: Dotação de enfermeiros, atividades de enfermagem, tempos médios

ABSTRACT

The human resources are essential to guarantee the running of the institutions.

According to some literature, insufficient appropriations of nurses have a negative impact in the outcomes of clients, professionals and organizations.

Thus, the study of nursing hours that are needed for a nurse to make their functions in the health care unit, is fundamental for managers to make decisions of hiring, to ensure the safety, quality and sustainability of the health care.

It's in this context, that appears the present study, which has the finality of giving knowledge about the activities that defines the professional exercise of nursing in the specific area of ambulatory treatment with addicted persons and their conversion in nursing hours.

The study objectives are: "Identify the activities that defines the professional exercise of nursing in the treatments teams of IDT, IP" and "Identify the standard time of execution of each activities, which compose the professional exercise of nursing in the treatments team of IDT, IP".

This is a quantitative nature study, which uses as methodological approach the Delphi's technique.

The study took place in 2 phases. It has been applied web questionnaires to 17 experts in the first phase and then to a 15 experts in the second phase.

We proceeded to the statistical data analysis resorting to the SPSS software, 20 version.

The final results indicate-us to a high embracing of nurses interventions, it had been identified activities related with provision of nursing care, management, training, supervision, and advisement.

As the main conclusions we can highlight the high level of agreement relative to the proposal nursing activities and the identification of average execution time to each activity.

Therefore, we had considered that the obtained results can be incorporated as a good asset to the definition of nurse appropriation, in this studied healthcare context.

Keywords: appropriations of nurses, nursing activities, average time

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1 Fenómeno da Toxicodependência	7
1.2 Intervenção terapêutica de enfermagem dirigida á pessoa com comportamentos aditivos e dependência	8
1.3 Gestão de Recursos Humanos em Enfermagem	12
1.4 Dotação de Enfermeiros	14
1.4.1 Métodos de cálculo da dotação de Enfermeiros	15
2 METODOLOGIA	20
2.1 Contexto do estudo	20
2.2 Questão de investigação e objetivos do estudo	22
2.3 Tipo de estudo	23
2.3.1 Técnica de Delphi	23
2.4 Desenho do estudo	24
2.4.1 Método e procedimentos de colheita de dados	26
2.5 Amostra	29
2.6 Método de análise dos dados	31
2.7 Considerações Éticas	31
3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32

3.1	Caraterização dos participantes	32
3.2	Atividades que caraterizam o posto de trabalho dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento	35
3.3	Tempos médios de execução por atividade	40
4	CONCLUSÕES	53
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Critérios de consenso	25
Quadro 2. Critérios de seleção dos participantes	30
Tabela 1. Caracterização etária (anos)	32
Tabela 2. Habilitações académicas	33
Tabela 3. Título profissional	33
Tabela 4. Antiguidade na profissão (anos)	34
Tabela 5. Exercício profissional em comportamentos aditivos e dependências (anos)	34
Tabela 6. Área de atuação na equipa de tratamento	34
Tabela 7. Nível de consenso referente à categoria “prestação direta de cuidados”	35
Tabela 8. Nível de consenso referente à categoria “prestação indireta de cuidados”	37
Tabela 9. Nível de consenso referente à categoria “gestão”	37
tabela 10. Nível de consenso referente à categoria “formação, supervisão, investigação e assessoria”	39
Tabela 11. Tempo médio de execução atribuído às atividades que integram a categoria “prestação direta de cuidados”	41
Tabela 12. Tempo médio de execução atribuído às atividades que integram a categoria “prestação indireta de cuidados” (min/semana)	45
Tabela 13. Tempo médio de execução atribuído às atividades que integram a categoria “gestão” (min/semana)	47
Tabela 14. Tempo médio de execução atribuído às atividades que integram a categoria “formação, supervisão, investigação e assessoria” (min/semana)	49

INTRODUÇÃO

A gestão de recursos humanos é uma das áreas de maior importância na gestão das organizações. Ao nível das organizações de saúde os profissionais são considerados a base do sistema, sendo fundamentais para garantir o funcionamento dos serviços, a qualidade dos cuidados prestados e a equidade no acesso por parte do cidadão.

Para se atingir o sucesso de uma organização no planeamento dos recursos humanos, tem que existir uma interligação entre os interesses da organização e os interesses dos colaboradores, garantindo-se:

um fluxo de profissionais com um perfil ideal, na quantidade necessária e no momento certo que permitam à empresa atingir os seu objetivos (...) um plano de carreiras, identificando os colaboradores de elevado potencial e criando para eles um percurso profissional que lhes dê uma perspectiva de desenvolvimento a médio e longo prazo, a ritmo compatível com as suas ambições e com a capacidade de resposta organizacional (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010, p. 451).

A garantia destas condições é fundamental, para promover a retenção dos profissionais mais qualificados.

Atualmente, a mudança nas organizações, decorrente das alterações nas políticas de saúde é frequente, o que obriga a uma elevada capacidade de adaptação por parte dos profissionais.

O processo de mudança, pode ser condicionado por factores de ordem psicológica, relacionados com a resistência à mudança por parte das pessoas (evitamento da incerteza, rotinas defensivas, auto interesse e descrença na mudança) e por factores organizacionais (condução incorreta dos processos de mudança por parte dos gestores: défices de comunicação e utilização indevida de processos e técnicas) (Cunha, Rego, Cunha, & Cabral-Cardoso, 2007).

Meleis (2010) refere os períodos de mudança nas organizações, como transições organizacionais. As transições organizacionais são as que ocorrem na estrutura, função ou dinâmica da organização e que afectam não só, a vida dos profissionais, como também a vida dos clientes. Estas transições provocam alterações no ambiente e podem ser desencadeadas por factores externos à organização (alterações de nível social, político, económico), ou por factores internos à organização (alterações na estrutura ou dinâmica organizacional).

Como exemplos de transições organizacionais, Meleis (2010) refere as alterações de pessoal (redução de efectivos, rotatividade e integração de profissionais recém-formados), a implementação de novos métodos de trabalho, a introdução de nova tecnologia, entre outros.

Nas transições organizacionais, a relação entre as pessoas e os subsistemas organizacionais é fundamental para ditar o curso das mesmas, uma vez que podem influenciar positivamente ou negativamente o seu processo. Como fatores que concorrem para uma evolução positiva das transições, Meleis (2010) refere a colaboração entre a equipa, a comunicação efectiva, o apoio de pessoas ou grupos chave e a existência de um modelo de suporte para os profissionais.

Na atual conjuntura económica, pede-se às organizações de saúde eficácia e contenção de custos, sem descurar a garantia da qualidade dos cuidados e a equidade na acessibilidade aos mesmos, por parte do cidadão.

A contenção de custos implica por vezes a redução de recursos humanos, o que representa para os enfermeiros gestores um enorme desafio. Se por um lado têm que dar resposta aos objetivos da organização, simultaneamente têm que gerir equipas de enfermagem com redução de horas de cuidados, garantindo a qualidade e a segurança dos mesmos e, ainda os direitos dos profissionais legalmente estabelecidos. Relativamente às relações entre a pessoa e a organização, Meleis (2010) alerta-nos para a importância de se acautelarem os enquadramentos legais e éticos.

As dotações de pessoal interferem com a gestão e organização dos cuidados de enfermagem e, como demonstra a evidência científica, têm impacto nos doentes,

nos enfermeiros e na organização (O'Brien-Pallas & Hayes, 2008; Unruh, 2008; ICN, 2006).

Assim, as dotações seguras são atualmente uma preocupação das instâncias nacionais e internacionais, responsáveis por garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE) e o International Council of Nurses (ICN).

No entanto, definir dotações de pessoal e, nomeadamente, dotações seguras é complexo, tanto mais que a sua definição contempla, a avaliação da complexidade da situação clínica dos doentes, o que nem sempre é possível fazer de forma sistematizada, devido à ausência de sistemas de informação adequados.

De acordo com o ICN (2006), as dotações seguras são multideterminadas, englobam aspectos como a quantidade de profissionais, a carga de trabalho, o ambiente de trabalho, a complexidade dos doentes, o nível de qualificação dos enfermeiros, a combinação do pessoal de saúde (skill mix), a eficiência e eficácia em termos de custos e a ligação aos resultados dos doentes e dos enfermeiros.

As dotações seguras "...refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização" (ICN, 2006, p.6).

Assim, a definição das horas de cuidados necessárias e, conseqüentemente, a correta alocação de enfermeiros são essenciais, para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados nas diferentes organizações.

Um número insuficiente de horas de enfermagem traduz-se num aumento da carga de trabalho, com conseqüente impacto negativo nos profissionais (insatisfação profissional, desmotivação, stress/bournout e aumento dos acidentes de trabalho) e nas organizações (perda de produtividade relacionada com o absentismo, com os custos decorrentes da rotatividade dos profissionais e com a redução da qualidade e aumento dos eventos adversos) (O' Brien-Pallas *et al.*, 2010; Unruh, 2008; Macphee, Ellis, & Maccutcheon, 2006; Lankshear, Sheldon, & Maynard, 2005).

Apesar de existirem vários estudos que analisam a relação entre as dotações de enfermeiros e os resultados nos doentes, nos profissionais e na organização, estes realizaram-se essencialmente em ambiente hospitalar. Da pesquisa efetuada não encontramos estudos em serviços de saúde mental/psiquiatria e mais especificamente, em serviços especializados no tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, área que nos interessa estudar.

A necessidade da realização do presente estudo, surge da ausência de diretrizes que permitam definir a dotação de enfermeiros nos serviços responsáveis pelo tratamento em ambulatório da pessoa com comportamentos aditivos e dependências, mais concretamente, nas Equipas de Tratamento, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, IP).

O IDT, IP é, de acordo com a sua Lei Orgânica, um Instituto Público integrado na administração indireta do estado. É dotado de autonomia administrativa e património próprio. Prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro (Decreto-Lei nº221/2007, de 29 de Maio).

No entanto, apesar de o IDT, IP ser um Instituto, sob a tutela do Ministério da Saúde, nem sempre é contemplado nos seus estudos e diretrizes, como se verifica no caso das dotações de enfermeiros.

O Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros têm emitido recomendações, sobre os indicadores a ter em conta na definição da dotação de enfermeiros, as últimas das quais já em 2011. No entanto as recomendações emitidas destinam-se aos serviços hospitalares e aos cuidados de saúde primários, não contemplando os serviços de intervenção em comportamentos aditivos (Ministério da Saúde; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A ausência de recomendações sobre esta matéria tem sido sentida pelos Coordenadores de Enfermagem das Equipas de Tratamento, como um problema que urge resolver.

Frequentemente perguntamo-nos: “Estará o atual modelo de planeamento e alocação de recursos humanos de enfermagem, adequado às necessidades de cuidados dos clientes?”.

Face ao exposto, consideramos fundamental identificar as atividades que caracterizam o posto de trabalho dos enfermeiros e, os tempos médios de execução afetos a cada uma delas, para que seja possível proceder-se a um planeamento eficiente de recursos humanos, para cada Equipa de Tratamento.

Tendo em conta que existem especificidades relacionadas com as áreas geográficas (equipas de tratamento localizadas em áreas rurais e de difícil acessibilidade comparativamente com equipas localizadas em locais de fácil acessibilidade) e práticas profissionais distintas, tanto ao nível da prestação de cuidados como da gestão, formação e supervisão, importa numa primeira fase identificar quais são as atividades que compõem o posto de trabalho dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento e, numa segunda fase definir as horas de enfermagem necessárias para lhes dar resposta.

Assim, consideramos que pelo facto de não existirem no nosso contexto de trabalho, indicadores que permitam definir quantitativa e qualitativamente o número de enfermeiros, possa ocorrer uma gestão pouco eficaz destes profissionais o que, como pudemos anteriormente verificar, poderá ter um impacto negativo na qualidade dos cuidados, na segurança dos doentes (aumento de eventos adversos), nos profissionais (devido à sobrecarga de trabalho) e na organização (pelo absentismo provocado pelas doenças profissionais, rotatividade dos profissionais com a consequente redução da produtividade).

Face ao exposto, considerámos da máxima pertinência explorar a problemática da dotação de pessoal de enfermagem, nas equipas de tratamento do IDT, IP, o que se constituiu, como tema desta dissertação.

Assim, o presente estudo teve como finalidade, a produção de conhecimento sobre as atividades que compõem o exercício profissional dos Enfermeiros na área específica do tratamento em ambulatório de pessoas com adição e, a sua tradução em horas de cuidados de enfermagem.

Para dar resposta à finalidade do estudo, formulámos a seguinte pergunta de investigação:

“Quais as atividades a ter em conta no modelo de planeamento e alocação de recursos humanos de enfermagem, nas equipas de tratamento, de forma a garantir a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados de enfermagem?”

Consideramos que um conhecimento mais aprofundado das atividades que compõem o exercício profissional dos enfermeiros no contexto das Equipas de Tratamento e, dos respetivos tempos de execução, poderá constituir-se com um importante contributo para uma gestão efetiva dos recursos humanos de enfermagem, nesta área.

O presente Relatório encontra-se estruturado em cinco partes. A primeira parte diz respeito à introdução, onde justificamos a pertinência do estudo. Segue-se o primeiro capítulo referente ao enquadramento teórico, neste capítulo realizamos uma revisão teórica das temáticas que suportam o estudo, nomeadamente a problemática da toxicoddependência, a intervenção terapêutica de enfermagem dirigida à pessoa com comportamentos aditivos e dependência, a gestão de recursos humanos, a dotação de enfermeiros e os respetivos métodos de cálculo. O segundo capítulo refere-se às questões metodológicas, nomeadamente a caracterização do contexto, o paradigma de investigação, a abordagem metodológica, o desenho do estudo e os métodos e procedimentos utilizados para o tratamento dos dados. No terceiro capítulo procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados. Por último, o quarto capítulo onde apresentamos as principais conclusões do estudo.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Fenómeno da Toxicodependência

O consumo de substâncias psicoativas é um fenómeno conhecido desde os primórdios da humanidade.

Em Portugal, estão integrados em estruturas de tratamento para os comportamentos aditivos e dependências 37 983 indivíduos (IDT, I.P., 2011). No que se refere à sua caracterização a maior prevalência pertence ao sexo masculino com 82,79% dos indivíduos. A média etária é de 38 anos, encontrando-se, no entanto, em acompanhamento nos serviços clientes com idades inferiores a 14 anos (IDT, I.P., 2011).

A toxicodependência está muitas vezes associada a patologias infecciosas, nomeadamente infeção VIH/SIDA e hepatites (B e C) e à presença de mortes prematuras (United Nations, 2012). A tuberculose, as patologias psiquiátricas, a criminalidade e os problemas de ordem social, são também uma realidade desta população.

As múltiplas problemáticas apresentadas pelos clientes requerem uma intervenção especializada e multidisciplinar. Os enfermeiros integram e, têm um papel fundamental nas equipas multidisciplinares, por serem os profissionais que mais intervêm com os clientes, ao longo do seu processo de tratamento.

1.2 Intervenção terapêutica de enfermagem dirigida á pessoa com comportamentos aditivos e dependência

Tendo em conta, que o presente estudo se realiza numa área específica de intervenção dos enfermeiros, consideramos pertinente começar por abordar a especificidade da intervenção de enfermagem nessa área e, também, a especificidade da população alvo dos cuidados de enfermagem, a população toxicodependente.

A enfermagem é considerada uma disciplina direcionada para a prática, pelo que o desenvolvimento do conhecimento e da teoria de enfermagem deve "...fornecer uma base sólida que ajude a conhecer as diferentes necessidades em cuidados de enfermagem e as melhores formas de cuidar das pessoas, famílias e comunidades". (Pereira, 2009, p. 18)

O exercício profissional dos enfermeiros centra-se "...na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa, ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas" (OE, 2001, p. 8) . A relação terapêutica que se estabelece caracteriza-se por ser uma relação de parceria, à qual subjaz o respeito pelas capacidades e pela valorização da pessoa enquanto parceira de cuidados.

No contexto do tratamento da pessoa com comportamentos aditivos e dependência, impõe-se que a relação seja centrada no cliente, cabendo ao enfermeiro estabelecer com a pessoa objetivos terapêuticos de curto, médio e longo prazo, tendo em conta as necessidades de cuidados identificadas e, a individualidade da pessoa, nomeadamente os seus valores, crenças e preferências únicas e concretas(Registered Nurses's Association of Ontario, 2009).

Segundo Meleis (2010), os encontros entre o enfermeiro e o sujeito dos seus cuidados (pessoa, família, grupo ou comunidade) ocorrem sempre nos processos de transição. As transições são um conceito central da disciplina de enfermagem, e definem-se como a passagem ou o movimento de um estado, condição ou lugar, para outro.

Podem ocorrer em simultâneo vários tipos de transições no indivíduo, o que requer da parte do profissional uma avaliação pormenorizada da situação, no sentido de poder compreender a experiência de transição e intervir de forma adequada, ajudando-o a desenvolver competências para a ultrapassar (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacker, 2000).

Compete então ao enfermeiro intervir de forma a facilitar os processos de transição. Como indicadores de transições bem sucedidas, Meleis (2010) define o bem estar subjectivo, o bem estar nas relações e o domínio do novo papel.

A intervenção de enfermagem na área específica da adição é complexa, constituindo-se como uma área de especialidade em alguns países. De acordo com a American Society of Addiction Medicine (2011), a adição é uma doença crónica de recompensa do cérebro, da motivação e dos circuitos relacionados. Caracteriza-se por: incapacidade da pessoa em manter-se abstinente, dificuldade em controlar o comportamento, *craving*, desvalorização dos problemas graves e das relações interpessoais e, ainda, por uma resposta emocional disfuncional.

Esta Sociedade alerta-nos para o facto do carácter de doença crónica da adição fazer com que, existam períodos de abstinência e de recaída, podendo os últimos causar níveis de angústia elevados, tanto nos clientes como nos profissionais que deles cuidam.

Além das problemáticas acima referidas os clientes podem também apresentar comorbilidades de saúde mental e/ou física, desinserção social e familiar e problemas judiciais (OEDT, 2011).

Face às problemáticas referidas e ao carácter de cronicidade da adição, o acompanhamento destas pessoas ocorre durante vários anos, implicando nos clientes integrados em programa farmacológico, uma intervenção de enfermagem diária, semanal e em casos excepcionais quinzenal. Assim, é evidente a complexidade que o estabelecer e manter uma relação terapêutica com a pessoa com dependência comporta, bem como os desafios que coloca aos profissionais de enfermagem. Como se pode inferir, durante o período de tratamento a pessoa pode passar por transições de todas as categorias, nomeadamente:

- ✓ Transições desenvolvimentais – como se verificou anteriormente, o grupo etário das pessoas em tratamento é bastante abrangente, tendo início antes dos 14 anos e podendo prolongar-se pela idade adulta. Assim, os processos de tratamento exigem, num número elevado de situações, o acompanhamento do indivíduo por vários anos;
- ✓ Transições saúde/doença – durante o processo de tratamento, a pessoa confronta-se com o diagnóstico de doenças decorrentes ou potenciadas pelo consumo de substâncias psicoativas. O profissional de enfermagem tem uma intervenção fundamental na promoção do autocuidado, no processo de aceitação da doença e na capacitação para a gestão do regime terapêutico;
- ✓ Transições situacionais – durante o processo de tratamento, a pessoa confronta-se com diferentes problemáticas que obrigam à reformulação do seu papel, nomeadamente as decorrentes da parentalidade, da situação laboral, da dependência económica, da emigração, entre outras.

Assim, consideramos que a intervenção de enfermagem nesta área adquire um carácter processual. Para tal, socorremo-nos da definição utilizada por Lopes (2006), que apesar de se reportar a uma área de cuidados distinta, consideramos poder adequar-se à realidade dos comportamentos aditivos.

Para este autor o processo de intervenção terapêutica de enfermagem “...engloba a totalidade da intervenção da enfermeira, dirigida ao doente e família, bem como à interface destes com o grupo e organização” (Lopes, 2006, p.280).

Este processo tem início no momento da admissão do cliente e termina, quando cessa o seu tratamento.

À medida que o processo se desenrola o enfermeiro adquire um maior conhecimento sobre as múltiplas problemáticas do cliente, bem como dos recursos internos e externos que este possui para as ultrapassar.

O conhecimento profundo da realidade interna e externa do cliente é fundamental, para que o enfermeiro o possa ajudar a mobilizar os recursos internos e do meio envolvente, reconstruindo a representação mental do estado de saúde, alicerçado

nas capacidades de lidar de forma eficaz com os desafios que se lhe colocam, adquirindo um sentimento de autocontrolo nas situações de transição (Pereira, 2009).

Nas Equipas de Tratamento, a intervenção dos enfermeiros foca-se essencialmente na prestação direta de cuidados. As atividades desenvolvidas nesta área estão em grande medida relacionadas com a administração de terapêutica, realizada no contexto de uma consulta de enfermagem. Esta consulta é fundamental pelas múltiplas dimensões que permite trabalhar, nomeadamente as questões relacionadas com a adesão terapêutica, o abuso de substâncias, a promoção de estilos de vida saudáveis e a redução de comportamentos de risco, entre outras. Esta atividade por se realizar com frequência (diária, semanal ou quinzenal), é habitualmente de curta duração.

Nas equipas de tratamento, os enfermeiros realizam ainda consultas de enfermagem programadas, com tempos de execução superiores às anteriores. Essas consultas têm diferentes finalidades, entre as quais: o acompanhamento de clientes enquanto técnicos de referência, a promoção de estilos de vida saudáveis, a admissão em programa farmacológico, o planeamento familiar e acompanhamento de grávidas, o aconselhamento, diagnóstico e referenciação (ADR) relacionado com a infeção VIH/Sida, entre outras.

As intervenções anteriormente referidas, são habitualmente de âmbito individual, no entanto em algumas equipas os enfermeiros realizam também intervenções de grupo, dirigidas a clientes com problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas e aos seus familiares.

Consideramos pertinente acrescentar, que no processo de intervenção terapêutica, estão também incluídas um conjunto de actividades, que embora não façam parte da prestação directa de cuidados, são fundamentais para garantir a continuidade e efetividade das mesmas, como por exemplo a articulação interinstitucional e, a participação em grupos de trabalho do Instituto ou com estruturas da Comunidade .

É através da articulação com as estruturas da comunidade (Cuidados de Saúde Primários, Hospitais, Cáritas, Farmácias, Centros de Emprego e Formação

Profissional, Instituições Particulares de Solidariedade Social, entre outras) que se torna possível, garantir um conjunto de respostas de saúde e/ou sociais, essenciais ao desenvolvimento do processo de autonomia da pessoa, respostas essas que estão fora do âmbito de intervenção do IDT, IP.

1.3 Gestão de Recursos Humanos em Enfermagem

Os recursos humanos são o conjunto de pessoas que ingressam, permanecem e participam na organização, independentemente do nível hierárquico em que se encontram e das tarefas que executam. Constituem o único recurso vivo e, como tal são os responsáveis pela decisão e manipulação dos restantes (Chiavenato, 2009). Ao serem recursos vivos, são dotados da necessidade de crescimento e desenvolvimento.

De acordo com Chiavenato (2006, p. 97), a gestão de recursos humanos deve considerar as pessoas de acordo com duas vertentes:

- ✓ As pessoas enquanto pessoas – dotadas de características próprias, de personalidade e individualidade, aspirações, valores, atitudes, motivações e objetivos individuais;
- ✓ As pessoas enquanto recursos – dotadas de habilidades, capacidades, destrezas e conhecimentos, necessários ao desempenho da tarefa organizacional.

A sua gestão efectiva é fundamental para a consecução dos resultados em saúde e, para a gestão eficaz dos recursos financeiros, cada vez mais escassos (International Council of Nurses, 2010).

A gestão de pessoas é multifactorial, inclui o planeamento de recursos humanos, o recrutamento e seleção, a formação e desenvolvimento, a gestão de carreiras, a avaliação de desempenho, a compensação e a criação de um ambiente de trabalho positivo, o qual envolve climas organizacionais positivos, relações laborais construtivas, saúde ocupacional, estética e higiene no trabalho (Gomes *et al.*, 2008).

Os recursos humanos são reconhecidamente os recursos da área da saúde que permitem garantir uma oferta de cuidados de qualidade e ainda a equidade de acesso aos serviços, por parte da população.

Os recursos humanos de enfermagem constituem a maior percentagem de profissionais dos serviços de saúde. Em 2010 os enfermeiros representavam 31,6% do total destes profissionais (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2011).

Uma gestão eficiente destes profissionais é fundamental para as organizações, pela sua representatividade em termos de custos, mas essencialmente pelo seu contributo determinante na oferta e na qualidade dos cuidados prestados.

A gestão do pessoal de enfermagem e, nomeadamente, o cálculo destes profissionais tem sido uma das preocupações dos coordenadores de enfermagem do IDT,I.P. De acordo com Kurcgant *et al.* (1991), a inadequação quantitativa e qualitativa destes profissionais lesa os clientes, no seu direito a uma assistência de qualidade e livre de riscos. A inadequação dos profissionais pode ainda comprometer legalmente a instituição devido às falhas/erros daí decorrentes.

De acordo com o ICN (2010), o objetivo do planeamento de recursos humanos é conseguir um número adequado de enfermeiros, com os conhecimentos, capacidades e atitudes necessárias, para dar respostas em tempo útil às situações, permitindo assim, atingirem-se os objetivos de saúde predeterminados.

A precisão do planeamento depende da qualidade dos dados existentes e da capacidade técnica de quem os interpreta.

Kurcgant *et al.* (1991) referem que para se realizar o correto planeamento de pessoal, é necessário começar por fazer-se um reconhecimento da situação. Desse reconhecimento fazem parte a caracterização da instituição (filosofia, objetivos, propostas assistenciais, recursos humanos, materiais, físicos e tecnológicos), do serviço de enfermagem (filosofia, objetivos, programas e propostas, caracterização dos elementos da equipa, métodos de trabalho, entre outros) e dos clientes (conhecimento epidemiológico da população pertencente à área de influência, classificação dos clientes quanto às necessidades em cuidados de enfermagem).

O processo de provimento de enfermeiros requer uma avaliação constante, pois é, um processo dinâmico, complexo e pode sofrer a influência de vários factores, nomeadamente, da rotatividade dos profissionais, quando em valor elevado (Kurcgant *et al.*, 1991).

1.4 Dotação de Enfermeiros

A dotação de enfermeiros é uma das preocupações do ICN, pelo impacto que tem nos resultados dos doentes, profissionais e organização.

Dotações de pessoal adequadas concorrem para a retenção dos enfermeiros, redução do burnout e aumento da satisfação dos profissionais (Aiken *et al.*, 2010), fatores fundamentais para o incremento da produtividade.

Em 2006 o ICN publicou um documento sobre as dotações seguras. Nesse documento, temos acesso à sua definição, sendo notória a abrangência do conceito. Assim, a definição de dotações seguras, inclui a quantidade e qualidade de recursos de enfermagem necessários para dar resposta às necessidades de cuidados dos doentes num determinado serviço e, também, outras variáveis como a carga de trabalho, o ambiente de trabalho, a complexidade dos doentes, o nível de qualificação dos enfermeiros, as equipas multidisciplinares, a eficiência e eficácia em termos de custos e a ligação aos resultados dos doentes e dos enfermeiros (ICN, 2006).

De acordo com Frederico & Leitão (1999), o processo de planeamento de recursos humanos de enfermagem tem que ter em conta os fatores relacionados com a prestação de cuidados, mas também os factores externos (contextuais, estrutura arquitetónica, comunicação e circulação, tipologia dos doentes, dados estatísticos do serviço, relações funcionais do serviço de enfermagem), e internos ao serviço de enfermagem (tipologia dos clientes, produtividade, organização).

O exercício profissional dos enfermeiros nas organizações é cada vez mais complexo, englobando atividades de gestão, comunicação, trabalho com a equipa multidisciplinar, formação, entre outras. Assim, no planeamento e alocação de

enfermeiros, as horas de enfermagem necessárias à execução dessas atividades têm que ser contempladas (Hoi, Ismail, Ong, & Kang, 2010).

No planeamento e alocação de enfermeiros há ainda que ter em conta a redução de horas de trabalho efetivo, decorrentes da legislação em vigor, nomeadamente: as pausas para refeição e descanso (Decreto Lei nº 437/91 de 8 de Novembro), as férias, faltas e licenças (Lei nº 59/2008 de 11 de Setembro) e a formação profissional (Decreto Lei nº 248/2009 de 22 de Julho).

A dotação de enfermeiros está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados e com a segurança dos doentes e, deve ter em consideração, a produtividade e a satisfação dos profissionais e dos doentes (Frederico & Leitão, 1999).

Os níveis de produtividade devem merecer por parte dos gestores de enfermagem uma atenção especial pelo impacto que podem ter nos resultados dos clientes, profissionais e organização.

Num estudo efetuado por O'Brien Pallas e colaboradores, verificou-se que os níveis de produtividade dos enfermeiros devem rondar os 85%. Níveis mais elevados podem ter implicações negativas na qualidade dos cuidados prestados e também nos resultados dos profissionais. Níveis de produtividade inferiores a 80%, aumentam a satisfação dos profissionais, reduzem os níveis de absentismo e aumentam a retenção (O'Brien-Pallas *et al.*, 2004).

1.4.1 Métodos de cálculo da dotação de Enfermeiros

Têm sido vários os métodos utilizados no cálculo da dotação de enfermeiros, no entanto todos eles apresentam limitações. De acordo com Magalhães, Riboldi, & Agnol (2009), o primeiro método surgiu no sec. XVII, com Florence Nightingale. Este método era bastante subjectivo e baseava-se na proporção entre os trabalhadores e as tarefas a realizar.

De acordo com Frederico & Leitão (1999), um método bastante utilizado em Portugal foi o que tem como principal critério, o rácio enfermeiro/cama disponível. Este

método tem como limitações não contemplar a complexidade da situação clínica dos clientes e não se aplicar a contextos de ambulatório.

Posteriormente, foi desenvolvido um método que calculava as necessidades de pessoal de acordo com o nível de dependência dos doentes em cuidados de enfermagem. Este método é suportado pelo Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) e foi desenvolvido em Portugal a partir de 1984. Permite a categorização dos doentes de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, visando a gestão racional e a optimização dos recursos humanos disponíveis (Veiga, Simões, & Campos, 2000).

Apesar de se ter mostrado útil ao nível da gestão de recursos humanos, pelos dados que permite obter relativamente às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem, o sistema de classificação de doentes apenas é utilizado em contexto de internamento, não sendo portanto aplicável no Instituto onde se realiza o presente estudo, pelo que não se constitui como recurso a utilizar.

A literatura refere como limitação deste método o facto de os indicadores utilizados não terem por base um referencial teórico de enfermagem, não considerando assim, a complexidade inerente aos cuidados de enfermagem (Hoi, Ismail, Ong, & Kang, 2010).

Por outro lado parece-nos também limitativo para o estudo que nos propomos realizar, por não contemplar as atividades decorrentes dos cuidados indiretos e todas as outras atividades que integram o exercício profissional dos enfermeiros nas equipas de tratamento, não permitindo obter resultados próximos da realidade.

Afim de minimizar estas questões, podem recorrer-se a métodos que permitem identificar e medir os tempos de execução das diferentes atividades realizadas pelos profissionais, nomeadamente: a técnica de amostragem do trabalho¹, a medição direta do tempo² e a estimativa subjetiva dos tempos³ (Mynny *et al.*, 2010).

¹ Work Sampling – tradução da responsabilidade do autor do estudo

² Time-and-motion-studies - tradução da responsabilidade do autor do estudo

A técnica de amostragem do trabalho é bastante utilizada nos cuidados de saúde porque permite determinar os tempos dedicados às diferentes atividades. Consiste na observação e gravação das atividades de trabalho efetuadas pelos profissionais em períodos aleatórios de tempo. Esta técnica pressupõe a existência de uma listagem de categorias predeterminada. Como resultados, permite obter uma estimativa da proporção do tempo dedicado às diferentes atividades (Myny *et al.*, 2010).

Quanto à medição direta do tempo, esta técnica operacionaliza-se através da existência de um observador que acompanha continuamente o profissional por longos períodos de tempo, documentando a ocorrência e duração das atividades.

Como desvantagens desta técnica, a literatura refere: o período prolongado de observação que requer, a possibilidade de as atividades desenvolvidas pela pessoa observada e o intervalo de tempo em que a mesma se realizou não serem representativos do trabalho desenvolvido (Pelletier & Duffield, 2003, citados por Myny *et al.*, 2010).

Os resultados obtidos com estes métodos, podem ser condicionados pelo facto de os profissionais alterarem o seu comportamento devido à presença de um observador (Finkler *et al.*, 1993, citados por Myny *et al.*, 2010).

Na técnica da medição direta do tempo, pode recorrer-se à autogração, neste caso é o profissional que informa sobre o tempo utilizado nas suas atividades. De acordo com Delobelle & Smet (2007), citados por Myny *et al.* (2010), este método é mais sensível para as atividades complexas, como sejam as componentes intelectuais, relacionais e de comunicação que compõem a atividade profissional.

No que se refere à técnica da estimativa subjetiva dos tempos, é considerado um método pouco objetivo, pois só depende do julgamento dos enfermeiros. No entanto Albrecht (1987), citado por Myny *et al.* (2010), diz-nos que o tempo estimado pelos profissionais para a realização das suas atividades é bastante preciso.

³ Subjective Time Estimations - tradução da responsabilidade do autor do estudo

Devido ao facto de todos os métodos apresentarem desvantagens Myny *et al.* (2010) sugerem o recurso à triangulação de métodos, para se obterem dados mais fidedignos.

A seleção do método de cálculo, deve permitir uma correta e exaustiva caracterização do posto de trabalho dos enfermeiros, pois só dessa forma é possível definir as horas de enfermagem necessárias para dar respostas às diferentes atividades e consequentemente proceder ao planeamento e alocação efetiva de recursos humanos.

Sendo a caracterização do posto de trabalho um aspeto fundamental para a realização do presente estudo, importa então apresentar a sua definição.

O posto de trabalho define-se como sendo o “conjunto de tarefas destinadas à concretização de um objetivo pré-determinado, com aptidões, exigências e responsabilidades específicas e inseridas numa dada unidade organizacional, as quais, em determinado momento, não podem ser exercidas por mais de uma pessoa” (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

A análise das funções é fundamental para tomar decisões quanto à seleção, formação, avaliação de desempenho, compensação ou afetação de pessoas a funções. (Mrogeson *et al.*, 2004, citado por Gomes *et al.*, 2008)

De acordo com Chiavenato (1999) a descrição do conteúdo dos cargos engloba cinco dimensões:

- ✓ O que faz – Tarefas e atividades a executar
- ✓ Quando faz – Periodicidade (diária, semanal, mensal, anual, esporádica)
- ✓ Como faz – Através de pessoas, máquinas e equipamentos, materiais, dados e informações
- ✓ Onde faz – Local e ambiente de trabalho
- ✓ Porque faz – Objetivos do cargo, metas e resultados a atingir

Durante a realização do presente estudo, o Instituto onde o mesmo decorreu foi extinto, procedendo-se à integração das suas atribuições no Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), nas Administrações

Regionais de Saúde, I.P. (ARS, IP) e na Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) (Decreto Lei nº 124/2011 de 29 de Dezembro).

Com a extinção do Instituto, as Equipas de Tratamento passaram a fazer parte das ARS, IP locais, que desconheciam as atividades que caracterizam o exercício dos profissionais de enfermagem nesta área específica.

Assim e, sendo a intervenção com a pessoa com comportamentos aditivos e dependência bastante específica, torna-se fundamental a caracterização precisa do posto de trabalho, nomeadamente no que se refere às atividades desenvolvidas, à periodicidade e aos tempos de execução das mesmas.

Consideramos que nesta fase de transição, só o conhecimento efetivo das necessidades de horas de enfermagem permitirá o correto planeamento e alocação de recursos humanos, garantindo a segurança e qualidade do exercício profissional, bem como a continuidade do tratamento a estas pessoas.

2 METODOLOGIA

2.1 Contexto do estudo

O presente estudo decorreu nas Equipas de Tratamento de uma das suas cinco Delegações Regionais do IDT,I.P., a Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (DRLVT,I.P.).

O IDT,I.P. é um Instituto Público integrado na administração indireta do estado, que tem como Missão “promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências”. No que se refere à sua Visão “ser a entidade nacional de referência, com reconhecimento internacional, para a intervenção nas condutas aditivas”. E que se rege pelos seguintes valores: Humanismo, Pragmatismo, Territorialidade, Centralidade no Cidadão, Integração de Respostas, Qualidade das Intervenções e Qualificação dos Profissionais (Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de Maio).

As Equipas de Tratamento, são os serviços responsáveis por garantir localmente o tratamento da pessoa com comportamentos aditivos e dependência. O Tratamento é uma das cinco áreas de Missão do Instituto (Prevenção, Reinserção, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Dissuasão) e “...constitui um dos pilares fundamentais da ação estratégica (...) na diminuição dos riscos e das consequências dos consumos de substâncias...” (Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de Maio).

Esta área de missão rege-se pelos seguintes objetivos:

- ✓ Garantir, a toda a população que o deseje, o acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas;
- ✓ Disponibilizar uma oferta diversificada de Programas de Tratamento e de Cuidados, contemplando uma vasta gama de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica;

- ✓ Promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao nível dos Programas e Intervenções Terapêuticas;

As Equipas de Tratamento são unidades de ambulatório, constituídas por equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, técnicos psicossociais, administrativos e assistentes operacionais). Estas unidades são responsáveis por proporcionar respostas efetivas de tratamento aos consumidores/dependentes de substâncias psicoativas. Para tal os serviços dispõem de tratamento farmacológico (programas com agonistas, antagonistas e agonistas parciais, opióides) e tratamento não farmacológico (consultas de enfermagem, médicas e de psicologia).

Como vimos anteriormente, em 2010 estavam em tratamento a nível nacional 37 938 indivíduos, sendo que 12 032 pertenciam à Delegação Regional onde se realiza o presente estudo (IDT, IP, 2011).

O tratamento da pessoa com dependência pode incluir a sua integração num programa farmacológico, nomeadamente, no Programa de Manutenção Opióide. Este programa é realizado na própria Equipa de Tratamento ou em estruturas da comunidade com que se estabeleceram acordos de parceria (Unidades de Saúde, Farmácias, entre outros).

A descentralização dos programas farmacológicos, visa essencialmente promover a acessibilidade dos clientes a esta resposta terapêutica, tendo em conta que as áreas de abrangência das unidades são grandes e que as condições socioeconómicas dos clientes, num número elevado de situações, bastante precárias.

A existência de programas farmacológicos nas unidades de saúde da área de influência das Equipas de Tratamento obriga à preparação e envio das unidades/utente e, à estreita articulação entre os técnicos de ambos os serviços. Este trabalho de articulação requer em algumas unidades um número considerável de horas de enfermagem.

A prestação de cuidados aos clientes em programa farmacológico, pelo elevado número de pessoas que abrange, consome grande parte das horas de enfermagem disponíveis.

Em 2010, a nível nacional estavam integrados em programa farmacológico 27 392 indivíduos, dos quais 9 578 pertenciam à Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (IDT, IP, 2011).

As atividades realizadas pelos enfermeiros nas Equipas de Tratamento e, nas restantes áreas de missão, vão muito além dos programas farmacológicos, no entanto não existe uma identificação e caracterização precisa dessas atividades.

O Instituto não dispõe de um sistema de classificação de doentes. Apesar da construção desse instrumento de trabalho ter sido iniciado pela Coordenadora Nacional para a Profissão de Enfermagem, o mesmo não foi aplicado.

Nas unidades locais, a equipa de enfermagem é constituída por um número reduzido de enfermeiros, sendo que, um dos elementos acumula as atividades relacionadas com a prestação de cuidados e com a coordenação e gestão do serviço de enfermagem.

2.2 Questão de investigação e objetivos do estudo

Como referido anteriormente, com o presente estudo pretendemos produzir conhecimento sobre as atividades que compõem o exercício profissional dos Enfermeiros na área específica do tratamento em ambulatório de pessoas com adição e a sua tradução em horas de enfermagem.

Assim, formulámos como questão orientadora do estudo a seguinte pergunta de investigação:

“Quais as atividades a ter em conta no modelo de planeamento e alocação de recursos humanos de enfermagem, nas equipas de tratamento, de forma a garantir a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados de enfermagem?”

Foram definidos como objetivos do estudo:

- ✓ Identificar as atividades que compõem o exercício profissional dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento do IDT, I.P.;

- ✓ Identificar os tempos médios de execução de cada uma das atividades que compõem o exercício profissional dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento do IDT, I.P.

2.3 Tipo de estudo

Tendo em conta a problemática que nos propusemos estudar, a questão de investigação orientadora do estudo e os objetivos definidos, optámos por realizar um estudo não experimental, descritivo, de natureza quantitativa.

Optámos por este tipo de estudo porque de acordo com Fortin (2009), permite-nos “...descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação” (p.34).

2.3.1 Técnica de Delphi

Como abordagem metodológica utilizámos a Técnica de Delphi. Esta técnica define-se como um processo estruturado, que se operacionaliza através da construção e envio de um questionário a um painel de peritos (pessoas com conhecimento numa área específica) a fim de se obter a sua opinião ou julgamento sobre uma questão em particular (Fortin, 2009; Keeney, Hasson, & McKenna, 2006; Polit & Beck, 2003)

A utilização da Técnica de Delphi implica a obtenção de consensos por parte dos peritos, pelo que se exige que os critérios de consenso sejam definidos à partida.

O número de rondas não está definido. Devem realizar-se tantas quanto as necessárias para se obterem os critérios de consenso estabelecidos. No entanto, o número de rondas pode ser limitado à partida tendo em conta o tempo disponível para a realização do estudo, a necessidade de reduzir a informação dada nas respostas e ainda, evitar a fadiga dos peritos (Keeney, Hasson, & McKenna, 2006).

O fator tempo é, de acordo com a literatura, um dos problemas que se põe neste tipo de estudos. Ao contrário do que sucede com a aplicação de um único questionário,

que fornece a visão ou opinião do participante, a Técnica de Delphi procura um nível de consenso ou julgamento, sobre um determinado tema, obrigando por vezes à existência de várias rondas, por estudo. (Keeney, Hasson, & McKenna, 2006)

2.4 Desenho do estudo

O estudo decorreu em duas fases. A primeira fase teve como objetivo, identificar de forma exaustiva as atividades que compõem o exercício profissional dos enfermeiros no contexto das Equipas de Tratamento.

Assim, realizou-se um estudo retrospectivo da informação existente, procedendo-se à recolha e análise da documentação referente às actividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas equipas de tratamento (manual de boas práticas, planos e relatórios de atividades, manuais de integração, manual do sistema de informação multidisciplinar, artigos publicados, entre outros).

A partir dos dados recolhidos procedeu-se à categorização das atividades e à construção do primeiro questionário.

Recorrendo à Técnica de Delphi, procedeu-se de forma concreta e exaustiva à validação dessas atividades, procurando-se a obtenção de consensos.

A Técnica de Delphi tem sido bastante utilizada em estudos de enfermagem (Chang, Gardner, Duffield, & Ramis, 2010; Myny *et al.*, 2010; Pereira, 2009; OE, 2003), porque permite produzir conhecimento sobre temas pouco estudados, através do recurso a consensos produzidos por um painel de peritos, previamente selecionado (Chang, 2010; Vernon, 2009; Keeney *et al.*, 2006; Mckenna, 1994).

Para a primeira fase do estudo os critérios de consenso definidos foram os apresentados no quadro seguinte (Quadro 1):

Quadro 1. Critérios de consenso

Consenso	Critérios e Definição
Consenso verificado	Mediana >5 Moda >5* Concordância ≥ 75%
Concordância Neutro Discordância	Score 6,7 Score 3,4 e 5 Score 1,2

*valor mínimo a considerar se a distribuição não for unimodal

A definição de um consenso maior ou igual a 75%, dado pelos scores 6 e 7 da escala de Likert, pareceu-nos adequado para o presente estudo e está de acordo com os valores referidos na literatura (Keeney, Hasson, & McKenna, 2006, Polit & Beck, 2003).

Após a obtenção do consenso, relativo às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no contexto das Equipas de Tratamento, deu-se início à segunda fase do estudo.

A segunda fase do estudo teve como objetivo, identificar os tempos médios de execução das atividades de enfermagem. Para tal foi construído um segundo questionário. Para a construção deste questionário foram propostos tempos de execução para as atividades relacionadas com a área da prestação direta de cuidados. Os tempos propostos foram suportados na literatura existente deixando-se, no entanto, espaço para a apresentação de sugestões.

Para as restantes áreas (Prestação Indireta de Cuidados, Gestão, Formação, Supervisão, Investigação e Assessoria) pedimos aos peritos que, de acordo com a sua formação e prática clínica, propusessem tempos médios de execução para cada uma das atividades.

O recurso à técnica da estimativa subjetiva dos tempos para a realização da segunda parte do estudo revelou-se o recurso mais viável. Devido ao tempo de que dispúnhamos para a sua realização e também pela dispersão geográfica das Equipas de Tratamento e conseqüentemente dos peritos convidados, qualquer outro método pareceu-nos de difícil aplicação.

Tendo em conta que amostra é composta por peritos na área dos comportamentos aditivos e dependências e de que, de acordo com Albrecht (1987), citado por Myny *et al.*, (2010), a atribuição de tempos por parte dos enfermeiros às atividades que desenvolvem é bastante precisa, consideramos que o recurso à técnica da estimativa subjetiva dos tempos nos permitiu obter dados bastante próximos da realidade.

2.4.1 Método e procedimentos de colheita de dados

O método de colheita de dados utilizado foi o questionário. Este método é o mais utilizado pelos investigadores, porque permite recolher informação factual sobre diferentes áreas, nomeadamente: acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Fortin, 2009).

Como principais vantagens da utilização do questionário Fortin (2009) refere o facto de ser um meio rápido e pouco dispendioso de obter informação e permitir abranger pessoas de um vasto território. Refere ainda, que o seu carácter impessoal, a uniformidade da apresentação e das diretivas asseguram uma constância nos questionários, fundamental para a fidelidade dos mesmos, permitindo realizar comparações entre os dados obtidos.

O facto de ser anónimo permite uma maior liberdade de resposta por parte dos participantes.

Como principais desvantagens da sua utilização, Fortin (2009) refere as reduzidas taxas de resposta por parte dos participantes e as elevadas taxas de dados em falta.

Por não termos encontrado na revisão da literatura efetuada, questionários que nos permitissem obter os dados necessários à realização do presente estudo, optou-se pela construção de um questionário para a primeira fase e de um novo questionário para a segunda fase.

Previamente à construção dos questionários definiram-se os objetivos do estudo, realizou-se a pesquisa bibliográfica, procedeu-se à recolha e análise da

documentação existente sobre o tema em estudo e definiu-se a natureza dos dados a recolher (Fortin, 2009).

Na construção dos questionários, optou-se por recorrer a questões fechadas permitindo-se, no entanto, a apresentação de sugestões por parte dos peritos.

Considerámos que seria importante incluir a apresentação de sugestões porque, poderiam trazer aportes importantes para a problemática em estudo.

Após a construção dos questionários os mesmos foram submetidos a revisão e a pré-teste, conforme recomendado na literatura (Fortin, 2009).

Com a realização do pré-teste pretendemos obter a opinião dos enfermeiros sobre a clareza e compreensão do mesmo e, proceder às retificações necessárias.

Foram aplicados questionários a 3 enfermeiros. Estes enfermeiros não reuniam exatamente os critérios de inclusão definidos para a amostra, dado que tinham menos de 5 anos de exercício profissional em comportamentos aditivos. No entanto, considerámos que a experiência profissional de que eram detentores os habilitava a responder.

Não foi possível realizar o pré-teste a enfermeiros com características idênticas às definidas nos critérios de inclusão do painel de peritos, devido ao reduzido número de enfermeiros com 5 ou mais anos de exercício profissional existentes nas Equipas de Tratamento, à data do início do estudo.

Solicitou-se também, a colaboração da Senhora Enfermeira Supervisora, pelo conhecimento aprofundado que detém sobre o exercício profissional dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento desta Delegação Regional e pela sua vasta experiência na intervenção com pessoas com comportamentos aditivos e dependências, em contexto de ambulatório.

Os enfermeiros sugeriram alterações pontuais na formulação das questões, de modo a aumentar o grau de precisão e compreensão das mesmas. As alterações sugeridas foram incluídas na versão final.

O primeiro questionário tinha como objectivo identificar de forma exaustiva as atividades que compõem o exercício profissional dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P (Anexo I).

Como referido anteriormente, este questionário foi elaborado tendo em conta a revisão e análise da documentação existente sobre as atividades de enfermagem que compõem o exercício profissional dos enfermeiros, na área específica dos comportamentos aditivos e dependências.

As atividades identificadas foram categorizadas. Para a definição das categorias suportámo-nos nos instrumentos que regulam a profissão de enfermagem em Portugal, nomeadamente: Carreira de Enfermagem e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Assim, as categorias definidas foram: Prestação Direta de Cuidados; Prestação Indireta de Cuidados, Gestão, Formação, Supervisão, Investigação e Assessoria.

Apesar de não fazer parte do objeto de estudo a definição das atividades, mas somente a sua identificação, optou-se por incluir, por se considerar poderem ser um elemento facilitador para a tomada de decisão dos peritos.

O primeiro questionário era composto por duas partes. Com a primeira parte pretendia-se proceder à caracterização dos participantes e com a segunda avaliar o grau de concordância dos participantes relativamente às questões apresentadas.

Assim, inclui-se para cada uma das questões uma escala do tipo Likert, composta por 7 pontos, situados entre os diferenciais semânticos "Discordo Totalmente" e "Concordo Totalmente".

Este tipo de escala permite "...avaliar a significação atribuída por um indivíduo a uma atitude ou a um dado objecto" (Fortin, 2009, p. 391).

Em cada categoria, incluiu-se a opção "outras atividades" para permitir aos peritos sugerir a inclusão de atividades omissas no questionário.

A partir dos dados obtidos no primeiro questionário (atividades que reuniram consenso), construímos o segundo questionário, que tinha como objetivo auscultar a

opinião dos peritos quanto aos tempos médios de execução para cada uma das atividades (Anexo II).

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com o objetivo de identificar os tempos preconizados na literatura para as atividades em análise.

Na pesquisa efetuada encontraram-se tempos apenas para as atividades relacionadas com a prestação direta de cuidados, pelo que se apresentaram esses tempos aos peritos, deixando-se também um espaço para que pudessem propor e fundamentar outros tempos de execução.

Para as restantes atividades propôs-se aos peritos que se pronunciassem sobre os tempos médios que consideravam adequados para a sua execução, suportando-se na sua experiência clínica e/ou formação.

Ambos os questionários foram enviados por correio eletrónico.

2.5 Amostra

Para a seleção dos participantes, recorreu-se ao método de amostragem não probabilística, mais especificamente à amostragem por escolha racional.

Este tipo de amostra apela ao julgamento, uma vez que "...os indivíduos escolhidos são supostos representar bem o fenómeno raro ou inusitado em estudo e de ajudarem a compreendê-lo" (Fortin 2009, p.322).

Este método de seleção dos participantes é o mais adequado quando se utiliza a Técnica de Delphi, uma vez que se exige que os participantes sejam peritos na área que se pretende estudar (Keeney, Hasson, & McKenna, 2006).

Na seleção dos participantes, considerámos que idealmente a amostra deveria ser constituída por Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria, por serem os que detém formação especializada e competências acrescidas na área de conhecimento em que se enquadra a toxicod dependência.

No entanto, o número de especialistas nesta área é pouco representativo, pelo que se optou por incluir também Enfermeiros Especialistas de outras áreas de especialização e Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Considerámos que um tempo mínimo de 5 anos de exercício profissional na área dos comportamentos aditivos, era fundamental porque se pretendia além de identificar as atividades e respetivos tempos médios de execução, relacionadas com a prestação direta de cuidados, fazê-lo também relativamente às atividades das áreas da prestação indireta de cuidados, gestão, formação, investigação e assessoria.

Se, no que se refere, às atividades relacionadas com a prestação direta de cuidados, por ser uma área de intervenção diária dos enfermeiros, o emitir do seu juízo seria relativamente fácil, considerámos que para as áreas relacionadas com a prestação indireta de cuidados, gestão, formação, investigação e assessoria seria necessário mais tempo de exercício profissional para que fossem devidamente apreendidas e para que a opinião emitida fosse o mais próxima possível da realidade e, por isso, não incluímos na amostra pessoas com menos tempo de exercício profissional.

Para que os dados obtidos traduzissem o mais fidedignamente possível a realidade, tendo em conta as especificidades da população, das áreas geográficas e das práticas clínicas, optámos, sempre que possível, por incluir pelo menos um enfermeiro por Equipa de Tratamento.

Os critérios de seleção dos peritos foram os apresentados no quadro seguinte (Quadro 2):

Quadro 2. Critérios de seleção dos participantes

- | |
|---|
| ✓ Enfermeiros Especialistas e Enfermeiros de Cuidados Gerais com pelo menos 5 anos de exercício profissional na área dos comportamentos aditivos e dependências |
|---|

Após a definição dos critérios de seleção, solicitámos a colaboração da Responsável Regional de Enfermagem, para identificarmos os enfermeiros que na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo reuniam as condições de participação.

Constatou-se que existiam 18 enfermeiros, os quais foram contactados e aceitaram participar no estudo.

Assim, o painel ficou constituído por 18 enfermeiros. De acordo com a literatura não existe limite mínimo e máximo a considerar na amostra, devendo a decisão quanto ao número de peritos, ser tomada de acordo com a logística, o financiamento e a aplicação rigorosa dos critérios previamente estabelecidos (Vernon, 2009; Keeney, Hasson, & McKenna, 2006).

2.6 Método de análise dos dados

Procedemos à análise quantitativa dos dados, utilizando medidas de estatística descritiva, nomeadamente: distribuição de frequências, medidas de tendência central, dispersão e amplitude (Fortin, 2009; Pocinho, 2009).

Para permitir a realização da análise estatística criámos um ficheiro de dados utilizando o *software SPSS*, versão 20.

2.7 Considerações Éticas

Solicitou-se autorização ao Conselho Diretivo do IDT,I.P. para a realização do estudo nas Equipas de Tratamento da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo,IP (Apêndice I).

Aos enfermeiros que integraram o painel de peritos, solicitou-se o consentimento escrito para a participação no estudo (Apêndice II).

O anonimato dos participantes não foi possível de garantir na totalidade, garantindo-se, no entanto, o quase anonimato visto que somente o responsável pelo estudo conhecia a sua identidade (McKenna, 1994).

3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 18 peritos convidados, apenas 17 responderam ao primeiro questionário e 15 responderam ao segundo, o que representa respetivamente uma percentagem de participação de 94,4% e de 83,3%. De acordo com Keeney, Hasson, & McKenna (2006), a baixa percentagem de respostas é um dos problemas da utilização da Técnica de Delphi. No entanto, a percentagem de respostas do presente estudo está acima dos valores referidos como adequados.

Seguidamente, apresentamos os resultados obtidos após a análise estatística dos dados, de ambos os questionários.

3.1 Caraterização dos participantes

Dos 17 participantes no estudo, 12 (70,6%) pertencem ao sexo feminino e 5 (29,4%) ao sexo masculino. Estes resultados vão ao encontro dos dados nacionais, que demonstram existir uma maior prevalência de profissionais do sexo feminino (82,2%) face aos profissionais do sexo masculino (OE, 2012).

Como podemos verificar na tabela seguinte (Tabela 1) a média de idade dos sujeitos é de 45,7 anos, tendo o elemento mais novo 35 anos e o mais velho 54 anos.

Tabela 1. Caraterização etária (anos)

N	Média	Min. - Max.
17	45,7	35 - 54

No que se refere às habilitações académicas como podemos verificar na Tabela seguinte (Tabela 2), 13 sujeitos (76,5%) são licenciados, 3 (17,6%) têm o grau de mestre e 1 (5,9%) é bacharel.

Tabela 2. Habilitações académicas

	N	(%)
Bacharelato	1	5,9
Licenciatura	13	76,5
Mestrado	3	17,6
Total	17	100%

Relativamente às habilitações profissionais, como podemos ver na tabela seguinte (Tabela 3), 10 peritos (58,8%) são detentores do título de enfermeiro especialista, 6 (35,3%) do título de enfermeiro e 1 (5,9%) não respondeu.

Tabela 3. Título Profissional

	N	(%)
Enfermeiro	6	35,3
Enfermeiro Especialista	10	58,8
Não respondeu	1	5,9
Total	17	100%

Dos 10 enfermeiros especialistas, 8 (80%) são especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e 2 (20%) em Enfermagem Comunitária.

Comparativamente, verifica-se uma maior prevalência de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, o que nos parece bastante importante, tendo em conta que a problemática dos comportamentos aditivos e dependências se enquadra, enquanto patologia, na área de especialidade da psiquiatria.

Quanto à antiguidade na profissão, como podemos ver na tabela seguinte (Tabela 4) a média é de 22,1 anos. Sendo que o enfermeiro mais novo exerce a profissão de enfermagem há 13 anos e o mais velho há 30 anos, o que vem validar que estamos perante um grupo com bastantes anos de experiência profissional.

Tabela 4. Antiguidade na profissão (anos)

N	Média (Desvio. Padrão)	Min.-Máx.
17	22,12 (6,08)	13 - 30

Relativamente ao número de anos de exercício profissional em comportamentos aditivos e dependências verifica-se, como podemos ver na tabela seguinte (Tabela 5) a média é de 13,9 anos.

Tabela 5. Exercício profissional em comportamentos aditivos e dependências (anos)

N	Média (Desv. Padrão)	Min.-Máx.
16 ^a	13,9 (5,54)	6 - 25

^a 1 participante não respondeu

Como podemos verificar, pelos resultados obtidos, o tempo de exercício profissional dos peritos na área dos comportamentos aditivos e dependências, vem ao encontro do que se pretendia ao selecionarmos a amostra.

Ao pretendermos produzir conhecimento numa área de intervenção, que apresenta características bastante específicas, era fundamental que os participantes fossem detentores de uma vasta experiência profissional, que lhes permitisse conhecer de forma aprofundada as suas especificidades.

Relativamente à área de atuação na equipa de tratamento, os dados obtidos são os apresentados na tabela seguinte (tabela 6).

Tabela 6. Área de atuação na Equipa de Tratamento

	N	(%)
Prestação direta de cuidados	8	47,1
Prestação direta de cuidados e gestão e coordenação de equipa	9	52,9
Total	17	100%

De acordo com os resultados apresentados 9 (52,9%) participantes referiram acumular funções relacionadas com a prestação de cuidados e a gestão e

coordenação de equipa e 8 (47,1%) participantes, referiram exercer funções exclusivamente na área da prestação de cuidados.

Da análise dos resultados, verifica-se que os enfermeiros responsáveis pelas áreas da gestão e coordenação de equipa, não se dedicam em exclusivo a essa atividade, acumulando também a prestação de cuidados. Consideramos que esse facto pode estar relacionado com o reduzido número de enfermeiros que integram as Equipas de Tratamento e, que pode eventualmente constituir-se, como uma sobrecarga de trabalho para esses profissionais.

3.2 Atividades que caracterizam o posto de trabalho dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento

Das atividades propostas ao painel de peritos, todas reuniram consenso dentro dos parâmetros previamente definidos, na primeira ronda. Os resultados serão apresentados, de acordo, com as categorias definidas para a construção do questionário.

Na tabela seguinte (Tabela 7) apresentamos os resultados referentes às atividades relacionadas com a **prestação de cuidados**.

Tabela 7. Nível de consenso referente à categoria “Prestação direta de cuidados”

	Moda	Mediana	Concordância (%)
Consulta de Enfermagem aos clientes em programa farmacológico e respetivos cuidadores informais	7	7,00	82,4
Consulta de Enfermagem aos clientes/cuidadores informais	6	6,00	88,2
Educação para a Saúde	6*	6,00	82,4
Grupos Terapêuticos	7	6,00	76,5
Visita Domiciliária	7	6,00	76,5

*existe mais do que um valor, sendo apresentado o valor mais baixo

Da análise dos resultados, verifica-se que as atividades relacionadas com a consulta de enfermagem realizada no contexto do programa farmacológico e com a consulta

de enfermagem realizada aos clientes/cuidadores informais, reuniram um elevado nível de consenso, 82,4% e 88,2%, respetivamente.

Como referido anteriormente o atendimento aos clientes em programa farmacológico e aos cuidadores informais consome grande parte das horas de enfermagem das Equipas de Tratamento. No entanto, este atendimento pelo seu carácter continuado no tempo: diário, semanal ou quinzenal, de acordo com o estadio de evolução do cliente, constitui-se como um espaço privilegiado para a construção e continuidade da relação terapêutica, que tem como objetivo ajudar a pessoa a ser proativa na consecussão do seu projeto de saúde (OE, 2001).

A atividade referente à educação para a saúde obteve igualmente um valor de consenso elevado. Este resultado pode eventualmente justificar-se pela necessidade que os enfermeiros identificam de intervenção nas áreas da prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis, redução de riscos e minimização de danos, entre outras.

As atividades que reuniram níveis de concordância mais baixos foram os grupos terapêuticos e a visita domiciliária. Estas atividades, apesar de reunirem modas e medianas elevadas, não reuniram o mesmo grau de concordância por parte dos peritos, quando comparadas com as anteriores.

No que se refere aos grupos terapêuticos, colocamos como hipótese justificativa do resultado obtido, o facto de os mesmos estarem associados à esfera de competências dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria e por isso não fazerem parte da realidade de todas as unidades.

Quanto à visita domiciliária, o resultado obtido, poderá eventualmente justificar-se, pelo facto de ser uma atividade com pouca expressão nas Equipas de Tratamento, ou por ser habitualmente realizada por outros técnicos.

Relativamente às atividades relacionadas com a **prestação indireta de cuidados** os resultados obtidos são os apresentados na tabela seguinte (Tabela 8):

Tabela 8. Nível de consenso referente à categoria “Prestação indireta de cuidados”

	Moda	Mediana	Concordância (%)
Articulação interinstitucional	6	6,00	88,3
Participação em Parcerias, Grupos de Trabalho e Projetos, externos à Equipa de Tratamento	7	6,00	88,3
Participação em Grupos de Trabalho e Projetos internos à Equipa de Tratamento / Delegação Regional / IDT, I.P.	7	7	82,3

Através da análise dos resultados, podemos verificar que os peritos apresentaram um elevado nível de concordância relativamente às atividades que compõem esta categoria.

O trabalho de articulação intra e extra Equipa de Tratamento é uma realidade na generalidade das unidades. As parcerias estabelecidas têm-se constituído como um recurso fundamental para dar resposta às inúmeras e complexas problemáticas apresentadas pelos clientes. Os enfermeiros, integram diversas parcerias/grupos de trabalho, nomeadamente os relacionados com a continuidade dos cuidados de saúde (Centros de Saúde, Hospitais, Centros de Diagnósticos Pneumológicos, entre outros) sendo elementos fundamentais na sua criação, implementação e dinamização.

Os resultados referentes às atividades relacionadas com a **gestão** são os apresentados na tabela seguinte (Tabela 9):

Tabela 9. Nível de consenso referente à categoria “Gestão”

	Moda	Mediana	Concordância (%)
Gestão/Coordenação do Serviço	6*	6,00	82,4
Gestão e Coordenação de Equipas	7	7,00	82,3
Gestão dos cuidados de Enfermagem	7	7,00	94,1
Gestão/Coordenação dos Programas Farmacológicos	6	6,00	88,3

*existe mais do que um valor, sendo o apresentado o valor mais baixo

As atividades relacionadas com a gestão e, nomeadamente com a gestão de recursos humanos, são como se verificou anteriormente fundamentais para os

resultados dos doentes, dos profissionais e da organização (O'Brien-Pallas & Hayes, 2008; Unruh, 2008; ICN, 2006).

Como pudemos verificar aquando da caracterização dos peritos, as Equipas de Tratamento da Delegação Regional em que se realizou o estudo, não têm enfermeiros apenas afetos à gestão, acumulando essa função com a prestação de cuidados, o que poderá eventualmente constituir-se como uma sobrecarga de trabalho, a qual deverá, no nosso entender, ser estudada e tida em consideração no que se refere à dotação de pessoal.

A análise dos resultados obtidos, aponta para um grau elevado de concordância relativamente às atividades propostas, ressaltando o valor referente à gestão dos cuidados de enfermagem.

Apesar de estarmos perante equipas de enfermagem com poucos elementos, o número elevado de clientes a que se prestam cuidados e a complexidade das problemáticas que apresentam, poderão eventualmente, justificar a importância atribuída pelos peritos a esta atividade.

Por último, temos as atividades relacionadas com a **formação, supervisão, investigação e assessoria**. Na tabela seguinte (Tabela 10) apresentamos os resultados referentes a essas atividades:

Tabela 10. Nível de consenso referente à categoria “Formação, Supervisão, Investigação e Assessoria”

	Moda	Mediana	Concordância (%)
Supervisão de estudantes em ensino clínico	7	7,00	82,4
Integração de Enfermeiros	7	7,00	94,1
Formação em Serviço	7	7,00	82,3
Reuniões de Supervisão Clínica	7	7,00	76,4
Realização/participação em estudos de investigação	7	7,00	76,4
Realização de Ações de Formação dirigidas a Instituições da comunidade	7	7,00	76,5

A análise dos resultados, revela um elevado grau de concordância relativamente à atividade relacionada com a integração de enfermeiros.

Em 2008 o IDT,I.P. procedeu à reestruturação das políticas de gestão de recursos humanos, nomeadamente dos recursos humanos de enfermagem, terminando os contratos dos enfermeiros em acumulação de funções e, contratando através da celebração de contratos em funções públicas por tempo determinado, enfermeiros a tempo completo.

A saída de enfermeiros com experiência profissional, nesta e noutras áreas de cuidados e, a entrada de enfermeiros recém-formados, com as respetivas necessidades de integração, implicou um aumento da sobrecarga de trabalho dos profissionais. Esta sobrecarga, foi ainda agravada, pelas elevadas taxas de rotatividade que se mantiveram até 2011, tendo apenas diminuído após a tomada de posse dos enfermeiros admitidos em procedimento concursal.

A supervisão de estudantes também acolheu um elevado consenso. A colaboração com as Escolas Superiores de Enfermagem, no acompanhamento e supervisão de estudantes em ensino clínico da formação pré e pós-graduada, é hoje uma realidade, em grande parte das Equipas de Tratamento.

No que se refere, aos resultados obtidos pela formação em serviço e supervisão clínica, que registam respetivamente uma percentagem de consenso de 82,3% e de 76,4%, consideramos, poderem indicar que a atualização de conhecimentos e a

preocupação com a qualidade da prática profissional, são uma preocupação dos enfermeiros, o que vai ao encontro do regulamentado no Artº 88 do Código Deontológico do Enfermeiro.

3.3 Tempos médios de execução por atividade

Após a análise estatística dos dados do segundo questionário, procurámos identificar os tempos médios de execução para as atividades que reuniram consenso na primeira fase do estudo. Os resultados serão apresentados de acordo com as categorias inicialmente estabelecidas.

No que se refere à categoria “Prestação direta de cuidados” os resultados obtidos são os apresentados na tabela seguinte (Tabela 11).

Para esta categoria apresentávamos propostas de tempos médios e, pedíamos aos peritos que seleccionassem o que consideravam mais adequado, tendo em conta a sua experiência profissional. Caso os peritos não concordassem com nenhum dos valores propostos, poderiam apresentar a sua proposta, acompanhada da respetiva justificação. Apresentaremos as justificações, sempre que considerarmos pertinente para o estudo.

Tabela 11. Tempo médio de execução atribuído às atividades que integram a categoria “Prestação direta de cuidados”

	Tempo médio	N	(%)
Consulta de Enfermagem aos clientes em Programa Farmacológico e Atendimento a familiares/cuidadores informais			
✓ Clientes e ou familiares/cuidadores informais que se deslocam semanal ou quinzenalmente à Equipa de Tratamento (Programa Farmacológico)	10 min ^a	2	13,3
	15 min ^a	13	86,7
✓ Clientes que se deslocam diariamente à Equipa de Tratamento (Programa Farmacológico)	5 min ^b	1	6,7
	10 min ^a	14	93,3
Total		15	100%
Consulta de Enfermagem aos clientes/cuidadores informais			
	30 min ^a	7	46,7
	50 min ^a	8	53,3
Total		15	100%
Educação para a saúde			
	60 min ^a	10	66,7
	75 min ^b	1	6,7
	90 min ^b	1	6,7
	120 min ^b	3	20,0
Total		15	100%
Grupos Terapêuticos			
	60 min ^a	5	33,3
	90 min ^a	9	60,0
	120 min ^b	1	6,7
Total		15	100%
Visita Domiciliária / Visita Hospitalar / Acompanhamento a Consultas de Especialidade			
	60 min ^a	4	26,7
	75 min ^a	8	53,3
	120 min ^b	3	20,0
Total		15	100%

^atempo de execução proposto no estudo

^btempo de execução proposto pelos peritos

Da análise dos resultados, verifica-se um elevado consenso relativamente aos tempos médios de execução para a “consulta de enfermagem aos clientes em Programa Farmacológico e atendimento a familiares/cuidadores informais”.

Dos peritos consultados, 14 (93,3%) atribuíram 10 minutos, como o tempo médio necessário para o atendimento dos clientes que vão diariamente à Equipa de Tratamento, realizar a toma de observação direta de medicação.

Para os clientes que vão ao serviço semanal ou quinzenalmente realizar uma toma presencial da medicação e levantar as restantes unidoses, 13 (86,7%) peritos definiram 15 minutos como o tempo médio necessário para o seu atendimento e/ou dos seus familiares/cuidadores informais.

Nas equipas de tratamento e, seguindo as diretrizes definidas aquando do início em Portugal dos programas farmacológicos, ainda existe em algumas unidades, a figura do tutor enquanto corresponsável pela gestão da terapêutica, no domicílio.

Na segunda parte do estudo, optámos por subdividir esta atividade, dando aos peritos a hipótese de atribuírem tempos de execução distintos, tendo em conta a periodicidade do atendimento (diária e semanal/quinzenal).

A avaliação e intervenção de enfermagem, bem como os procedimentos efetuados (preparação e entrega de unidoses, preenchimento de guias de transporte de estupefacientes, entre outros) diferem, de acordo com a frequência com que se realiza o atendimento.

As consultas de enfermagem ou entrevistas de curta duração, permitem ao enfermeiro entrar em relação com o utente e, podem assumir um carácter de relação de ajuda, pelo que se constituem como um recurso terapêutico de elevado valor nesta área (Chalifour, 2009).

A tipologia desta consulta/atendimento de enfermagem é, no nosso entender, específica do atendimento à pessoa com comportamentos aditivos e dependências em contexto de ambulatório, pelos procedimentos que envolve e pela frequência com que se realiza.

No entanto, consideramos que os tempos médios de execução propostos pelos peritos para esta atividade assemelham-se bastante aos tempos atribuídos pelo Ministério da Saúde, para as atividades “administração de terapêutica” (10 minutos) e “consulta de enfermagem” (20 minutos) nos Centros de Saúde (Circular Normativa, Nº1 de 12/01/2006) e ainda dos valores propostos no Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde, que prevêem a duração de 15 minutos, para a atividade “administração terapêutica”, realizada em

contexto de Consulta Externa ou de Unidade de Cuidados na Comunidade (Ministério da Saúde; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, parece-nos que os valores propostos pelos peritos, estão dentro dos critérios definidos para os restantes serviços de saúde, pelo que poderão ser utilizados como valores de referência para a realização destas atividades nas Equipas de Tratamento.

No que se refere ao tempo médio de execução para a consulta de enfermagem, 8 (53,3%) peritos optaram pelos 50 minutos propostos, enquanto que um número muito próximo, 7 (46,7%) peritos, referiu os 30 minutos como o tempo necessário para a realização da consulta.

Apesar do tempo de referência para as Consultas de Enfermagem nas Unidades de Cuidados na Comunidade e na Consulta Externa ser de 30 minutos (Ministério da Saúde; Ordem dos Enfermeiros, 2011), o fato da maioria dos enfermeiros ter referido os 50 minutos não será de estranhar dada a especificidade e gravidade das problemáticas dos clientes e, eventualmente, a utilização de intervenções psicoterapêuticas nas mesmas, como defendido por Chalifour (2009).

Consideramos que o conhecimento das razões que levaram à opção pelos 30 ou 50 minutos deveriam ser melhor esclarecidas e, sobretudo explorado se este acréscimo de tempo está relacionado com os níveis de formação específicos na área da saúde mental, com a utilização de técnicas terapêuticas mais específicas ou até mesmo com a experiência dos enfermeiros.

Quanto à atividade “educação para a saúde”, 10 (66,7%) peritos propuseram como tempo médio de execução, 60 minutos. Foram apresentadas outras sugestões de tempo, nomeadamente 120 minutos que corresponderam a 3 (20,0%) respostas e 75 minutos e 90 minutos que corresponderam a 1 (6,7%) resposta cada. Relativamente aos 120 minutos os peritos apresentaram como justificação a necessidade de atribuir tempo ao planeamento e avaliação da sessão, os restantes tempos propostos foram justificados com a sua experiência profissional. O tempo médio de execução proposto, está de acordo com o definido pelo Ministério da Saúde para os Centros de Saúde (Circular Normativa, Nº1 de 12/01/2006) e,

proposto no Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde, para as Unidades de Cuidados na Comunidade (Ministério da Saúde; Ordem dos Enfermeiros, 2011), pelo que se poderá, na nossa opinião, constituir também, como um valor de referência nas Equipas de Tratamento.

No que se refere à atividade “grupos terapêuticos” 9 (60,0%) peritos atribuíram como tempo médio de execução, 90 minutos. Um perito, apresentou como sugestão 120 minutos, justificando-o com a sua experiência profissional. Os grupos terapêuticos estão essencialmente associados às áreas de intervenção da Saúde Mental e Psiquiatria, não tendo sido encontrados nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e/ou Ordem dos Enfermeiros valores de referência para esta atividade.

No entanto, o valor proposto pelos peritos, surge na literatura associado às terapias de orientação cognitivo-comportamental, utilizadas no acompanhamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (Rahoui & Reynaud, 2008). Assim, consideramos que os 90 minutos propostos, poderão ser utilizados como valores de referência nas Equipas de Tratamento.

Por último, para as atividades “Visita Domiciliária / Visita Hospitalar / Acompanhamento a Consultas de Especialidade”, 8 (53,3%) peritos propuseram como tempo médio de execução, 75 minutos. No entanto, 3 (20,0%) peritos apresentaram como sugestão 120 minutos, justificando-o com a necessidade de incluir o tempo necessário ao planeamento, deslocação e avaliação da atividade.

No que se refere a este conjunto de atividades, importa referir que apenas encontrámos nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e/ou Ordem dos Enfermeiros referência à “Visitação domiciliária”.

Consideramos, que isto se poderá justificar, pelo facto de as restantes atividades serem específicas da intervenção junto da pessoa com comportamentos aditivos e dependência.

Com alguma frequência, os clientes necessitam de internamentos hospitalares, ou de consultas de especialidade decorrentes da descompensação de patologias de ordem física e/ou psiquiátrica, em que o acompanhamento do profissional de

enfermagem da Equipa de Tratamento é fundamental, para a adesão ao processo terapêutico.

Assim, e tendo em conta que o tempo proposto pelos peritos (75 minutos), está de acordo com o tempo previsto para a Visitação Domiciliária, realizada em contexto de consulta externa (Ministério da Saúde; Ordem dos Enfermeiros, 2011), consideramos que o mesmo poderá constituir-se como um valor de referência nas Equipas de Tratamento tendo, no entanto em atenção, a especificidade relacionada com a dispersão geográfica da área de influência de cada unidade.

Na tabela que se segue (Tabela 12) apresentamos os tempos médios propostos para as atividades referentes à prestação indireta de cuidados. Para esta categoria, uma vez que não encontramos na literatura valores de referência, pedimos aos peritos que propusessem tempos médios de execução semanal para cada uma das atividades. Apesar de não ter sido pedido, em algumas situações os peritos justificaram a sua decisão. Incluiremos as justificações sempre que as mesmas contribuam para a melhor compreensão dos resultados.

Tabela 12. Tempo médio de execução atribuído às atividades que integram a categoria “Prestação indireta de cuidados” (min/semana)

	N	Média (Desvio Padrão)	Min.-Máx.
Articulação interinstitucional	15	288,0 (355,56)	15 - 1080
Participação em Parcerias, Grupos de Trabalho e Projetos externos à Equipa de Tratamento	15	138,0 (92,68)	60 - 360
Participação em Grupos de Trabalho, outras Áreas de Missão e Projetos internos à Equipa de Tratamento/Delegação Regional/IDT,I.P.	15	186,0 (122,23)	60 - 480

As três atividades que integram esta categoria, apresentam valores de desvio padrão e de amplitude total elevados.

No que se refere à atividade “Articulação interinstitucional” o tempo médio proposto é de 288,0 minutos/semana. No entanto, como podemos verificar pelos resultados apresentados, a amplitude total dos valores apresentados é elevada, variando entre um valor mínimo de 15 minutos/semana e um valor máximo de 1080 minutos/semana. Analisando as justificações apresentadas, verificámos que nas

situações referentes aos valores mínimos, os peritos responderam ao tempo médio proposto por utente/semana e não, ao tempo total afecto à atividade/semana, conforme solicitado.

No que se refere às atividades “Participação em Parcerias, Grupos de Trabalho e Projetos externos à Equipa de Tratamento” e “Participação em Grupos de Trabalho, Outras Áreas de Missão e Projetos internos à Equipa de Tratamento/Delegação Regional/IDT,I.P.”, os tempos médios de execução propostos foram respetivamente 138,0 minutos/semana e 186,0 minutos/semana. Para estas atividades verificou-se igualmente uma amplitude total elevada, embora menos representativa, quando comparada com a da atividade anterior.

Ao terminarmos a análise dos tempos propostos para as atividades que integram esta categoria e, tendo em conta os valores de amplitude total verificados, colocamos como hipótese que a diferença entre os tempos mínimo e máximo atribuídos possa estar relacionada com as práticas de trabalho das Equipas de Tratamento.

Apesar das unidades terem objetivos idênticos, nem todas têm formas de intervenção similares, devido à necessidade de adequarem as suas práticas às problemáticas da população que cuidam e, aos constrangimentos geográficos inerentes aos locais em que estão integradas. Coloca-se ainda, como hipótese explicativa da discrepância dos valores propostos, a interpretação incorreta do questionário.

É de referir, que na literatura e nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e/ou Ordem dos Enfermeiros, não encontramos, ou contrário do que sucedeu para a categoria anterior, indicadores que nos permitissem servir de termo de comparação, para os valores propostos no presente estudo.

Apesar dos documentos produzidos proporem indicadores para a definição das dotações de enfermagem, estes apenas contemplam as atividades relacionadas com a prestação direta de cuidados. No entanto, como podemos verificar pela prática profissional e pela literatura, as horas de enfermagem necessárias para dar resposta às atividades relacionadas com a prestação indireta de cuidados

representam, uma percentagem significativa das horas de enfermagem disponíveis nas unidades de saúde (Myny, et al., 2010).

A terceira categoria, integra as atividades de gestão. Na tabela que se segue (Tabela 13) apresentamos os resultados obtidos após a análise estatística dos dados.

Tabela 13. Tempo médio de execução atribuído às atividades que integram a categoria “Gestão” (min./semana)

	N	Média (Desvio padrão)	Min.– Max.
Gestão/Coordenação do Serviço	15	190,0 (134,96)	60 - 480
Gestão e Coordenação de Equipas	15	214,0 (126,71)	60 - 600
Gestão dos cuidados de Enfermagem	15	372,0 (411,46)	60 - 1740
Gestão/Coordenação do Programa Farmacológico	15	220,0 (94,64)	60 - 300

A análise estatística dos tempos referentes à categoria “Gestão”, apontam para valores de desvio padrão elevados e, para uma amplitude total igualmente elevada.

De acordo com os resultados, a atividade que apresenta um desvio padrão e uma amplitude total mais elevados é a “Gestão dos cuidados de Enfermagem”.

Como verificámos anteriormente, esta atividade reuniu por parte dos peritos um nível elevado de concordância, quanto à sua importância no conteúdo funcional dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento, pelo que seria importante, numa fase posterior ao estudo, aprofundar os motivos que contribuíram para a disparidade dos tempos atribuídos.

Nas restantes atividades, também se registam valores de desvio padrão e de amplitude total elevados, embora com valores inferiores, quando comparados com a atividade anteriormente referida. Consideramos que a diferença dos tempos propostos pelos peritos, no que se refere ao tempo mínimo e máximo de execução para estas atividades, possa estar eventualmente relacionado, com as especificidades das Equipas de Tratamento, onde os peritos exercem funções e com o seu grau de participação nas mesmas.

Quando tentámos comparar os tempos médios propostos pelos peritos com resultados obtidos em outros estudos, não encontramos informação na literatura, nem nos documentos oficiais produzidos. Colocamos como hipótese justificativa, que o mesmo se deva ao facto de as atividades de gestão fazerem parte do conteúdo funcional do Enfermeiro Chefe ou de um Enfermeiro com funções de chefia, o qual dispõe da totalidade do seu horário de trabalho para o desempenho dessas funções.

De acordo com os resultados obtidos para esta categoria, o tempo médio total dispendido para a sua execução é de 996 minutos/semana, o que corresponde a meio horário normal de trabalho, no entanto, como os valores da amplitude total foram elevados, consideramos que as horas de enfermagem afetas à **gestão** deverão ser ajustadas à realidade de cada Equipa de Tratamento e comprovadas em estudos futuros.

Por último, apresentamos os resultados referentes à categoria “Formação, Supervisão, Investigação e Assessoria” (Tabela 14).

Nesta categoria nem todas as atividades reuniram 100% de respostas, ou nem todas as respostas dadas foram consideradas válidas, pelo que serão identificadas como “Não se Aplica” (NA).

Tabela 14. Tempo médio de execução atribuído às atividades que integram a categoria “Formação, Supervisão, Investigação e Assessoria” (min/semana)

	N	Média (Desvio padrão)	Min. - Max.
Supervisão de estudantes em ensino clínico	13	740,8(663,11)	90 - 2400
	NA 2		
Integração de Enfermeiros	15	966,0 (914,40)	120 - 2400
Formação em Serviço	15	121,3 (53,17)	20 - 180
Supervisão Clínica	15	109,7 (68,46)	30 - 240
Coordenação e Participação em estudos de investigação	9	138,9 (92,39)	50 - 360
	NA 6		
Realização de Ações de Formação dirigidas a Instituições da comunidade	13	115,4 (74,79)	10 - 240
	NA 2		

Da análise dos resultados, verifica-se como referido anteriormente, que nesta categoria nem todas as atividades obtiveram 100% de resposta.

Em alguns questionários, apesar de não ser pedido, os peritos justificaram o facto de não responderem. Apresentaremos as justificações sempre que considerármos pertinente para a interpretação dos resultados.

A atividade “Supervisão de estudantes em ensino clínico” obteve respostas válidas de 13 (86,7%) peritos. Para esta atividade o tempo médio de execução proposto foi de 740,8 minutos/semana, verificando-se valores de desvio padrão e de amplitude total elevados. Colocamos como hipótese, que a discrepância verificada entre os tempos mínimos e máximos propostos, esteja relacionada com o facto de nem todas as unidades receberem estudantes, ou com a sazonalidade desta atividade.

Nesta categoria, duas respostas foram consideradas inválidas, apresentamos a justificação dada pelos peritos, por considerarmos poder ser importante para a interpretação dos resultados. Assim, um dos peritos atribuiu um tempo semestral associado a um estágio de observação e o outro perito referiu que na sua unidade não se tinham realizado ensinos clínicos. Relativamente às respostas consideradas

válidas e apesar de não ser pedido, alguns peritos reforçaram o facto de que esta atividade apenas se verificar em alguns períodos do ano.

A atividade “Coordenação e participação em estudos de investigação” é a que registou um menor número de respostas, apenas 9 peritos responderam, o que corresponde a uma percentagem de respostas de 60%.

O tempo médio de execução proposto para esta atividade foi de 138,9 min/semana. Alguns dos peritos que não propuseram tempo médio de execução para esta atividade, justificaram-no com o facto de não se terem realizado estudos de investigação no seu serviço.

Tendo em conta a importância que a investigação tem para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e, para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, consideramos este resultado de alguma forma preocupante, pela desvalorização que parece estar implícita a esta atividade.

A atividade “Realização de ações de formação dirigidas a Instituições da comunidade”, obteve resposta de 13 peritos, o que equivale a uma percentagem de resposta de 86,7%. Também aqui, alguns peritos reforçaram o facto de ser uma atividade pontual. Esta atividade apresenta valores de tempos mínimos e máximos propostos bastante dispare. Colocamos como hipótese explicativa que, por ser uma atividade pontual, não seja adequado afetar-lhe um tempo médio semanal, mas sim um tempo médio por atividade.

As atividades “Integração de Enfermeiros” e “Formação em Serviço”, obtiveram uma percentagem de respostas de 100%. A primeira atividade obteve um tempo médio de execução de 966,0min/semana. Esta atividade apresenta como as anteriores, valores de desvio padrão e de amplitude total elevados. De referir que o valor máximo sugerido para esta atividade é de 2400 minutos/semana, valor superior a um horário normal de trabalho.

A atividade “Formação em Serviço” obteve um valor médio de execução de 121,3 minutos/semana. A formação contínua dos profissionais, é fundamental para a qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento profissional dos

enfermeiros, pelo que deverá ser tida em conta aquando da alocação de profissionais.

Quanto à atividade “Supervisão Clínica” o tempo médio proposto foi de 109,7 minutos/semana. Apesar do carácter fundamental que a supervisão clínica assume, na promoção da excelência dos cuidados de enfermagem e na promoção da saúde mental e satisfação dos profissionais (Abreu, 2007), ela ainda não é uma prática corrente na maior parte dos serviços.

No que se refere a esta categoria, não encontramos na literatura, nem nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e/ou Ordem dos Enfermeiros, valores de referência para estas atividades.

Existem no entanto, recomendações quanto à necessidade de alocar enfermeiros às áreas da formação em serviço, investigação (Ministério da Saúde; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Ao terminarmos a análise dos resultados, referentes aos tempos médios de execução por atividade, consideramos que para a categoria “prestação direta de cuidados”, os resultados obtidos ilustram de forma clara o pensamento dos peritos, quanto aos tempos necessários para uma prestação de cuidados de qualidade.

No que se refere às categorias “prestação indireta de cuidados” e “gestão”, verificaram-se de um modo geral, valores de desvio padrão e de amplitude total elevados, no entanto parece existir, à exceção da atividade articulação interinstitucional, uma uniformidade quanto ao valor mínimo de execução para as atividades.

Por último, para a categoria “Formação, Supervisão, Investigação e Assessoria” pensamos que teria sido mais adequado, propor aos peritos que se pronunciassem sobre os tempos de execução por atividade e não por semana. São atividades que ocorrem com maior ou menor frequência, dependendo da realidade dos serviços, o que dificulta a afetação de tempos médios de execução semanais. No entanto, consideramos que na alocação de enfermeiros, os tempos relacionados com estas atividades devem ser contemplados.

Teria sido, no nosso entender, interessante comparar os resultados referentes aos tempos médios obtidos neste estudo, para as atividades que não estão associadas à prestação direta de cuidados, com resultados obtidos noutros estudos, no entanto não encontrámos na literatura trabalhos com características idênticas.

4 CONCLUSÕES

As organizações dependem das pessoas para as dirigir, controlar, fazer funcionar e também para garantir o seu sucesso e a continuidade (Chiavenato, 2006).

Nos serviços de saúde, os custos com os profissionais são elevados, verificando-se em algumas unidades políticas de restrição à contratação, como forma de controlar a despesa.

A decisão quanto à dotação de profissionais e, nomeadamente de profissionais de enfermagem, deve ser planeada de forma a garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde por parte do cidadão, a qualidade dos serviços, o atingir dos objetivos da organização e a qualidade de trabalho dos profissionais.

Uma dotação correta de profissionais, comporta benefícios financeiros para a organização, ao contribuir para a redução do absentismo, dos eventos adversos e para o aumento da produtividade, pelo que se constitui como um aspeto importante a ter em conta aos três níveis de gestão (estratégico, técnico e operacional).

Torna-se então fundamental, que os gestores de enfermagem, realizem estudos que lhes permitam apresentar dados concretos sobre as dotações seguras para cada serviço, evitando assim a sublocação de profissionais, ou em algumas situações um número de profissionais superior às necessidades, o que acaba por ter custos para a organização.

A natureza abrangente das funções dos enfermeiros verificada nos últimos tempos, aumentou a complexidade da tomada de decisão relativamente aos níveis adequados de alocação de enfermeiros (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007).

Como pudemos verificar pelos resultados obtidos no presente estudo, também no Instituto onde o mesmo decorreu, as áreas de intervenção dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento são bastante abrangentes.

Dando resposta ao primeiro objetivo do estudo concluímos, que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas Equipas de Tratamento, integram as áreas de intervenção da prestação de cuidados (direta e indireta), da gestão, da formação, da supervisão, da investigação e da assessoria.

Como pudemos verificar pelos resultados obtidos, cada uma das categorias definidas engloba várias atividades, tendo-se identificado um total de 18.

Outro resultado que considerámos importante e que gostávamos de destacar, é o facto de todas as atividades propostas, terem reunido na primeira ronda os níveis de consenso propostos.

Apesar de formalmente não estarem definidas as atividades que compõem o posto de trabalho dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento, o grau de concordância relativamente à sua composição é como pudemos verificar elevado. No entanto, de acordo com as respostas obtidas, nem todas as atividades consideradas como fundamentais, fazem atualmente parte, da atividade diária dos enfermeiros.

Como refere Meleis (1997), os enfermeiros desenvolvem diferentes papéis nomeadamente na área clínica, na formação, na investigação, na administração, na política e na consultadoria. Alguns destes papéis estão presentes nos enfermeiros das Equipas de Tratamento do IDT, I.P.

Um dado que emergiu do estudo e que merece, no nosso entender, uma análise posterior mais detalhada, tem a ver com o facto de não existirem nas Equipas de Tratamento, enfermeiros exclusivamente afetos à área da gestão.

De acordo com os resultados obtidos 100% dos enfermeiros que desempenham atividades de gestão, na sua unidade ou no Centro de Respostas Integradas onde pertencem, acumulam esta atividade com a prestação de cuidados, o que poderá representar uma elevada dispersão de atividades e eventualmente uma sobrecarga de trabalho.

Em resumo, consideramos que o nível elevado de concordância atribuído pelo painel de peritos às atividades propostas, poderá indicar que as mesmas são representativas das diferentes funções desempenhadas pelos enfermeiros, nas

Equipas de Tratamento. Assim, parece-nos lícito concluir que as mesmas poderão ser utilizadas como uma tipologia a adotar na caracterização do posto de trabalho.

No que se refere ao segundo objetivo e, como pudémos verificar pelos resultados apresentados, o estudo permitiu atribuir, de acordo com a opinião dos peritos, enfermeiros detentores de uma vasta experiência profissional em comportamentos aditivos e noutras áreas de intervenção, tempos médios de execução para as atividades identificadas na primeira fase.

No IDT, I.P., os tempos médios de execução por atividade não estavam padronizados, o que tem condicionado negativamente, no nosso entender, o planeamento dos recursos humanos de enfermagem, nas Equipas de Tratamento.

A definição dos tempos médios de execução, é importante para todas as atividades, no entanto, consideramos que a sua definição é fundamental para as atividades com maior representatividade e, com maior grau de subjetividade, como por exemplo as consultas de enfermagem, realizadas no âmbito do programa farmacológico e a articulação interinstitucional, respetivamente.

Das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, as consultas de enfermagem realizadas no âmbito do programa farmacológico, são as que têm maior representatividade no seu dia a dia de trabalho, não só pelo elevado número de clientes que são atendidos diariamente, como também pelas problemáticas de saúde mental e física que estes apresentam.

Assim, o facto de não estar padronizado um tempo médio de execução para esta atividade, não permitia definir de forma concreta o número de horas necessário, para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No que se refere à prestação indireta de cuidados, verificou-se também que são várias as atividades desenvolvidas, requerendo igualmente um número de horas de enfermagem significativo. Nesta categoria, a atividade para a qual, no nosso entender, era fundamental definir o tempo de execução é a articulação interinstitucional. De acordo com a realidade das unidades, o trabalho de parceria assume maior ou menor expressão. O tempo afeto a esta atividade não é, em muitas equipas contabilizado, apesar de ser bastante representativo, o que

inviabiliza a sua utilização, quando se realizam os cálculos referentes às horas de enfermagem necessárias para a unidade.

No entanto, face à diversidade e amplitude total dos tempos propostos, consideramos que estes deverão ser utilizados com algumas reservas.

Resumindo, a fim de dar resposta ao segundo objetivo do estudo, parece-nos pertinente concluir que os tempos médios afetos a algumas das atividades dos enfermeiros das Equipas de Tratamento, são percecionados de forma diferente, pelo que deverão ser sujeitos a uma maior clarificação.

A incapacidade de definir e apresentar de forma concreta aos órgãos superiores de gestão, o número de horas de enfermagem necessárias para assegurar uma prática profissional segura e de qualidade, é uma preocupação nossa desde há bastante tempo.

Assim, consideramos que a realização deste estudo pela revisão bibliográfica efetuada e apresentada e pelos resultados obtidos, pode contribuir para a produção de conhecimento sobre das atividades que compõem o exercício dos enfermeiros nas Equipas de Tratamento.

Poderá ainda, no nosso entender, constituir-se como o primeiro passo para a construção de uma ferramenta de gestão e alocação de recursos humanos nesta área, ao propor tempos médios de execução para as diferentes atividades.

Como referido anteriormente, encontramos-nos num período de integração nas Administrações de Saúde locais o que, de acordo com o que nos diz Meleis (2010), pode ser entendido como uma transição organizacional, decorrente das alterações nas políticas de saúde.

Estas transições podem provocar alterações na vida dos profissionais e também dos utilizadores dos serviços, pelo que é fundamental que evoluam de forma positiva, tendo no nosso entender, os responsáveis de enfermagem um papel fundamental neste processo.

Como vimos anteriormente nos períodos de transição e, para que os mesmos evoluam positivamente, é fundamental a colaboração entre a equipa, a comunicação

efetiva, o apoio de pessoas ou grupos chave e a existência de um modelo de suporte para os profissionais, papéis muitas vezes desempenhados ou promovidos pelos chefes, ou líderes de enfermagem.

Nesta fase de integração em que nos encontramos, consideramos que os resultados obtidos no estudo, podem eventualmente, ser úteis para dar visibilidade à especificidade do exercício profissional dos enfermeiros na área dos comportamentos aditivos e dependências, justificando os rácios enfermeiro/cliente, bastante superiores aos praticados nos cuidados de saúde primários.

Consideramos que numa fase posterior, serão necessários mais estudos que permitam avaliar a aplicabilidade dos resultados obtidos à realidade das Equipas de Tratamento, de modo a possibilitar uma correta definição da dotação de enfermeiros por unidade. A realização de *focus group* em que se validem os tempos médios propostos, é desde já uma sugestão para a continuação deste estudo.

Como principais limitações do estudo, consideramos a dimensão da amostra; o facto de enfermeiros que não desempenham atividades de gestão, terem sido convidados a propor tempos de execução para as atividades dessa área; o facto de apenas termos utilizado para a segunda fase do estudo a técnica da estimativa subjetiva dos tempos, não se recorrendo por exemplo à triangulação de métodos; e ainda termos definido os tempos médios de execução por atividade, sem o relacionarmos com as necessidades efetivas de cuidados dos clientes, o que pode constituir-se, no nosso entender, como outra da linha de investigação futura.

Ao terminarmos o estudo, consideramos que a realização do mesmo constituiu-se como um importante momento de aprendizagem para os diferentes intervenientes, ao incentivar a reflexão e a discussão sobre aspetos fundamentais do exercício profissional de enfermagem, nas unidades de tratamento em ambulatório da pessoa com comportamentos aditivos e dependências, aspetos esses até então, pouco estudados.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2011). *Serviço Nacional de Saúde: Relatório e Contas 2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A.,...
.Smith, H. L. (August de 2010). *Implications of the California Nurse*. Acedido em:
06/10/2012. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908200/pdf/hesr0045-0904.pdf>.

Azevedo, M. (2009). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares (7ª ed.)*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Camara, P., Guerra, P., & Rodrigues, J. (2010). *Novo Humanator: recursos humanos e sucesso empresarial*. Lisboa: D. Quixote.

Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção (Vol. 2)*. Loures: Lusociência.

Chang, A., Gardner, G., Duffield, C., & Ramis, M. (May de 2010). A Delphi study to validate an Advanced Practice Nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (10), pp. 2320-2330.

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos (6ª ed.)*. Rio de Janeiro: Editora Campus, Ltda.

Chiavenato, I. (2006). *Administração de Recursos Humanos: fundamentos básicos (6ª ed.)*. São Paulo: Atlas.

Chiavenato, I. (2009). *Recursos Humanos: o capital humano das organizações (9ª ed.)*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

- Cordioli *et al* (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6ª ed.). Damaia: Editora RH-Lda.
- Decreto-Lei Nº 124/2011 de 29 de Dezembro (2011). *Procede à extinção do IDT, I.P.: Diário da República, I Série, Nº 249 (29-12-2011), 5491.*
- Decreto-Lei Nº 161/1996 de 4 de Setembro (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República, I-A Série Nº 205 (04-09-1996), 2959-2962.*
- Decreto-Lei Nº 221/2007 de 29 de Maio (2007). *Lei Orgânica do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P.: Diário da República, I Série, Nº 103 (29-05-2007), 3516-3519.*
- Decreto-Lei Nº 248/2009 de 22 de Julho (2009). *Carreira de Enfermagem. Diário da República, I Série, Nº 184 (22-07-2009), 6761-6765.*
- Decreto-Lei Nº 437/1991 de 8 de Novembro (1991). *Carreira de Enfermagem. Diário da República, I-A Série, Nº 257 (08-11-1991), 5723-5741.*
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde Lda.
- Gomes, J., Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. A. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Silabo, LDA.
- Hoi, S. Y., Ismail, N., Ong, L. C., & Kang, J. (2010). *Determining nurse staffing needs: the workload intensity measurement system. Journal of Nursing Management, 44-53.*

International Council of Nrses (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Genebra: International Council of Nurses.

Instituto da Droga e da Toxicodependencia, I.P. (2011). *Relatório Anual 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Posto de trabalho*. Acedido em: 20/12/2012. Disponível em:

http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc_cod=3031&cnc_ini=01-01-2000.

International Council of Nurses. (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Genebra: International Council of Nurses.

International Council of Nurses. (2010). *Nursing Human Resources Planning*. Switzerland: International Council of Nurses.

Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 205-212.

Kurcgant, P., Cunha, K., Massarollo, M., Ciampone, M., Silva, V., Castilho, V., . . . Takahashi, R. (1991). *Administração em enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, LTDA.

Lei Nº 59/2008 de 11 de Setembro (2008). Aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas. Nº 176 (11-02-2008), 6524-6623.

Magalhães, A., Riboldi, C., & Agnol, C. (Julho/agosto de 2009). Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafios para as lideranças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 608-612.

McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: a worthwhile approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1221-1225.

Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: development & progress*. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacker, K. (September, 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, pp. 12-28.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde; Ordem dos Enfermeiros (Março de 2011). *Guia de Recomendações para o cálculo da dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em: 02/04/2011. Disponível em:

https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Recomendacoes_DotacaoEnfermeirosSNS_VF_site.pdf

Myny, D., Goubergen, D. V., Limère, V., Gobert, M., Verhaeghe, S., & Defloor, T. (2010). Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 92-102.

O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Hall, L. M., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., . . . Meyer, R. (2004). *Evidence-based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance*. (C. H. Foundation, Ed.) Canadá.

Acedido em: 10/10/2012. Disponível em:

http://www.chsrf.org/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/obrien_final.pdf.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2011). *Relatório Anual 2011: a evolução do fenómeno da droga na europa*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Luxemburgo: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar: Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Dados Estatísticos: 2000 - 2011*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade: do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau - formação e saúde, Lda.

Pocinho, M. (2009). *Estatística: Teoria e exercícios passo-a-passo*.

Acedido em: 02/12/2012. Disponível em:

http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20l.pdf.

Polit, Denise; Beck, Tatano. (2003). *Nursing Research: Principles and Methods*. (L. W. Wilkins, Editor). Acedido em: 28/12/2012. Disponível em:

http://hsmi.psu.ac.th/upload/forum/polit_beck_nursing_research-principles_and_methods_7e_2003.pdf.

Rahioui, H., & Reynaud, M. (2008). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adições*. Lisboa: Climepsi Editores.

Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses's Association of Ontario (2009). *Supporting Clients on Methadone Maintenance Treatment*. Toronto, Ontario: Registered Nurses's Association of Ontario.

United Nations (2012). *World Drug Report 2012*. Vienne: United Nations publication.

Unruh, L. (January de 2008). Nurse Staffing and Patient, Nurse and Financial outcomes. *American Journal of Nursing*, pp. 62-71.

Veiga, B. S., Simões, H., & Campos, A. P. (2000). *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem*. Boletim Informativo do IGIF, pp. 1-7.

Vernon, W. (February de 2009). The Delphi technique: A review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16, pp. 69-76.