



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**Conhecimentos sobre a RNCCI: um estudo exploratório sobre a
perceção dos alunos do curso de enfermagem**

Andreia Cristina Pimparel Maia Guerreiro

*Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior
de Saúde, para a obtenção do Grau de Mestre Cuidados Continuados*

Bragança, junho de 2016



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Conhecimentos sobre a RNCCI: um estudo exploratório sobre a perceção dos alunos do curso de enfermagem

Andreia Cristina Pimparel Maia Guerreiro

Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau de Mestre Cuidados Continuados

Orientada por:
Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Bragança, junho de 2016

RESUMO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) foi criada em 2006 pelo decreto-lei nº 101/2006, no âmbito do Ministério da Saúde e da Segurança Social. A RNCCI tem como missão prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, e articula-se com os serviços de saúde e sociais já existentes. Para cumprir a sua missão, a RNCCI, necessita de uma equipa multidisciplinar, na qual integram vários profissionais, tais como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre muitos outros, de entre estes os enfermeiros são os profissionais que maior percentagem detêm na constituição da mesma. Daí que seja pertinente a realização de estudos de investigação, com enfermeiros e estudantes de enfermagem, nesta nova valência de cuidados.

O presente estudo incide sobre os conhecimentos dos estudantes de enfermagem sobre a RNCCI, que frequentam o terceiro e quarto ano na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Sendo a questão de investigação deste estudo: “Quais os conhecimentos dos alunos de enfermagem do terceiro e quarto ano da licenciatura em enfermagem sobre a RNCCI?”.

Foi realizado um estudo de natureza quantitativa, descritivo, correlacional, num plano transversal. Optou-se por um processo de amostragem não probabilística de conveniência, que refletisse a distribuição da população por ano de escolaridade. Assim, considerou-se uma amostra de 120 alunos (75 % da população), selecionados acidentalmente, visando a disponibilidade, rapidez e o menor custo na recolha de dados.

Concluiu-se que os alunos de enfermagem de uma forma geral apresentam conhecimentos sobre a RNCCI. Destacando-se uma percentagem de 90% de respostas corretas referentes sobre a RNCCI.

No entanto 75% dos alunos responderam erradamente às afirmações relacionados com o processo de referenciação e tipologia das respostas da RNCCI. Comparando estes resultados com estudos realizados com enfermeiros que exercem funções na RNCCI, verifica-se que os alunos não apresentam conhecimentos suficientes para desencadear funções ou processos relacionados com a RNCCI, apesar de terem conhecimentos gerais da mesma, pois apresentam consideráveis falhas desde logo no processo de referenciação, assim como profissionais que já trabalham na área.

Tais factos constatados salientam a importância de formação teórica e/ou prática, no plano curricular da licenciatura de enfermagem, preparando os futuros enfermeiros para exercerem as suas funções na RNCCI, e não só. Pois os enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários e secundários, também eles necessitam de ter conhecimentos sobre a RNCCI, verificando-se muito frequentemente é durante o internamento que se inicia o processo de referenciação. Sugerindo que o conhecimento dos alunos sobre a RNCCI, são adquiridos na sua maioria durante a realização do ensino clínico, onde acompanham este tipo de atividades.

Embora a formação base da licenciatura, permita uma vasta aquisição de competências teórico-práticas, e a integração de formação sobre a RNCCI, seja considerada pelos alunos de enfermagem, como importante ou muito importante, a mesma pode considerar-se atualmente praticamente inexistente.

Palavras-Chave: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Conhecimentos dos estudantes de enfermagem; Plano curricular de enfermagem

ABSTRACT

The National Network of Continuing Care (RNCCI) was created in 2006 by Decree-Law No. 101/2006, under the Ministry of Health and Social Security. The RNCCI's mission is to provide appropriate care, health and social support to all people, regardless of age and in a situation of dependency, and is linked to the health services and existing social. To fulfill its mission, RNCCI, needs a multidisciplinary team, which integrate various professionals, such as doctors, nurses, social workers, psychologists and among many others. These nurses are the professionals who have higher percentage to hold on constitution of it. Hence it is appropriate to carry out research studies, nurses and nursing students are in this new valence care.

This study focuses on the knowledge of nursing students on RNCCI who attending the third and fourth year in the School of Health Sciences at the Polytechnic Institute of Bragança. As the research question of this study: "What knowledge of the third nursing students and fourth year of degree in nursing on RNCCI?".

A study was conducted quantitative, descriptive, correlational, a transverse plane. We chose a non-probabilistic sampling process of convenience, which reflect the population distribution by grade. Thus, it was considered a sample of 120 students (75% of the population), accidentally selected, aiming at the availability, speed and lower cost of data collection.

It was concluded that nursing students in general have knowledge of the RNCCI. To highlight that, there is a percentage of 90% of correct answers regarding on RNCCI but 75% of wrongly responded to the claims related to the process of referral and typology of RNCCI answers. Comparing these results with studies with nurses performing duties in RNCCI, it shows that students do not have sufficient knowledge to trigger the functions or processes related to RNCCI, despite general knowledge of it, since they have considered about to flaw

from the outset in the process referral, as well as the professionals who have already been working in the area.

Such facts found stress the importance of theoretical and / or practice in the curriculum of nursing degree, preparing future nurses to perform their duties in RNCCI, and not only. For nurses working in primary and secondary health care, they also need to have knowledge of the RNCCI, checking it very often is during hospitalization that begins the referral process. Suggesting that the students' knowledge of the RNCCI are acquired mostly during the course of clinical teaching, which accompany this type of activities.

Although the training base of the degree, allow a wide acquisition of theoretical and practical skills, and the integration of training on RNCCI, it is considered by nursing students, as important or very important, it can be considered now virtually nonexistent.

Keywords: National Network of Integrated Continuous Care, knowledge of nursing students, curriculum plan nursing

“Saber não é o bastante; precisamos de aplicar.

Querer não é o bastante; precisamos de fazer.”

“Bruce Lee, (S.D.)”

A todos aqueles que contribuíram para o término desta etapa, um muito obrigada ...

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de cuidados de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

C DISTS do ISS – Centros Distritais do Instituto de Segurança Social

CCI – Comissão de controlo de infeção

CIE – Concelho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECTS – European Credittransfer System

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EPS – Educação para a Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IAI – Instrumento de Avaliação integrado

MS – Ministério da Saúde

MTSS – Ministério do trabalho e Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDS – Plataforma dados de Saúde

PDS – Plataforma de Dados de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Integrados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCP – Unidade de Cuidados paliativos

ULS – Unidade Local de Saúde

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE GERAL

Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento Teórico.....	5
1.Evolução histórica dos cuidados de saúde.....	7
2.Caraterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	10
2.1.Implementação e Monitorização da RNCCI.....	20
3.A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a atividade profissional de Enfermagem.....	27
4.Análise dos planos curriculares de Enfermagem.....	29
5.Evidências sobre as dificuldades dos enfermeiros na RNCCI.....	35
Parte II – Estudo Empírico - Conhecimentos sobre a RNCCI: um estudo exploratório sobre a perceção dos alunos do curso de enfermagem.....	49
1. Metodologia.....	51
1.1.Contextualização do problema e Objetivos do estudo.....	52
1.2.Variáveis e Hipóteses do estudo.....	53
1.3.População e amostra.....	56
1.4.Tipo de Estudo.....	57
1.4.1.Procedimento de Colheita de Dados.....	57
1.4.2.Procedimentos Éticos e Deontológicos.....	58
1.5.Instrumento de Colheita de Dados.....	59
1.6.Análise e tratamento dos dados.....	60
2.Apresentação, análise e discussão de resultados.....	63
2.1.Caraterização dos participantes.....	63
2.2. Respostas obtidas sobre a formação em cuidados continuados.....	64
2.3.Respostas obtidas na acerca da importância dos cuidados continuados.....	66
2.4. Respostas obtidas nas asserções V/F retiradas do decreto-lei nº 101/2006.....	67
2.5.Conhecimentos dos alunos sobre cuidados continuados versus características sociodemográficas.....	71
2.6. Conhecimentos dos alunos sobre cuidados continuados versus formação sobre cuidados continuados.....	72
2.7. Conhecimentos dos alunos sobre cuidados continuados versus importância dos cuidados continuados.....	75
Proposta de Intervenção.....	81

Conclusões	85
Referências Bibliográficas	91
Referências Legislativas	95
Anexos	97
Anexo I - Planos Curriculares: Escola Superior de Saúde de Bragança; Escola Superior de Enfermagem do Porto e ; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	99
Anexo II - Pedido de Autorização para aplicação dos questionários aos estudantes da Escola Superior de Saúde de Bragança.....	119
Anexo III - Instrumento de Colheita de Dados	121
Anexo IV - Decreto-lei nº101/2006 - Criação da RNCCI.....	127
Anexo V - Diagrama de extremos e quartis	137

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 <i>Planeamento estratégico da RNCCI, assente num modelo evolutivo territorial.....</i>	20
Tabela 2 <i>Distribuição da população e da amostra em função do ano curricular que frequentam.</i>	57
Tabela 3 <i>Caraterização da amostra por género e idade.....</i>	63
Tabela 4 <i>Respostas obtidas sobre a formação em cuidados continuados.....</i>	65
Tabela 5 <i>Respostas obtidas na acerca da importância dos cuidados continuados</i>	67
Tabela 6 <i>Respostas obtidas nas asserções V/F retiradas do decreto-lei nº 101/2006.....</i>	69
Tabela 7 <i>Número de respostas corretas dadas ao questionário geral dos conhecimentos sobre RNCCI</i>	70
Tabela 8 <i>Distribuição das respostas corretas versus sexo, idade e ano de curso</i>	71
Tabela 9 <i>Distribuição do número de respostas corretas versus formação sobre cuidados continuados.....</i>	74
Tabela 10 <i>Distribuição do número de respostas corretas versus importância dos cuidados continuados.....</i>	76

INTRODUÇÃO

A formação académica e profissional é uma temática complexa. Desde sempre a conceção da profissão de enfermagem abordou diretamente os fins e os objetivos, implícitos nos planos curriculares das escolas de saúde, na tentativa de tornar mais evidente e precisa a própria natureza da atividade de enfermagem. O profissional de enfermagem está habilitado para manter e repor a independência do doente, relativamente às suas atividades de vida diária. Este foi formado para tal, assim como para desempenhar um papel de suprimento. Neste contexto, nunca menosprezando os conhecimentos técnicos e científicos que este deve possuir, sobressaem os pormenores, que variam em função da formação do enfermeiro. No entanto, é facto de que nos dias de hoje se valoriza cada vez mais um pormenor. Um tão “insignificante pormenor” como um olhar, um sorriso, um toque!

A totalidade do ensino reflete o atual estágio de conhecimentos científicos, no entanto a formação do enfermeiro deve também contemplar uma outra multiplicidade de conceitos tais como, luto, dor, relação de ajuda, humanidade, objetivando assim um enfermeiro reconhecido como mais “humano”, “competente” e “sensível”. No fundo não é isso que todos nós desejamos quando precisamos?

Considerando que não são apenas os conhecimentos científicos e técnicas na área da saúde que evoluem, mas também as respostas dadas pelo Ministério da Saúde, sendo as últimas a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados e a Rede Nacional de Cuidados paliativos, é fundamental que os profissionais e alunos da área da saúde se atualizassem de forma a responder às necessidades dos doentes de forma eficiente e contribuíssem assim para a qualidade de todo o sistema nacional de saúde.

O presente estudo centra-se nos conhecimentos dos estudantes de enfermagem sobre a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados, aceitando que são eles o reflexo do enfermeiro de “amanhã” e que a RNCCI é um novo contexto de prestação de cuidados. A motivação para o presente trabalho surgiu na unidade curricular Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica, com a finalidade de promover a qualidade dos cuidados de saúde a nível: das novas respostas do sistema nacional de saúde, eficiência e qualidade dos cuidados de enfermagem e eficiência dos cuidados de saúde prestados.

Assim sendo formulou-se a questão de investigação: ”Quais os conhecimentos dos alunos de enfermagem do terceiro e quarto ano da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança sobre a RNCCI?”

A questão de investigação supracitada teve como objetivos: avaliar os conhecimentos dos alunos de enfermagem do terceiro e quarto ano da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança; analisar o plano de estudos da licenciatura de enfermagem; propor a integração de um módulo curricular sobre a RNCCI no plano de estudos da licenciatura de Enfermagem.

De forma a alcançar os objetivos propostos e obter resposta à questão de investigação, desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo, correlacional, num plano transversal, que decorreu num período de tempo, entre setembro de 2015 e Fevereiro de 2016. No que concerne à amostra optou-se por um processo de amostragem não probabilística de conveniência, que refletisse a distribuição da população por ano de escolaridade, considerou-se, assim uma amostra de 120 alunos (75 % da população), selecionados acidentalmente, visando a disponibilidade, rapidez e o menor custo na recolha de dados. Foram definidos como critérios de seleção da amostra: indivíduos de ambos os sexos, que frequentassem o 3º ou 4º ano curricular a

frequentar a licenciatura de enfermagem na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança que aceitassem participar voluntariamente no estudo.

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes, sendo que na primeira se apresenta o estado de arte, onde é apresentada a RNCCI, a avaliação da sua implementação e monitorização, a atividade de enfermagem neste contexto de cuidados de saúde, a análise dos planos curriculares de enfermagem, bem como estudos que revelam as dificuldades dos enfermeiros neste contexto. A segunda parte, apresenta os aspetos metodológicos, deste estudo empírico. Ou seja, descreve o desenho do estudo, local onde foi desenvolvido, amostra, procedimentos realizados, o instrumento de colheita de dados, variáveis dependentes e independentes e a sua operacionalização e finalmente é apresentada a discussão dos resultados, e proposta de intervenção conclusões.

A área da saúde é nos dias de hoje uma componente do reflexo do desenvolvimento do país ao qual a mesma se refere. Daí que assuma uma importância crucial nas preocupações dos governos de cada país. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e doenças". O conhecimento sobre os determinantes da saúde no Estado de Saúde global da população ou de grupos específicos e refletida por indicadores de saúde. Entendendo-se por indicadores de saúde, instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como dos fatores que a determinam, segundo Estratégias para a Saúde - V Caderno do PNS – Indicadores e metas em saúde (2011).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), que se define como um conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde (MS), e que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. O SNS visa através da implementação de novas estratégias cumprir os direitos de todos os cidadãos no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde no geral, e especificamente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que foi criada com o decreto lei°101/2006, com o objetivo geral de prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

A política de recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua. Aqui, insere-se uma grande percentagem de enfermeiros que devem estar o mais aptos possível para o exercício das suas funções nas diversas áreas de prestação de cuidados da Rede. Tendo em consideração tal facto, surge a necessidade de avaliar os conhecimentos dos estudantes de enfermagem sobre a RNCCI, de forma a avaliar se a sua formação básica na licenciatura os prepara minimamente para o exercício desta atividade profissional no contexto do presente estudo.

Após leitura e análise do plano de estudos do curso de enfermagem identificou-se a necessidade de avaliar os conhecimentos dos alunos de enfermagem sobre a RNCCI.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.Evolução histórica dos cuidados de saúde

Em Portugal o SNS surgiu pela lei nº 56/79 de 15 de Setembro de 1980, em que foi instituída uma rede de instituições e serviços de prestação de cuidados de saúde disponíveis a toda a população, de forma à entidade estatual garantir o direito à proteção da saúde de todos os portugueses. Assim, e nos termos da Constituição da República Portuguesa, o acesso passou a ser garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, social e cultural. Sem excluir os estrangeiros, apátridas e refugiados políticos.

Os cuidados integrados de saúde, compõem o SNS, no que respeita à promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação médica e social. Mas a fim de racionalizar o recurso a estes serviços, foram criadas taxas moderadoras contrariando o inicial acesso gratuito.

O SNS desfruta de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispendo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

As crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades, exigem que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários. Daqui resulta a criação das regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas.

O Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, cria as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS), que sucedem às administrações distritais dos serviços de saúde. De forma a garantir que os cuidados de saúde se estendam a toda a população, mesmo aos que se encontram nos pontos mais isolados e desintegrados do país.

A criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, através do Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de março, põe fim aos serviços médico-sociais da Previdência e marca a expansão do SNS, que se torna o órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direção e de avaliação das atividades desenvolvidas, pelos seguintes decretos-lei: Decreto Lei n.º 254/82 de 29 de Junho, Decreto Lei n.º 74-c/84 de 2 de Março. Com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no sentido de dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Por forma a facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento e promover a prescrição eletrónica, com a desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento, foi aprovada a Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio. Servindo também como incentivo à efetiva informatização do sistema de saúde, estimulando a comunicação entre os profissionais das diferentes instituições e diminuindo o risco de erro ou confusão na prescrição. Esta medida permite ainda obter mais informação sobre o circuito do medicamento.

Também a evolução e generalização das tecnologias da informação, levou à constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro. (Ministério da Saúde, 2012). São alguns exemplos dos sistemas

informáticos usados na atualidade, o Sclínico e a Plataforma de Dados da Saúde, Sima Rastreios, Sinus, entre outros.

A par desta evolução, arranca o novo Portal do Utente, integrado no projeto Plataforma de Dados da Saúde (PDS), que permite registos de saúde feitos pelo utente e o recurso a serviços on-line já existentes e a disponibilizados, como por exemplo a marcação de consultas ou confirmação de cirurgias, on-line.

No ano de 2014 pelo Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho, foi criado o Fundo para a Investigação em Saúde, visando o fortalecimento das atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e, assim, obter ganhos em saúde. A investigação em saúde é considerada instrumental para a melhoria contínua da qualidade, formação de profissionais e projeção internacional do país numa área de grande competitividade, onde os ganhos com a produção de conhecimento podem ser significativos.

A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, estabelece as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde, de modo que os indivíduos em situação de mobilidade dentro dos estados membros da união europeia têm direito a assistência integrada de saúde.

2.Caraterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Assente num novo modelo de prestação de cuidados incorporado no Sistema Nacional de Saúde, formalizou-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com o decreto-lei nº101/2006.

Entende-se por Cuidados continuados integrados um conjunto de intervenções de saúde e/ou de apoio social com o objetivo de promover a autonomia e melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A rede define a sua composição através de um modelo de respostas diversificadas com a participação de diferentes tipos de prestadores e articulada através do desenvolvimento de um processo de contratação da prestação de cuidados, com Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos e Entidades privadas com fins lucrativos.

A RNCCI resulta duma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS) e da Saúde (MS) e vários prestadores de cuidados de Saúde e de Apoio Social.

Assume como Missão de garantir a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência. Define como princípios: prestação individualizada e humanizada de cuidados; continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; da

proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; da avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência; promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede e participação e corresponsabilização da família e/ou dos cuidadores principais na prestação dos cuidados e da Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Com os seus Princípios definidos, a RNCCI tem como objetivo principal prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Assume como objetivos específicos:

- Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
- Promover a manutenção no domicílio das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, sempre que, mediante o apoio domiciliário, possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- Atuar através do apoio, do acompanhamento e do internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- Melhorar, de forma contínua, a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

- Apoiar os familiares, ou prestadores informais, na sua formação e qualificação para melhorar a prestação dos cuidados;
- Articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, em consequência da progressiva cobertura a nível nacional das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

A RNCCI inclui, unidades de internamento, que podem ser de:

- Cuidados continuados de convalescença - para pessoas que estiveram internadas num hospital devido a uma situação de doença súbita ou ao agravamento duma doença ou deficiência crónica, que já não precisam de cuidados hospitalares, mas necessitam de cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio. A duração do internamento será até 30 dias.
- Cuidados continuados de média duração e reabilitação (UMDR) – para pessoas que, perderam temporariamente a sua autonomia mas que podem recuperá-la e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social e reabilitação que, pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio. A duração do internamento prevista dura entre 30 e 90 dias seguidos.
- Cuidados continuados de longa duração e manutenção (ULDM) - para pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa, na instituição ou estabelecimento onde residem. Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência,

favorecendo o conforto e a qualidade de vida. Para internamentos superiores a 90 dias seguidos. A ULDM pode ter ainda internamentos com menos de 90 dias (máximo 90 dias /ano) quando há necessidade de descanso do principal cuidador.

- Unidades de ambulatório (quando não é necessário o internamento) – que segundo a Portaria nº 174/2014 de 10 de Setembro prestam cuidados continuados integrados de manutenção, de promoção de autonomia e apoio social a pessoas com diferentes graus de dependência, sem necessidade de internamento, que reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ou cuja situação não aconselhe a prestação de cuidados no domicílio. Estas unidades devem organizar-se para prestar cuidados continuados diferenciados em função das patologias e ou grau de dependência dos utentes. Exige um funcionamento em regime diurno, todos os dias úteis, por um período não inferior a oito horas diárias de forma a garantir e proporcionar ao utente: cuidados de saúde de âmbito preventivo, manutenção e reabilitação; desenvolvimento de atividades de treino cognitivo, de treino de atividades de vida diária e de atividades instrumentais de vida diária; desenvolvimento de atividades de reabilitação e de manutenção das capacidades motoras e sensoriais; promoção da interação do utente com a família, ou com o cuidador informal; apoio na satisfação de necessidades básicas, nomeadamente a alimentação e higiene pessoal; participação, ensino e treino dos familiares ou cuidadores informais; realização de atividades culturais e de lazer, tendo em vista a socialização. Esta unidade pode funcionar em instalações físicas das unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, ou em espaços físicos a estas acoplados.

- Equipas Domiciliárias e Equipas intra-hospitalares - prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência,

doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar -se de forma autónoma. A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades da pessoa realizada pelas equipas domiciliárias e implica a elaboração de um plano individual de intervenção. As equipas domiciliárias, são equipas da RNCCI, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, enquadradas no âmbito da prestação de cuidados dos ACES, integrados ou não em unidade local de saúde, E. P. E. (ULS) em articulação com as unidades e outras equipas da RNCCI. A concretização dos objetivos das equipas domiciliárias exige um funcionamento que proporcione e garanta à pessoa: a prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais; personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados; prestação de apoio psicoemocional; consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa; apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária; promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia; participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais.

As pessoas que têm direito a ser integrados na RNCCI, encontram-se nas seguintes situações:

- Dependência funcional temporária (por estar a recuperar duma doença, por exemplo de uma cirurgia, etc.)
- Dependência funcional prolongada;

- Idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença);
- Incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Os utentes podem ser propostos para a Rede de duas formas:

- Se estiverem internados em hospital do Serviço Nacional de Saúde através da Equipa de Gestão de Altas (EGA). Esta equipa tem como objetivo preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais (cfr. n.º 1 do Art. 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). A EGA localizada no hospital pertencente ao SNS onde o doente está internado é quem faz a referência para a RNCCI. A avaliação da necessidade de cuidados continuados integrados é realizada, de preferência, logo no início do internamento no hospital porque é preciso preparar, com tempo, a etapa que se segue à alta clínica. Posteriormente a proposta da EGA é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL).

- No caso de se encontrarem na comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência/lares) através do Centro de Saúde respetivo à sua área de residência (procurando o médico de família, enfermeiro ou assistente social). Nesta situação é igualmente feita uma proposta à ECL, no entanto esta, nesta situação específica será apresentada pelos profissionais anteriormente referidos.

Os Cuidados Paliativos (CP), não integram a RNCCI, desde 5 de setembro de 2012, onde foi criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), através do decreto-lei nº52/2012. A referida lei consagra o direito dos cidadãos aos cuidados

paliativos e define a responsabilidade do estado em matéria de cuidados paliativos, assumindo o Ministério da Saúde a tutela da RNCP.

Entende-se por cuidados paliativos, os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais. Estes centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, respeitando sempre a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.

A RNCP assume como princípios: a afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica; o aumento da qualidade de vida do doente e sua família; a prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados; a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos; o conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; a consideração pelas necessidades individuais dos pacientes; o respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas; e a continuidade de cuidados ao longo da doença. Refletindo-se assim os princípios da

Bioética: princípio da autonomia, princípio da justiça, princípio da não maleficência e princípio da maleficência.

O objetivo global da RNCP é a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva. Constituem objetivos específicos da RNCP: a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos; o apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados paliativos; o apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados paliativos; a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; o acesso atempado e equitativo dos doentes e suas famílias aos cuidados paliativos em todo o território nacional; a manutenção dos doentes no domicílio, desde que seja essa a vontade da pessoa doente, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida; a antecipação das necessidades e planeamento das respostas em matéria de cuidados paliativos.

A RNCP é uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, e baseia -se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.

A prestação de cuidados paliativos organiza -se mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados eficazes, oportunos e eficientes, visando a

satisfação das pessoas numa lógica de otimização dos recursos locais e regionais, de acordo com a Lei de Bases da Saúde. A intervenção em cuidados paliativos é baseada no plano individual de cuidados paliativos, elaborado e organizado pela equipa interdisciplinar em relação a cada doente.

A coordenação da RNCP no plano regional é assegurada nos termos previstos na base XI, atuando em conformidade com princípios orientadores da coordenação nacional, articulando com as unidades e equipas da RNCP e assegura o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação na Rede na sua área de jurisdição.

As equipas de prestação de cuidados paliativos, a nível local, são:

a) Unidades de cuidados paliativos - é um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa. Presta cuidados, designadamente em regime de internamento, podendo estar integrada num hospital ou noutra instituição de saúde com serviços de internamento. Podem ter diferentes valências assistenciais, de internamento, apoio intra -hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa.

b) Equipas intra -hospitalares de suporte em cuidados paliativos - prestam aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias; prestam também, assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. A equipa está integrada na unidade de cuidados paliativos,

quando esta exista na mesma instituição. Funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento.

c) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos - prestam cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação; presta apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da rede nacional de cuidados continuados e integrados; assegura formação em cuidados paliativos, dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários. A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos pode estar integrada numa unidade funcional de cuidados de saúde primários ou na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, dispondo de recursos específicos

A admissão na RNCP é efetuada com base em critérios clínicos, mediante decisão das unidades ou equipas de cuidados paliativos. A admissão em cada unidade ou equipa da RNCP tem em conta critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica. A admissão nas unidades e equipas de CP é solicitada pelos próprios serviços da RNCP, pelo médico de família, por outro médico que referencia o doente necessitado de cuidados paliativos, pelas unidades dos cuidados de saúde primários ou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelos serviços hospitalares ou pelo doente e sua família.

A exaustão dos cuidadores informais pode constituir critério para internamento.

2.1.Implementação e Monitorização da RNCCI

O planeamento estratégico da RNCCI assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, organizado em três fases, num horizonte de 10 anos, como descrito no Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, elaborado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), em setembro de 2009. Para cada fase estão planeadas metas em termos da oferta de respostas (baseadas em critérios de cobertura das necessidades existentes na população), e da consolidação do modelo, tal como se apresenta, no quadro de que segue:

Tabela 1

Planeamento estratégico da RNCCI, assente num modelo evolutivo territorial

Fases	Objetivos de Implementação
Fase 1- (2006-2008)	30% de cobertura (inclui experiências piloto entre Junho 2006 – Julho 2007)
Fase 2 - (2009- 2012)	60% de cobertura
Fase 3 - (2013-2016)	100% de cobertura

Fonte: Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009)

O Guia da RNCCI (2009) descreveu ainda como efeitos esperados, com a implementação da RNCCI: obtenção de ganhos de saúde; aumento da cobertura da prestação de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional; reforço da articulação entre os serviços de saúde e de apoio social; manutenção das pessoas com dependência no domicílio, sempre que possível; melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas com dependência. Para além dos efeitos esperados, descreve quais os objetivos da RNCCI e ainda os objetivos estratégicos da mesma.

A 5 de Fevereiro de 2013, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) publica o primeiro documento sobre: Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde. No referido documento a ERS conclui que:

- No que se refere à evolução da oferta das unidades de internamento ao longo do tempo, face à meta estabelecida até à concretização da satisfação das necessidades dos utentes, fixada em 2013, o cumprimento da meta aparenta ser inviável, só se podendo perspetivar que venha a tornar-se exequível num prazo mais alargado. A mesma ilação se retira quando são analisados os números de camas e a sua evolução recente por tipologia, sendo que as unidades que mais precisarão de ser reforçadas, atentas as metas de números de camas, deverão ser, principalmente, as unidades de cuidados paliativos.

- Ainda no que se refere à oferta, destaca-se a discrepância entre a situação atual das equipas domiciliárias comunitárias de suporte em cuidados paliativos e das unidades de ambulatório de dia e promoção da autonomia, face às metas estabelecidas. No que concerne às unidades de ambulatório, ainda não existem, por questões orçamentais.

- Relativamente aos encargos pagos pelos utentes, há indícios de entraves financeiros ao acesso às unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção resultantes de dificuldades financeiras para a cobertura dos encargos.

- Outra conclusão, prende-se com o possível internamento inadequado de utentes nas unidades de internamento que requerem o pagamento de encargos dos utentes, quando deveriam ser internados nas unidades isentas desses encargos. Esta

situação pode originar iniquidades no acesso dos utentes aos cuidados continuados, tanto em função de alguns utentes não receberem os cuidados da forma como deveriam como em razão de eventuais dificuldades financeiras dos utentes.

- Os resultados da análise do acesso potencial para todas as unidades de internamento indicam que oito distritos têm mais populações com baixo acesso aos cuidados continuados com internamento, designadamente Lisboa, Porto, Setúbal, Braga, Castelo Branco, Guarda, Aveiro e Leiria, nas regiões de Saúde do Norte, do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo.

- Um segundo resultado refere-se à identificação de que a grande maioria das populações usufrui de um acesso que está aquém da meta planeada para a RNCCI em termos de número de camas por habitantes: 95% das unidades geográficas utilizadas para a análise apresenta um rácio inferior à meta.

- Quanto aos resultados dos tipos de internamento individuais, destacam-se os melhores resultados referentes às unidades de internamento de longa duração e manutenção. Por outro lado, um resultado comum a todos os tipos de internamento individuais prende-se com a identificação de populações residentes em algumas áreas, nas regiões de Saúde do Norte e do Alentejo, que têm acesso mais restrito, em função de residirem a mais de uma hora de viagem de uma unidade. No caso específico das unidades de convalescença, há também populações com acesso mais restrito nas regiões de Saúde do Centro e do Algarve, sendo que, no caso dos cuidados paliativos, há populações com acesso mais reduzido nas cinco regiões de Saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

- Da avaliação da qualidade é possível constatar, num primeiro momento, uma escassez de médicos e enfermeiros em algumas unidades de internamento. O tipo de internamento com maior deficiência em termos de atendimento médico aos doentes é o de longa duração e manutenção. No que se refere aos enfermeiros, foi identificada uma escassez de enfermeiros sobretudo nas unidades de convalescença e de média duração e reabilitação.

- Na análise regional da qualidade, conclui-se que, globalmente, a região de Saúde que presta cuidados continuados de maior qualidade à sua população é a região do Alentejo, seguida das regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve (regiões com mesma pontuação na análise realizada), e Centro.

- As conclusões a que se chega quando se comparam os resultados da avaliação da qualidade com os resultados da análise do acesso indicam que as populações com acesso mais baixo a cuidados continuados de saúde de elevada qualidade são, em especial, parte das populações residentes nos distritos de Lisboa, Setúbal, Aveiro, Leiria, Guarda, Castelo Branco, Porto e Braga, a que se acrescentam os distritos de Bragança, Coimbra e Faro, tendo em conta os resultados da análise dos tipos de internamento específicos.

- Por último, o estudo da ARS salienta a inexistência das unidades de ambulatório e a deficiente oferta de cuidados paliativos, com evidente prejuízo em termos do acesso a cuidados continuados de qualidade a todos os utentes residentes em Portugal Continental.

Em Março de 2013, a RNCC apresenta, também, em jeito de conclusões as conclusões da implementação e monitorização da RNCCI. O referido documento enuncia o caminho percorrido pela RNCCI

O caminho percorrido pela RNCCI desde a sua criação e o trabalho desenvolvido pela Coordenação Nacional encontram-se, também, no relatório da RNNCI, intitulado Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2013), onde se enunciam os pressupostos e as atividades desenvolvidas. Nesse relatório, a RNCCI, relembra que relativamente à implementação e desenvolvimento, a rede assenta num modelo evolutivo que contempla um ajuste progressivo do seu desenvolvimento tanto nos seus conteúdos, composição e instrumentos como na sua complexidade. O desenvolvimento das diferentes respostas foi definido sob uma ótica territorial onde o volume de unidades, equipas e a oferta de recursos da RNCCI é concretizado com critérios populacionais de cobertura.

Assim sendo o relatório descreve as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, sendo que referência às seguintes atividades desenvolvidas:

- Investimento na formação, com diferentes abordagens pedagógicas, abrangeu 14.088 formandos e totalizou 7.926 horas de formação, abrangendo varias temáticas que incluíram: Competências e estratégias no desenvolvimento da RNCCI; Comunicação e Competências nas Equipas Multidisciplinares da RNCCI; Utilização da Plataforma de Monitorização da Atividade da RNCCI; Metodologias de trabalho em Cuidados Continuados Integrados; Organização e funcionamento das unidades/equipas RNCCI; Bioética; Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados; Referenciação RNCCI; Qualidade e Técnicas de Acompanhamento na RNCCI; Melhoria contínua da qualidade em Cuidados Continuados Integrados; As demências na RNCCI; Avaliação e

intervenção em maus tratos a idosos; Cuidar em Humanidade Cuidados Paliativos: Intervenção no Luto e na Perda; O Respeito pela Dignidade Humana em RNCCI; vários temas de âmbito clínico; Violência e Maus Tratos a Pessoas Vulneráveis; Violência contra mulheres Idosas em Contexto das Famílias; Formação específica para Auxiliares de Saúde; Gestão do Risco Clínico em CCI.

- Promoção estágios profissionais, em unidades de internamento de referência, no âmbito da prestação de Cuidados Continuados Integrados
- No seu desenvolvimento promoveu estudos externos/avaliações externas com a finalidade de se obterem dados para melhoria contínua, nomeadamente:
 - Avaliação da Satisfação dos utentes; Avaliação da Satisfação dos profissionais;
 - Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento pelas Equipas de Melhoria da Rede; Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Auditorias de âmbito clínico; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Financiamento Direto às Famílias; Sistema de gestão do financiamento Direto à Família; Recursos humanos; Demências; Perfil de Cuidados Continuados- Região Norte; Estudo do acesso dos utentes aos Cuidados Continuados de Saúde; Estudo - Diretório de competências, necessidades formativas, bases para o plano de formação.
- A coordenação nacional da RNCCI produziu várias publicações de âmbito nacional e internacional, sobre varias temáticas: Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI no âmbito das experiências piloto; Standards Unidades Cuidados Continuados Integrados; Recomendações sobre Instalações para Cuidados Continuados; Recomendações para a Melhoria Contínua - Manual do Prestador; Recomendações para Unidades de Internamento da RNCCI: Exames Auxiliares de

Diagnóstico e Material para Tratamento de Úlceras de Pressão; Prontuário RNCCI - 2010 - Recomendações para a utilização de fármacos; Importância da avaliação nutricional em cuidados continuados; Problemas relacionados com medicamentos no idoso; Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e humanização em cuidados continuados integrados; Úlceras de Pressão; Unidades de Reabilitação de AVC; entre outras.

- No âmbito das respostas em ambulatório foi regulamentada a criação unidades de dia e promoção de autonomia, com equipa multidisciplinar específica para realizar estimulação psicocognitiva, para entrarem em experiência – piloto na RNCCI, 20 unidades com 600 lugares de capacidade, que não foram implementadas até ao momento por limitações de recursos.
- O número total de utentes referenciados desde o início da RNCCI é de 135.047 utentes. O número de assistidos desde o início de RNCCI é de 129.780 utentes.
- O terem sido atingidos os objetivos terapêuticos mantém-se como principal motivo de alta da RNCCI – 78% do total dos utentes com alta, referente à atividade de 2012.

3.A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a atividade profissional de Enfermagem

Conforme o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. O “exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”. Salienta-se ainda a complementaridade funcional entre os enfermeiros e os demais profissionais constituintes da equipa de saúde, sem nunca diminuir a sua autonomia e dignidade associada ao exercício da atividade profissional.

Segundo o Referencial do Enfermeiro para a RNCCI, elaborado pelo Conselho de Enfermagem (2009), os enfermeiros na RNCCI visam: prestar cuidados, assentes nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação dos resultados, visando o cuidado ou o encaminhamento dos clientes, numa estrutura integrada e articulada, numa ordem que visa perseguir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência; identificar situações de risco potencial e de crise, bem como realizar análise, proposta e implementação de soluções para os problemas encontrados; intervir no sentido de procurar criar as condições para a manutenção das pessoas no seu ambiente, gerindo os meios e recursos disponíveis para o acompanhamento em domicílio, na garantia de prestação dos cuidados necessários, com qualidade e em segurança; contribuir para a gestão de casos e monitorização da continuidade e qualidade dos cuidados; assegurar o apoio e o suporte emocional às

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

Espera-se assim, da classe de enfermagem um contributo no sentido de aumentar os recursos internos de cada indivíduo, numa situação de dependência, com necessidade de cuidados, sendo que, para além da pessoa dependente, também o é, o membro da família prestador de cuidados.

4. Análise dos planos curriculares de Enfermagem

Nos dias que decorrem é vulgarmente proferida a expressão: “o mundo evolui rapidamente”, o que exige do ser humano um grande esforço de adaptação constante. O que há séculos bastava para a humanidade, hoje já não é suficiente para a satisfazer e o que apenas há umas décadas era considerado algo de topo, atualmente considera-se ultrapassado. A enfermagem cuja necessidade se impôs através de séculos, sofreu a mesma evolução. Perante a crescente complexidade dos serviços de saúde, a enfermagem atual tem a necessidade e o dever de acompanhar tais evoluções, tendo como sempre e indiscutivelmente o objetivo comum de conservar e melhorar o estado de saúde e bem-estar de todo o doente, através do exercício profissional rigoroso, no seio de uma equipa multidisciplinar.

As mudanças ocorridas nos últimos anos em Portugal, com reflexo na formação em enfermagem, colocam aos professores e estudantes desafios ao nível do ensino, da aprendizagem, e do envolvimento destes atores no processo de cuidados nos contextos da prática clínica, Madeira A. (2014).

Enquanto ciência e disciplina, a enfermagem, integra as respostas humanas aos acontecimentos de vida e de saúde-doença como objeto de estudo, salientando a OE (2012) que, “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”.

Na mesma lógica, deve refletir-se sobre o atual sistema nacional de saúde e a sua crescente complexidade e necessidade da complementaridade das várias áreas do conhecimento para a melhoria dos níveis de saúde dos cidadãos. Os cuidados prestados desenham-se progressivamente mais diferenciados nos contextos complexos o que

obriga a uma crescente especialização dos enfermeiros, OE (2012). No mesmo sentido é importante refletir na evolução contextual da formação em Enfermagem.

Atualmente o plano curricular do curso de licenciatura em enfermagem encontra-se dividido em quatro anos letivos. A nível nacional, o plano curricular, nas várias escolas de enfermagem integram o mesmo tempo de formação e um total aproximado de “horas de contato” com expressão nas “unidades de créditos” valorizando o novo sistema de créditos curriculares ECTS (european credittransfer system), Madeira, A (2014).

Entende-se, que face à autonomia das escolas a decisão por um determinado tipo de organização e desenvolvimento curriculares, induz no sentido da readequação de estratégias e modelos pedagógicos que promovam e contribuam para o efetivo desenvolvimento do estudante enquanto pessoa e profissional como Madeira, A. (2014) citando Ameidoeira (2009). Madeira A. (2014) reconhece que a mesma estrutura curricular para os mesmos quatro anos letivos do curso de enfermagem, poderá ser diferente no que respeita à filosofia, à conceção dos cuidados e aos modelos pedagógicos selecionados. Em concordância com Fernandes (2007), Madeira A. (2014) acredita que as, supracitadas diferenças nas diversas escolas terão facilmente um reflexo palpável no perfil final de enfermeiro – com perspetivas diferentes sobre a enfermagem.

O plano curricular do curso de enfermagem: caracteriza-se por integrar em alternância uma componente teórica – ensino teórico, e outra prática – ensino clínico. O ensino clínico engloba a componente prática e que maioritariamente, nos diferentes contextos, sucede aos períodos teóricos. Tem como objetivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem (Portaria n.º 799-D/99 de 18

de setembro). De acordo com Madeira A. (2014) considera-se ensino clínico, todo o ensino que é realizado junto da pessoa ou de um grupo de pessoas e que é essencial para a formação do estudante de enfermagem. A mesma autora, reconhece ainda, o ensino clínico em enfermagem como facilitador para o estudante do desenvolvimento de competências, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, permitindo planejar, concretizar, gerir e avaliar atividades de enfermagem. Podendo considerar-se inclusive como uma oportunidade privilegiada do estudante mobilizar na prática clínica os conhecimentos adquiridos, mas fundamentalmente de vivenciar experiências na interação com os diferentes atores nos contextos de cuidados de saúde.

Sintetizando, a formação em Enfermagem foi-se construindo, em torno de um currículo organizado e desenvolvido em colaboração interdisciplinar e interprofissional, visando o desenvolvimento de diferentes competências.

Para a realização deste trabalho, um estudo exploratório sobre a perceção dos alunos do curso de enfermagem sobre a RNCCI, considerou-se pertinente conhecer os planos curriculares da licenciatura de enfermagem de algumas escolas superior de saúde. Sendo assim, seleccionadas aleatoriamente três escolas, nas quais é possível realizar uma licenciatura de enfermagem, são elas: Escola Superior de Saúde de Bragança, Escola Superior de Enfermagem do Porto e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Todas as escolas têm em comum os quatro anos letivos para a obtenção da licenciatura em enfermagem, como exigido por lei, após alteração do processo de Bolonha, conferindo uma formação científica, técnica, humana e cultural, da mais elevada qualidade, no âmbito da prestação, investigação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, à família, comunidade e grupos atendendo aos diferentes níveis de prevenção e intervenção.

Com a realização do curso de enfermagem, as escolas pretendem que o formando seja capaz de: adquirir conhecimentos de sustentação à interiorização dos conteúdos relativos ao conhecimento do desenvolvimento humano, como um processo de construção na dialética entre o indivíduo e os seus contextos; planejar, prescrever, executar e avaliar cuidados de enfermagem gerais, seguros, cumprindo as regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas, ao indivíduo, família, grupos e comunidade, ao longo do ciclo vital, aos três níveis de prevenção em saúde (primária, secundária e terciária); desenvolver consciência profissional e pessoal a nível inter e transdisciplinar das várias dimensões relativas à enfermagem: investigação, formação/educação, atividades terapêuticas e gestão em saúde; desenvolver investigação e implementar estratégias adequadas de intervenção.

Apesar dos pontos em comum referidos anteriormente cada escola de saúde tem as suas particularidades:

- Relativamente ao início dos estágios verifica-se que apenas na Escola Superior de Saúde de Bragança os ensinamentos clínicos têm início no segundo ano curricular. Nas outras duas escolas estes têm início no terceiro ano curricular, no entanto o número de horas correspondentes a tais ensinamentos são semelhantes, no total da licenciatura.

- A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa ainda mantém no seu plano curricular de quatro anos e a realização de monografia, antigamente comum a todas as licenciaturas independentemente da escola., antes da transição do processo de Bolonha.

- Os locais de estágio em todas as escolas também têm semelhanças, especificamente: cuidados de saúde primários, saúde infantil e pediátrica, obstetrícia, cirurgia geral, saúde mental e psiquiatria, urgência, medicina.

- Apenas as escolas de enfermagem do Porto e de Lisboa têm um ensino clínico estritamente relacionado com a RNCCI. A escola de enfermagem do Porto confere 135 horas de estágio no ensino clínico- internamento nos cuidados continuados e a escola de enfermagem de Lisboa insere o ensino clínico- cuidar de clientes com vulnerabilidade acrescida e famílias em transição, em Unidades de Saúde (Hospital, Centro Saúde, RNCCI) e outras estruturas da comunidade que prestem cuidados de saúde, com 389 horas de estágio.

- A escola de enfermagem no Porto e a escola de enfermagem de Lisboa têm ainda disciplinas de carácter opcional. A escola de enfermagem do Porto tem por exemplo: terapias ocupacionais cujos conteúdos programáticos são: as terapias Complementares em Portugal; benefícios da inclusão das terapias complementares na prática da Enfermagem; medicinas orientais tradicionais e modernas (medicina tradicional Chinesa, medicina Ayurveda, acupunctura, auriculoterapia); naturopatia (fitoterapia, homeopatia, dieta de acordo com o grupo sanguíneo, hidroterapia, aromaterapia, terapia floral); técnicas manipulativas (osteopatia, quiropraxia, massagem sueca, shiatsu, massagem tailandesa, Tui Na, drenagem linfática, massagem Ayurveda, massagem de som e reflexologia); terapias de movimento (Yoga, Chi Kung e Tai Chi, Pilates); terapias energéticas (toque terapêutico, terapias energéticas universais); técnicas de desenvolvimento pessoal (meditação e técnicas de relaxamento); terapias ambientais (Feng Shui, musicoterapia, cromoterapia e astrologia na Saúde); aplicação das terapias naturais no universo da enfermagem mundial. Tem ainda linguagem gestual, que tem como objetivo ensinar a comunicar através de gestos minimizando barreiras com pessoas surdas ou diminuição da acuidade auditiva. Outra possibilidade de opção são as línguas europeias disponíveis (inglês, espanhol e alemão).

Em todos os planos curriculares analisados, se encontram disciplinas que capacitam o futuro enfermeiro para a prática da sua profissão em qualquer valência na RNCCI, no entanto verifica-se que na escola de enfermagem do Porto e de Lisboa existem unidades curriculares mais vocacionadas para a preparação do enfermeiro no exercício das suas funções dentro da RNCCI, são exemplos dessas disciplinas: A pessoa dependente e os cuidadores familiares (na escola de enfermagem do Porto) e cuidar de clientes com vulnerabilidade acrescida e famílias em transição (na escola de enfermagem de Lisboa). Já na Escola Superior de Saúde de Bragança, na análise do seu plano de estudos não se verifica uma unidade curricular vocacionada para a desempenho da prática de enfermagem na RNCCI, o mesmo se verifica quando se analisam os locais onde são realizados os ensinamentos clínicos, onde a RNCCI, ou processos relacionados com a mesma, não estão claramente contemplados.

Os planos curriculares das três escolas em estudo (anexo I), apresentado a distribuição de cada unidade curricular por cada ano letivo, bem como os conteúdos programáticos. Apesar das diferenças verificadas nos planos curriculares, todas elas habilitam o futuro enfermeiro, para as seguintes saídas profissionais: prestar cuidados gerais de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade podendo vir a desenvolver a sua atividade profissional em três setores distintos: setor público, setor privado (centros de saúde, hospitais, clínicas, empresas, escolas, centros de idosos, entre outros) ou ainda em regime de exercício liberal.

5.Evidências sobre as dificuldades dos enfermeiros na RNCCI

Nos dias de hoje, é notória a importância dada à RNCCI, neste sentido são realizados diversos estudos sobre a mesma, independentemente da sua valência. No centro destes estudos encontram-se os profissionais que integram uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros. De entre, as várias categorias de profissionais de saúde, que são alvo de estudos, interessam-nos os profissionais de enfermagem, que sem qualquer dúvida constituem uma grande parte das equipas que desenvolvem o trabalho na RNCCI. São pertinentes para este estudo, os estudos que reflitam as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no desempenho das suas funções e os seus conhecimentos sobre a RNCCI.

Lopes S. (2013) realizou um estudo com estudantes de enfermagem cujo objetivo foi identificar o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem. A amostra foi constituída por 203 estudantes de enfermagem inscritos no 3º e 4º ano curricular, sendo na sua maioria do sexo feminino, mais de 80%, com uma média de idades compreendida entre os 22 e 33 anos de idade. De salientar que da amostra 67% tem formação curricular sobre cuidados paliativos e 24,1% tinha formação extracurricular. À amostra foi aplicado um questionário elaborado pela própria investigadora e por Ribeiro (2012). Os resultados obtidos por Lopes (2013) permitem constatar que 40.4% dos estudantes apresentam conhecimentos de nível insuficiente, 29.1% suficiente e 30.5% de nível bom. Os conhecimentos sobre os cuidados paliativos são influenciados de forma significativa pela formação extracurricular. Os alunos de 4º ano e detentores de formação curricular, na área, também obtiveram melhores resultados sobre os conhecimentos avaliados,

relativamente aos restantes. Os conhecimentos sobre: o conceito, princípios, filosofia, organização de funcionamento dos cuidados paliativos, controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa, foram maioritariamente revelados. No entanto verificaram-se défices de conhecimentos sobre aspetos específicos da intervenção em cuidados paliativos, nomeadamente sobre o controlo de sintomas, controlo da dor e utilização da via subcutânea.

Segundo Lopes S. (2013) as evidências encontradas, neste estudo, elevam a necessidade de se investir na formação dos estudantes, nomeadamente sobre os aspetos específicos da intervenção paliativa em que se verificou um défice de conhecimentos, as aspetos fulcrais (controlo da dor) para o doente internado ou não neste tipo de valência da RNCCI. O investimento na formação dos estudantes permite capacitar futuros profissionais de enfermagem para a adoção de boas práticas. O que sugere a necessidade de formação académica sobre controlo da dor, transmissão de más notícias, luto, ou seja aprimorar a relação de ajuda em todo o contexto da prestação de cuidados ao doente e à família.

Intimamente relacionado com o estudo de Lopes S. (2013) está a investigação realizada por Cerqueira A. (2013) que realizou um estudo sobre: o enfermeiro e a morte de um doente em cuidados continuados. Considerando que a morte é uma realidade à qual não se pode fugir, independentemente dos esforços arduamente realizados pelos profissionais de saúde e até pelo próprio doente, ela é inevitável. Mesmo sendo a mais pura das certezas que todos os seres humanos podem ter, nunca é facilmente aceite, pelos próprios doentes e profissionais de saúde, quem a “vêm” e “sentem” aproximar.

A morte não é habitualmente atribuída à idade avançada. Outros problemas de saúde, como a insuficiência cardíaca, renal e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) são

habitualmente considerados a causa da morte. Tempos houve em que a morte era definida como a ausência de batimentos cardíacos ou de respiração. Todavia, mais recentemente, foram desenvolvidas definições de morte mais exatas, já que tanto o coração como os pulmões podem ser mantidos a funcionar artificialmente, e o próprio coração pode ser substituído por um sistema artificial.

Em Portugal, não existem dados concretos sobre quantos idosos vivem atualmente em lares, mas sabemos pelos Censos de 2011 que a população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal é de 2 023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total.

O número de pessoas idosas que vivem sós aumentou 29% em Portugal, na última década. O número de idosos a viver exclusivamente com outros idosos registou crescimento idêntico (28%) e este fenómeno verificou-se em todas as regiões do País.

Com o aumento da idade aumentam os problemas de saúde, a dependência e que inevitavelmente frequentemente levam a internamentos e necessidade de cuidados especializados, iniciando-se assim um processo de referenciação para a RNCCI.

Todos os esforços serão feitos pelos profissionais de saúde, para melhorar a condição clínica de cada doente, no entanto muitas vezes a morte acontece. Este acontecimento é uma constante no quotidiano dos enfermeiros e potencia, não raras vezes, reflexões profundas sobre a vida e sobre o seu culminar, Cerqueira A (2013).

Cerqueira A. (2013) realizou um estudo com o intuito de conhecer a forma como os enfermeiros vivenciam o processo de morrer e o contato com a morte de um doente em cuidados continuados de modo a contribuir para uma melhor intervenção neste domínio. O estudo foi desenvolvido numa unidade de cuidados continuados e

foram definidos como objetivos: perceber o significado da morte para o enfermeiro; identificar os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro perante a morte de um doente em cuidados continuados; identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para lidarem com a situação da morte de um doente em cuidados continuados e as repercussões na vida dos enfermeiros. A amostra foi constituída por 8 enfermeiros, de uma equipa constituída por 24 enfermeiros, após aplicação dos critérios inclusão: exercerem a sua atividade pelo menos há mais de dois anos e terem vivenciado a morte e o processo de morrer de um doente, pelo menos uma vez.

Os resultados obtidos, por Cerqueira A. (2013) evidenciam que a morte é uma experiência real que atinge significativamente o enfermeiro e que aviva diversos sentimentos nomeadamente de tristeza, de impotência, de incerteza, de frustração, de revolta, de missão cumprida/satisfação e de alívio e com repercussões na vida pessoal e na vida profissional do enfermeiro. A vivência desta situação, por parte dos profissionais, é influenciada por diversos fatores que se podem constituir com facilitadores e dificultadores: os centrados no próprio, na organização dos cuidados e nas reações da família.

No estudo de Cerqueira A. (2013) salientam-se as seguintes conclusões: o significado da morte mais evidenciado pelos enfermeiros é a morte como fim de vida, fim de sofrimento e acontecimento natural. Para a maioria dos enfermeiros a morte é facilmente aceite como término de vida, e ainda mais pelo facto de estar doente, para além disso, o enfermeiro utiliza como mecanismo de defesa pessoal aceitar a morte como um acontecimento natural.

Em relação aos sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante a morte, detetaram-se inúmeras reações e sentimentos relacionados com o impacto da morte de

um doente, alguns dos quais são vivenciados pela maioria dos participantes: “tristeza”, “impotência”, “missão cumprida/satisfação” enquanto outras são menos evidentes e vividas de forma mais individual: “incerteza”, “frustração”, “revolta”, “alívio” e “não-aceitação”.

Isto porque os seus significados são construídos com base nos conhecimentos adquiridos, valores e crenças edificados ao longo das suas experiências sociais e pessoais e que afetam o modo como interpretam a experiência da situação, Cerqueira A. (2013).

Segundo os enfermeiros participantes no estudo, o tipo de morte e a falta de formação são fatores que interferem na forma como a morte é vivenciada. O mesmo grupo de profissionais referiu que o facto da morte ser esperada pode facilitar a situação e que esta pode se sentida de maneira diferente consoante a idade ou a proximidade com o doente/família.

Após a morte, é necessária a transmissão da notícia aos familiares, o que exige do enfermeiro competências sobre a transmissão de más notícias. Segundo Galvão, A. et al (2015) causa desconforto e angústia tanto na pessoa que recebe a notícia, como ao profissional que a comunica. Pelo que, o treino e o conhecimento de protocolos de comunicação devem constituir um instrumento de trabalho para que o ato de comunicar seja desenvolvido cada vez de forma mais natural e eficiente, Galvão, A. et al (2015).

Cerqueira A. (2013) salienta que a falta de formação referida vai de encontro às necessidades enunciadas pelos profissionais entrevistados. A análise desta temática também nos encaminha para a perceção de que o tema morte e acompanhamento de doentes em fim de vida deverá ser explorado de forma mais aprofundada na formação

inicial dos enfermeiros, de forma a prepará-los para a realidade e importância do cuidar da pessoa em fim de vida, Cerqueira A. (2013).

Os estudos sobre a RNCCI e os profissionais que nela trabalham, não se baseiam apenas nas dificuldades da prestação de cuidados diretos ao doente. Antes da entrada de um doente na RNCCI, existe todo um processo burocrático denominado de referenciação, sem o qual o ingresso na RNCCI não é possível. É neste preciso momento que o trabalho em equipa tem início, pois o processo de referenciação requer vários documentos, nomeadamente: avaliação médica, de enfermagem e social, bem como a definição dos objetivos da intervenção centrados na pessoa/doente. Esta etapa, que é realizada através de uma Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante uma proposta, que pode ser proveniente dos cuidados diferenciados, hospital, ou cuidados indiferenciados, centros de saúde. A ECL, analisa e decide sobre o processo referenciado, verificando ainda o cumprimento de todos os critérios de referenciação. Se o parecer for positivo, a ECL identifica e providencia o melhor recurso da RNCCI, que melhor se adequa às necessidades do utente e família.

Ainda que apenas se esteja no início daquilo que se pode considerar uma grande etapa na qual o doente está como uma “figura” central, já se verificam por vezes dificuldades nesta etapa, a referenciação, como se verifica no estudo realizado por Fernandes A. (2013), num estudo com 111 profissionais de saúde que exercem funções nos cuidados indiferenciados, centros de saúde da ULS Nordeste. O estudo realizado pela autora, procurou estudar as dificuldades sentidas pelas equipas de saúde no processo de referenciação para a RNCCI, através da aplicação de um questionário. Após a análise dos seus resultados constatou que a troca de experiências entre profissionais, a burocracia do processo de referenciação, as situações de referenciação imediatas à alta

hospitalar, a escassez de formação, a morosidade no processo de admissão e a ausência de unidades de internamento perto do domicílio do utente foram as principais dificuldades detetadas no referido processo de referenciação de doentes por parte da equipa de saúde familiar. Foram também encontradas diferenças nas respostas dadas pelos profissionais intervenientes neste estudo, são os enfermeiros que mais se evidenciam, seguido dos médicos e por fim assistentes sociais.

Relativamente às diferenças encontradas entre os vários profissionais, a classe profissional que mais se evidencia nas respostas são os enfermeiros, seguido dos médicos e por fim os assistentes sociais e outros.

Do estudo acima referido, destacam-se os seguintes resultados obtidos: a maioria dos profissionais de saúde troca/partilha experiências de referenciação para a RNCCI; a maioria dos profissionais não avalia o processo de referenciação como “muito” burocrático; a maioria dos profissionais dentro de cada grupo profissional já se deparou com situações de referenciação de doentes/utentes sem referenciação da EGA a nível hospitalar, mas que no entanto apresentavam critérios de inclusão na RNCCI, o que dificulta o processo de inclusão na RNCCI. Esta última observação, acrescenta Fernandes A. (2013) que este fato pode dever-se à existência de uma equipa onde existem conflitos entre os elementos, não transparecendo uma imagem de eficiência, eficácia e qualidade, não apresentando trabalho.

O estudo de Fernandes A. (2013) evidencia relativamente aos conhecimentos dos profissionais de saúde, sobre os recursos existentes bem como a sua especificidade (nº de unidades de internamento, localização, função da ECCI), no processo de referenciação que a maioria dos assistentes, outros e enfermeiros afirmam ter esses conhecimentos, enquanto que a maioria dos médicos reconheceu através das respostas

dadas nos questionários que não possui tais conhecimentos. No que respeita à formação sobre Cuidados Continuados e formação sobre o preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI, a maioria dos inquiridos refere não ter tido qualquer tipo de formação e dentro daqueles que receberam formação destacam-se os enfermeiros de família (79,5%). No que respeita à dificuldade sentida no preenchimento do inquérito de admissão na RNCCI verificou-se que a maioria dos inquiridos afirmou não sentir dificuldade, contudo 25 enfermeiros e 11 médicos afirmou ter dificuldade em tal tarefa (referentes à burocracia, à falta de formação e acharem o inquérito repetitivo e extenso). Fernandes A (2013) verificou ainda que a maioria dos profissionais inquiridos sobretudo enfermeiros (66.7%) afirmou que nem sempre o doente ou o seu representante legal formaliza sempre o consentimento informado e no caso das unidades de reabilitação e unidades de manutenção, aceita as respetivas condições de comparticipação.

Como já foi referido anteriormente, a RNCCI situa-se num nível intermédio de cuidados entre os de internamento hospitalar e os de base comunitária, objetivando a prestação de cuidados numa perspetiva de reabilitação e/ou satisfação de necessidades à pessoa dependente, quando possível, assim como a participação e corresponsabilização da família na prestação de cuidados enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar da pessoa idosa ou não, mas que se encontra em situação de dependência para a realização das suas atividades de vida diárias. Após o início do processo para a entrada na RNCCI, a referenciação, e posterior entrada do utente/doente inicia-se de imediato a preparação para a alta, à exceção do que acontece na valência dos cuidados paliativos, pelos motivos e situação clínica inerente à entrada dos utentes nesta referida valência.

Mais uma vez, neste processo intervêm os enfermeiros como um elemento crucial para que tal possa vir a acontecer.

Baptista J. (2012) realizou um estudo, com 13 enfermeiros que exerciam funções na RNCCI, com o objetivo de identificar as dificuldades dos enfermeiros na preparação do idoso e seus familiares para a alta domiciliária. Tal objetivo foi fundamentado no facto de uma grande parte dos utentes/doentes que integram a RNCCI têm uma média de idades bastantes avançada.

Segundo a UMCCI, (2012), 18,3% dos utentes da RNCCI encontram-se na faixa etária entre os 65 e 79 anos e 17,4% tem idade igual ou superior a 80 anos. Verifica-se que a grande maioria dos utentes são idosos (81,5% dos utentes referenciados em 2012 tem mais de 65 anos de idade) e cada utente que é referenciado para a rede poderá ter um ou mais motivos para ingressar na RNCCI, sendo que a maioria dos utentes/doentes é referenciado por dependência nas atividades de vida diária (95%), ensino ao utente/doente e/ou cuidador informal (88%) e reabilitação (61%).

No estudo realizado, por Baptista J. (2012) emergem da colheita de dados as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação do utente/doente idoso para a alta. As dificuldades evidenciadas, foram categorizadas em duas, sendo elas: o desconhecimento das características do meio familiar e a dependência dos idosos.

No que se refere ao desconhecimento das características do meio familiar, evidenciam-se as condições físicas do domicílio e os recursos económicos das famílias. Na conjuntura atual de crise económica e austeridade, cada vez mais surgem políticas de saúde orientadas para a assistência domiciliária em detrimento da hospitalização

tradicional, preconizando-se internamentos mais curtos, pelo que os doentes vítimas de doenças crónicas são encaminhados para o cuidado das suas famílias independentemente das suas condições sociais, económicas, psicológicas, físicas, conhecimentos ou condições habitacionais adequadas, segundo Marques e Dixe (2010), cit por Baptista J. (2012).

As preocupações dos enfermeiros vão de encontro à nova realidade social que se verifica no país, referindo que o desconhecimento dos recursos económicos e de toda a envolvente familiar, são uma dificuldade na preparação para a alta. A falta de conhecimento são considerados uma dificuldade porque são importantes para adequar o planeamento de atividades que permitam a recuperação do utente/doente adaptada à realidade que posteriormente encontrarão no domicílio.

Por outro lado, referem ainda que a própria dependência dos idosos é condição bastante para dificultar a preparação da alta para domicílio nomeadamente no que diz respeito à incapacidade para o autocuidado resultante de limitações físicas e mentais irreversíveis, assim como a acomodação ou falta de motivação dos idosos em participar no seu processo de recuperação, Baptista J. (2012).

Relativamente à abordagem da família com vista à alta do idoso e consequente preparação da mesma no sentido da continuação de cuidados no domicílio nem sempre se verifica um processo fácil. Identificando neste sentido, os enfermeiros, quatro grandes categorias nas quais referem as principais dificuldades da abordagem e preparação dos familiares para a alta do idoso: o processo de preparação para a alta, a recetividade dos familiares aos ensinamentos, as grandes áreas com necessidade de orientação e dificuldades institucionais.

Apesar da necessidade imperativa, que é a presença da família, para o ingresso do utente/doente na RNCCI e no cuidar do idoso dependente, os enfermeiros identificam que o processo de preparação para a alta é dificultado pelos seguintes motivos: desresponsabilização, falta de interesse da família, pela percepção do estado real do idoso, ausência das famílias durante o internamento, falta de interesse em cuidar do idoso e por vezes pela dificuldade de conjugação de horários entre equipas prestadoras de cuidados e familiares. Embora o Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho, refira que um dos objetivos da RNCCI é o apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação de cuidados, e um dos seus princípios é a participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação de cuidados. Torna-se imperativa nestes casos a resiliência dos enfermeiros com os respetivos familiares, aplicando todos os seus conhecimentos sobre comunicação e humanidade. Os pilares da humanidade relacionam-se com a verticalidade, o olhar partilhado, a inteligência, a capacidade de tocar o outro, o sorriso e o riso, o reagrupamento familiar, a refeição e a socialização. Estas características, que nos sugerem banalidades da vida quotidiana, são essenciais para a nossa qualidade de vida e crescimento pessoal, reproduzindo-as de geração em geração (Galvão, Gomes e Pereira, 2012, p.86).

Cuidar em humanidade, é ser solidário, é ajudar o próximo com dignidade, é ver o utente como um homem por inteiro, com necessidades, desejos, objetivos, limitações, defeitos e qualidades, é proporcionar bem-estar, equilíbrio e satisfação a quem deles necessita (Galvão, Gomes e Pereira, 2012, p89).

No mesmo estudo de Baptista J. (2012) é feita referência a duas subcategorias que de alguma forma dificultam os ensinamentos à família e conseqüentemente a alta do idoso, são elas: a adequação da linguagem, a percepção e medo de cuidar.

Faz parte da profissão de enfermagem saber comunicar, e por isso mesmo o enfermeiro, deve adequar a linguagem usada nos ensinamentos à pessoa que está a receber esses ensinamentos, por outras palavras deve colocar em prática os conhecimentos sobre a relação de ajuda. No entanto verifica-se que mesmo fazendo essa adequação, nem sempre se conseguem bons resultados, uma vez que grande parte das pessoas desconhece por completo as necessidades inerentes ao cuidar de um idoso dependente, assim como os materiais e técnicas que ajudam no cuidar, Baptista J. (2012). No estudo são apontados como ensinamentos mais difíceis os relacionados com: sondas, presença de feridas, posicionamentos e transferências, cuidados de higiene, alimentação e cuidados inerentes à diabetes.

Os enfermeiros salientam ainda as dificuldades institucionais, como uma dificuldade para a preparação das famílias para a alta, referindo que a logística e a pouca flexibilidade de horários das instituições são um obstáculo recorrente.

Por seu lado a enfermagem demite-se da sua responsabilidade em desenvolver intervenções autónomas que permitam a integração do idoso no domicílio, seja pela recuperação deste ou pelo trabalho junto da família, Baptista J. (2012). Apesar da citação feita anteriormente, a autora relembra que a equipa de enfermagem tem a responsabilidade de articulação entre si, no que diz respeito à continuidade de cuidados, mas que nem sempre se verifica. Ainda que, se considere essa continuidade de cuidados essencial para o bom sucesso no encaminhamento do idoso para o domicílio.

No mesmo estudo de Baptista J. (2012) foram descritas estratégias facilitadoras para a preparação da alta. As estratégias foram consideradas em quatro categorias: a participação da família nos cuidados; o conhecimento das características familiares; os apoios às famílias e cuidadores; e flexibilidade das instituições e maior consciencialização dos seus profissionais. Na primeira categoria os enfermeiros sugerem que para facilitar todo o processo de preparação da alta de um idoso, seria vantajoso que a família participasse mais ativamente na prestação cuidados.

No que diz respeito à responsabilidade das instituições e profissionais de saúde na ajuda aos familiares, os enfermeiros referem que seria vantajoso maior flexibilidade das instituições e maior consciencialização dos seus profissionais, ou seja, defendem que as instituições deveriam permitir horários mais alargados e em situações devidamente justificadas a quebra de algumas regras, nomeadamente nos tempos de visitas, Baptista J. (2012). Por parte, especificamente da enfermagem, referem que os enfermeiros devem trabalhar no sentido de uma maior aproximação às famílias assim como na quebra de rotinas desenvolvendo atividades mais arrojadas junto dos idosos e suas famílias, Baptista, J. (2012). Isto na prática significa a consciencialização dos enfermeiros no sentido de se mostrarem mais disponíveis para as famílias e idosos, tentando desenvolver com eles atividades se necessário fora dos horários pré estabelecidos de rotinas, Baptista J. (2012).

A RNCCI pode considerar-se uma resposta aos cuidados de saúde à população como uma mais-valia, ainda que possa considerar-se relativamente recente. E ainda não enraizadas nas práticas comuns por parte dos profissionais de saúde, como se pode constatar nos estudos analisados anteriormente. Os estudos relacionados com a funcionalidade da RNCCI, não são ainda muitos, no entanto o que já se vai realizando é

de uma enorme importância, visto que só assim é possível identificar e propor melhorias para o pleno funcionamento da RNCCI e alcance dos seus verdadeiros objetivos e missão.

Relembra-se que as principais dificuldades dos enfermeiros, que já exercem funções na RNCCI, ou estão ligados profissionalmente a ela, em estudos já realizados e explorados no presente trabalho, foram: a falta de formação para lidar com a morte em cuidados continuados; processo de referenciação onde a maioria dos enfermeiros refere não ter recebido qualquer tipo de formação sobre a mesma; preparação da alta do utente idoso e comunicação com familiares do utente internado, realização de ensinios à família.

**PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO - CONHECIMENTOS SOBRE A
RNCCI: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A PERCEÇÃO
DOS ALUNOS DO CURSO DE ENFERMAGEM**

1. Metodologia

No presente capítulo, apresenta-se a metodologia de investigação, os objetivos, a conceptualização e o tipo de estudo, os materiais e métodos para a recolha de dados, a descrição da amostra, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos utilizados para a realização da investigação.

O problema de investigação deverá representar, em primeira instância, “...uma situação considerada como problemática (...) que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação (...) que (...) exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.” (Fortin, 2003).

A formulação do problema consiste em “...desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender. O problema da investigação articula-se com a questão precisa a qual interesse.” (Fortin, 2003).

No presente estudo o problema de investigação incide sobre os conhecimentos dos estudantes de enfermagem relativamente à RNCCI, que frequentam o terceiro e quarto ano da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Sendo a questão de investigação: “ Quais os conhecimentos dos alunos de enfermagem do terceiro e quarto ano da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança sobre a RNCCI?”.

1.1.Contextualização do problema e Objetivos do estudo

Sem investigação a área da saúde, assim como qualquer outra (engenharias, políticas, entre outras), seria estática. É notória a rapidez com que novos projetos de investigação surgem, talvez devido ao reconhecimento por parte dos seus autores/investigadores, de que sem a investigação nada evoluiria, e o mundo tal e qual o conhecemos hoje não existiria. Facto é, que todos os profissionais da área da saúde e não só, se encontram cada vez mais embrenhados em projetos de investigação, assumindo que só assim é possível produzir-se mais conhecimento sobre as temáticas estudadas.

A investigação é parte integrante de todas as profissões, enquanto elemento inovador e impulsionador de novos conhecimentos; e a enfermagem, enquanto ciência, focaliza a investigação nos domínios “pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, o cuidado de enfermagem” (Fortin, 2003, p.26) e as relações entre estes.

O presente estudo, centra-se nos conhecimentos dos estudantes de enfermagem, estes futuros enfermeiros, para um novo contexto de prestação de cuidados, que é a RNCCI. A RNCCI surgiu para dar resposta a problemas identificados através dos estudos e análise de vários dados de saúde recolhidos ao longo de décadas.

Como recente resposta do SNS, às necessidades dos cidadãos, tem as suas especificações próprias, que os enfermeiros devem conhecer. Este estudo, permite analisar e constatar se os planos curriculares, evolução dos serviços de saúde e formação académica dos enfermeiros estão em sintonia.

Tal como qualquer estudo de investigação, que pretende alcançar resultados, torna-se necessário definir a metodologia que será utilizada, a mesma será explicada de seguida. Sendo desde já apresentada a questão de investigação e os objetivos gerais.

Questão de investigação:

“ Quais os conhecimentos dos alunos de enfermagem do terceiro e quarto ano da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança sobre a RNCCI?”.

Objetivos:

- Avaliar os conhecimentos dos alunos de enfermagem do terceiro e quarto ano da licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Identificar associações entre a variável “conhecimentos em RNCCI” e as variáveis: sexo, idade, ano de curso, itens de atividades sobre a RNCCI.
- Analisar o plano de estudos da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança
- Propor a integração de um módulo curricular sobre a RNCCI no plano de estudos da licenciatura de Enfermagem

1.2.Variáveis e Hipóteses do estudo

São inúmeras as definições de variáveis, para Ribeiro, P. (2010, pág.36) “(...) variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante. A escolha de uma variável deve garantir que ela varia.”, já no ano de 1999, Fortin descreve que “...as

variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

As variáveis podem ser classificadas como dependentes ou independentes, assim entende-se por variável dependente “(...) é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente.” (Fortin, 1999, p.37). Para o mesmo autor, variável independente é “a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.”

No presente estudo, as variáveis independentes selecionadas são as características sociodemográficas: o sexo, a idade, o ano do curso (3º ou 4º ano curricular da licenciatura de enfermagem). No que respeita ao ano do curso foram apenas selecionados o 3º e 4º ano, pelo facto de a maioria das disciplinas de carácter teórico já terem sido ministradas, para além disso, é exetável que com o decorrer da licenciatura os estudantes de enfermagem estejam mais sensibilizados para a formação extracurricular seja ela em que área for. Pois desde o início do seu percurso académico superior, são constantemente sensibilizados para o facto de que, nas disciplinas teóricas e práticas não é possível transmitir todo o conhecimento necessário para o exercício pleno da enfermagem. Os itens de caracterização e atividades sobre a RNCCI são: a formação recebida durante a licenciatura sobre a RNCCI, realização de algum trabalho sobre a RNCCI, frequência de formação extracurricular na área dos cuidados continuados, importância atribuída à inclusão de conteúdos curriculares sobre cuidados continuados, importância reconhecida à sensibilização da população sobre cuidados continuados, classificação da intervenção do enfermeiro em cuidados continuados,

classificação do autoconhecimento sobre cuidados continuados e por fim a consideração sobre a RNCCI como uma mais-valia na assistência em saúde à população.

Quanto à variável dependente, é o conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre a RNCCI, baseado no decreto-lei 101/2006 de onde emergiram as asserções verdadeiras e falsas.

As afirmações que operacionalizam a variável dependente, fundamentam-se na análise no decreto-lei nº 101/2006, do qual “nasceu” a RNCCI. As afirmações que os alunos devem identificar como sendo verdadeiras ou falsas, pretendem avaliar um conhecimento geral sobre a existência da RNCCI, sendo que em nenhuma questão se pretende avaliar desempenhos ou práticas específicas da RNCCI. Tal facto não faria sentido, após a análise do plano curricular da licenciatura da escola na qual estão inscritos, onde não consta nenhuma disciplina de carácter teórico que lhe permita obter tais conhecimentos, de uma forma formal.

Hipóteses de investigação:

H1 – Existe relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e os conhecimentos sobre a RNCCI dos estudantes da licenciatura de enfermagem.

H2 – Os alunos de terceiro e quarto ano da licenciatura de enfermagem possuem diferentes conhecimentos sobre a RNCCI.

H3 – Os alunos de enfermagem que frequentaram formação em RNCCI têm diferentes conhecimentos sobre a RNCCI relativamente aos alunos de enfermagem que não frequentaram formação em RNCCI.

H4 – Os inquiridos que mais valorizam a importância da RNCCI e dos seus intervenientes (população, enfermeiro) evidenciam diferentes conhecimentos sobre a RNCCI relativamente aos alunos que menos valorizam a importância da RNCCI.

H5 – Os alunos de enfermagem que classificam os seus conhecimentos em RNCCI como apropriado evidenciam diferentes conhecimentos sobre a RNCCI relativamente aos alunos que classificam o seu conhecimento como pouco apropriado.

1.3. População e amostra

Segundo Fortin (2003) entende-se por amostra um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, ou seja, uma amostra poderá entender-se como réplica em miniatura da população alvo.

Neste estudo a população é composta por 160 alunos do curso de enfermagem que frequentam o 3º e 4º ano curricular da licenciatura de enfermagem na Escola Superior de Saúde de Bragança, no ano letivo de 2014/2015.

Para selecionar a amostra a investigar optou-se por um processo de amostragem não probabilística por conveniência, que refletisse a distribuição da população por ano de escolaridade. Assim, considerou-se uma amostra de 120 alunos (75 % da população), selecionados acidentalmente, visando a disponibilidade, rapidez e o menor custo na recolha de dados. Definiram-se como critérios de seleção da amostra: indivíduos de ambos os sexos, que frequentassem o 3º ou 4º ano curricular a frequentar a licenciatura de enfermagem na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança que aceitassem participar voluntariamente no estudo.

Para identificar o erro amostral deste estudo, recorreu-se à fórmula definida em Oliveira e Grácio (2005). Sendo a população em estudo composta por 160 alunos e a amostra constituída por 120 alunos verificou-se que nesta investigação o erro amostral é aproximadamente 5%.

Tabela 2

Distribuição da população e da amostra em função do ano curricular que frequentam.

Ano	População	Amostra
3º ano	87	63
4º ano	73	57
Total	160	120

1.4.Tipo de Estudo

Este estudo é de natureza quantitativa, descritivo, correlacional, num plano transversal, que decorreu num período de tempo, entre setembro de 2015 e Fevereiro de 2016. Afirma-se quantitativo uma vez que se tratará de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que permitirão a estimação numérica e as inferências estatísticas. Descritivo, pois pretende-se explorar e descrever os factos e características de uma amostra, sem qualquer tipo de interferência por parte dos investigadores. Correlacional pois pretende-se avaliar as possíveis correlações/relações entre as variáveis. Num plano transversal, visto que, os dados foram recolhidos num único momento.

1.4.1.Procedimento de Colheita de Dados

O processo de recolha de dados, compreendeu várias fases distintas. Numa primeira fase foram solicitadas as autorizações necessárias para o desenvolvimento do estudo.

Como a amostra para este estudo, são estudantes pertencentes à Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, foi solicitada autorização à Senhora Presidente da Instituição, para a aplicação do questionário aos alunos. Ao mesmo pedido de autorização encontrava-se anexado o projeto do estudo, bem como o instrumento de colheita de dados (Anexo - II).

Numa segunda fase, foi solicitada a colaboração dos docentes das unidades curriculares das disciplinas ministradas no terceiro ano para a aplicação dos questionários. Foi ainda solicitada a colaboração dos professores responsáveis pelos ensinamentos clínicos de 3º e 4º ano para identificação do local da realização do ensino clínico, sendo assim possível encontrar os alunos, que se incluem na amostra, mas ausentes na escola. Resumindo a colheita de dados foi realizada presencialmente, indo ao encontro dos alunos, quer na sala de aula, quer no local onde realizavam o seu ensino clínico.

1.4.2. Procedimentos Éticos e Deontológicos

A colheita de dados concretizada assentou num consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes. Aos participantes foi feita uma explicação das fases de investigação e dos objetivos do estudo. Aos mesmos foi garantido o anonimato e a confidencialidade das fontes.

Os dados colhidos foram tratados de forma a manter o anonimato dos participantes, a preservação a confidencialidade das fontes. Para tal recorreu-se a uma codificação numérica dos questionários.

1.5.Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados é um método que permite colher os dados necessários para responder à questão de investigação.

Tomando em consideração Fortin (1999), que salienta o fato de que a escolha de um instrumento de medida depende dos “...objetivos do estudo, do nível de conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis e a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a finalidade e a validade dos instrumentos de medida, assim como a eventual conceção do investigador dos seus próprios instrumentos de medida”.

Na perspetiva de Ribeiro (2007), as técnicas de recolha de dados são determinadas pelo tipo de metodologia que define o estudo. Assim, na investigação quantitativa, as técnicas utilizadas para recolher dados terão de possibilitar a conversão destes em números, como os questionários, as escalas, os testes, ... qualitativa usa-se preferencialmente a entrevista, a observação, a análise de documentos, o trabalho de campo, entre outros.

O questionário, foi o instrumento de colheita de dados elegido para este estudo, (Anexo - III) sendo elaborado na íntegra para esse efeito. Para a elaboração do mesmo foi considerado exclusivamente o decreto-lei que permitiu a criação da RNCCI – o decreto-lei nº101/2006 (Anexo - IV). O questionário que pretende aferir o conhecimento geral dos estudantes de enfermagem, de 3º e 4º ano curricular da escola superior de saúde de Bragança, sobre a RNCCI, é composto por questões que visam a caracterização sociodemográfica, por itens de atividades sobre a RNCCI e por trinta afirmações, que os participantes devem identificar como verdadeiras ou falsas.

A necessidade de elaborar um questionário surgiu na falta deste material, após realizada pesquisa bibliográfica, não tendo sido encontrado um instrumento de colheita de dados que fosse compatível com os objetivos do presente estudo.

Com o intuito de avaliar a compreensão das questões, este foi previamente submetido a aplicação de pré-teste, a 4 alunas de enfermagem da escola superior de saúde de Bragança, tendo como principais objetivos avaliar: a ambiguidade das afirmações, a facilidade de compreensão dos termos utilizados, se a forma de como estão realizadas as afirmações permite obter a informação desejada e por último avaliar se o questionário não é demasiado longo ou desinteressante.

Esta etapa imprescindível do estudo permite a correção, alteração e modificação do questionário, de forma a resolver problemas imprevistos tais como problemas de redação, interpretação, entre outros. Com a realização desta etapa foi possível verificar que o questionário elaborado se encontra com uma linguagem perceptível, adequada e objetivo, pois não foram necessárias realizar alterações ao mesmo.

1.6. Análise e tratamento dos dados

A análise estatística dos dados relativo ao estudo desenvolvido foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows*, versão 20.0. Inicialmente, com objetivo de descrever e a caraterizar a amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Recorreu-se a tabelas de frequências absolutas e relativas. Foram utilizadas as medidas estatísticas: mínimo, máximo, quartis, média e desvio padrão.

Para realizar a inferência estatística necessária à investigação das hipóteses propostas recorreu-se à aplicação dos testes de hipóteses paramétricos sempre que possível, uma vez que é necessário verificar previamente os pressupostos, pois caso estes não sejam verificados não é possível aplicar testes paramétricos e tem-se que recorrer aos testes não paramétricos. Assim sendo, para comparação dos valores médios de duas amostras independentes o teste paramétrico indicado é o teste t , que pressupõe amostras de grande dimensão (mínimo 30 elementos) ou amostras de pequena dimensão provenientes de populações normais. Para testar a normalidade em amostras de dimensão inferior a 30 elementos recorre-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov. Caso seja possível aplicar o teste t , é ainda necessário averiguar a igualdade de variâncias entre amostras, através do teste de Levene, o que permite apurar se as amostras são provenientes da mesma população (quando é validada a condição de igualdade de variâncias). Na eventualidade da impossibilidade de aplicação do teste t recorre-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney.

Para comparação de três ou mais amostras independentes, recorreu-se ao teste paramétrico Anova, cujos pressupostos são: a distribuição dos erros normalmente distribuída com média nula e variância constante (homogeneidade das variâncias) e aleatórios. Caso não seja possível a aplicação da Anova recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis que permite comparar três ou mais amostras independentes.

2. Apresentação, análise e discussão de resultados

Nesta seção apresenta-se a caracterização da amostra relativamente às variáveis sociodemográficas, formação, importância e conhecimento sobre cuidados continuados, assim como os resultados obtidos por inferência estatística de forma a concluir sobre as hipóteses em estudo e discussão desses resultados tendo por base o estado da arte apresentado anteriormente.

2.1. Caracterização dos participantes

A amostra do estudo foi composta por 120 alunos, dos quais 26% (31) são rapazes e 74% (89) são raparigas. Verificou-se que 52% (63) dos alunos frequentavam o 3º ano do curso e 48% (57) frequentavam o 4º ano. A idade média dos estudantes era de 22,908 anos, com desvio padrão de 3,353 anos. Os rapazes eram, em média, ligeiramente mais velhos, 23,097 anos, com um desvio padrão de 3,477, comparativamente às raparigas que apresentaram uma média de idade de 22,843 anos, com um desvio padrão de 3,327.

Tabela 3

Caraterização da amostra por género e idade

Género	Amostra	Percentagem	Idade média	Desvio Padrão
Masculino	31	26 %	23,097	3,477
Feminino	89	74%	22,843	3,327
Total	120	100%	22,908	3,353

2.2. Respostas obtidas sobre a formação em cuidados continuados

Na tabela 4, apresentam-se os resultados obtidos relativamente à caracterização da formação sobre cuidados continuados. Verifica-se que, a maioria dos alunos (55,8%; 67) afirmaram não terem recebido formação em cuidados continuados no curso de licenciatura. Dos 53 alunos que afirmaram ter recebido formação, sobre a RNCCI, na licenciatura apenas 24 indicaram o número de horas de formação, sendo que esta variou entre o mínimo de 1h e máximo de 4h, o que resultou num valor médio de 2 horas e 10 minutos com desvio padrão de 42 minutos.

Relativamente à realização de algum trabalho na área de cuidados continuados ao longo da licenciatura em enfermagem, apenas 6 alunos afirmaram terem executado tal trabalho.

Quanto à possibilidade de incluir conteúdos curriculares sobre cuidados continuados no plano de estudos da licenciatura de enfermagem, verificou-se que 56,7% (68) dos alunos afirmaram que seria importante, 42,5% (51) responderam que seria muito importante e apenas 1 aluno manifestou indiferença.

No que concerne à frequência de formação extracurricular na área de cuidados continuados apenas 9 alunos afirmaram já terem frequentado, destacando-se as jornadas.

Os principais motivos referidos para a não frequência de formação extracurricular na área em estudo foram: falta de conhecimento de formação na área (60,2%;74) e pouca oferta formativa na área (28,4%; 35).

Tabela 4

Respostas obtidas sobre a formação em cuidados continuados

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
No curso de licenciatura recebeu formação sobre cuidados continuados?		
Sim	53	44,2
Não	67	55,8
Total	120	100,0
No curso de licenciatura em enfermagem realizou algum trabalho na área de cuidados continuados?		
Sim	6	5,0
Não	114	95,0
Total	120	100,0
Considera importante incluir conteúdos curriculares sobre cuidados continuados no plano de estudos do curso de licenciatura de enfermagem?		
Indiferente	1	0,8
Importante	68	56,7
Muito importante	51	42,5
Total	120	100,0
Já frequentou formação extracurricular na área de cuidados continuados?		
Sim	9	7,5
Não	111	92,5
Total	120	100,0
Que formação? (respostas afirmativas)		
Conferências	2	18,2
Jornadas	6	54,5
Workshops	1	9,1
Cursos breves	1	9,1
Estágio curricular	1	9,1
Total	11	100,0
Se nunca frequentou formação específica na área de cuidados continuados qual (ais) o (s) motivo (s)? (respostas afirmativas)		
Pouca oferta formativa na área	35	28,4
Falta de tempo	12	9,8
Não teve conhecimento de formação na área	74	60,2
Não tem interesse pela área	2	1,6
Total	123	100,0

2.3.Respostas obtidas na acerca da importância dos cuidados continuados

Na tabela 5 apresentam-se os resultados obtidos relativamente à caracterização da importância dos cuidados continuados. Quando questionados sobre a importância da sensibilização da população em geral sobre a rede de cuidados continuados os alunos assumiram que esta sensibilização é importante (58,3%;70) ou muito importante (41,7%;50). Verificou-se ainda que a maioria dos alunos (75,8%;91) classifica a intervenção do enfermeiro em cuidados continuados como muito importante e 24,2% (29) como importante.

Relativamente à classificação do aluno quanto aos conhecimentos de cuidados continuados que possui verificou-se que 3,3% (4) dos alunos assumiram que eram inexistentes, 31,7% (38) dos alunos classificaram esse conhecimento como pouco apropriado, 48,3% (58) assumiu que possui conhecimento razoável no assunto, 7,5% (9) classificam o seu conhecimento como apropriado e 9,2% (11) como muito apropriado. Esta variável foi, posteriormente, operacionalizada em três opções: insuficiente (agrupa as opções inexistente e pouco apropriado), razoável (engloba o conhecimento razoável) e apropriado (agrupa as opções apropriado e muito apropriado).

Por último, tem-se que a opinião dos alunos é unanime quanto ao facto da RNCCI constituir uma mais-valia na assistência em saúde à população. Pode acrescentar-se ainda que para estes futuros enfermeiros a existência da RNCCI é também sinónimo de uma oportunidade de trabalho.

Tabela 5

Respostas obtidas na acerca da importância dos cuidados continuados

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Considera importante a sensibilização da população em geral, sobre cuidados continuados?		
Importante	70	58,3
Muito importante	50	41,7
Total	120	100,0
Como classifica a intervenção do enfermeiro em cuidados continuados?		
Importante	29	24,2
Muito importante	91	75,8
Total	120	100,0
Como classifica o conhecimento que possui sobre cuidados continuados?		
Inexistente	4	3,3
Pouco apropriado	38	31,7
Razoável	58	48,3
Apropriado	9	7,5
Muito apropriado	11	9,2
Total	120	100,0
Considera que a rede nacional de cuidados continuados uma mais-valia na assistência em saúde à população?		
Sim	120	100,0
Não	0	0,0
Total	120	100,0

2.4. Respostas obtidas nas asserções V/F retiradas do decreto-lei nº 101/2006

Na tabela 6, apresenta-se a caracterização das respostas obtidas às afirmações propostas para avaliação dos conhecimentos em RNCCI, a sombreado destacam-se a resposta correta à afirmação. Por análise da referida tabela verifica-se que de modo geral os alunos em estudo apresentam conhecimentos sobre RNCCI, destaca-se as afirmações: “*Os cuidados continuados fazem parte do sistema nacional de saúde*”; “*O apoio espiritual não é importante em cuidados continuados*”; “*Os princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência, não-maleficência) não se aplicam em cuidados continuados*”; “*Atualmente, não existem instrumentos para avaliação da dor em*

cuidados continuados”; “*O apoio à família deve ter início quando o doente morre*”; “*O doente pode abandonar a instituição quando assim o desejar, mediante a assinatura do termo de responsabilidade*”; “*Os cuidados domiciliários contemplam apenas doentes em estado terminal*”; “*O mesmo doente apenas pode ingressar na rede uma única vez*”; “*Os cuidados paliativos não contemplam cuidados de fisioterapia, pois o doente já não necessita de reabilitação*”; “*A RNCCI integra apenas doentes com doença aguda*”, onde a percentagem de alunos que responderam corretamente é pelo menos de 90%.

Por outro lado, pelo menos 75% dos alunos responderam erradamente às afirmações: “*A equipa coordenadora é constituída por representante da área da saúde e por um representante da área da segurança social*” e “*O estado de saúde do doente não interfere com a unidade de internamento para o qual poderá ser referenciado*”.

Tabela 6

Respostas obtidas nas asserções V/F retiradas do decreto-lei nº 101/2006

Afirmações	V N (%)	F N (%)
1.A RNCC foi criada pelo Decreto-lei nº 101/2006.	91(75,8)	29(24,2)
2.Os cuidados continuados fazem parte do sistema nacional de saúde.	118(98,3)	2(1,7)
3.A rede nacional de cuidados continuados integrados presta cuidados integrados a pessoas com mais de 65 anos que se encontrem em situação de dependência.	42(35,0)	78(65,0)
4.A valência de apoio domiciliário não faz parte da rede.	17(14,2)	103(85,8)
5.A equipa coordenadora é constituída por representante da área da saúde e por um representante da área da segurança social.	103(85,8)	17(14,2)
6.A prestação de cuidados integrados é assegurada por equipas hospitalares e equipas domiciliárias.	93(77,5)	27(22,5)
7.O estado de saúde do doente não interfere com a unidade de internamento para o qual poderá ser referenciado.	13(10,8)	107(89,2)
8.O princípio da rede baseia-se apenas na recuperação do doente.	22(18,3)	98(81,7)
9.O doente ao ser referenciado para a rede pode ingressar numa qualquer unidade do país.	83(69,2)	37(30,8)
10.O plano de cuidados ao doente e família é definido pelo médico que depois o comunica à restante equipa.	59(49,2)	61(50,8)
11.A expressão facial, o tom de voz e os gestos são forma de comunicação não-verbal uteis em cuidados continuados.	89(74,2)	31(25,8)
12.O doente e a sua família integram a equipa multidisciplinar.	103(85,8)	17(14,2)
13.O apoio espiritual não é importante em cuidados continuados.	8(6,7)	112(93,3)
14.Os princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência, não-maleficência) não se aplicam em cuidados continuados.	10(8,3)	110(91,7)
15.Atualmente, não existem instrumentos para avaliação da dor em cuidados continuados.	6(5,0)	114(95,0)
16.A comunicação funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas.	106(88,3)	14(11,7)
17.O apoio à família deve ter início quando o doente morre.	5(4,2)	115(95,8)
18.O doente suporta a totalidade dos custos pelo internamento numa unidade da rede.	15(12,5)	105(87,5)
19.O funcionamento da rede, deve-se em grande parte ao voluntariado.	21(17,5)	99(82,5)
20.O doente pode abandonar a instituição quando assim o desejar, mediante a assinatura do termo de responsabilidade.	108(90,0)	12(10,0)
21.Os cuidados domiciliários contemplam apenas doentes em estado terminal.	2(1,7)	118(98,3)
22.O mesmo doente apenas pode ingressar na rede uma única vez.	9(7,5)	111(92,5)
23.Os cuidados paliativos não contemplam cuidados de fisioterapia, pois o doente já não necessita de reabilitação.	9(7,5)	111(92,5)
24.A RNCCI destina-se apenas a cidadãos com nacionalidade portuguesa.	30(25,0)	90(75,0)
25.A RNCCI dá resposta apenas ao território continental português.	58(48,3)	62(51,7)
26.O internamento em qualquer valência da rede é de 60 dias.	28(23,3)	92(76,7)
27.A RNCCI integra apenas doentes com doença aguda.	12(10,0)	108(90,0)
28.A avaliação do doente que ingressa na rede é feita somente no momento de admissão e alta.	15(12,5)	105(87,5)
29.A RNCCI é uma instituição com fins lucrativos.	22(18,3)	98(81,7)
30. Os recursos humanos para a prestação de cuidados paliativos necessitam obrigatoriamente de formação específica.	93(77,5)	27(22,5)

Por análise da tabela 7 verifica-se que o número de respostas corretas varia entre o mínimo de 13 e máximo de 28, sendo a média de 23,37 respostas corretas com desvio padrão de 2,74, o que traduz uma pequena dispersão. Obteve-se a mediana de 24 respostas corretas o que permite concluir que metade dos alunos participantes acertou pelo menos em 24 respostas. Tem-se ainda que 25% dos alunos inquiridos acertou no máximo em 22 respostas (1º quartil), (Anexo – V).

Tabela 7

Número de respostas corretas dadas ao questionário geral dos conhecimentos sobre RNCCI

Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo	Média	Desvio padrão
13	22	24	25	28	23,37	2,74

2.5. Conhecimentos dos alunos sobre cuidados continuados versus características sociodemográficas

Após a caracterização da amostra, procurou-se avaliar a relação entre o número de respostas corretas e as variáveis sociodemográficas, formação em RNCCI e importância da RNCCI. Na tabela 8 apresentam-se os resultados obtidos para o número de respostas corretas em função do sexo, faixa etária e ano de curso frequentado. Verifica-se que, em média, as alunas apresentaram mais conhecimentos sobre RNCCI do que os alunos rapazes, assim como os alunos com mais de 22 anos face os colegas com idade até 22 anos. Os alunos que frequentam o 3º ano do curso de enfermagem também apresentaram, em média, mais conhecimentos sobre RNCCI do que os alunos que frequentam o 4º ano. A um nível de significância de 5% as diferenças observadas entre rapazes e raparigas são estatisticamente significativas, enquanto as diferenças observadas entre faixas etárias diferentes e ano de escolaridade distintos não são a um nível de significância de 5% estatisticamente significativas.

Tabela 8

Distribuição das respostas corretas versus sexo, idade e ano de curso

	Variáveis	Média	Desvio padrão	Estatística teste t	Valor de prova
Sexo	Masculino (n=31)	22,45	2,95	-2,195*	0,030
	Feminino (n=89)	23,69	2,60		
Idade	Até 22 anos (n=73)	23,29	2,85	-0,393*	0,695
	Mais de 22 anos (n=47)	23,49	2,56		
Ano	3º ano (n=63)	23,75	2,55	1,606*	0,111
	4º ano (n=57)	22,95	2,89		

Nota: * Amostras independentes, provenientes de populações com variâncias estatisticamente iguais (teste de Levene)

Pelos resultados apresentados e comentados anteriormente conclui-se que relativamente à hipótese: “*Existe relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e os conhecimentos sobre a RNCCI dos estudantes da licenciatura de enfermagem*” esta é validada para o sexo do aluno, uma vez que as diferenças observadas entre raparigas e rapazes são significativas ($p=0,03$), mas relativamente à idade as diferenças observadas não apresentam relevância estatística ($p=0,695$).

Relativamente à hipótese: “*Os alunos de terceiro e quarto ano da licenciatura de enfermagem possuem diferentes conhecimentos sobre a RNCCI*” esta não é validada uma vez que não se encontraram diferenças significativas entre os alunos do curso de enfermagem do 3º e 4º ano ($p=0,111$).

2.6. Conhecimentos dos alunos sobre cuidados continuados versus formação sobre cuidados continuados

Na tabela 9 apresentam-se os resultados obtidos para o número de respostas corretas em função da formação sobre a RNCCI. Relativamente à frequência de formação em RNCCI durante o curso de licenciatura em enfermagem verificou-se que os resultados foram, em média, idênticos entre os alunos que tiveram ou não tal formação.

Quanto à realização de algum trabalho sobre a RNCCI durante a licenciatura verificou-se que os alunos que não realizaram tal trabalho apresentaram resultados ligeiramente superiores (média de 23,46) aos resultados dos alunos que realizaram tal trabalho (média de 21,50). As diferenças observadas não são, a um nível de significância de 5%, estatisticamente significativas.

Relativamente à inclusão de conteúdos teóricos sobre a RNCCI no curso de licenciatura de enfermagem os resultados corretos sobre RNCCI são idênticos entre os alunos que consideram tal inclusão importante e os alunos que afirmam que essa inclusão é muito importante.

Quanto à frequência de formação extracurricular sobre a RNCCI durante a licenciatura verificou-se que os alunos que não realizaram tal formação apresentaram resultados ligeiramente superiores (média de 23,54) aos resultados dos alunos que frequentaram a formação (média de 21,22). As diferenças observadas não são, a um nível de significância de 5%, estatisticamente significativas.

Tal facto pode devem-se à falta de conhecimentos gerais da RNCCI, não permitindo aos alunos que frequentam as formações, na sua grande maioria jornadas, compreender a informação que lhes é transmitida. A formação, advém de especialistas da área, que provavelmente transmitem conhecimentos que para serem assumidos e compreendidos requerem já algum tipo de conhecimento prévio. Caso não o haja, os alunos que participam neste tipo de formações, perdem a motivação para a informação que lhes está a ser transmitido.

Tabela 9

Distribuição do número de respostas corretas versus formação sobre cuidados continuados

Variáveis		Média	Desvio padrão	Estatística teste t	Valor de prova
No curso recebeu formação sobre RNCC?	Não (n=67)	23,40	2,77	0,163*	0,871
	Sim (n=53)	23,32	2,72		
No curso recebeu elaborou algum trabalho sobre RNCC?	Não (n=114)	23,46	2,74	1,728*	0,087
	Sim (n=6)	21,50	2,17		
Incluir conteúdos de RNCCI na licenciatura de enfermagem?	Importante (n=68)	23,74	2,30	1,611*	0,111
	Mt. importante (n=51)	22,88	3,22		
Frequentou formação extracurricular em RNCCI?	Não (n=111)	23,54	2,55	1,701	0,125
	Sim (n=9)	21,22	4,02		

Nota: * Amostras independentes, provenientes de populações com variâncias estatisticamente iguais (teste de Levene); ** Amostras independentes, provenientes de populações com variâncias estatisticamente diferentes (teste de Levene);

No que trata à hipótese: *“Os alunos de enfermagem que frequentaram formação em RNCCI têm diferentes conhecimentos sobre a RNCCI relativamente aos alunos de enfermagem que não frequentaram formação em RNCCI”* esta não foi validada, uma vez que os resultados entre alunos que frequentaram ou não formação em RNCCI são estatisticamente idênticos, pela aplicação do teste paramétrico *t* para duas amostras independentes obtiveram-se valores de prova superiores a 0,05. Verifica-se que os trabalhos realizados, sendo apenas 6 numa amostra de 120, não contribuíram para a aquisição de conhecimentos, podendo este facto relacionar-se com uma inadequada exploração dos mesmos, além de poderem não estar corretamente direcionados para os objetivos pretendidos.

2.7. Conhecimentos dos alunos sobre cuidados continuados versus importância dos cuidados continuados

Na tabela 10 apresentam-se os resultados obtidos para o número de respostas corretas em função da importância da RNCCI.

Relativamente à importância da sensibilização da população sobre RNCCI verificou-se que os alunos que a classificam como importante apresentaram resultados ligeiramente superiores (média de 23,43) face aos alunos que afirmam que essa sensibilização é muito importante (média de 23,28). As diferenças observadas não apresentam relevância estatística, segundo o teste paramétrico t ($p=0,771$).

Quanto à intervenção do enfermeiro na RNCCI verificou-se que o número médio de respostas corretas é idêntico entre alunos que classificam essa intervenção como importante e os alunos que a consideram muito importante.

Por último, no que trata à classificação dos conhecimentos que cada aluno faz de si próprio conclui-se que os alunos que assumiram os seus conhecimentos como insuficientes e/ou razoáveis apresentaram resultados ligeiramente superiores aos alunos que afirmaram possuir conhecimentos apropriados sobre a RNCCI. As diferenças observadas não são, a um nível de significância de 5%, estatisticamente significativas.

Tabela 10

Distribuição do número de respostas corretas versus importância dos cuidados continuados

Variáveis		Média	Desvio padrão	Estatística teste	Valor de prova
Importante a sensibilização da população sobre RNCCI?	Importante (n=70)	23,43	2,45	0,292*	0,771
	Mt.Importante (n=50)	23,28	3,12		
A intervenção do enfermeiro em RNCC?	Importante (n=29)	23,41	2,50	0,106*	0,916
	Mt.Importante (n=91)	23,35	2,82		
Como classifica os seus conhecimentos em RNCCI?	Insuficiente (n=42)	23,71	2,56	1,932**	0,381
	Razoável (n=58)	23,52	2,36		
	Apropriado (n=20)	22,20	3,78		

Nota: * Amostras independentes, provenientes de populações com variâncias estatisticamente iguais (teste de Levene) utilização do teste *t*; **- teste Kruskal-Wallis, não se verificaram os pressupostos da Anova

Tendo por base o que anteriormente foi apresentado conclui-se relativamente à hipótese: **“Os inquiridos que mais valorizam a importância da RNCCI e dos seus intervenientes (população, enfermeiro) evidenciam diferentes conhecimentos sobre a RNCCI relativamente aos alunos que menos valorizam a importância da RNCCI”** que esta não foi validada uma vez que os resultados sobre os conhecimentos sobre a RNCCI são idênticos entre os alunos que valorizam de modo diferente a importância da RNCCI e dos seus intervenientes ($p=0,771$ e $0,9916$, respetivamente). Quanto à hipótese: **“Os alunos de enfermagem que classificam os seus conhecimentos em RNCCI como apropriado evidenciam diferentes conhecimentos sobre a RNCCI relativamente aos alunos que classificam o seu conhecimento como pouco apropriado”** também não foi validada, pois as diferenças observadas não apresentaram relevância estatística ($p=0,381$). Tais resultados evidenciam uma falta de consciência ou falta de autocritica em relação aos conhecimentos que possuem ou não sobre a RNCCI. Considerando-se a importância que os alunos dão à RNCCI, seria pertinente estes

adquirirem conhecimentos sobre a mesma num contexto formal, ou seja durante a licenciatura, para além dos conhecimentos que poderiam adquirir sobre a mesma, sem dúvida e desde que contemplados poderiam adquirir conhecimentos que minimizam a possibilidade que apresentem as mesmas dificuldades evidenciados nos estudos já realizados com enfermeiros ligados à RNCCI, tais como: a falta de formação para lidar com a morte em cuidados continuados; processo de referenciação onde a maioria dos enfermeiros refere não ter recebido qualquer tipo de formação sobre a mesma; preparação da alta do utente idoso e comunicação com familiares do utente internado, realização de ensinios à família.

Lopes S. (2013) no seu estudo constatou que os estudantes de enfermagem do terceiro quarto ano curricular, detentores de formação curricular sobre a RNCCI, especificamente sobre cuidados paliativos, possuíam conhecimentos sobre: conceitos, princípios, controlo de sintomas, comunicação, organização de funcionamento dos cuidados paliativos, controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa, foram maioritariamente revelados. No entanto verificaram-se défices de conhecimentos sobre aspetos específicos da intervenção em cuidados paliativos, nomeadamente sobre controlo de sintomas, controlo da dor e utilização da via subcutânea. Cerqueira A. (2013) no seu estudo, sobre a forma como os enfermeiros vivenciam o processo de morrer e o contato com a morte de um doente em cuidados continuados constatou que a morte significa para os enfermeiros o fim da vida, fim do sofrimento e acontecimento natural. E que os sentimentos revelados maioritariamente são “tristeza”, “impotência”, “missão cumprida/satisfação” e que menos vivenciados, individualmente, são os sentimentos de “incerteza”, “frustração”, “revolta”, alívio” e “não-aceitação”. Mais importante ainda, Cerqueira A. (2013) refere que o tipo de morte

e a falta de formação são fatores que interferem na forma como os enfermeiros vivenciam a morte de um doente. O mesmo autor alerta para a necessidade da temática da morte e o acompanhamento para de doentes em fim de vida deverá ser explorado de forma mais aprofundada na formação inicial dos enfermeiros, de forma a prepará-los para a realidade e importância do cuidar da pessoa em fim de vida.

Fernandes A. (2013) procurou, no seu estudo, estudar as dificuldades sentidas pelas equipas de saúde no processo de referenciação para a RNCCI e concluiu que a maioria dos profissionais partilha experiências sobre o processo de referenciação para a RNCCI, a maioria os profissionais não avaliam o processo como “muito burocrático”, a maioria dos profissionais dentro de cada grupo profissional já se deparou com situações de referenciação de doentes sem referenciação da EGA a nível hospitalar, o que dificulta o processo de inclusão da rede. Fernandes A. (2013) salienta que o último facto constatado, pode dever-se à existência de uma equipa onde existem conflitos entre os elementos, não transparecendo uma imagem de eficiência, eficácia e qualidade, não apresentando trabalho.

O estudo de Baptista J. (2012) teve por objetivo identificar as dificuldades dos enfermeiros na preparação da alta do doente idoso e dos seus familiares para a alta domiciliária. As dificuldades evidenciadas, no estudo do autor, foram: o desconhecimento das características no meio familiar e da dependência dos idosos. No que respeita à abordagem da família com vista à alta do doente e consequente preparação da mesma no sentido da continuação de cuidados no domicílio nem sempre se verifica um processo fácil, sendo identificadas e categorizadas, pelos enfermeiros, em quatro: o processo de preparação para a alta, a recetividade dos familiares aos ensinamentos, as grandes áreas com necessidades de orientação e dificuldades institucionais. No

mesmo estudo, é feita referência a duas subcategorias que de alguma forma dificultam os ensinamentos à família e conseqüentemente a alta do idoso, sendo elas: a adaptação da linguagem do enfermeiro ao cuidador/familiar e a percepção e medo de cuidar por parte do cuidador.

Baptista J. (2012) refere que os enfermeiros se demitem da sua responsabilidade em desenvolver intervenções autónomas que permitam a integração do idoso no domicílio, seja pela recuperação deste ou pelo trabalho junto da família.

Segundo Gomes (1999) a formação em serviço assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática, podendo servir de alavanca para o aperfeiçoamento do exercício profissional, contribuindo para a atualização dos conhecimentos, técnicas e metodologias que caracterizam a profissão de Enfermagem (Gomes, 1999). O curso base é encarado como formação inicial para ingressar no mercado de trabalho; no entanto devido às atuais exigências do mercado de trabalho, um curso base que considera recentes alterações do sistema nacional de saúde, para além das importantíssimas “guidelines” da prática clínica, proporciona ao futuro enfermeiro mais oportunidades de trabalho e reconhecimento pelo seus “saberes”.

Os resultados destes estudos, sugerem a necessidade de formação teórica sobre a RNCCI, preparando futuros enfermeiros para a sua atividade profissional, desempenhada com toda a qualidade e excelência que deve caracterizar a prática da profissão.

Não foram comparados os conhecimentos dos alunos de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança com os conhecimentos dos alunos das Escolas Superiores de Enfermagem do Porto e de Lisboa, ainda que após análise do seu plano

curricular se tenha verificado formação específica teórica e prática em ambas, por questões técnicas e temporais, no entanto fica como sugestão um estudo sobre a comparação dos conhecimentos sobre a RNCCI, mais específicos e aprofundados entre alunos com formação e sem formação em contexto curricular da licenciatura de enfermagem.

Independentemente das escolas de pensamento em que cada um dos diferentes teóricos de enfermagem se filia, todos, de uma forma ou outra, abordam os processos de avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem, sem negligenciar a dinâmica de definição e avaliação dos resultados obtidos (Pereira, 2007). É assim que o processo de enfermagem adquire relevância para os enfermeiros, à medida que é “um conceito central do domínio da enfermagem” (Meleis, 2005: 113) e um “método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planejar e prestar cuidados...”. Em suma, todas as escolas formam enfermeiros aptos a ingressar na vida profissional, no entanto, é pertinente considerar que a formação acadêmica nunca estará concluída, mesmo após a realização de novas formações, a mesma encontra-se melhorada e mais adequada às necessidades de quem a realiza.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Na atualidade os cuidados de saúde estão cada vez mais desenvolvidos, e quem deles necessita, o próprio doente ou seu familiar, busca incessantemente a qualidade e eficácia dos mesmos exigindo a todos os profissionais de saúde a competência e máxima preparação para a ocupação do profissional no seio da equipa de saúde. No que respeita aos enfermeiros, é notável que a preparação base dos mesmos tem evoluído nas escolas de enfermagem, com alterações nos seus planos curriculares. Ainda assim, após análise de alguns estudos que relacionam o funcionamento da RNCCI e a atividade profissional de enfermagem, é evidente a necessidade de formação destes profissionais.

Relembrando, que nos estudos referenciados na primeira parte deste trabalho foram identificadas dificuldades dos enfermeiros relacionados com: controlo da dor, significado da morte, luto, comunicação com o utente e familiares (realização de ensinios, preparação para a alta, entre outros), tipologia das respostas da RNCCI e processo de referenciação.

Assente neste facto, parece pertinente a inclusão no plano curricular da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança, uma unidade curricular dedicada à RNCCI, à semelhança dos atuais planos curriculares da mesma licenciatura noutras escolas superiores de enfermagem, nomeadamente do Porto e Lisboa. Planos curriculares analisados, das escolas de enfermagem supracitadas, incluem-se disciplinas dedicadas à RNCCI, ou inclusão de conteúdos relacionadas com a mesma. Na escola Superior de enfermagem do Porto, a disciplina de “Saúde do Adulto e do Idoso”, aborda nos seus conteúdos programáticos os cuidados continuados

e cuidados paliativos, o significado cultural e social da morte, o impacto da doença terminal e morte súbita sobre o indivíduo e família. A disciplina de “Informação e Saúde” aborda questões sobre a informação para a tomada de decisão em saúde dos indivíduos, famílias e grupos, em diferentes etapas da vida, e em diferentes contextos de cuidados; a oportunidade associada à necessidade de mediação profissional da informação de saúde. Na disciplina de “Comportamento e Relação”, inserem-se conteúdos sobre a comunicação, conceitos e técnicas de comunicação, funções da comunicação, competências envolvidas na mesma, comunicação centrada no cliente, condições que interferem na comunicação, fatores facilitadores/inibidores da eficácia da comunicação, o contexto, a preparação, estrutura e informação (início da relação de ajuda), comunicação em equipa, comunicação terapêutica e clínica, técnicas de comunicação verbal específicas, comunicação de más notícias, a escuta ativa e a relação de ajuda formal, aconselhamento e informação breve. De acrescentar que nesta escola existe ainda a possibilidade de optar por a disciplina de “Língua Gestual portuguesa”. Já no segundo ano a disciplina de, A pessoa dependente e os familiares cuidadores permitem a aquisição de conhecimentos sobre: a pessoa dependente no contexto familiar, os desafios colocados às interações que se vão desenvolvendo e aos padrões de relacionamento entre os membros da família, pela integração de um membro da família dependente no autocuidado, a transição de associada ao exercício do papel de membro da família prestador de cuidados, interações de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizar a expectativa mantida pelas instituições e profissionais de cuidados de saúde, a ajuda do profissional ao exercício do papel de prestação de cuidados por parte de um membro da família a um indivíduo dependente por longos períodos de tempo e por fim a RNCCI enquanto recurso. No ensino clínico de enfermagem comunitária objetiva-se a articulação e articulação dos conhecimentos

mobilizados no desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiros de cuidados gerais nas no contexto das UCC, conceção , aplicação e avaliação de cuidados no âmbito das UCC dirigidos à grupos e comunidade. Por último no quarto ano constata-se dois ensinios clínicos especificamente dedicados aos Cuidados Continuados na Comunidade que objetiva a articulação e integração dos conhecimentos mobilizados no desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais no contexto da RCC. O outro ensino clínico é já realizado no internamento dos cuidados continuados e objetivam a objetiva a articulação e integração dos conhecimentos mobilizados no desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais no contexto da RNCCI, a conceção de cuidados no âmbito das unidades de cuidados continuados (internamento) dirigidos à pessoa com dependência e família cuidadora.

Na escola superior de enfermagem de Lisboa e na Escola Superior de saúde de Bragança, a RNCCI pode incluir-se na disciplina de “Gestão e Organização dos Cuidados de Enfermagem”, a qual contempla nos seus conteúdos programáticos as organizações de saúde e a disciplina de Administração e Gestão em Saúde que contempla a temática de organização e gestão de sistemas de saúde.

Após estas considerações, parece ser pertinente a inclusão de uma unidade curricular que insira conceitos teóricos tais como: Relação de Ajuda em contextos terapêuticos, processo de luto, protocolos de transmissão de más notícias, ferramenta: humanidade, intervenção psicoterapêutica, logoterapia e coaching aplicado à saúde, otimização da comunicação verbal e não verbal, na formação base do plano curricular da licenciatura em enfermagem na Escola Superior de Saúde de Bragança, permitindo assim a formação de enfermeiros mais “completos” que respondam de forma mais eficiente e eficaz quando entram para o mercado de trabalho.

Constantes como relação de ajuda e intervenção terapêutica, que contemplam a relação de ajuda em contextos terapêuticos permitindo aos alunos de enfermagem otimizar os cuidados prestados

Conteúdos sobre a descrição da RNCCI, ou a realização de um ensino clínico, permitiria aos alunos adquirir conhecimentos sobre: o enquadramento e organização da RNCCI, processos de referenciação, critérios de inclusão e exclusão, respostas/tipologias da rede, modelos de gestão e financiamento e formação dos profissionais sobre a RNCCI, reconhecendo ao ensino clínico a importância da reflexão sobre a ação como elemento facilitador da aprendizagem do estudante.

Para reflexão da presente proposta fica a seguinte questão: que enfermeiros se pretendem formar? Estarão estes realmente preparados para desempenhar funções, com os conhecimentos adquiridos na formação base, numa qualquer instituição de saúde, que também está em constante evolução e imperativamente relacionada com a RNCCI?

CONCLUSÕES

Das hipóteses apresentadas concluiu-se:

H1 - *“Existe relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e os conhecimentos sobre a RNCCI dos estudantes da licenciatura de enfermagem”* esta é validada para o sexo do aluno, uma vez que as diferenças observadas entre raparigas e rapazes são significativas ($p=0,03$), mas relativamente à idade as diferenças observadas não apresentam relevância estatística ($p=0,695$).

H2 - *“Os alunos de terceiro e quarto ano da licenciatura de enfermagem possuem diferentes conhecimentos sobre a RNCCI”* esta não é validada uma vez que não se encontraram diferenças significativas entre os alunos do curso de enfermagem do 3º e 4º ano ($p=0,111$).

H3 - *“Os alunos de enfermagem que frequentaram formação em RNCCI têm diferentes conhecimentos sobre a RNCCI relativamente aos alunos de enfermagem que não frequentaram formação em RNCCI”* esta não foi validada, uma vez que os resultados entre alunos que frequentaram ou não formação em RNCCI são estatisticamente idênticos, pela aplicação do teste paramétrico t para duas amostras independentes obtiveram-se valores de prova superiores a 0,05.

H4 - *“Os inquiridos que mais valorizam a importância da RNCCI e dos seus intervenientes (população, enfermeiro) evidenciam diferentes conhecimentos sobre a RNCCI relativamente aos alunos que menos valorizam a importância da RNCCI”* que esta não foi validada uma vez que os resultados sobre os conhecimentos sobre a RNCCI são idênticos entre os alunos que valorizam de modo diferente a importância da RNCCI e dos seus intervenientes ($p=0,771$ e $0,9916$, respetivamente).

H5 - **“Os alunos de enfermagem que classificam os seus conhecimentos em RNCCI como apropriado evidenciam diferentes conhecimentos sobre a RNCCI relativamente aos alunos que classificam o seu conhecimento como pouco apropriado”** também não foi validada, pois as diferenças observadas não apresentaram relevância estatística ($p=0,381$)

Do presente estudo pode concluir-se que os alunos do curso de enfermagem do terceiro e quarto curricular, da Escola Superior de Saúde de Bragança, na sua maioria apresentam conhecimentos sobre a RNCCI, facto constatado com a percentagem mínima de 90% de respostas corretas nas seguintes questões: *“Os cuidados continuados fazem parte do sistema nacional de saúde”*; *“O apoio espiritual não é importante em cuidados continuados”*; *“Os princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência, não-maleficência) não se aplicam em cuidados continuados”*; *“Atualmente, não existem instrumentos para avaliação da dor em cuidados continuados”*; *“O apoio à família deve ter início quando o doente morre”*; *“O doente pode abandonar a instituição quando assim o desejar, mediante a assinatura do termo de responsabilidade”*; *“Os cuidados domiciliários contemplam apenas doentes em estado terminal”*; *“O mesmo doente apenas pode ingressar na rede uma única vez”*; *“Os cuidados paliativos não contemplam cuidados de fisioterapia, pois o doente já não necessita de reabilitação”*; *“A RNCCI integra apenas doentes com doença aguda”*, onde a percentagem de alunos que responderam corretamente é pelo menos de 90%.

Relativamente à frequência de formação em RNCCI durante o curso de licenciatura em enfermagem os resultados foram, em média, idênticos entre os alunos que tiveram ou não formação. Quanto à frequência de formação extracurricular sobre a RNCCI durante a licenciatura constatou-se que os alunos que não tiveram formação

apresentaram resultados ligeiramente superiores aos resultados dos alunos que frequentaram formação, tal evidência pode dever-se à ausência de conhecimentos prévios necessários para compreender a informação/conhecimentos que lhes são transmitidos nas formações que frequentam. No que concerne à classificação dos conhecimentos que cada aluno faz de si próprio conclui-se que os alunos que assumiram os seus conhecimentos como insuficientes e/ou razoáveis apresentaram resultados ligeiramente superiores aos alunos que afirmaram possuir conhecimentos apropriados sobre a RNCCI, projetando uma sincera modéstia sobre a sua limitação sobre os conhecimentos na área. De salientar que este último facto remete, ainda que ligeiramente, para uma incerteza das suas respostas e para uma ligeira valorização da formação sobre a RNCCI, ainda que objetivamente a mesma não tenha resultado mais conhecimentos.

De salientar que os conhecimentos avaliados através do instrumento de colheita de dados foram generalistas, pois apenas se basearam no decreto-lei nº101/2006, através do qual foi criada a RNCCI. Apesar de não se verificar na análise do plano curricular da licenciatura de enfermagem, na escola que frequentam, tais resultados, análise feita no capítulo 5, da primeira parte do presente trabalho, podem ser justificados provavelmente pelo ensino-clínico, que iniciam no segundo ano curricular. Ao longo dos ensinamentos clínicos desenvolvidos, a nível hospitalar e cuidados primários, os alunos têm oportunidade de: acompanhar procedimentos, processos de referenciação, tipologia das respostas da RNCCI. Relativamente às intervenções e funções do enfermeiro que integra a RNCCI, os conhecimentos ficam provavelmente aquém do considerado adequado. Pois quando consideradas as dificuldades dos profissionais de enfermagem que já trabalham na RNCCI, é previsível que os futuros enfermeiros,

venham a ter as mesmas dificuldades, ou mais, as mesmas são evidenciadas, por 75% de respostas erradas questionário, nas seguintes afirmações: *“A equipa coordenadora é constituída por representante da área da saúde e por um representante da área da segurança social”*; *“A prestação de cuidados integrados é assegurada por equipas hospitalares e equipas domiciliárias”* e *“O estado de saúde do doente não interfere com a unidade de internamento para o qual poderá ser referenciado”*.

De relembra que as principais dificuldades dos enfermeiros, que já exercem funções na RNCCI, ou estão ligados profissionalmente a ela, em estudos já realizados e explorados no presente trabalho, foram: a falta de formação para lidar com a morte em cuidados continuados; processo de referenciação onde a maioria dos enfermeiros refere não ter recebido qualquer tipo de formação sobre a mesma; preparação da alta do utente idoso e comunicação com familiares do utente internado, realização de ensinamentos à família.

O presente estudo, não objetivou identificar dificuldades sentidas por parte dos alunos sobre atividades e funções relacionadas com a RNCCI, mas sim avaliar os seus conhecimentos sobre a mesma. No entanto, é de refletir sobre o seguinte facto: profissionais que exercem funções na execução das suas funções ou atividades relacionadas com a RNCCI apresentam dificuldades diversas. Assim sendo, estarão futuros profissionais de enfermagem preparados para integrar a RNCCI, ou responder às necessidades dos utentes que lhes surgem no local de trabalho para eventuais referenciações.

Relembrando que, segundo o Referencial do Enfermeiro para a RNCCI, elaborado pelo Conselho de Enfermagem (2009), os enfermeiros na RNCCI visam: prestar cuidados, assentes nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação dos resultados, visando o cuidado ou o encaminhamento dos

clientes, numa estrutura integrada e articulada, em ordem a perseguir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência; identificar situações de risco potencial e de crise, bem como realizar análise, proposta e implementação de soluções para os problemas encontrados; intervir no sentido de procurar criar as condições para a manutenção das pessoas no seu ambiente, gerindo os meios e recursos disponíveis para o acompanhamento em domicílio, na garantia de prestação dos cuidados necessários, com qualidade e em segurança; contribuir para a gestão de casos e monitorização da continuidade e qualidade dos cuidados; assegurar o apoio e o suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados, capacitando-os para a integração do doente no seio da família; potenciar a integração do doente no seio da família, contribuindo para a efetividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS; incentivar as pessoas, familiares ou outros para a organização de ações de autoajuda e/ou voluntariado, sendo o enfermeiro o dinamizador e organizador dos grupos, enquanto como um recurso profissional para às pessoas com dependência e suas famílias; identificar as lacunas ou constrangimentos e realizar planos de intervenção para os suprir, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e sua família ou cuidadores informais; contribuir para a existência de informação – registos de enfermagem - que traduzam as práticas dos enfermeiros e os resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Ou seja, espera-se da classe de enfermagem um contributo no sentido de aumentar os recursos internos de cada indivíduo, numa situação de dependência, com necessidade de cuidados, sendo que, para além da pessoa dependente, também o é, o membro da família prestador de cuidados,

Assim sendo e após reflexão dos exemplos de dificuldades sentidas pelos enfermeiros que exercem funções na RNCCI, referidos anteriormente, será de todo pertinente questionar: “Estarão os enfermeiros recém-licenciados aptos para exercer funções e cuidados de qualidade e excelência, na RNCCI?”.

Face ao objetivo “analisar o plano de estudos da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança” concluiu-se que seria uma mais-valia para os futuros enfermeiros a inclusão de uma componente teórica no seu plano de estudos, abordando temáticas e conceitos, referidos na proposta de intervenção

A UMCCI está consciente da fulcral importância que a formação contínua desempenha no desenvolvimento das competências dos profissionais da Rede. Para o efeito, tem investido, em articulação com outras entidades, na formação ao nível da coordenação, da referenciação e da prestação de cuidados. De tal forma que realizou formação nos diferentes âmbitos: realização de conferências pela UMCCI sobre a implementação da RNCCI (desde 2006); realização de jornadas regionais para disseminação da filosofia e modelos de cuidados da RNCCI, com a participação de colaboradores da UMCCI, incluindo os elementos representantes do Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2007 e 2008); formação contínua de auxiliares de ação médica/ajudantes de ação direta em cuidados continuados (desde 2007); formação direcionada às equipas e prestadores da Rede sobre o “Instrumento de Avaliação Integrado” (IAI) e sobre o “Aplicativo Informático do Sistema de Informação/Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados”(2008); formação em “Qualidade e Técnicas de Acompanhamento na RNCCI” (desde 2008); realização de formação específica para unidades de Internamento da RNCCI e estágios profissionais nas áreas de cuidados continuados integrados (2008), entre muitas outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S. (2003). *Políticas e sistemas de saúde: textos académicos*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. (s.d.).
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Jean Piaget.
- Baptista, J. (2012). *Dos cuidados continuados aos domicílios: dificuldades dos enfermeiros na preparação da alta do idoso dependente*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cabral, I. M. (2003). *Saúde e incapacidade*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística INE.
- Campos, A. (2008). *Reforma da saúde. O fio condutor*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Carvalhais, M. (2006). *Relação enfermeiro- idoso: valores e crenças*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Carvalho, J. (2010). *Percursos e Evolução da Enfermagem em Portugal*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Cavalcanti, M., Mariano, R., Chaves, R., Cavalcanti, V., & Barbosa, W. (SD). A evolução da enfermagem: um recorte histórico, político e cultural. *Revista de saúde*.
- Cerqueira, A. (2013). *O enfermeiro e a morte de um doente em Cuidados Continuados*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico Viana do Castelo- ESS.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem 4ª ed*. Lisboa : Edições técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho de Enfermagem. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados- Referencial do enfermeiro*. Portugal.
- Conselho Internacional para a prática de enfermagem. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Continuados, U. d. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Costa, A. (2013). *Relevancia e acessibilidade á informação em cuidados continuados: opinião dos enfermeiros das equipas de cuidados continuados integrados*. Porto: Universidade do Porto- ICBAS.
- Costa, M. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Cursino M., e. (2002). *Assistência de enfermagem em geriatria*. São Paulo: Sarvier.
- Direção Geral de Saúde. (2015). *História do Serviço Nacional de Saúde*. Portugal: Portal da Saúde.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- Entidade Reguladora de Saúde. (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. Porto: Entidade Reguladora de Saúde.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2014). *Conteúdos programáticos- Curso de licenciatura em enfermagem 2014/2015*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Fernandes, A. (2013). *Dificuldades sentidas pelas equipas dos cuidados de saúde primários na referência de utentes para a RNCCI*. Bragança: ESSA- Instituto Politécnico de Bragança.
- Fernandes, O. (2007). Saberes de enfermagem: a relação de ajuda no paradigma de atuação dos enfermeiros. (In) *formal n°31/ano IX*, 76-80.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação- da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação da concepção á realização*. Loures: Lusociência.
- Gagueiro J.; Pestana M. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: Acomplementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Galvão, A. Gomes, M.; Pereira, F. (2012). "Ética e humanidade no Cuidado do Idoso". In: Correia, F. Teoria e Prática da Gerontologia. Viseu. Psico&soma. 81-92
- Galvão, A.; Valfreixo, M.; Esteves, M. (2015). *Processo Comunicacional na Transmissão de Más Notícias: Revisão da Literatura*. Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde
- Hesbeen, W. (2000). Humour:a holistic nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 66-136.

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Sensos 2011*. Lisboa: INE.
- Lopes, S. (2013). *Cuidados Paliativos: Conhecimentos dos estudantes em Enfermagem*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Madeira, A. (2014). *O estudante de enfermagem no processo de cuidados em contexto de ensino clínico*. Porto: Universidade do Porto- ICBAS.
- Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2011). *Estratégias para a saúde V. Cadernos do PNS*. Lisboa: DGS.
- Morais, C. (2014). *O nível de stress nos enfermeiros dos cuidados continuados dos distritos de Bragança e Vila Real*. Bragança: ESSA- Instituto Politécnico de Bragança.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas- a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal- ESS.
- Oliveira F.; Grácio M. (2005). Analysis regarding the size of the simple sample random: an application in the area of information science. *Revista de ciência da informação*, sp.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Conselho internacional de enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Pereira, A.; Cardoso, D.; Rodrigues, M. (2013). Marcos Históricos do ensino e investigação em enfermagem em Coimbra- Sec. XIX- XXI. *Revista de enfermagem referência*, 191-200.
- Pisco L.; Biscuais J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 43-51.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016. *Eixo Estratégico-Qualidade em Saúde*. (2012). Lisboa: DGS.
- Portal da Saúde. (16 de Fevereiro de 2015). História do Serviço Nacional de saúde. *Portal da saúde*.
- Républica, D. d. (2014). *Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho. Ministério da saúde*.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- RNCCI, U. d. (2009). *Guia da RNCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

- Rodrigues, S.; Oliveira, M.; Silva, P. (2015). Perceções dos Enfermeiros e doentes com AVC sobre a educação para a saúde. *Revista de enfermagem referência*, 87-95.
- Sá, J. (2014). *As intervenções do enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados perante a dor crónica do doente paliativo*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo- ESS.
- Santos, L. (2012). *Uma história da enfermagem em Portugal (1143-1973) a constância do essencial no mundo em evolução permanente*. Porto: Universidade Católica.
- Santos, L. (2012). *Uma História da Enfermagem em Portugal (1143-1973): A constância do essencial no mundo em evolução permanente*. Porto: Universidade Católica.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Revista saúde coletiva- Rio de Janeiro*, 29-41.
- Tavares, O. (2008). *Gestão e economia da saúde*. Coimbra: Faculdade de Economia de Coimbra.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados. (2006). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)*. Lisboa: RNCCI.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados- Conclusões*. Portugal: Cuidados Continuados- Saúde e Apoio Social.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. Diário da República. N.º205/96 – 1ª Série.
Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República. N.º109/06 – 1ª Série.
Ministério da Saúde. Lisboa

Despacho n.º 9468/2012 de 12 de julho. Diário da República. N.º 134/12 - 2.ª Série.
Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República. N.º172 - 1ª Série.
Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 10748/2014 de 20 de agosto. Diário da República. N.º 159/14 - 2ª Série.
Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho. Diário da República. N.º131/14 - 1ª Série.
Ministério da Saúde. Lisboa

Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro. Diário da República. N.º 16/12 - 1ª Série. Ministério da
Saúde. Lisboa

Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro. Diário da República. N.º174/14 - 1ª Série.
Ministério da Saúde. Lisboa

Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro. Diário da República. N.º197/15 - 1ª Série.
Ministério da Saúde. Lisboa

ANEXOS

Anexo I - Planos Curriculares: Escola Superior de Saúde de Bragança; Escola Superior de Enfermagem do Porto e ; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Plano Curricular da licenciatura do curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança

ANO	1º
Disciplina	<p><u>Anatomo-Histofisiologia I</u> Conteúdo programático: 1.Introdução ao estudo da anatomia, 2. Sistema osteoarticular, 3. Sistema muscular, 4. Sistema cardiovascular, 5. Sistema hemolinfóide, 6. Sistema respiratório,7. Sistema digestivo, 8. Tegumento</p>
	<p><u>Bioética e deontologia</u> Conteúdo Programático: 1. A Saúde e a Ética 2. Princípios e Valores de Enfermagem na Relação Terapêutica 3. Dilema Ético, Tomada de Decisão e Comissões de Ética 4. Investigação e Experimentação no Homem 5. Transplantação de Órgãos: Aspectos Jurídicos e Éticos 6. Terapia Genética Humana: Considerações Éticas 7. Estatuto do Embrião 8. Ética e Reprodução 9. Questões Morais e Éticas na Doença Prolongada 10. Eutanásia e Suicídio Assistido 11. Códigos de Conduta Profissional e Legislação</p>
	<p><u>Bioquímica e Biofísica</u> Conteúdos programáticos: 1. Revisão dos conceitos de propriedades estruturais e funcionais de moléculas biológicas 2. Proteínas 3. Enzimas 4. Glúcidos. 5. Lípidos 6. Vias de síntese e degradação de glúcidos, lípidos e compostos azotados 7. Integração do metabolismo: pontos-chave, perfis metabólicos dos órgãos mais importantes e regulação hormonal. 8. Fluidos: propriedades fundamentais; lei fundamental da hidrostática; Fluidos em movimento.</p>
	<p><u>Fundamentos de Enfermagem I</u> Conteúdos programáticos: 1-Enfermagem: Conceitos; Evolução; PE; CIPE. 2-Atendimento do utente. 3-Instrumentos básicos de enfermagem. 4-Prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. 5-Satisfação das necessidades de higiene e conforto. 6- Satisfação das necessidades de Sono e Repouso. 7-Nutrição e Saúde Humana.</p>
	<p><u>Microbiologia</u> Conteúdos programáticos: Teórica: Introdução à Microbiologia A posição dos microrganismos no mundo vivo Morfologia e estrutura das Bactérias Morfologia e estrutura dos fungos Os vírus: distribuição e</p>

	<p>estrutura Protozoários Nutrição e crescimento Microbiano Bactérias de Importância Clínica Fungos de Importância Clínica Prática: Ubiquidade e caracterização microbiana, Métodos de isolamento e obtenção de cultura pura Morfologia microbiana, Exame parasitológico de fezes, Avaliação do crescimento, Antibiógrama</p>
	<p><u>Psicologia do Desenvolvimento</u></p> <p>Conteúdo programático: Introdução à psicologia do desenvolvimento e psicologia da saúde Investigação em psicologia e saúde, Fatores do desenvolvimento Memória humana Psicologia do feto e do bebê, Adolescência Desenvolvimento da identidade, psicossocial, interpessoal e moral, e no contexto familiar, Teoria da vinculação Motivação e realização escolar, Ansiedade na adolescência Perturbações do comportamento alimentar, Os jovens e o trabalho, Envelhecimento humano e o Processo de luto</p>
	<p><u>Anatomo-histofisiologia II</u></p> <p>Conteúdo Programático: "Sistema Urinário: localização e histologia dos constituintes, função renal". - "Sistema Reprodutor Masculino: localização, histologia e função de cada estrutura". - "Sistema Reprodutor Feminino: localização, histologia e função de cada estrutura, ciclo sexual". - "Sistema Endócrino: localização e histologia dos constituintes, atuação de mediadores químicos nas células-alvo". - "Sistema Nervoso: organização, neurofisiologia, níveis de integração e órgãos dos sentidos".</p>
	<p><u>Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários</u></p> <p>Conteúdos programáticos: 1-Enfermagem Comunitária/Enfermagem Familiar. 2 Enfermagem Gerontológica/Geriátrica. 3 - Saúde Ambiental e Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. 4 - Patogênese.</p>
	<p><u>Farmacologia</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Importância da farmacotoxicologia no contexto das ACSP. Principais grupos de Fármacos e sua potencial toxicidade. Mecanismos de Toxicidade. Antídotos. Métodos analíticos de validação de intoxicações.</p>
	<p><u>Fundamentos de Enfermagem II</u></p> <p>Conteúdos programáticos: 1- Preparação e Administração de terapêutica, 2 -Colheita de espécimes para análise, 3- Feridas e tratamentos, 4 - Satisfação das necessidades de mobilização, 5 - Satisfação das necessidades nutricionais, 6 - Satisfação da necessidade de eliminação intestinal, 7 - Satisfação da necessidade de eliminação vesical</p>
	<p><u>Socioantropologia</u></p> <p>Conteúdos programáticos: 1- Introdução às ciências sociais, 2- Síntese</p>

	de conceitos centrais em sociologia e antropologia, 3 - Fenómenos sociais: organização social, estratificação social, mobilidade social, 4 - Causas e consequências da globalização e da pós-modernidade, 5 - Enfoques sócio antropológicos relevantes para a intervenção social em saúde, 6 - Métodos e técnicas de investigação social.
ANO	2º
	<p><u>Administração e Gestão em Saúde</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Gestão de empresas. Organização e gestão de sistemas de saúde. Sistemas de informação. Proteção de dados. Planeamento em saúde. Economia da saúde. Qualidade em saúde. Responsabilidade em saúde. Carreira de enfermagem. OE - Regulamento do Exercício Profissional (REPE). Modelo de desenvolvimento profissional.. Avaliação do desempenho. Direitos e Deveres fundamentais dos Enfermeiros. Curriculum vitae. Associação sindical</p>
	<p><u>Enfermagem de Emergências e Catástrofes</u></p> <p>Conteúdo Programático: 1- Catástrofe e urgências coletivas. O conceito de catástrofe. Triagem e níveis de socorro. 1. 1- Triagem pelos Sistema de Manchester 2- Suporte Básico de Vida. 3- Suporte Avançado de Vida. 4- Organização e funcionamento de serviços de urgência. 5- Intervenções de enfermagem em situações de emergência. Discussão de casos clínicos.</p>
	<p><u>Enfermagem de Reabilitação</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Necessidade de movimento. Exames complementares de diagnóstico. Situações traumáticas e inflamatórias dos tecidos moles e tecido ósseo; Estado HIC; Estado de consciência diminuída; Doente em estado comatoso; Epilepsia; Parkinsonismo; Doença cérebro vascular; Meningite; Traumatismo crânio encefálico e da espinal-medula; Doenças desmielinizantes. Problemas relacionados com alterações oftálmicas, auditivas, nariz e garganta e sistema tegumentar.</p>
	<p><u>Enfermagem Médico- Cirúrgica</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Assistência de enfermagem, numa perspetiva holística, direcionada para a prevenção e resolução de problemas de médio e alto risco relacionados com o ato terapêutico e dos resultantes das alterações fisiopatológicas do foro oncológico; endócrino metabólico e imunológico; gastro-intestinal, hepatobiliar e pancreático; cardio-vascular e respiratório; nefrológico e urológico.</p>
	<p><u>Pedagogia:</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Processo Ensino/Aprendizagem – Conceitos;</p>

	<p>Teorias da Aprendizagem e Intencionalidade educativa; Formação e Desenvolvimento "segundo as preferências do cérebro": Objetivos de Aprendizagem; O Formador: Perfil e Competências; Métodos e Técnicas Pedagógicas "segundo as preferências do cérebro": em contextos de Pedagogia, Andragogia e Gerontologia; A Sessão de Formação; A Avaliação: Tipos, Técnicas e Instrumentos em Pedagogia e Andragogia.</p>
	<p><u>Ensino Clínico I - Especialidades Médico-Cirúrgicas I, II, III e IV</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Planear. Avaliar. Executar. Cuidados de enfermagem aos três níveis de prevenção. Observação dinâmica do paciente (alterações fisiopatológicas e sua implicação na satisfação das N. H. B), utilizando os conhecimentos ministrados e respeitando os princípios técnico-científicos e de relação. Executar os cuidados de enfermagem que foram previamente planeados, respeitando os princípios técnico científico, a fim de ajudar o paciente a reverter das situações de desequilíbrio no menor espaço de tempo.</p>
ANO	3º
	<p><u>Enfermagem de Saúde Infantil e pediátrica</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Saúde Infantil e juvenil: Vigilância de Saúde: Programa de Saúde Infantil/juvenil; Plano Nacional de Vacinação; Desenvolvimento e crescimento infantil /juvenil; Necessidades humanas básicas; Medidas preventivas de acidentes; A criança maltratada. Perspetivas da Enfermagem Pediátrica: cuidados centrados na criança e família. Cuidados ao RN; Neonatologia, Assistência de enfermagem à criança com afeções médicas, cirúrgicas e em emergência /urgência; Procedimentos técnicos em pediatria. Legislação</p>
	<p><u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Fisiologia do ciclo maternal; Promoção da saúde na gravidez; Assistência materno-fetal; Trabalho de parto normal; Puerpério normal; Complicações da gravidez, parto e puerpério; Equipamento social e legislação; Saúde sexual e reprodutiva; Planeamento familiar; Intervenções junto da mulher com problemas do sistema reprodutor.</p>
	<p><u>Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</u></p> <p>Conteúdos programáticos: 1 - Introdução à saúde Mental; 2- História da Psiquiatria; 3- Abordagem às Diferentes Psicopatologias em Saúde Metal; 4- Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental.</p>
	<p><u>Epidemiologia</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Evolução do pensamento epidemiológico. A Transição Demográfica, Epidemiológica e Nutricional. Indicadores de saúde e fontes de informação. Variáveis epidemiológicas. Medidas de frequência e associação. Inferência e Causalidade. Validade.</p>

	Confundimento e interação. Estudos epidemiológicos. Epidemiologia das doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis. Epidemiologia da SSR. Vigilância epidemiológica. Epidemiologia e políticas de saúde.
	<p><u>Métodos e Técnicas de Investigação</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: A Importância da investigação científica para uma área científica/profissão. A Prática baseada em evidências. Investigação científica: aspetos gerais. A investigação quantitativa e qualitativa. Desenhos e métodos de investigação. Etapas do processo de investigação quantitativa e qualitativa. Amostragem. Aspetos éticos da investigação. Relatório de investigação. Introdução à estatística. Estatística descritiva, vital e inferencial. Tratamento informático de dados.</p>
	<p><u>Ensino Clínico II – Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Saúde Infantil e Pediátrica</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Fundamentos e princípios técnico-científicos-relacionais da prática de enfermagem de saúde infantil e pediátrica; saúde materna e obstétrica e ginecológica.</p>
	<p><u>Ensino Clínico II – Enfermagem Infantil e Pediátrica</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Perspetivas da assistência de Enfermagem Pediátrica; Papel do enfermeiro. Necessidades humanas básicas em pediatria; Conceitos de desenvolvimento e crescimento; Medidas preventivas relacionadas com os acidentes; Vacinação. Adaptação do RN à vida extrauterina; Neonatologia, Assistência de enfermagem à criança com afeções médicas e cirúrgicas; Assistência de enfermagem em emergências; Procedimentos técnicos em pediatria.</p>
	<p><u>Ensino Clínico II – Enfermagem Mental e Psiquiátrica</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Identificar problemas /diagnósticos de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica aos três níveis de prevenção. Observação dinâmica do paciente com distúrbios psíquicos respeitando os princípios da relação enfermeiro/utente. Planear e executar cuidados de enfermagem respeitando os princípios técnico-científico a fim de ajudar o utente a reverter ou minimizar situações de desequilíbrio mental no menor espaço de tempo.</p>
	<p><u>Ensino Clínico II – Enfermagem e Obstetrícia e Ginecologia</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Aplicação de metodologia científica de trabalho nos cuidados de enfermagem prestados à mulher no ciclo gravídico/puerperal, recém-nascido e à mulher com patologia ginecológica.</p>

Ano	4º
	<p><u>Ensino clínico III - Cuidados de Saúde Primários</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Prestar cuidados de enfermagem, aplicando a metodologia do processo de enfermagem, de acordo com: cada área de intervenção, nos vários níveis de prevenção. Desenvolver e implementar educação para a saúde, de acordo com as principais necessidades/problemas de saúde identificados, tendo como objetivo a promoção da saúde e a prevenção da doença. Utilizar Sistemas de Informação (CIPE). Participar na Gestão da Unidade de Saúde, tendo em vista a melhoria da prestação de cuidados.</p>
	<p><u>Ensino Clínico IV – Cuidados de saúde Diferenciados</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Organização e funcionamento dos serviços de urgência/emergência. Catástrofes e urgências coletivas. Suporte Básico e Avançado de Vida. Intervenções de enfermagem nas situações de urgência/emergência do domínio médico-cirúrgico e especialidades ao longo do ciclo vital.</p>
	<p><u>Estágio de Integração à Vida Profissional</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Conhecimentos e competências adquiridos no desenvolvimento das unidades curriculares do curso</p>

Plano Curricular da licenciatura de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto

ANO	1º
Disciplina	<p><u>Parentalidade</u></p> <p>Conteúdo programático: O ciclo da família. Transição para a parentalidade; a enfermagem na promoção das competências parentais. Filosofia de cuidados no atendimento de saúde no âmbito da parentalidade. Recursos legais e institucionais na parentalidade. Planeamento familiar. A adaptação à gravidez e o exercício parental no contexto familiar Autocuidado durante a gravidez; Promoção da gestão dos efeitos colaterais. Desenvolvimento fetal. Parto e nascimento. Adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Ligação mãe/pai-filho e competências do recém-nascido. Amamentação; Adaptações fisiológicas e promoção do autocuidado no pós-parto e da recuperação pós-parto. A saúde da criança / adolescente/ família na contemporaneidade. Transições de desenvolvimento da criança e do adolescente. O exercício profissional de enfermagem na vigilância de saúde infanto-juvenil; Promoção do crescimento e desenvolvimento da criança. Vigilância de saúde: exames de saúde na população infanto-</p>

	<p>juvenil. Monitorização do crescimento e desenvolvimento. Prevenção de acidentes. Maus tratos. Gestão dos principais problemas de saúde infanto-juvenis em contexto comunitário. O exercício parental com crianças portadoras de necessidades especiais de saúde. Plano Nacional de vacinação.</p>
	<p><u>Saúde do Adulto e do Idoso</u></p> <p>Conteúdo Programático: Saúde do adulto. Envelhecimento: História, conceitos e teorias; Fatores que influenciam o estado de saúde do idoso. O idoso portador de doenças crónicas. Os grandes síndromes geriátricos. Cuidados Continuados Cuidados Paliativos. O significado cultural e social da morte. O impacto da doença terminal e morte súbita sobre o indivíduo e família. Eutanásia, distanásia e ortotanásia. Cuidados à família. Avaliação do adulto e Geriátrica/Gerontológica. Intervenções de enfermagem para promover a saúde do adulto e o envelhecimento ativo</p>
	<p><u>Informação e Saúde</u></p> <p>Conteúdos programáticos: A informação para a tomada de decisão em saúde dos indivíduos, famílias e grupos, em diferentes etapas do ciclo vital, e em diferentes contextos de cuidados. A democratização da informação sobre a saúde: riscos (efeitos colaterais e overdose de informação) e ameaças. A oportunidade associada à necessidade de mediação profissional da informação de saúde. Conceito de Informoterapia enquanto “a prescrição oportuna e a disponibilização da informação em saúde, baseada na evidência, para atender às necessidades específicas dos indivíduos e apoiar as tomadas de decisão informadas. Estas prescrições são especificamente orientadas para as necessidades de um indivíduo num determinado momento do processo de cuidados e são disponibilizadas como parte do processo de atendimento”. Conceitos de Educação. Introdução à supervisão clínica em Enfermagem. Educação e informação para a saúde.</p>
	<p><u>Introdução à Investigação</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Conhecimento científico e método científico. Fontes de informação científica. Ciência e construção do conhecimento. Investigação: conceitos e relevância para a disciplina e prática de enfermagem. Momentos do processo de investigação. Etapas de um processo de investigação. As diferentes metodologias em investigação. Técnicas e instrumentos de recolha e de análise de dados. Considerações éticas da investigação. Ler e analisar um relatório de investigação</p>
	<p><u>Comportamento e Relação</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Comunicação: considerações gerais. A componente relacional. Conceitos, requisitos e técnicas da comunicação. Funções da comunicação. Competências envolvidas na comunicação humana • Pragmática da comunicação. Comunicação: comunicação centrada no cliente. Condições da pessoa que interferem na</p>

	<p>comunicação. Fatores facilitadores/inibidores da eficácia da comunicação. O contexto a preparação (conhecimento), estrutura, informação – início da relação. Comunicação; comunicação em equipas, comunicação clínica e comunicação terapêutica. Competências de comunicação e entrevista. Técnicas de comunicação terapêutica. Técnicas de comunicação verbal específicas. Comunicação de más notícias”. Comunicação escrita, eletrónica e comunicação em grupos. Formação, dinâmica e importância dos grupos (terapêuticos) na comunicação. Comunicação ao longo do ciclo vital. Comunicação com a criança, adolescente, adulto e idoso. Comunicação em contextos específicos. Alterações da comunicação / instrumentos de avaliação. Entrevista clínica – método clínico centrado no utente. Modalidades terapêuticas de enfermagem promotoras a qualidade de vida, o bem-estar e a autonomia das pessoas. A escuta ativa e a relação de ajuda formal, aconselhamento e intervenção breve (breves noções). Entrevista motivacional e informativa</p>
	<p><u>Introdução à Enfermagem</u></p> <p>Conteúdo programático: História da enfermagem em Portugal e no mundo. A Enfermagem no contexto das profissões. Evolução do pensamento em enfermagem. A enfermagem e os seus conceitos centrais. Taxonomias de enfermagem. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. O pensamento crítico e ação dos enfermeiros. A conceção de cuidados. Processo de enfermagem e terapêuticas de enfermagem. A enfermagem e o sistema de saúde português. Desafios à enfermagem e ao exercício da profissão.</p>
	<p><u>Introdução à Prática Clínica I</u></p> <p>Conteúdo Programático: A Introdução à Prática Clínica I está centrada na articulação e na integração de conteúdos, no desenvolvimento de competências e na complementaridade das diferentes unidades curriculares do 1.º ano, procurando desenvolver uma consciência da prática de enfermagem e treinar a tomada de decisão e resolução de problemas em enfermagem.</p>
	<p><u>Anatomia</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Introdução à Anatomia Humana. Osteologia. Artrologia. Miologia. Aparelho circulatório. Aparelho digestivo. Aparelho respiratório. Aparelho urinário. Aparelhos genitais. Sistema nervoso Central e Periférico</p>
	<p><u>Fisiologia</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Componente Teórica. Fisiologia Celular I e II</p>
	<p><u>Bioquímica e Microbiologia</u></p> <p>Conteúdos programáticos: A Base Química da Vida I e II. - Revisão das principais moléculas do corpo humana e da sua estrutura química;</p>

	reações químicas e produção de energia. A Base Química da Vida II
	<p><u>Psicologia da Saúde</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Introdução à Psicologia da Saúde. O desenvolvimento da criança e do adolescente. A infância – primeiros três anos de vida. O período pré-escolar. A idade escolar. A adolescência. A Psicologia da saúde e da doença. A vivência psicológica da situação de doença física ou de rutura de saúde. Reações Psicológicas no contacto com os contextos de prestação de cuidados de saúde. Implicações psicossociais da doença crónica. A Problemática da adesão terapêutica. O Suporte social. Personalidade, Saúde e Doença</p>
	<p><u>Socioantropologia da saúde</u></p> <p>Conteúdos programáticos: A sociologia e a antropologia no contexto das Ciências Sociais e Humanas Conceitos e objetos: homem, a sociedade e a cultura. Sociedade e saúde. A sociologia da saúde e da doença. Antropologia e saúde. História do pensamento antropológico. Antropologia da saúde. Saúde e doença: sociedade, cultura e ambiente. A epigenética. Sistemas de assistência. As medicinas alternativas e complementares. Diversidade cultural e competência cultural: modelos teóricos e suas implicações para os cuidados. Cultura, estilos de vida e respostas humanas. Transições em contextos culturais. O Homem, o sagrado e o profano. Espiritualidade e religião. Linguagem do corpo e simbolismo. Representações sobre a saúde e doença; vida, morte, doença e cura. Problemáticas do género e vivência da sexualidade. Sociedade e organizações contemporâneas. Políticas e profissões em saúde. Globalização e saúde. Desafios para as sociedades e as organizações.</p>
	OPCIONAIS
	<p><u>Desenvolvimento pessoal e social</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Abordagem das competências de vida - perspectiva histórica, racional, principais autores, contextos de aplicação. Conhecimento do eu e dos outros - representação de si próprio e do mundo social. Consumo na saúde: direitos e deveres. Intervenção em grupos: tipos de grupos, fases na vida do grupo e processos emergentes, fatores terapêuticos. Parceiros sociais – potenciais aliados em projetos no domínio do desenvolvimento pessoal e social</p>
	<p><u>Empreendedorismo</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Introdução. O Empreendedor. Empreendedorismo. intra-empreendedorismo; empreendedorismo social. Mitos acerca do Empreendedorismo. Tipos de atividade Empreendedora. Empreendedorismo no sector da saúde. Modelos de Negócios. Planos de Negócios. A arte de se apresentar.</p>

	<p><u>Terapias Complementares</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: As Terapias Complementares em Portugal. Benefícios da inclusão das Terapias Complementares na prática da Enfermagem. Medicinas Orientais tradicionais e Modernas. Naturopatia. 5 Técnicas Manipulativas. 6 Terapias de Movimento. Terapias Energéticas. Técnicas de desenvolvimento pessoal. Terapias Ambientais. Aplicação das Terapias Naturais no universo da Enfermagem mundial</p>
	<p><u>Língua Gestual Portuguesa</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Distinção de terminologias/conceitos e dissipação de mitos. A importância do Intérprete de Língua Gestual no acompanhamento da pessoa surda. Contextualização e importância do uso da Língua Gestual Portuguesa para a Comunidade Surda. Primeiros contatos com a pessoa surda. Competências práticas em Língua Gestual. Simulação de casos práticos que obriguem ao uso dos conceitos abordados.</p>
	<p><u>Línguas Europeias: Inglês</u></p> <p>Conteúdos programáticos: aborda e explora as seguintes áreas da língua inglesa: a fonética, a morfologia, a sintaxe, a semântica e o léxico.</p>
	<p><u>Línguas Europeias: Espanhol</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Funções: Cumprimentar e despedir-se formal/informalmente, Dar/pedir informação pessoal, Situação social e familiar do doente, Perguntar e descrever sintomas, Perguntar os tipos de dor e origem, Comportar-se num restaurante/bar, Dar e pedir conselhos, Indicações para realizar o exame médico, Indicar e sugerir de forma escrita, Situar no espaço e no tempo, Perguntar e expressar ações habituais e em desenvolvimento, Narrar e descrever o historial médico de um doente, Elaborar de um CV em espanhol, Comportar-se numa entrevista de trabalho.</p>
	<p><u>Línguas Europeias: Alemão</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Conteúdos lexicais, conteúdos gramaticais,</p>
Ano	2º
	<p><u>A pessoa dependente e os familiares cuidadores</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Conceito de autocuidado. Os requisitos universais de autocuidado na teoria de Dorothea Orem. O autocuidado enquanto atividade executada pela pessoa no sentido de “Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” - Cuidar da Higiene Pessoal, Alimentar-se, Posicionar-se, Transferir-se, Levantar-se; Andar. A problemática da dependência no autocuidado no contexto das transições saúde/doença. As ações do enfermeiro centradas</p>

	<p>no suplemento/complemento das atividades de autocuidado que a pessoa dependente não inicia ou não completa. Terapêuticas de enfermagem promotoras de autonomia nas pessoas dependentes. A pessoa dependente e o contexto familiar. Os desafios colocados às interações que se vão desenvolvendo e aos padrões de relacionamento entre os membros da família, pela integração de um membro da família dependente no autocuidado. A transição associada ao exercício do papel de membro da família prestador de cuidados enquanto “Interação de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente”. O Sentimento [do membro da família prestador de cuidados] de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo. A ajuda profissional ao exercício do papel de prestação de cuidados por parte de um membro da família a um indivíduo dependente por longos períodos de tempo. Os recursos (equipamentos, profissionais, financeiros, sociais) disponíveis. A Rede de Cuidados Continuados Integrados enquanto recurso.</p>
	<p><u>Gestão da Doença e dos regimes terapêuticos</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: O autocuidado na pessoa com doença crónica. Transição saúde/doença. A gestão da doença e do regime terapêutico. Fatores que interferem na transição saúde/doença. Terapêuticas de Enfermagem.</p>
	<p><u>Respostas Corporais à Doença I</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Suporte Básico de vida (condição de admissão a estágio). Fenómenos no domínio da respiração. Fenómenos no domínio da circulação. Fenómenos no domínio da temperatura corporal. Fenómenos no domínio do volume de líquidos. Fenómenos no domínio da eliminação • Treino orientado do suporte Básico de Vida. Treino orientado das intervenções de enfermagem.</p>
	<p><u>Respostas Corporais à Doença II</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Fenómenos no domínio da nutrição e digestão. Fenómenos no domínio dos tegumentos. Fenómenos no domínio da atividade motora. Fenómenos no domínio das sensações (consciência e dor). Fenómenos no domínio do sono e repouso Treino orientado das intervenções de enfermagem. Instruir/ treinar exercícios terapêuticos. Monitorizar/vigiar a consciência Monitorizar/vigiar reflexo pupilar. Técnicas de restrição física/ Limitação da atividade. Imobilizações. Demonstração dos procedimentos. Treino dos</p>

	procedimentos Executar a técnica de imobilização.
	<p><u>Intervenções resultantes das Prescrições Terapêuticas</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Colheita de sangue por punção venosa. Suportes de informação sobre fármacos. Sistemas de distribuição de medicamentos: método de distribuição por dose unitária e Sistema de dispensação automática. Considerações gerais sobre medicamentos: conservação, reconstituição, diluição, administração, interações e incompatibilidades. Princípios gerais de preparação e de administração de medicamentos. Preparação e administração de administração de medicamentos pelas diversas vias de administração.</p>
	<p><u>Introdução à Gestão em Enfermagem</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Estrutura e dinâmica dos serviços de enfermagem - contributos das teorias da administração e de enfermagem. Sistemas de assistência na saúde (público e privado) e empregabilidade. Introdução ao planeamento de saúde. Introdução à gestão de recursos humanos e materiais. A construção da qualidade em saúde.</p>
	<p><u>Bioética e Ética em Enfermagem</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Fundamentos da Ética. Fundamentos da bioética</p>
	<p><u>Introdução à Prática clínica II</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: A Introdução à Prática Clínica II está centrada na articulação e na integração de conteúdos, no desenvolvimento de competências e na complementaridade das diferentes unidades curriculares do 1.º e 2.º anos, procurando desenvolver uma consciência da prática de enfermagem e treinar a tomada de decisão e resolução de problemas em enfermagem. Nesta unidade curricular, os cenários devem envolver situações clínicas que integram problemáticas associadas a diferentes fases do tratamento cirúrgico.</p>
	<p><u>Introdução à Prática clínica III</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: foca-se na articulação e integração de conteúdos das diferentes unidades curriculares do 1º e 2º ano, tendo por horizonte o desenvolvimento de competências centradas na tomada de decisão e na resolução de problemas. As estratégias utilizadas no desenvolvimento da unidade curricular, ancoradas na “aprendizagem baseada na resolução de problemas”, visam o desenvolvimento das capacidades e, também, das disposições para o pensamento crítico dos estudantes. Por esta via, procura-se contribuir para a expansão das competências de conceção de cuidados dos estudantes, tendo em vista impactos significativos na saúde dos clientes. Sem prejuízo do exposto e da filosofia da unidade curricular, bem como dos princípios da “aprendizagem baseada em problemas”, os principais conteúdos</p>

	<p>abordados na unidade curricular tomam por foco: a autogestão da doença crónica, o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados, a reconstrução da autonomia no autocuidado, após eventos geradores de dependência, a assistência ao cliente portador de doença oncológica, o(s) processo(s) de tomada de decisão clínica em enfermagem, a relação entre a conceção de cuidados e principais referenciais teóricos da disciplina de enfermagem, e os instrumentos e recursos informacionais úteis para efeitos de representação, nomeação e documentação da assistência de enfermagem (vocabulários, taxonomias e terminologias de enfermagem)</p>
	<p><u>Farmacologia</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Farmacologia Geral: Fundamentos gerais da Farmacologia. Farmacocinética e Farmacodinâmica. Farmacologia Cardiovascular. Farmacologia Endócrina. Imunofarmacologia. Neurofarmacologia - Farmacologia do Sistema Nervoso Central e do Sistema Nervoso Autónomo.</p>
	<p><u>Patologia I</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Fisiopatologia geral. Fisiopatologia sistémica e da senescência. Fisiopatologia do aparelho respiratório. Fisiopatologia do aparelho digestivo. Fisiopatologia do sistema nervoso. Fisiopatologia do sistema imunológico e doenças reumatológicas. Fisiopatologia renal. Fisiopatologia do Aparelho Reprodutor Masculino. Fisiopatologia do sistema endócrino e metabolismo. Fisiopatologia do sangue e hemóstase. Fisiopatologia das doenças da pele. Fisiopatologia das doenças infecciosas. Fisiopatologia do envelhecimento</p>
	<p><u>Patologia II</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Psiquiatria. Pediatria. Obstetrícia e ginecologia. Oncologia.</p>
ANO	3º
	<p><u>Ensino Clínico: Saúde Familiar</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Articulação e integração dos conhecimentos mobilizados no desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais no contexto das unidades de saúde familiar. Conceção de cuidados no âmbito das unidades de saúde familiar dirigidos à pessoa/família. Utilização nas componentes Teórico Práticas /Orientações tutórias da metodologia problem based learning a partir dos casos vivenciados pelo estudante durante o estágio, procedendo-se à análise e discussão de casos, tendo por base a melhor evidência científica disponível, identificando os elementos essenciais dos modelos de gestão de casos. • Utilização nas “Plataforma de Integração à Prática Clínica” como suporte dos dados e enunciados diagnósticos, intervenções e</p>

	resultados.
	<p><u>Ensino Clínico: Enfermagem Comunitária</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Articulação e integração dos conhecimentos mobilizados no desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais no contexto das UCC. • Conceção, aplicação e avaliação de cuidados no âmbito das UCC dirigidos a grupos/comunidade; • Utilização nas componentes Teórico Práticas /Orientação Tutória da metodologia problem based learning a partir dos casos vivenciados pelo estudante durante o Estágio, procedendo-se à análise e discussão de casos, tendo por base a melhor evidência científica disponível, procurando identificar os elementos essenciais dos modelos de gestão de casos. • Utilização nas componentes Teórico Práticas /Orientação Tutória da “Plataforma de Integração à Prática Clínica” como suporte à estrutura dos dados e enunciados diagnósticos, intervenções e resultados.</p>
	<p><u>Ensino Clínico: Cirurgia</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: No domínio da prática profissional ética e legal, precisa adquirir e demonstrar comportamentos éticos reveladores da prática da deontologia profissional, nomeadamente: sentido de responsabilidade pelos atos que pratica, conhecimento sobre a carta de direitos e deveres dos doentes, conhecimento e respeito pelo código deontológico dos enfermeiros. A prestação e gestão dos cuidados de enfermagem ao doente hospitalizado em contexto cirúrgico: tipos de anestesia, analgesia e cuidados pós anestésicos, feridas cirúrgicas, pensos, drenos e drenagens, estrutura e funcionamento da sala de operações, funções dos enfermeiros no intraoperatório, controlo da dor aguda no doente cirúrgico, cuidados pré e intra operatórios, cuidados de vigilância no pós-operatório, comunicação terapêutica, transição e conscientização dos doentes no processo de saúde, desenvolvimento da potencialidade e das aprendizagens dos clientes e cuidadores e conceção de cuidados.</p>
	<p><u>Ensino Clínico: Medicina</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Conceção e prestação de cuidados às pessoas com alterações de status fisiológico internadas em serviços de medicina: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento implementação e avaliação.</p>
	<p><u>Ensino Clínico: Parentalidade e Gravidez</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Transição para a parentalidade. Competências parentais. Conceção de cuidados tomando como focos de atenção: Consciencialização, Apoio da família, Ligação mãe-pai/filho, Disponibilidade para aprender, Adaptação à parentalidade. Conceção e implementação de intervenções (individuais/grupo) com base nos princípios da informoterapia. Desenvolvimento, a partir de um caso real,</p>

	de um plano de cuidados
ANO	4º
	<p><u>Ensino Clínico: Cuidados Continuados na Comunidade</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Articulação e integração dos conhecimentos mobilizados no desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais no contexto da Rede de Cuidados Continuados. Utilização da metodologia problem based learning a partir dos casos vivenciados pelo estudante durante o Estágio, procedendo-se à análise e discussão de casos, tendo por base a melhor evidência científica disponível, procurando identificar os elementos essenciais dos modelos de gestão de casos. Utilização da “Plataforma de Integração à Prática Clínica” como suporte à estrutura dos dados e enunciados diagnósticos, intervenções e resultados</p>
	<p><u>Ensino clínico: Internamento em Cuidados Continuados</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Articulação e integração dos conhecimentos mobilizados no desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais no contexto da Rede de Cuidados Continuados Integrados. Conceção de cuidados no âmbito das unidades de cuidados continuados (internamento) dirigidos à pessoa com dependência e família cuidadora. Utilização da metodologia problem based learning a partir dos casos vivenciados pelo estudante durante o Estágio, procedendo-se à análise e discussão de casos, tendo por base a melhor evidência científica disponível, procurando identificar os elementos essenciais dos modelos de gestão de casos. • Utilização da “Plataforma de Integração à Prática Clínica” como suporte à estrutura dos dados e enunciados diagnósticos, intervenções e resultados.</p>
	<p><u>Ensino Clínico: Saúde Mental e Psiquiatria</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Evolução dos modelos de prestação de cuidados em saúde mental e psiquiatria. Política de Saúde Mental: Lei de Saúde Mental; Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Rede de Referenciação em Psiquiatria. Identidade/personalidade – medidas traço e estado; biotipologia; principais grupos nosológicos. Saúde Mental versus perturbação mental; Neurobiologia das emoções e sentimentos; psicofisiologia do stress. Principais grupos nosológicos. Principais grupos psicofarmacológicos. Programas da Direção Geral de Saúde para promoção da Saúde Mental</p>
	<p><u>Ensino Clínico: Pediatria</u></p> <p>Conteúdos programáticos: Parceria de Cuidados. Papel Parental. Teoria das Transições. Estádios de crescimento/desenvolvimento infantil. Estratégias de comunicação/relação. Atividades de diagnóstico de enfermagem Planeamento de intervenções de enfermagem autónomas.</p>

	Execução de intervenções de enfermagem autónomas. Execução de intervenções resultantes de prescrição. Avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem, especificando os resultados obtidos. Documentação da conceção de cuidados à medida que as situações são identificadas e as intervenções implementadas. Intervir nos serviços de Pediatria como agente de mudança na perspetiva de colaboração Escola/Serviços de Saúde
	<u>Ensino Clínico: Obstetrícia</u> Conteúdos Programáticos: Desenvolvimento de competências nas seguintes áreas de conhecimento: autocuidado no pós-parto, parentalidade e processos de transição, cuidados ao recém-nascido, aleitamento materno e estratégias de resolução de problemas decorrentes da amamentação, ingestão nutricional, alimentação com copo/biberão, ferida (perineal/abdominal), diagnóstico precoce, intervenções resultantes de prescrição e informação em saúde no contexto da parentalidade.
	OPCIONAIS
	<u>Ensino Clínico em Meio Hospitalar</u> Conteúdos Programáticos: O desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais no contexto dos serviços de internamento hospitalar portugueses ou estrangeiros. Desenvolvimento de um trabalho individual, no qual se sistematize e se explique a redução teórica que resultou das aprendizagens ao longo das unidades curriculares de integração da prática clínica.
	<u>Ensino Clínico na Comunidade</u> Conteúdos programáticos: O desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais no contexto dos cuidados de saúde primários, portugueses ou estrangeiros. O desenvolvimento de trabalho individual, no qual se sistematize e se explique a redução teórica que resultou das aprendizagens ao longo das unidades curriculares de integração da prática clínica.

Plano Curricular da licenciatura de enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ANO	1º
Disciplina	<u>Anatomia e fisiologia humana</u> Conteúdo programático: Biologia Molecular e Celular / Química

	Fisiológica; Anatomia e fisiologia do sistema locomotor; Anatomia e fisiologia do sistema cardiovascular; Anatomia e fisiologia do sistema respiratório; Anatomia e fisiologia do sistema digestivo; Anatomia e fisiologia do sistema urinário; Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor; Anatomia e fisiologia do sistema endócrino; Anatomia e fisiologia do sistema nervoso; Anatomia e fisiologia da pele; Anatomia e fisiologia do sistema hematopoiético; Anatomia e fisiologia ao longo do ciclo de vida; Anatomia e fisiologia aplicadas a situações extremas / resposta aguda
	<u>Antropologia e Sociologia</u> Conteúdo Programático: I - A Sociologia e a Antropologia no conhecimento das realidades sociais. II – Para a análise da relação saúde, sociedade e cultura . III – Para a análise dos processos sociais e experiências de adoecer e Tratamento. IV – Questões contemporâneas e saúde: processos de transformação social
	<u>Aprender ao Longo da Vida</u> Conteúdos programáticos: 1- Formas de Aprender; 2- Instrumentos de aprendizagem
	<u>História e Epistemologia de Enfermagem</u> Conteúdos programáticos: 1 - História e Epistemologia da Enfermagem. Introdução à natureza do conhecimento em enfermagem; 2 – Epistemologia
	<u>Microbiologia e Parasitologia</u> Conteúdos programáticos: 1. Breve introdução à história e importância da microbiologia. Sistemas de classificação biológica: Noções fundamentais de sistemática microbiana e evolução do conceito de espécie em eucariotas e procariotas. Revisão do plano estrutural da célula procariota e da célula eucariota; 2. Nutrição, metabolismo microbiano e processos de produção de energia; 3. Introdução à ecologia e diversidade microbianas; 4. Interação microrganismo-hospedeiro; 5. Mecanismos de defesa do hospedeiro; 6. Crescimento microbiano e seu controle; 7. Introdução ao diagnóstico microbiológico; 8. Agentes microbianos clinicamente mais relevantes e respectivas infecções/doenças associadas nos domínios da: bacteriologia, micologia, virologia, protozoologia e helmintologia
	<u>Psicologia</u> Conteúdos programáticos: 1 - A Psicologia como ciência; 2 - Psicologia da Saúde; Psicologia do Desenvolvimento
	<u>Ética e Deontologia</u>

	Conteúdos Programáticos: Sem descrição disponível
	<u>Semiologia e Patologia</u> Conteúdos programáticos: Sem descrição
	<u>Relação e Comunicação em Enfermagem</u> Conteúdos programáticos: sem Descrição Disponível
	<u>Farmacologia e Terapêutica Medicamentosa</u> Conteúdos programáticos: Sem descrição disponível.
	<u>Investigação</u> Conteúdos programáticos: Sem Descrição Disponível
ANO	2º
	<u>Ajuda na Manutenção de Vida</u> Conteúdos programáticos: 1- Conceitos fundamentais aos cuidados de Ajuda na Manutenção da Vida; 2 - Instrumentos básicos de enfermagem; 3 - A Intervenção de enfermagem de ajuda na manutenção da vida: a ajuda na satisfação das NHF ao longo das fases do ciclo de vida
	<u>Apreciação em Enfermagem</u> Conteúdo Programático: 1 - Introdução e Fundamentos da Etapa de Apreciação em Enfermagem. 2- Tipos de entrevista de apreciação inicial. 3. Métodos e instrumentos de observação. 4- Apreciação física, apreciação do crescimento e do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. 5 - Avaliação do estado geral e sensorial; Avaliação dos Sinais Vitais – Pulso; Respiração; Pressão Arterial, Temperatura; Dor. 6 - Apreciação do sistema Reprodutor. Auto exame da mama. 7 - Apreciação do sistema Cardiorrespiratório e sistema vascular periférico. 8- Avaliação sistema nervoso exame neurológico, dimensão cognitiva, sensorial, psicológica e emocional. Instrumentos de avaliação. 9 - Avaliação da pele e o sistema linfático. Alterações da integridade cutânea. 10- Apreciação do sistema Gastrointestinal. 11 - Apreciação do sistema Renal / Urinário. 12 - Apreciação do sistema músculo-esquelético. 13 - Apreciação sistemática – entrevista; observação física; apreciação integrativa; registos)
	<u>Educação Para a Saúde</u> Conteúdos programáticos: 1 – Conceitos: educação, aprendizagem, promoção de saúde, educador de saúde – papel do enfermeiro, comportamentos de saúde, determinantes de saúde; 2 - Literacia em saúde: conceito, níveis de literacia, competências em literacia em saúde; 3 - Especialidades na prática dos cuidados de enfermagem ao longo do ciclo de vida tendo em conta os determinantes da saúde; 4 - A prática de

	<p>especialidades; 5- A aprendizagem: individual e coletiva e os processos de mudança; 6 -Teorias e modelos utilizados e implicações na prática de cuidados dos enfermeiros enquanto educadores.</p>
	<p><u>Gestão e Organização dos Cuidados de Enfermagem</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: 1 - Conceitos enquadradores da disciplina de gestão. 2 - A gestão em enfermagem e os papéis de gestão dos enfermeiros. 3 - Processos de gestão e organização dos cuidados de enfermagem. 4 - A liderança como motor de desenvolvimento da profissão. 5 - Da qualidade em saúde à qualidade dos cuidados de enfermagem. 6 - As organizações de saúde.</p>
	<p><u>Saúde Pública</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Evolução Histórica da Saúde pública; Evolução do Conceito de saúde; Evolução histórica dos determinantes da saúde e sociais. Fatores determinantes em saúde: Modelo de Dahlgreen & Whitehead .Evolução Histórica da epidemiologia; Indicadores de Saúde: conceito e tipos. Fontes de informação em saúde; Tipos de estudos epidemiológicos. Sistemas de Saúde.</p>
ANO	3º
	<p><u>Ensino Clínico: da Apreciação à Tomada de Decisão em Enfermagem</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Os temas a aprofundar nas sessões teórico-práticas decorrerão de situações de cuidados ligadas a fenómenos de enfermagem transversais às diferentes transições e epidemiologicamente relevantes: a experiência de estar doente; Cliente em diferentes contextos de cuidados: hospitalar e comunitário; Acolhimento e integração; Cultura hospitalar; Segurança do cliente e a infeção associada aos cuidados de saúde; A documentação e a continuidade de cuidados; O cuidado centrado no cliente no âmbito da apreciação e da tomada de decisão Ser estudante em contexto de ensino clínico; Situações de saúde-doença epidemiologicamente relevantes; Problemas éticos decorrentes da apreciação e tomada de decisão; A mobilização da evidência científica na apreciação e tomada de decisão.</p> <p>Observações relevantes: O Ensino Clínico decorrerá em centros hospitalares/hospitais, com clientes em tratamento médico/especialidades médicas ou cirúrgico/especialidades cirúrgicas, ou em agrupamentos de centros de saúde, lares ou outras instituições relevantes.</p>
ANO	4º
	<p><u>Formação e Desenvolvimento Profissional</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: 1- Paradigmas da Educação e Formação. 2 - A formação como promotora de mudanças na conceção e práticas de</p>

	cuidados. 3 – Desenvolvimento Profissional.
	<p><u>Cuidar de Clientes com Vulnerabilidade Acrescida e Famílias em Transição</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: 1 - Mobiliza os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curricular que a antecedem, articulando em particular com as Unidades Curriculares “Intervenção de Enfermagem à Família em Processo de Transição” e “Intervenção ao Cliente com Vulnerabilidade Acrescida”. 1. Análise das dimensões associadas ao corpo, comportamento e emoção, à estrutura física e mental, ao contexto social, familiar, étnico, educativo, espiritual, profissional, jurídico e cultural, entre outros, que se encontra presente nas diferentes etapas do ciclo de vida e condiciona o processo de saúde-doença. 2- Prestação de cuidados ao cliente com vulnerabilidade acrescida e famílias em transição.</p>
	<p><u>Monografia</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Sem descrição disponível</p>
	<p><u>Processo de Cuidados de Enfermagem numa área Opcional</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Sem descrição disponível</p>
	<p><u>Tendências Contemporâneas em Saúde</u></p> <p>Conteúdos Programáticos: Sem descrição disponível</p>

**Anexo II - Pedido de Autorização para aplicação dos questionários aos estudantes
da Escola Superior de Saúde de Bragança**

**Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de recolha de dados à
Direção do IPB**

Exmo Sr^o

**Presidente do IPB - Instituto Politécnico de
Bragança**

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação.

Eu, Andreia Cristina Pimparel Maia Guerreiro, aluna do Mestrado em Cuidados Continuados, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada Instituição, no sentido de realizar a colheita de dados junto dos alunos da licenciatura de Enfermagem do terceiro e quarto da Escola Superior de Saúde, para fins de investigação relativa à realização da tese de mestrado, com a orientação da Doutora Ana Galvão. O estudo pretende aferir o conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. O instrumento da colheita de dados, segue em anexo.

Os dados recolhidos são confidenciais, e em momento algum, os participantes serão identificados, para além disso, comprometo-me a respeitar as regras deontológicas e a dar conhecimento dos resultados obtidos no trabalho de investigação, caso me seja solicitado.

Sem qualquer outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A aluna _____

Professora orientadora _____

Bragança, Fevereiro de 2015

Autorizado
10-2-2016
[assinatura]

93 8363843

Exma. Sr.ª

Presidente da Escola Superior de Saúde de
Bragança

Assunto: Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados no âmbito da realização da tese de Mestrado em Cuidados Continuados

Eu, Andreia Cristina Pimparel Maia Guerreiro, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada escola, a qual frequento, no sentido de realizar a colheita de dados junto dos alunos de terceiro e quarto ano da licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Saúde, para fins de investigação relativa à realização da tese de mestrado, com a orientação da Doutora Ana Galvão. O estudo pretende aferir o conhecimento dos estudantes de terceiro e quarto ano da licenciatura de Enfermagem, sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCL. O projeto de investigação segue em anexo.

Os dados recolhidos são confidenciais, e em momento algum, os participantes serão identificados, para além disso, comprometo-me a respeitar as regras deontológicas e a dar conhecimento dos resultados obtidos no trabalho de investigação, caso me seja solicitado.

Sem qualquer outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A aluna

Andreia Guerreiro

A Professora Orientadora:

Ana Paula Nunes Silva

Bragança, Fevereiro de 2016

Anexo III - Instrumento de Colheita de Dados



Conhecimento dos alunos de enfermagem sobre a Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Solicitamos a sua colaboração, preenchendo o questionário, no presente estudo de investigação

As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo exclusivamente para fins científicos.

Nas questões abertas responda de forma clara e objetiva ao Ihe que é solicitado, de forma a evitar dúvidas na interpretação da sua resposta. Nas afirmações de verdadeiro e falso assinale a opção pretendida.

Caraterização Sociodemográfica

Masculino		Feminino	
-----------	--	----------	--

1. Sexo:

2. Idade: _____ Anos

3. Ano que frequenta _____.

Caraterização da formação em Cuidados Continuados

4. No curso de licenciatura que frequenta recebeu formação sobre Cuidados Continuados?

Não		Sim	
-----	--	-----	--

4.1. Nº de Horas? _____

5. No curso de licenciatura em enfermagem realizou algum trabalho na área dos cuidados continuados?

Não		Sim	
-----	--	-----	--

5.1. Em que área?

6. Considera importante incluir conteúdos curriculares sobre cuidados continuados no plano de estudos do curso de licenciatura de enfermagem?

Nada importante		Pouco importante		Indiferente		Importante		Muito importante	
-----------------	--	------------------	--	-------------	--	------------	--	------------------	--

7. Já frequentou formação extracurricular na área de cuidados continuados?

Não		Sim	
-----	--	-----	--

7.1. Qual (quais?)	Conferências		Jornadas		Ações de formação		Workshops		Cursos breves	
--------------------	--------------	--	----------	--	-------------------	--	-----------	--	---------------	--

7.2. Total de horas? _____

8. Se nunca frequentou formação específica na área dos cuidados continuados qual (ais) o (s) motivo (s)?

8.1. Pouco oferta formativa na área	
8.2. Falta de tempo	
8.3. Não teve conhecimento de formações na área	
8.4. Não tem interesse pela área	

Caraterização da importância dos Cuidados Continuados

9. Considera importante a sensibilização da população em geral, sobre cuidados continuados?

Nada importante		Pouco importante		Indiferente		Importante		Muito importante	
-----------------	--	------------------	--	-------------	--	------------	--	------------------	--

10. Como classifica a intervenção do Enfermeiro em cuidados continuados?

Nada importante		Pouco importante		Indiferente		Importante		Muito importante	
-----------------	--	------------------	--	-------------	--	------------	--	------------------	--

11. Como classifica o conhecimento que possui sobre cuidados continuados?

Inexistente		Pouco apropriado		Razoável		Apropriado		Muito Apropriado	
-------------	--	------------------	--	----------	--	------------	--	------------------	--

12. Considera que a rede nacional de cuidados continuados uma mais-valia na assistência em saúde à população?

Não		Sim	
-----	--	-----	--

Questionário Geral sobre os conhecimentos sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados, baseado no decreto-lei nº 101/2006

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

	Afirmações	V	F
1.	A RNCC foi criada pelo Decreto-lei nº 101/2006.		
2.	Os cuidados continuados fazem parte do sistema nacional de saúde.		
3.	A rede nacional de cuidados continuados integrados presta cuidados integrados a pessoas com mais de 65 anos que se encontrem em situação de dependência.		
4.	A valência de apoio domiciliário não faz parte da rede.		
5.	A equipa coordenadora é constituída por representante da área da saúde e por um representante da área da segurança social.		
6.	A prestação de cuidados integrados é assegurada por equipas		

	hospitalares e equipas domiciliárias.		
7.	O estado de saúde do doente não interfere com a unidade de internamento para o qual poderá ser referenciado.		
8.	O princípio da rede baseia-se apenas na recuperação do doente.		
9.	O doente ao ser referenciado para a rede pode ingressar numa qualquer unidade do país.		
10.	O plano de cuidados ao doente e família é definido pelo médico que depois o comunica à restante equipa.		
11.	A expressão facial, o tom de voz e os gestos são forma de comunicação não-verbal uteis em cuidados continuados.		
12.	O doente e a sua família integram a equipa multidisciplinar.		
13.	O apoio espiritual não é importante em cuidados continuados.		
14.	Os princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência, não-maleficência) não se aplicam em cuidados continuados.		
15.	Atualmente, não existem instrumentos para avaliação da dor em cuidados continuados.		
16.	A comunicação funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas.		
17.	O apoio à família deve ter início quando o doente morre.		
18.	O doente suporta a totalidade dos custos pelo internamento numa unidade da rede.		
19.	O funcionamento da rede, deve-se em grande parte ao voluntariado.		
20.	O doente pode abandonar a instituição quando assim o desejar, mediante a assinatura do termo de responsabilidade.		
21.	Os cuidados domiciliários contemplam apenas doentes em estado		

	terminal.		
22.	O mesmo doente apenas pode ingressar na rede uma única vez.		
23.	Os cuidados paliativos não contemplam cuidados de fisioterapia, pois o doente já não necessita de reabilitação.		
24.	A RNCCI destina-se apenas a cidadãos com nacionalidade portuguesa.		
25.	A RNCCI dá resposta apenas ao território continental português.		
26.	O internamento em qualquer valência da rede é de 60 dias.		
27.	A RNCCI integra apenas doentes com doença aguda.		
28.	A avaliação do doente que ingressa na rede é feita somente no momento de admissão e alta.		
29.	A RNCCI é uma instituição com fins lucrativos.		
30.	Os recursos humanos para a prestação de cuidados paliativos necessitam obrigatoriamente de formação específica.		

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo IV - Decreto-lei nº101/2006 - Criação da RNCCI

3856

DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A

N.º 109 — 6 de Junho de 2006

de infra-estruturas informáticas, de telecomunicações, de serviços de consultoria e de apoio ao desenvolvimento e operacionalização dos vários sistemas de informação a instalar.

A transversalidade e dimensão destes projectos tornam os procedimentos de adjudicação mais complexos e, portanto, mais morosos, uma vez que estão vários organismos envolvidos, cada um com as suas especificidades.

Em 2005, apenas foi possível agilizar uma pequena parte das experiências piloto que concretizam a implementação progressiva da rede nacional de cuidados continuados, por força das datas de aprovação e publicação do Decreto-Lei n.º 213/2005, de 9 de Dezembro, cujo regime urge alargar agora à actividade da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência.

Neste contexto, torna-se conveniente adoptar, até final do ano económico de 2006, um regime de contratação de empreitadas de obras públicas e de aquisição de bens e serviços que combine a celeridade procedimental exigida pela concretização dos referidos projectos com a defesa dos interesses do Estado e a rigorosa transparência nos gastos.

Este regime especial, já adoptado noutras situações, irá permitir o cumprimento dos objectivos calendarizados destas iniciativas estruturantes que terão de estar cumpridos no final de 2006.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo único

Regime excepcional e transitório

A contratação de empreitadas de obras públicas e a aquisição ou locação, sob qualquer regime, de bens e serviços destinados ao desenvolvimento das experiências piloto em execução e cumprimento dos objectivos da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, criada pelo despacho n.º 23 035/2005 (2.ª série), de 17 de Outubro, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 214, de 8 de Novembro de 2005, que funciona junto do Alto Comissariado para a Saúde, criado pelo Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto, cuja estimativa de custo global por contrato, não considerando o IVA, seja inferior aos limiares previstos para aplicação das directivas comunitárias sobre contratação pública podem realizar-se, durante o presente ano económico, com recurso aos procedimentos por negociação, consulta prévia ou ajuste directo.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 6 de Abril de 2006. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 19 de Maio de 2006.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 22 de Maio de 2006.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Decreto-Lei n.º 101/2006

de 6 de Junho

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde dos Portugueses nos últimos 40 anos.

Apesar de tal sucesso, verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Neste âmbito, o Programa do XVII Governo Constitucional define como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

A prossecução de tal desiderato pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Neste contexto, pretende-se dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

Porque a concretização de tal objectivo implica a devida ponderação das soluções mais ajustadas à actual realidade, foi, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de Abril, criada, na dependência do Ministério da Saúde, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, com a incumbência de propor um modelo de intervenção em matéria de cuidados continuados integrados destinados a pessoas em situação de dependência.

Foram ouvidos, a título facultativo, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Federação Nacional dos Médicos, a Federação Nacional de Sindicatos de Enfermeiros, o Sindicato Independente dos Médicos, o Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses e a União das Misericórdias Portuguesas.

Foram ouvidas a Comissão Nacional de Protecção de Dados e a Associação Nacional de Municípios Portugueses.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto e âmbito de aplicação

1 — É criada, pelo presente decreto-lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, adiante designada por Rede.

2 — O presente decreto-lei aplica-se às entidades integradas na Rede.

Artigo 2.º

Composição da Rede

1 — A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

2 — A Rede organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local.

Artigo 3.º

Definições

Para efeitos do presente decreto-lei, entende-se por:

- a) «Cuidados continuados integrados» o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;

- b) «Cuidados paliativos» os cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida;
- c) «Acções paliativas» as medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva;
- d) «Continuidade dos cuidados» a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social;
- e) «Integração de cuidados» a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos;
- f) «Multidisciplinaridade» a complementaridade de actuação entre diferentes especialidades profissionais;
- g) «Interdisciplinaridade» a definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das actuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;
- h) «Dependência» a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária;
- i) «Funcionalidade» a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente;
- j) «Doença crónica» a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada;
- k) «Processo individual de cuidados continuados» o conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados;
- m) «Plano individual de intervenções» o conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais;
- n) «Serviço comunitário de proximidade» a estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integra-

dos, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir;

a) «Domicílio» a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência.

Artigo 4.º

Objectivos

1 — Constitui objectivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

2 — Constituem objectivos específicos da Rede:

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

Artigo 5.º

Cuidados continuados integrados

1 — Os cuidados continuados integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem:

- A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;
- A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

2 — A prestação de cuidados paliativos centra-se no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa

Nacional de Cuidados Paliativos, do Plano Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II

Princípios e direitos

Artigo 6.º

Princípios

A Rede baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

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

Artigo 7.º

Direitos

A Rede assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência:

- À dignidade;
- À preservação da identidade;
- À privacidade;
- À informação;
- À não discriminação;
- À integridade física e moral;
- Ao exercício da cidadania;
- Ao consentimento informado das intervenções efectuadas.

CAPÍTULO III

Modelo e coordenação da Rede

Artigo 8.º

Modelo de intervenção

A Rede baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e ou

de apoio social e assenta nas seguintes bases de funcionamento:

- a) Intercepção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;
- b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;
- c) Coordenação entre os diferentes sectores e recursos locais;
- d) Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a optimização dos recursos locais;
- e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objectivos.

Artigo 9.º

Coordenação da Rede

1 — A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local.

2 — A coordenação da Rede a nível nacional é definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

3 — A coordenação da Rede a nível regional é assegurada por cinco equipas constituídas, respectivamente, por representantes de cada administração regional de saúde e dos centros distritais de segurança social, nos termos a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

4 — A coordenação da Rede aos níveis nacional e regional deve promover a articulação com os parceiros que integram a Rede, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências.

5 — A coordenação da Rede a nível local é assegurada por uma ou mais equipas, em princípio de âmbito concelhio, podendo, designadamente nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, coincidir com uma freguesia ou agrupamento de freguesias.

6 — As equipas coordenadoras locais são constituídas por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local.

Artigo 10.º

Competências a nível regional

As equipas coordenadoras regionais articulam com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, competindo-lhes, designadamente:

- a) Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de acção anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades;
- b) Orientar e consolidar os planos orçamentados de acção anuais e respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional;

- c) Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados;
- d) Promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede;
- e) Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das actividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação;
- f) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas correctivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;
- g) Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais;
- h) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede;
- i) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.

Artigo 11.º

Competências a nível local

A(s) equipa(s) coordenadora(s) local(ais) articula(m) com a coordenação a nível regional, assegura(m) o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência, competindo-lhes, designadamente:

- a) Identificar as necessidades e propor à coordenação regional acções para a cobertura das mesmas;
- b) Consolidar os planos orçamentados de acção anuais, elaborar os respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;
- c) Divulgar informação actualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede;
- d) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede;
- e) Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respectivo serviço comunitário de proximidade;
- f) Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede;
- g) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede.

CAPÍTULO IV

Tipologia da Rede

Artigo 12.º

Tipos de serviços

1 — A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

- a) Unidades de internamento;
- b) Unidades de ambulatório;

- c) Equipas hospitalares;
- d) Equipas domiciliárias.

2 — Constituem unidades de internamento as:

- a) Unidades de convalescença;
- b) Unidades de média duração e reabilitação;
- c) Unidades de longa duração e manutenção;
- d) Unidades de cuidados paliativos.

3 — Constitui unidade de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia.

4 — São equipas hospitalares as:

- a) Equipas de gestão de altas;
- b) Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

5 — São equipas domiciliárias as:

- a) Equipas de cuidados continuados integrados;
- b) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

SECÇÃO I

Unidade de convalescença

Artigo 13.º

Caracterização

1 — A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

2 — A unidade de convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

3 — A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.

4 — A unidade de convalescença pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação.

Artigo 14.º

Serviços

A unidade de convalescença assegura, sob a direcção de um médico, designadamente:

- a) Cuidados médicos permanentes;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia;
- f) Apoio psicossocial;
- g) Higiene, conforto e alimentação;
- h) Convívio e lazer.

SECÇÃO II

Unidade de média duração e reabilitação

Artigo 15.º

Caracterização

1 — A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

2 — A unidade de média duração e reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior.

3 — O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

4 — A unidade de média duração e reabilitação pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração.

5 — A unidade de média duração e reabilitação pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.

Artigo 16.º

Serviços

A unidade de média duração e reabilitação é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Higiene, conforto e alimentação;
- g) Convívio e lazer.

SECÇÃO III

Unidade de longa duração e manutenção

Artigo 17.º

Caracterização

1 — A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

2 — A unidade de longa duração e manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

3 — A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Artigo 18.º**Serviços**

A unidade de longa duração e manutenção é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Actividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados de enfermagem diários;
- c) Cuidados médicos;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Controlo fisiátrico periódico;
- g) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- h) Animação sócio-cultural;
- i) Higiene, conforto e alimentação;
- j) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- l) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

SECÇÃO IV**Unidade de cuidados paliativos****Artigo 19.º****Caracterização**

1 — A unidade de cuidados paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.

2 — As unidades referidas no número anterior podem diferenciar-se segundo as diferentes patologias dos doentes internados.

Artigo 20.º**Serviços**

A unidade de cuidados paliativos é gerida por um médico e assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia;
- f) Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades;
- g) Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;
- h) Actividades de manutenção;
- i) Higiene, conforto e alimentação;
- j) Convívio e lazer.

SECÇÃO V**Unidade de dia e de promoção da autonomia****Artigo 21.º****Caracterização**

1 — A unidade de dia e de promoção da autonomia é uma unidade para a prestação de cuidados integrados

de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

2 — A unidade de dia e de promoção da autonomia deve articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir.

3 — A unidade de dia e de promoção da autonomia funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

Artigo 22.º**Serviços**

A unidade de dia e de promoção da autonomia assegura, designadamente:

- a) Actividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados médicos;
- c) Cuidados de enfermagem periódicos;
- d) Controlo fisiátrico periódico;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Animação sócio-cultural;
- g) Alimentação;
- h) Higiene pessoal, quando necessária.

SECÇÃO VI**Equipa de gestão de altas****Artigo 23.º****Caracterização**

1 — A equipa de gestão de altas é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.

2 — A equipa de gestão de altas encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Artigo 24.º**Serviços**

A equipa de gestão de altas assegura, designadamente:

- a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares;
- b) A articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede;
- c) A articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

SECÇÃO VII**Equipa Intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos****Artigo 25.º****Caracterização**

1 — A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar do hospital de

agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

2 — A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação.

Artigo 26.º

Serviços

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos assegura, designadamente:

- Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;
- Cuidados médicos e de enfermagem continuados;
- Tratamentos paliativos complexos;
- Consulta e acompanhamento de doentes internados;
- Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto.

SECÇÃO VIII

Equipa de cuidados continuados Integrados

Artigo 27.º

Caracterização

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

2 — A avaliação integral referida no número anterior é efectuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social.

3 — A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais.

Artigo 28.º

Serviços

A equipa de cuidados continuados integrados assegura, designadamente:

- Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa;

- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- Apoio nas actividades instrumentais da vida diária;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

SECÇÃO IX

Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

Artigo 29.º

Caracterização

1 — A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro.

2 — A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção.

Artigo 30.º

Serviços

A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos assegura, sob a direcção de um médico, designadamente:

- A formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários;
- A avaliação integral do doente;
- Os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;
- A gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;
- A assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados;
- A assessoria aos familiares e ou cuidadores.

CAPÍTULO V

Acesso à Rede, ingresso e mobilidade

Artigo 31.º

Acesso à Rede

São destinatários das unidades e equipas da Rede as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescência ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosas com critérios de fragilidade;

- d) Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Artigo 32.º

Ingresso na Rede

1 — O ingresso na Rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na ocorrência de diagnóstico da situação de dependência.

2 — A admissão nas unidades de convalescença e nas unidades de média duração e reabilitação é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na ocorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar.

3 — A admissão nas unidades de média duração e reabilitação é, ainda, determinada pela equipa coordenadora local.

4 — A admissão nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia é determinada pela equipa coordenadora local, na ocorrência de diagnóstico de situação de dependência por elas efectuado.

5 — A admissão nas unidades de cuidados paliativos e nas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos é determinada por proposta médica.

6 — A admissão nas unidades de internamento depende, ainda, da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos.

7 — A admissão nas equipas de suporte em cuidados paliativos é feita sob proposta, preferencialmente, das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde de abrangência ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

8 — A admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados é feita sob proposta dos médicos do centro de saúde correspondente ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

9 — Quando se preveja a necessidade de cuidados de apoio social, a proposta é determinada pelo responsável social da equipa de coordenação local da referida área.

Artigo 33.º

Mobidade na Rede

1 — Esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objectivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa da Rede preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 — A preparação da alta, a que se refere o número anterior, deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa da Rede.

3 — A preparação da alta obriga que seja dado conhecimento aos familiares, à instituição de origem e ao médico assistente da pessoa em situação de dependência.

CAPÍTULO VI

Organização

Artigo 34.º

Organização

1 — As unidades da Rede são criadas por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, mediante proposta da coordenação nacional da Rede, a partir da adaptação ou reconversão de estruturas já existentes, ou a criar, e vocacionadas para dar resposta exclusiva a situações específicas de dependência.

2 — As unidades e equipas da Rede devem articular com as unidades de tratamento da dor criadas segundo as normas do Programa Nacional de Luta contra a Dor, do Plano Nacional de Saúde.

3 — Em função das necessidades, e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, as unidades da Rede podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os espaços, equipamentos e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação continuada e integrada de cuidados.

4 — As unidades da Rede, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente segundo os graus de dependência das pessoas.

Artigo 35.º

Instrumentos de utilização comum

1 — A gestão da Rede assenta num sistema de informação a criar por diploma próprio.

2 — É obrigatória a existência, em cada unidade ou serviço, de um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência, do qual deve constar:

- a) O registo de admissão;
- b) As informações de alta;
- c) O diagnóstico das necessidades da pessoa em situação de dependência;
- d) O plano individual de intervenção;
- e) O registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

3 — O diagnóstico da situação de dependência constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, de aplicação obrigatória nas unidades de média duração e reabilitação, nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia.

4 — Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da Rede.

Artigo 36.º

Entidades promotoras e gestoras

1 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da Rede revestem uma das seguintes formas:

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;

- b) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;
- c) Entidades privadas com fins lucrativos;
- d) Centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

2 — O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições do Serviço Nacional de Saúde, no seu todo ou em parte, por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de profissionais, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

Artigo 37.º

Obrigações das entidades promotoras e gestoras

Constituem obrigações das entidades previstas no artigo anterior, perante as administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social, as constantes do modelo de contratualização a aprovar e, ainda, designadamente:

- a) Prestar os cuidados e serviços definidos nos contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas da Rede;
- b) Facultar, às equipas coordenadoras da Rede, o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, bem como às informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento;
- c) Remeter à equipa coordenadora regional da Rede os mapas das pessoas em situação de dependência de forma anonimizada, por tipologia de resposta, o quadro de recursos humanos existentes nas unidades e equipas e o respectivo regulamento interno, para aprovação, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;
- d) Comunicar à coordenação regional da Rede, com uma antecedência mínima de 90 dias, a cessação de actividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao encaminhamento e colocação das pessoas em situação de dependência.

CAPÍTULO VII

Qualidade e avaliação

Artigo 38.º

Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas da Rede são fixados por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Artigo 39.º

Avaliação

As unidades e equipas da Rede estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a auto-avaliação anual e a avaliação externa, da iniciativa da coordenação regional, nos termos a regulamentar por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

CAPÍTULO VIII

Recursos humanos

Artigo 40.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua.

2 — A prestação de cuidados paliativos obriga a formação específica.

3 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas da Rede é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar.

4 — As unidades e equipas da Rede podem, ainda, contar com a colaboração de voluntários devidamente seleccionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO IX

Instalações e funcionamento

Artigo 41.º

Condições de instalação

As condições e requisitos de construção e segurança das instalações e das pessoas relativas a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da Rede, bem como os relativos à construção de raiz e à remodelação e adaptação dos edifícios, são objecto de regulamentação por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

Artigo 42.º

Condições de funcionamento

As condições e requisitos de funcionamento das unidades e equipas da Rede são objecto de regulamentação por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

CAPÍTULO X

Fiscalização e licenciamento

Artigo 43.º

Fiscalização e licenciamento

O regime de fiscalização e licenciamento é estabelecido em diploma próprio.

Artigo 44.º

Publicidade dos actos

1 — Compete às administrações regionais de saúde e aos centros distritais de segurança social promover a publicação, nos órgãos da imprensa de maior expansão na localidade da sede da unidade ou equipa da Rede, dos seguintes actos:

- a) Concessão, suspensão, substituição, cessação ou caducidade do alvará;
- b) Decisão do encerramento da unidade ou fim da actividade da equipa.

2 — Em caso de encerramento de uma unidade ou fim de actividade de uma equipa, devem as administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social promover a afixação de aviso, na porta principal de acesso à unidade ou à sede da equipa, que se mantém durante 30 dias, indicando a unidade ou equipa substitutiva.

Artigo 45.º

Adaptação dos estabelecimentos e serviços existentes

As unidades de apoio integrado criadas no âmbito do despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, ainda que detentores de alvará, serão progressivamente objecto de reconversão mediante prioridades estabelecidas, assegurando a continuidade da prestação de cuidados já existente.

CAPÍTULO XI

Financiamento da Rede

Artigo 46.º

Financiamento

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

Artigo 47.º

Modelo de financiamento

1 — Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Rede são repartidos pelos sectores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

- a) As unidades de convalescença e de paliativos, as equipas de gestão de altas e as intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde;
- b) As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados são da responsabilidade dos dois sectores em função da natureza dos cuidados prestados;
- c) O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, nos termos a regulamentar, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados de qualidade.

2 — O financiamento das diferentes unidades e equipas da Rede deve ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço.

3 — Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante dos orçamentos das respectivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do

apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

4 — A utilização das unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e das unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas de cuidados continuados da Rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar.

CAPÍTULO XII

Disposições transitórias e finais

Artigo 48.º

Aplicação progressiva

1 — A Rede é implementada progressivamente e concretiza-se, no primeiro ano da entrada em vigor do presente decreto-lei, através de experiências piloto.

2 — A identificação e a caracterização das unidades que integram a Rede são definidas por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Artigo 49.º

Norma transitória

O despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio, mantém-se em vigor no que se refere às respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico e, transitoriamente, no que respeita às unidades de apoio integrado e domiciliário integrado, até à sua substituição nos termos do artigo anterior.

Artigo 50.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) A Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de Março;
- b) O Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro.

Artigo 51.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 16 de Março de 2006. — José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Fernando Teixeira dos Santos — José António Fonseca Vieira da Silva — António Fernando Correia de Campos.

Promulgado em 22 de Maio de 2006.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 24 de Maio de 2006.

O Primeiro-Ministro, José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.

Anexo V - Diagrama de extremos e quartis